

# zona franca

AÑO XI - Número doble:11/12 - MARZO 2003

• EDITORIAL

• ACTUALIZACIONES Y TENDENCIAS

Hilda Habichayn  
Susana Chiarotti  
Héctor Bonaparte  
Débora Tajer  
Sandra Fernández

• DESDE LA MAESTRIA

Diana Maffia  
Tania Diz  
Graciela Contreras

• OTRAS VOCES

Isabel Fernández Acevedo / Graciela Galván  
Viviana Chiola  
Graciela Queirolo  
Claudia Bacci / Alejandra Oberti  
Julia Levi

• CONFERENCIAS

• COMENTARIOS BIBLIOGRAFICOS

• RESEÑAS



CENTRO DE ESTUDIOS  
INTERDISCIPLINARIOS SOBRE LAS MUJERES

FACULTAD DE HUMANIDADES Y ARTES



**CENTRO  
DE ESTUDIOS  
INTERDISCIPLINARIOS  
SOBRE LAS MUJERES  
(CEIM)**

**SUMARIO**

Editorial..... 1

**Actualizaciones y Tendencias**  
*Dossier: La Perspectiva de Género en la Currícula innovada de la Carrera de Medicina de la UNR y la Promoción de la Salud*..... 3  
*Hilda Habichayn: El Género como Categoría Transversal Necesaria*..... 4  
*Susana Chiarotti Boero: El Derecho Humano a la Salud*..... 9  
*Héctor Bonaparte: Cuando el Género Enferma*..... 14  
*Débora Tajer: Aportes de la Perspectiva de Género a la Medicina Familiar*..... 18  
*Sandra Fernández: Entrevista a la Decana de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR Dra. Raquel M. Chjara*..... 25

**Desde la Maestría**  
*Diana Maña: ¿Es Sexista la Ciencia?*..... 30  
*Tania Diz: Algunos Emergentes del Fenómeno Discriminatorio en el Ámbito Educativo. Una Experiencia Singular en la Escuela Media*..... 36  
*Graciela Contreras: Familias-Escuela: "Relaciones Peligrosas". Miradas desde el Género*..... 44

**Otras Voces**  
*Isabel Fernández Acevedo / Graciela Galván: "Todavía Cantamos, Todavía Pedimos...Todavía". Análisis de un Proceso de Praxis de los Derechos Humanos*..... 51  
*Viviana Chiola: Violencia: una Conducta Aprendida*..... 57  
*Graciela Queirolo: Imágenes Enfrentadas del Trabajo Femenino en la Ciudad de Buenos Aires (1910-1930)*..... 66  
*Claudia Bacci / Alejandra Oberti: ¿Quién le Teme a Monsieur Bourdieu?: Política y Representación de las Mujeres*..... 75  
*Julia Levi: El Feminismo de Elvira López y el Milenio que se fue*..... 83

**Conferencias**  
*Amparo Moreno Sardá: Internet como Instrumento para otras Explicaciones No-Androcéntricas o Excéntricas*..... 91

**Comentarios Bibliográficos**  
*María Graciela Galván: Sexualidad y Educación: un Proyecto a Construir*..... 99  
*Zulma Caballero: Las Heroínas Altooperuanas como Expresión de un Colectivo 1809-1825*..... 102

**Reseñas**  
*Teresa Suárez: La Problemática de la Sexualidad Humana Requiere el Abordaje Sistematizado en las Aulas*..... 105  
*Sara Cadoche: Violencia Familiar*..... 107

**MIEMBROS PLENOS:**

- ANALÍA AUCÍA
- VILMA BIDUT
- HÉCTOR BONAPARTE
- MARTA BONAUDO
- ZULMA CABALLERO
- LILIANA CAPOULAR
- MARIA INÉS CARZOLIO
- NORA CASCO
- ELSA CAULA
- VIVIANA CHIOLA
- GABRIELA DALLA CORTE
- LILIAN DIODATI
- TANIA DIZ
- SANDRA FERNÁNDEZ
- ISABEL FERNÁNDEZ ACEVEDO
- ANA FERRINI
- GRACIELA GALVÁN
- HILDA HABICHAYN
- ANA ESTHER KOLDORF
- MARIA DEL CARMEN MARINI
- CRISTINA OCKIER
- ELVIRA SCALONA
- ÉLIDA SONZOGNI
- MARIA CECILIA STROPPA
- MARCELO ULLOQUE

**MIEMBROS ADHERENTES:**

- SILVIA BARBIERI
- CRISTINA CÁCERES
- NORA LIÑAN
- ZULEMA MORRESI
- SILVIA PERAZO
- CRISTINA VALLILENGUA
- GRACIELA VIVALDA
- ISABEL ZANUTIGH

**RESPONSABLES DE ESTE NÚMERO:**

- HÉCTOR BONAPARTE
- SANDRA FERNÁNDEZ
- GRACIELA GALVÁN
- HILDA HABICHAYN
- ÉLIDA SONZOGNI

**ISSN:0329-8019**

COMPOSICIÓN E IMPRESIÓN:  
PROPUESTA GRÁFICA  
TEL. 4253139 ROSARIO



Es una publicación del Centro de Estudios Interdisciplinarios sobre las Mujeres Facultad de Humanidades y Artes - UNR  
MITRE 1117 - PISO 1 DPTO. 4 - 2000 ROSARIO - ARGENTINA  
TEL./FAX: 4405294 E-mail: cenur@ciudad.com.ar

# editorial

**S**i en el número anterior anticipábamos las dificultades que el contexto social, institucional, político y económico incidían sobre el normal desenvolvimiento de la revista, el que se presenta se desarrolla en un contexto mucho más desenmascaramentado. Lo que queda, lo que nos sigue dando esperanzas son las acciones que la gente está haciendo desde los lugares anónimos, desde el sentido común, desde la creación de redes solidarias de participación, en fin, desde su bronca creativa. En esta dirección, tanto la práctica social —en sus diferentes expresiones— como las reflexiones que ella provoca, parecen tener algún denominador común: el *develar* y *revelar* formas anacrónicas en la concepción sobre una verdadera sociedad democrática, en la cual se han enquistado sectores de privilegio y/o estimulado *imaginarios sociales* que pretenden mantener sin fisuras un poder asimétrico entre representantes y representados, entre ciudadanos e indocumentados, entre ricos y pobres, entre pobres y miserables, entre incluidos y excluidos.

Esta disquisición aparentemente ajena a la especificidad problemática que caracteriza a *Zona Franca*, tiene su intencionalidad, que es precisamente resaltar esta operatoria de *develar* y *revelar* en uno de los campos en que aquella asimetría se expresa tanto en las teorizaciones científicas como en la práctica profesional e institucional. Nos estamos refiriendo al área de confrontación del *género* y la *salud*. El conjunto de trabajos que se proponen en el *dossier* tienen como finalidad colaborar con los esfuerzos de una voluntad política decidida a explicitar estereotipos, prejuicios y demás rigideces ideológicas que han atravesado la problemática de la salud en relación con el sexo y el género, incidiendo fundamentalmente en los criterios que han prevalecido en la formación profesional.

La currícula innovada de la carrera de medicina y la promoción de la salud han introducido como una variable fundamental, la perspectiva de género. Y a ellos se refieren los aportes de Hilda Habichayn, Susana Chiarotti Romero, Héctor Bonaparte y Débora Tajer, los cuales procuran examinar la tensión desde distintos campos de análisis: el género en tanto categoría que atraviesa la determinación de diagnósticos, tratamientos y resoluciones del problema de la salud —incluso su propia definición—; la salud como derecho humano, como precepto legal y como realidad insuficiente o inexistente para la gran mayoría de varones y mujeres; el contexto sociocultural *globalizado* que genera nuevas contradicciones, tanto en relación con las variables de clase como la de género; y finalmente, la incidencia de género en los planes y programas que atiendan a la medicina familiar como una instancia de superación humanizada de la ciencia médica. Pero creemos que lo significativo es que estos trabajos tienen que ver con la colaboración que el **Centro de Estudios Interdisciplinarios sobre las Mujeres** está llevando a cabo en relación a la modificación del plan de estudios de la carrera de Medicina, abocado por la actual gestión en esa Unidad Académica. Completa esta sección la entrevista que Sandra Fernández le realiza a la Sra. Decana de la Facultad de Medicina Dra. Raquel Chiara en la cual la misma explica los fundamentos de la renovación curricular.

Como en otras instancias de involucramiento del CEIM, la actual participación institucional en la reforma del Plan de Estudios de Medicina está señalando, por una parte, el objetivo compartido del propio Centro en el sentido de obrar sobre la propia realidad para efectivamente cambiarla y por otra, constituye una particular evidencia de esos esfuerzos, al ser convocado desde la propia Universidad, para intervenir en esos cambios.

El número que se presenta de la Revista, que alcanza ya a más de una decena, mantiene la tónica de traer a la discusión las reflexiones que desde la Maestría se generan en este espacio: Diana Maffia reite-

#### Agradecimientos:

Este número doble de *Zona Franca* ha sido posible gracias al aporte solidario la Asociación «Jose Pedroni» de la Facultad de Humanidades y Artes UNR

# El Género como Categoría Transversal Necesaria

HILDA HABICHAYN  
MAESTRÍA DE GÉNERO - CEIM - UNR

A fines de julio del 2000, integrantes de CLADEM-Rosario (Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres), habiendo tenido conocimiento de que se estaban programando cambios fundamentales en la Curricula de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Rosario, consideraron oportuno presentar a la Sra. Decana de Medicina, Dra. Raquel Chiara, la propuesta de incluir en la Carrera la Perspectiva de Género.

Se veía como necesario realizar un profundo análisis que permitiera abordar las prácticas cotidianas institucionales desde dicha Perspectiva, especialmente su impacto en la calidad de vida de usuarios/as y efectores.

Se partía del convencimiento de que la sensibilización sobre los roles de género permitirían una mejor y más integral comprensión del proceso Salud-Enfermedad, brindando más elementos para determinar el diagnóstico e incidir de manera más adecuada en los métodos terapéuticos y de educación para la salud.

Como resultado de esa propuesta se concretó formalmente el Grupo de Trabajo sobre Género como integrante del proceso de cambio curricular por Resolución N° 2420/2001 de fecha 26/03/01, estando este Grupo de trabajo integrado por personas vinculadas a la problemática en forma teórica o práctica. La Directora de la Maestría de Género y el Centro de Estudios Interdisciplinarios sobre las Mujeres (CEIM) fueron invitados a participar por las autoridades de la Facultad y así fue como nos integramos formalmente al mencionado Grupo de Género.

La dinámica de este Grupo consistió desde sus inicios en una reunión semanal de aproximadamente dos horas, los días viernes. Se designaron dos integrantes para que coordinaran y dos para las tareas de secretaría (actas y comunicaciones internas y externas).

Como aproximación a la forma de trabajar esta temática se procedió a:

- la realización de reuniones de análisis de la teorización existente sobre Género,
- la recopilación de bibliografía especializada,
- la reflexión acerca de los casos-problemas pertinentes para la nueva Curricula.

La modificación de la Curricula en la Carrera de Medicina se estructura alrededor de tres niveles de formación del futuro profesional:

- en primer lugar, promocionar la salud,
- en segundo, prevenir la enfermedad,
- y recién en tercer lugar, curar la enfermedad.

Esta concepción se complementa con una propuesta metodológica también innovadora constituida por el sistema de enseñanza a través del funcionamiento de tutorías.

Y una tercera modificación es la introducción de categorías y perspectivas nuevas entre las cuales la más novedosa es la de Género. Esta es una categoría que hace referencia a una construcción socio-cultural; la misma se sustenta sobre la base biológica constituida por la dotación genital con la que se llega al mundo. Se nace varón o mujer y se deviene masculino o femenino.

El proceso por el cual la sociedad procura que las nuevas generaciones se incorporen adaptándose se denomina *socialización*, término con el cual se alude al proceso de apropiación de normas, valores y pautas socialmente reconocidas, aceptadas y estimuladas. Esta categoría pertenece a un cuerpo teórico llamado justamente Teoría del Género que aporta, además de la categorización, una perspectiva propia.

La incorporación de la Perspectiva de Género a la Curricula de Medicina constituye una verdadera avanzada hacia el logro de la equidad en cuanto a salud tanto en el área de las políticas públicas como en el sector privado de la atención.

La diferenciación, jerarquización y consecuente discriminación genérica se expresan en los diversos aspectos de la vida y no faltan en el área de salud. Existen factores biológicos, pero fundamentalmente psíquicos, sociales y políticos que hacen que la distribución de la salud, la enfermedad y la muerte sean diferentes tratándose de varones o de mujeres.

Esta perspectiva será la que permitirá, en este caso, una consideración más equitativa de va-

rones y mujeres que requieran la atención médica. Será la mirada que posibilite erradicar las diferenciaciones injustificadas que se realizan entre personas de ambos sexos; pero también, a la vez, permitirá afinar adecuadamente el diagnóstico de acuerdo a las particularidades de esas personas de género diferenciado.

Esto que puede parecer un capcioso juego de palabras es, por el contrario, el meollo de esta propuesta de la perspectiva de género: considerar que varones y mujeres son, en última instancia, individuos con similares necesidades, pero son también personas de género distinto y, por lo tanto, están condicionadas socioculturalmente de manera diferencial, de lo cual se derivan una serie de fenómenos peculiares que todo ojo clínico debería tener en consideración.

Esto último es lo que muchas veces se pasa por alto. Se supone un paradigma de salud y un perfil de enfermedad que son propios del modelo masculino, adulto joven imperante. Las especificidades dadas por el género así como por la edad o la pertenencia étnica no siempre son debidamente tenidas en cuenta.

La Medicina al igual que todo otro conocimiento ha utilizado una perspectiva androcéntrica puesto que las ciencias, las técnicas y el saber popular siempre lo han hecho, al menos en nuestra cultura.

Esta perspectiva androcéntrica, como lo indica esta expresión, ha colocado en el centro al varón, y el resto de las personas se consideran en relación al mismo. Así se estableció un paradigma de normalidad que está constituido por el varón adulto, relativamente joven. Los demás individuos son analizados por comparación con este modelo y, de esta manera, siempre se consideró el comportamiento y las características del

resto de las personas tomando como parámetro de normalidad los correspondientes a ese varón adulto joven.

Así se ha dicho siempre, por ejemplo, "la sexualidad de la mujer es menos intensa que la del varón", o "los ancianos no tienen las mismas necesidades sexuales que los adultos jóvenes". O también, "la sexualidad de los adolescentes es más exacerbada e irrefrenable que la de los adultos". Y además, "la sexualidad normal es la que corresponde a las expresiones heterosexuales".

Consideramos que esta forma de mirar la realidad y las personas y sus comportamientos disímiles, hace que se pierda de vista la riqueza de las diferenciaciones y que, en caso extremo, se considere que todo lo que se aleja del paradigma es anormal. Esta última consecuencia ha implicado un freno para el conocimiento por un lado, y además, un sufrimiento y un estigma para todas aquellas personas que no forman parte del grupo paradigmático.

La categoría Género y la teorización sobre la misma nos ilustran acerca de la necesidad de abrir la perspectiva, abandonar el androcéntrismo y considerar la realidad en su complejidad y las diferenciaciones como formando parte de la normalidad.

Esta categoría es relacional, es decir, su uso nos lleva a estar considerando en forma permanente la relación intergenérica y a reconocer que no hay aspectos que atañen a un género que no signifiquen una consecuencia para el o los otros géneros.

Además, esta característica relacional de la categoría Género referida a una realidad concreta, implica que la misma realidad está compuesta de elementos vinculados entre sí. Esto hace que, en la práctica como en la categoría analítica, las modificaciones del

afecten sólo a una de las partes, sino que hace que todo cambio que se opere en la condición de cualquiera, repercute indefectiblemente sobre el resto.

Esta es una categoría que formando parte de una teorización se ha constituido en objeto de estudio en niveles de postgraduación o cuaternarios. Pero recién en estos momentos se está viendo la necesidad de incorporar la perspectiva y la problemática en los niveles de grado.

Y una cuestión a resolver es la forma cómo se incluirían estos aspectos en los estudios de grado. Una propuesta, a nuestro juicio inconveniente, es la de planificar la creación de asignaturas, dentro de cada carrera universitaria, en las cuales se aborde la problemática en forma general.

Nuestra propuesta es intentar la transversalización de cada espacio de estudio con la perspectiva de Género. No se nos escapa lo dificultosa que puede ser esta última alternativa, fundamentalmente porque quienes tendrán como tarea aplicar esa perspectiva de Género, instalándola de manera transversal en los estudios universitarios, deberán lógicamente empaparse de esa mirada.

No bastará reconocer la existencia de una problemática sino que cada docente tendrá que sensibilizarse de manera de llegar a ser un factor activo y dinámico en la tarea de compenetración con la problemática y de creatividad en el momento de buscar las modificaciones necesarias para superar la situación originaria.

En la Currícula de la Carrera de Medicina deberá intentarse ese cambio de mirada incorporando allí también la perspectiva de Género. En un primer momento, quizás debamos conformarnos con que se visualice el androcentrismo imperante, del cual hablábamos al comienzo. Pero en una

instancia posterior deberíamos plantearnos como un objetivo específico lograr la elaboración de un corpus del conocimiento en la disciplina, el que irá dirigido a modificar las situaciones que son fuente de iatrogenia a pesar de partir de una teoría y una práctica que se consideran a sí mismas como dirigidas a preservar la salud de las personas.

El pleno goce de la salud es un derecho humano básico tal como lo define la OMS insistiendo en que la misma no es la mera ausencia de enfermedad sino el estado de completo bienestar físico, psíquico y social.

En relación a este fenómeno encontramos conocimientos científicos, pero también mitos y conocimientos vulgares muchas veces contradictorios, por lo que resulta difícil dilucidarlos y distinguirlos.

Los datos científicos son muchos y sólo mencionaremos uno como ejemplo de un problema que afecta la salud de las personas de manera diferencial según el sexo de las mismas: las mujeres pueden descalcificarse por embarazos muy seguidos y estando carentes de una alimentación adecuada.

Esto que acabamos de mencionar es un dato fehaciente que podemos fundamentar con cifras estadísticas. Pero, en cambio, encontramos otras afirmaciones, las que, muchas veces están sostenidas también por datos estadísticos pero que paralelamente son contrastadas por afirmaciones opuestas. Por ejemplo: las mujeres consultan al médico más que los varones; y, por otro lado: las mujeres desatienden su salud en pro de la atención de la familia en general, y de la salud de sus integrantes en especial.

También hay mitos, dijimos; por ejemplo, las mujeres son más fuertes y más sanas que los varones; o las mujeres son más fuer-

tes ante la sangre y el dolor porque están acostumbradas a ver sangre que mana de su propio cuerpo y están familiarizadas con el dolor del parto.

Dejando sentado que alrededor de la salud de las mujeres se tejen explicaciones científicas y otras que no lo son, nos preguntamos cómo habrá sido este proceso a través de la Historia. Y así vemos que las mujeres han sido "enfermadas" en algunas épocas, constituyendo en ciertos momentos came de psiquiátrico tal como se menciona en "La Historia de la locura" de Porter, (1989) Es bien conocido el concepto de histeria que se manejaba siglos atrás como enfermedad propia y exclusiva de mujeres; se atribuía este mal a la represión sexual y a la insatisfacción concomitante. De ninguna manera se pensaba que ese estado de frustración era debido a otros fenómenos que les acontecían a las mujeres, en tanto género, que eran socialmente discriminadas, excluidas y recluidas.

Nos preguntamos ¿qué enfermedades serán hoy típicas de las mujeres y cuáles sus causas? ¿Se atribuyen al hecho de ser mujeres, es decir, se consideran de origen orgánico o se indagan otros factores socio-culturales constitutivos del género, y por lo tanto, modificables?

En la actualidad seguramente hay otras enfermedades atribuidas a fenómenos orgánicos sin pensarse en las causas socio-culturales, como sucedía con la histeria. También hay enfermedades que cobran relevancia especial en el caso de un género u otro. En el caso del género femenino encontramos como flagelo más importante, en este momento, el del sida. Tanto varones como mujeres pueden contagiarse esta enfermedad. Pero están más expuestas las mujeres y no sólo por

causas anatómicas como lo es la vulnerabilidad de la vagina, sino que lo están a causa de su condición genérica. Socialmente están determinadas a ser menos expertas o aparentar serlo, por lo que demandar al compañero el uso del preservativo sería considerado inconveniente y muy poco propio del recato de una mujer.

En relación a esta enfermedad, en EEUU recientemente se ha acentuado la campaña fomentando la abstinencia. Nos preguntamos: ¿quiénes deberán abstenerse? ¿los varones, o las mujeres, o ambos? ¿por qué no se incentiva la prevención?

Otro aspecto a considerar cuando pensamos en la salud en relación al género es el de la necesidad de separar salud reproductiva de salud sexual. El hecho de que la sexualidad involucre el aparato reproductor desde el momento que compromete a todo el organismo, no justifica que se considere que la salud reproductiva sea sinónimo de salud sexual ni que la agote. Quedan muchísimos aspectos por fuera de la salud reproductiva. Es decir, la salud sexual es algo mucho más amplio y abarcativo que la salud reproductiva. Lo que acontece es que están íntimamente relacionadas. Pero muchos aspectos tienen que ver con la salud sexual excediendo lo meramente reproductivo. Directamente relacionados con la salud sexual encontramos los derechos sexuales.

Preocuparse por la salud teniendo en cuenta el género es preocuparse por las causas que enferman, tanto a varones como a mujeres, que dañan su salud para así prevenir las enfermedades, es preocuparse por cuidar esa salud y por crear las condiciones que la preserven.

Pero no debemos olvidar que en la consideración de la salud se cruzan la clase social y tam-

bién, en nuestro medio, la etnia y el grado de instrucción.

Por otro lado, siempre que se piensa en un plan de salud destinado a mujeres se lo hace considerando a las destinatarias como madres reales o potenciales. Así se habla de un Plan de Salud materno-infantil. O se inician campañas para detectar cáncer en sus órganos de reproducción (útero u ovarios) o en las mamas. Pero todo pareciera indicar que no habría otros problemas o enfermedades derivadas de su condición genérica más allá de su función reproductora, que merezcan una campaña específica.

Por el contrario, hay que destacar que son muchísimos los trastornos y patologías derivados del género. La tensión a que se ven sometidas las mujeres, entre otras cosas, por la doble jornada laboral, la que, no pocas veces se complejiza aún más, convirtiéndose en triple jornada cuando deben atender además de su familia también a la familia de origen propia o a la de su marido cuando los integrantes están envejecidos y/o enfermos.

Los problemas derivados de su rol de ecónomas en tiempos de desastre económico como lo es el momento que estamos atravesando y que cuenta con el antecedente de un larguísimo período en el cual las dificultades se venían produciendo paulatinamente hasta eclosionar en la circunstancia actual que todos sufrimos. Sobre las espaldas de las mujeres y dependiendo de su capacidad de hacer malabarismos se asienta la vida familiar demandando que cocine con bajo costo, que supla con su esfuerzo personal cuando un artefacto electrodoméstico se daña y el costo de su reparación la convierte en un trámite prohibitivo, que camine hasta el agotamiento buscando precios más convenientes. Y todo esto, muchas veces, cada vez

más, trabajando fuera del hogar, atendiendo y sosteniendo en otras tantas oportunidades a un compañero desocupado o subempleado y con su autoestima dañada a causa de esto mismo.

Pero, sin embargo hay muchos elementos socio-culturales más en relación a la salud de las mujeres que vienen de tan larga data que aparecen como lo que sociológicamente se denomina una "evidencia"; están tan cerca de nuestras miradas que casi no los percibimos: son un ramillete de situaciones y condiciones que hacen que la salud de las mujeres diste mucho de ser plena. Por eso decimos que es el género el que está enfermo. En muchas circunstancias se obliga a las mujeres a actuar en la clandestinidad, en muchas condiciones están sometidas, en muchas situaciones deben sufrir la hipocresía de nuestras pautas sociales. Las mujeres -con escasas excepciones- no son dueñas de su propio cuerpo, siempre hay otro - esposo, familiar, o el Estado- que decide por ellas, las mujeres están despojadas de la hegemonía y la responsabilidad sobre sus propios actos, las mujeres siguen siendo las menores o, como alguien sintetizara, siguen siendo el negro de la Historia.

Todas estas particularidades podrían ser modificadas y ése es el fundamento cuando analizamos que la salud de las personas no depende de un condicionante biológico a secas, sino que en un altísimo porcentaje esa salud es una resultante de circunstancias y situaciones establecidas por la sociedad y por el tratamiento que ésta dispensa diferencialmente a un género y al otro. Al menos en estos aspectos, sería cuestión entonces de modificar el tratamiento social que se hace de la salud. Esto es lo que se espera de la nueva Currícula de la Carrera de Medicina de la UNR.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

- COSTA, Ana Ma. y otras (org.) (2000) Saúde,eqüidade e género: um desafio para as políticas públicas, Brasilia, Editora Universitaria.**
- LAGARDE, Marcela, (1994) La regulación social del género: el género como filtro de poder, en CONAPO, Antología de la Sexualidad Humana, págs. 389-452, México.**
- LAMAS, Marta, (2002) Cuerpo: diferencia sexual y género, México, Taurus.**
- PORTER, Roy, (1989) Historia Social de la locura, Barcelona, Edit. Crítica.**
- SARDUY, C y ALFONSO A., (comp.) (2000) Género: salud y cotidianidad, La Habana, Edit. Científico-Técnica.**

# El Derecho Humano a la Salud

SUSANA CHIAROTTI BOERO  
INSTITUTO DE GÉNERO Y DESARROLLO

## 1. Introducción

Podría resumir esta presentación diciendo que la salud es un derecho, que está consagrado en numerosos tratados internacionales de derechos humanos, (por tanto es incluido entre los derechos humanos) y también en nuestra Constitución Nacional, (teniendo entonces categoría de derecho constitucional) y por tanto, todos y todas tenemos derecho a su disfrute, y podríamos utilizar numerosos recursos legales para ello.

Pero llegar a esta formulación demandó muchos años de esfuerzos por parte de múltiples actores no solo del campo de la salud sino también del campo de los derechos humanos. Cada una de esas palabras, SALUD, salud como DERECHO, y las obligaciones que resultan de su consagración como tal, han sido y siguen siendo objeto de debates desde distintas áreas disciplinarias y diversas corrientes políticas. Por ese motivo, éstos conceptos son polémicos, abiertos y en permanente construcción. En este caso y siendo tan amplio el campo de estudios voy a limitarme a enfatizar los logros conceptuales que tengan relevancia desde lo jurídico-social y finalizaré enumerando algunos de los desafíos que se presentan en la actualidad para el goce de este derecho.

## 2. ¿Qué es el derecho humano a la salud?

En primer lugar, debemos rastrear los intentos de definir qué se entiende por salud. Una mirada sobre la legislación sanitaria y los textos académicos de los últimos cincuenta años permite identificar más de una veintena de definiciones, desde las más simples, como aquella que dice que "salud es la ausencia de enfermedad", hasta otras más generales y comprensivas, como la que recoge el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud que la define como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de dolencia o enfermedad" (Romero, 2001)<sup>1</sup>

Estas definiciones continúan enriqueciéndose con las Declaraciones y Planes de Acción de las Conferencias Mundiales de Naciones Unidas, como el Plan de Acción de El Cairo<sup>2</sup> y la Plataforma de Acción de Beijing, que definieron lo que se entiende por salud sexual y salud reproductiva, por ejemplo, así como los esfuerzos realizados por la Organización Internacional del Trabajo; otras agencias especializadas y el Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas.

En cuanto a la *Salud como derecho humano*, que suena como una fórmula simple, es en realidad un dificultoso logro político.

En primer lugar la salud tiene la característica de ser por un lado un

derecho en sí mismo y por el otro, ser *condición habilitante* para el ejercicio de otros derechos. En ningún otro derecho como en la salud se observa la interdependencia entre los derechos tan claramente como en éste, ya que a la vez, la salud depende de otros derechos. A veces las condiciones de salud de una persona varían según el grado de libertad que goza, o de la vivienda que habita, del acceso a alimentación adecuada, a vestido y trabajo.

No siempre la salud fue considerada un derecho. Un síntoma de las dificultades para consagrarlo como tal, lo da el hecho de que cuando hubo que plasmar en tratados obligatorios los derechos consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se los dividió en dos pactos: por un lado los derechos civiles y políticos, cuya obligatoriedad era inmediata y por el otro los derechos económicos, sociales y culturales, (dentro de los que se encuentra la salud) a los que el Estado debe proveer de manera progresiva, en la medida que cuente con los recursos necesarios.

Esta perversa división no podría entenderse si no se la inscribe en el marco del debate político que se daba en esos años, en plena guerra fría, entre el bloque occidental, liderado por Estados Unidos, y la Unión Soviética. Así, mientras el primero abogaba por los derechos civiles y políticos, ligados al eje de las *libertades*, la segunda exigía como prioritarios los derechos económicos y sociales, ligados a las *necesidades*, como educación, salud, vivienda, ligados de derechos caros, porque en su mayoría requieren inversiones estatales para su cumplimiento.

Esta disputa se prolongó durante varios años y finalizó en 1966 con la firma de dos pactos separados, con distinta eficacia y obligatoriedad. Debido a ello, los

derechos civiles y políticos son inmediatamente exigibles y obligatorios; mientras que respecto de los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados deberán "adoptar medidas" para que "en forma progresiva" y "en la medida de los recursos disponibles", puedan implementarse.

El derecho a la salud aparece en el Pacto Internacional de los derechos económicos, sociales y culturales y por tanto, las posibilidades de exigir al Estado su cumplimiento tienen las mismas dificultades que la mayoría de ellos.

El problema es que la *obligación de adoptar medidas es un poco laxa* y los Estados han olvidado que si bien los derechos debían lograrse de manera paulatina, el objetivo debía adoptarse dentro de un plazo razonablemente breve tras la entrada en vigor del pacto.

La obligación de progresividad implica la de no regresividad. Dicho en otras palabras, no se puede retroceder en la implementación, o tomar medidas que disminuyan este derecho. Por ejemplo, de acuerdo a esta normativa, no se pueden recortar fondos destinados a salud (lo mismo para educación, que si bien no es el tema de hoy, está ligado). Y las medidas que recortaran estos derechos serían **INCONSTITUCIONALES**.

A pesar de los obstáculos que se enfrentaron para consagrar los derechos económicos, sociales y culturales, y el propósito expreso de darles un nivel de exigibilidad menor, luego de muchos años de trabajo y a través de distintas instancias, se ha logrado consagrar la *universalidad, interdependencia e indivisibilidad* de los derechos humanos. Podemos agregar además que estos derechos son *inderrogables, no pueden restringirse o menoscabarse* (Prot.El Salvador, art.4) y sólo

se podrán establecer restricciones o limitaciones a su goce y ejercicio a través de leyes y cuando tengan por objeto "*preservar el bienestar general dentro de una sociedad democrática, en la medida que no contradigan el propósito y razón de los mismos*". (P.El Salvador, art.5).

En la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena, en 1993, se concluye que *estos derechos tienen la misma categoría, importancia, origen, titular y destinatario que los demás; pertenecen a todos los miembros de la familia humana (universales) y son reclamables al Estado, obligado a su promoción y protección*<sup>3</sup>. De hecho, según algunos autores, existen niveles de obligaciones estatales que son comunes a ambas categorías de derechos.<sup>4</sup>

La realización de los DESC no depende "*de la sola instauración de un orden jurídico ni de la mera decisión política de los órganos gubernamentales, sino de la conquista de un orden social donde impere la justa distribución de los bienes,...*" Por tanto, según Nikken, "*La violación no emana de un acto sino de una omisión, muchas veces condicionada a la existencia de recursos que permitan la satisfacción de esos derechos, por lo que para establecer que un Estado los ha violado, no basta comprobar que no se está gozando, sino que el comportamiento del poder público, en orden a alcanzar este fin, no se ha adecuado a los estándares técnicos apropiados*"<sup>5</sup>

En Estados Unidos, país que ratificó sólo el Pacto de los Derechos Civiles y Políticos pero no ratificó el Pacto de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la salud no es considerada un derecho sino un servicio, al que se accede si se tiene medios para ello. O sea, su disfrute queda librado a las posibilidades de cada

ciudadano/a. En cambio en Latinoamérica, Canadá, África, la mayoría de los países asiáticos y la Unión Europea, la salud es ahora, como en Argentina, un derecho.

Pero en qué consiste el derecho a la salud? Este "no debe entenderse como un derecho a estar sano". Según el Comité de los Derechos Económicos, sería muy difícil que los Estados "pudieran garantizar la buena salud ni ... brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano... Los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona."

**"Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud."**

Este derecho, está consagrado de manera extensa en el artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales:

"Los Estados partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

1. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños y niñas;

b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y el medio ambiente;

c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas;

d) La creación de las condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad."

El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura la de toda persona a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica; la de no padecer injerencias; el estar libre de torturas o de padecer tratamientos médicos no consensuales. Entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud, dentro de un Estado pluralista, que impida las discriminaciones de todo tipo.

Según la jurisprudencia del mismo Comité, el concepto del "más alto nivel posible de salud" tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado.

El derecho a la salud está consagrado en numerosos instrumentos de derecho internacional. La **Declaración Universal de Derechos Humanos** lo instauro en el artículo 25, párrafo 1, cuando afirma que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios". También está reconocido en el inciso IV, apartado e) del artículo 5 de la **Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación Racial**, de 1965; en el apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12 de la **Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer**, de 1979.

En esta Convención se obliga al Estado a adoptar "12.1. todas

las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a planificación de la familia."

También exige a los Estados que se garantice a las mujeres "servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario"...

También se encuentra incorporado en los artículos 24, 25, 26 y 27 de la **Convención sobre los derechos del niño y la niña**.

Esta última es muy enfática al asegurar que "24.2. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño o niña sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios."

En virtud de estas normas, por ejemplo, los Sanatorios privados de nuestro país podrían ser obligados a recibir niñas o niños de manera gratuita. Al haberse incorporado la Convención del niño y la niña a la Constitución Nacional en 1994, cualquier familia tendría derecho a internar sus hijos e hijas en un sanatorio privado si no hubiera lugar en los efectores públicos. Podrían usar para ello de una acción de amparo, prevista en el artículo 43 de la Constitución. El mismo derecho tendría el o la profesional de la salud que recibe un enfermo en un effector público donde ya no hay espacio para su atención. El hecho de que no haya habido muchos casos de este tipo se debe, en su mayor parte, al desconocimiento de estos derechos por parte de la población.

En el Sistema de Derechos Humanos Interamericano, el derecho a la Salud está expresamente consagrado en el Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Hu-

manos. Este Protocolo sobre los derechos económicos, sociales y culturales es conocido también como el Protocolo de San Salvador (1988). Aquí se entiende a la salud como el "disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social".

### 3. ¿En qué textos legales está consagrado este derecho en nuestro país?

En 1994, nueve tratados internacionales de derechos humanos, entre ellos los citados, fueron incorporados a la Constitución Nacional, en el artículo 75 inciso 22. Cada uno de los derechos contenidos en ellos tiene ahora rango constitucional y puede ser exigido por cualquier ciudadano o ciudadana sin distinción alguna por motivos étnico-raciales, religiosos, de edad, sexo, capacidad, o cualquier otro.

Por lo tanto el derecho a la salud en nuestro país tiene rango constitucional. Para reclamar su disfrute se cuenta con los recursos constitucionales, además de los consagrados en las leyes y códigos nacionales y la normativa sanitaria, que debe incluir las últimas leyes dictadas en las provincias sobre salud sexual y reproductiva.

### 4. Obligaciones del Estado respecto a los derechos humanos

En cuanto a las obligaciones contraídas por los Estados, éstas "incluyen tanto lo que cabe denominar obligaciones de comportamiento (adoptar medidas oportunas para hacer efectivos los derechos reconocidos), como obligaciones de resultado". O sea, alcanzar metas concretas en materia de salud.

De acuerdo a los Principios de Limburgo<sup>7</sup> (21 y 23) "La obligación de alcanzar el logro progresivo de la completa aplica-

*ción de los derechos exige que los Estados actúen tan rápidamente como les sea posible en esa dirección.*" O sea, los Estados no pueden diferir indefinidamente los esfuerzos necesarios para la completa realización de estos derechos.

Resumiendo, habría tres niveles de obligaciones estatales:

• *Obligación de respetar:* implica que los gobiernos deben abstenerse de toda medida que impida a la población satisfacer estos derechos. A veces, para respetar, sólo basta que el gobierno se abstenga de ciertas prácticas, como por ej. emisión de gases tóxicos por parte de empresas estatales, o negarse a la firma de un tratado de comercio que encarezca medicamentos o abstenerse de torturar o maltratar presos/as.

• *Obligación de proteger:* Aquí los gobiernos deben prevenir toda posible violación a los derechos no sólo de sus agentes sino de posibles terceras partes, como consorcios, empresas, grupos multinacionales, etc. También deben crear mecanismos judiciales, administrativos o políticos, para garantizar que una persona cuyos derechos han sido violados, pueda tener defensa. Ej. El derecho a la salud se vería protegido si el Estado impidiera que suban arbitrariamente los precios de los medicamentos, de manera que las personas de ingresos bajos pudieran continuar adquiriéndolos.

• *Obligación de realizar:* En comparación con las anteriores, esta obligación es más positiva e intervencionista. En esta categoría se plantean cuestiones de gastos públicos, reglamentación gubernamental de la economía, regulación del mercado (construcción de

hospitales y centros de salud, fabricación, provisión y/o compra de medicamentos, provisión de alimentos básicos para evitar muertes por malnutrición, subsidios para viviendas sanas, garantizar la eliminación de residuos domiciliarios, agua potable, vestimenta, etc.) provisión de servicios públicos e infraestructuras afines, políticas de subsidios y otras obligaciones positivas.

### 5. ¿Cuáles son los desafíos que enfrenta actualmente la ciudadanía con relación al goce del derecho a la salud?

Los desafíos son numerosos. Entre los más importantes podría citar:

I. ¿Cómo salvar la brecha entre los derechos plasmados en los textos y la posibilidad de gozarlos en la vida cotidiana?

II. ¿Cómo transformar una sociedad discriminatoria para que todos y todas accedan a los beneficios de los servicios de salud sin discriminación de ningún tipo?

III. ¿Cómo exigirle al Estado que cumpla con los derechos que ha garantizado a sus ciudadanas y ciudadanos cuando día a día su soberanía se ve recortada por instancias supranacionales?

O sea, en qué medida el Estado puede hacerse responsable de sus promesas de cumplir los derechos humanos cuando ha firmado compromisos comerciales internacionales que exigen que se tomen medidas que afectan directamente esos derechos y donde la soberanía estatal aparece recortada?

a) ONU vs. OMC: Por ejemplo, qué medidas adopta el Estado para proteger el derecho humano a la salud cuando firma el Tratado de Protección a la propiedad intelectual que le impuso la OMC. Este

tratado, que forma parte del núcleo duro de la OMC, como uno de los requisitos para ingresar a la misma, ha sido pensado para proteger, principalmente, a los grandes laboratorios farmacéuticos de los países del Norte. La India, uno de los países que hasta ahora se resiste a firmarlo, puede comercializar libremente los medicamentos producidos en su país. Por ello, paga por algunos medicamentos el 700% menos que en Argentina.

Hay una regla, en la carta de Naciones Unidas, que exige a los Estados que pertenecen al Sistema, que no ratifiquen ningún tratado internacional que viole los derechos humanos consagrados en la Carta de ONU.

Los tratados de libre comercio son tratados internacionales. No debería firmarse ninguno antes que nuestro Estado se asegure que su ratificación no implicará retrocesos de los derechos de sus ciudadanos. Esto incluye acuerdos con las IFI, Instituciones Financieras Internacionales, como el FMI o el Banco Mundial.

b) En el mismo sentido se orienta el Alca o Acuerdo de Libre Comercio entre las Américas, donde se están discutiendo diversos temas, llamados canastas. Una de las canastas es la de servicios. En ella, Estados Unidos propone que se incluya educación y salud, mientras que para Canadá la salud y la educación forman parte del área cerrada de su economía. Aquí vemos que lo que para algunos es un bien o servicio, para otros es un derecho. Si cedén a las presiones de Estados Unidos se convertiría en área abierta sujeta a privatizaciones. Hasta ahora un gran porcentaje de su población (y el gobierno) se han negado.

**IV. El desafío de una distribución más justa de los recursos:** Ya la Onu no acepta la excusa de que los Estados no tienen recursos. Pueden ser escasos,

pero hay que rever la manera de repartirlos. Comparar, por ej. lo que se invierte en compra de armamento con lo que se invierte en salud.

V. Otro tipo de desafíos son los ético-filosóficos frente a nuevas tecnologías científicas, como la clonación humana, que

han sido planteados como conflictos de derechos.

Como verán, este es un campo complejo, admite múltiples enfoques y debates en proceso. Además brinda numerosas posibilidades de participación y crecimiento para una ciudadanía que está en constante construcción.

#### NOTAS

1. Romero Bidegaray, Inés (2001). "El Derecho a la Salud. Ponencia presentada en el Seminario Desc Unifem-Ciadem- Lima.
2. Plan de Acción de El Cairo, Par.7.2: "La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual."
3. Garretón Roberto (1996). La sociedad Civil como agente de Promoción de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En Estudios Básicos de Derechos Humanos, Tomo V. IIDH. San José de Costa Rica.
4. Abramovich, Víctor; Courtis Christian (1999). "Hacia la exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales. Estándares internacionales y criterios de aplicación ante los tribunales locales". En La aplicación de los tratados Internacionales sobre derechos humanos por los tribunales locales. PNUD, CELS. Buenos Aires.
5. Nikken, Pedro (1995). El concepto de derechos humanos, en Estudios Básicos de Derechos Humanos I. IIDH. San José de Costa Rica.
6. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. E/C.12/2000/4 del 11 de agosto de 2000.
7. Un grupo destacado de expertos reunidos en la Universidad de Limburgo, en Maastricht, del 2 al 6 de junio de 1986, elaboró una serie de principios rectores para orientar a los Estados y a los órganos de Naciones Unidas en la aplicación de los DESC. Estos son conocidos como Principios de Limburgo y son una guía indispensable en el tema.

## Cuando el Género Enferma

HÉCTOR BONAPARTE

CEIM

Parto del sentido común para formular la idea de salud. Es el estado y sensación de bienestar y equilibrio que parece emanar directamente de nuestro cuerpo, pero que en verdad es algo más amplio y complejo. Tiene que ver con todo lo interior, pero también con todo lo exterior a nuestra realidad corporal. El hecho de que nos sintamos bien con nuestro organismo o que suframos con motivo de él, no puede separarse del entorno socio-económico-cultural que nos rodea, y del modo como nos situamos en el mismo y somos influidos por sus rasgos particulares.

Otra manera de nombrar aquel entorno es decir que resulta de la forma en que se organiza la convivencia humana, en cuya estructura nos ubicamos según diversas coordenadas. Entre las básicas se cuentan la clase social, la raza (y la etnia) y el género. La clase social se vincula con la riqueza y el poder de que disponemos, cuyo monto nos ubica más arriba o más abajo en la escala social. La raza tiene que ver con rasgos como el color de la piel, del cabello, de los ojos, la talla y contextura física, etc. Según sea la sociedad en que nos situemos, esas características nos localizarán en lugares más ventajosos o de menor consideración. Algo comparable sucede con el género, en tanto ser mujer o varón, o pertenecer a una minoría sexual hará que gocemos de una estima diferenciada según el caso.

Los rasgos del entorno socio-económico-cultural, o de la sociedad, o de la forma como está organizada la convivencia, significan una distribución despareja del poder y de la riqueza, que sobre la base de aquellas coordenadas básicas de la clase, la raza y el género ubican a la gente en una red de posiciones y consideraciones diferenciales. Arriba están los poderosos que deciden y por debajo los más débiles que deben seguir las indicaciones de aquéllos. El sistema del capitalismo neoliberal que predomina en nuestro país y en gran parte del mundo ha agudizado las diferencias, concentrando una enorme riqueza y poder en un grupo proporcionalmente pequeño —nacional e internacional— a costa de la explotación del resto que es comparativamente muy grande, quedando además una porción importante de la población prácticamente excluida de todo beneficio y participación.

La explotación (en el sentido muy amplio de sacar partido de los demás aprovechando las diferencias) y la exclusión se organizan sobre las líneas que marcan las coordenadas principales de la clase, la raza y el género. Hay que remarcar que ese aprovechamiento de los demás está legalizado por el sistema: no es que algunos se aprovechan colocándose fuera de la ley, sino que lo hacen de acuerdo con las normas y valores vigentes. Así, fenómenos que nos golpean a diario —como la pobreza, la corrupción, la discriminación genérica—, no son accidentes inesperados, sino resultados esperables. Si la finalidad de la existencia de los humanos es acumular riqueza y poder, y si

el dinero es la medida de todo, ninguna situación que produzca ganancia debe ser desperdiciada. Entonces aprovecharse de los demás y traducir todo a dinero — personas, servicios, cuerpos y almas— es una especie de objetivo propuesto socialmente, hacia el cual todos debemos dirigir nuestras preocupaciones. Según ese cartabón, los que no lo hacen son perdedores voluntarios que han elegido libremente la opción menos ventajosa.

Hay clases aventajadas y clases postergadas, y algo análogo sucede con los grupos que se distinguen por sus características raciales y por sus rasgos genéricos. Se vive con ventajas o con desventajas según la ubicación que se tiene con respecto a aquellas coordenadas. Esto es válido para múltiples aspectos de la existencia y, por supuesto, también para la salud. Por eso se dice, por ejemplo, que existen enfermedades de la pobreza. La tuberculosis ha tenido una incidencia mayor entre los que menos tienen. Ser pobre significa no solamente tener más probabilidades de llegar a la vida con un organismo menos resistente, sino también estar más expuesto a las enfermedades y a una muerte prematura.

En lo que se refiere a las razas, en la medida que pertenecer a un grupo o a otro significa estar más cercano o alejado de la pobreza —con las desventajas que ella implica—, también las chances de gozar de buena salud tienen valores diferenciales. Se sabe que las características raciales están en la base de sistemas de dominación que han condenado a ciertos grupos a una existencia riesgosa y a una muerte probable. En la época en que muchos africanos eran traídos a América como esclavos y los indígenas americanos eran forzados a trabajar hasta la extenuación en las explotacio-

nes mineras, ambos grupos raciales resultaron diezmos por las enfermedades y la muerte.

Con el género ocurre algo comparable. No hemos dicho que el género es el moldeamiento cultural del sexo. Se nace hembra o macho, pero se aprende a ser mujer o varón de acuerdo con las normas vigentes acerca de lo que se considera la femineidad o la masculinidad. Estas normas son construidas por la cultura y cambian de un lugar a otro y de un momento histórico a otro. Así como se vive distinto siendo mujer o varón, también se enferma, se cura y se muere de manera diferente, según el género.

De acuerdo con normas tradicionales de amplia vigencia, el destino de las mujeres es la procreación y la crianza de la prole, a lo cual se agrega por contigüidad todo el trabajo doméstico. Se dice que esto es adscripto, inherente y natural, aunque en verdad es atribuido, agregado y cultural (o sea artificial, construido). Constituye así un ejemplo típico de lo que es el género, como elaboración de la cultura que se ha metido a la fuerza en un solo paquete que se quiere hacer pasar como biológico y obra de la naturaleza. El parto es la única tarea en la cual las mujeres no tienen reemplazo. Todo lo demás, sea referente a los niños o a la casa, puede ser hecho por otros. Aquello se endilga a las mujeres por una "decisión social" que, por definición, es contingente, histórica, modificable.

La crianza de los hijos es una tarea agotadora que muchas veces las mujeres deben cumplir sin ayuda, siendo que los hijos tienen padres; que han participado en su gestación y tienen responsabilidades al respecto. El trabajo doméstico es repetitivo, tedioso y sobre todo interminable. Se limpian cosas que se ensucian y que hay que volver a limpiar; se

elaboran comidas que se consumen y hay que volver a cocinar; se reparan ropas que se deterioran y hay que volver a acondicionar. Esto no tiene fin, porque la vida de las personas consiste inevitablemente en ensuciar, consumir y desgastar. Toda esa labor recae en la "mujer de la casa", quien se encarga así de la reproducción biológica (y sus derivados) y de la reproducción social, que es toda la otra "reparación" para que la vida de los miembros de la familia pueda continuar.

El espacio doméstico, ocupado por las dos reproducciones, significa un trabajo agotador e interminable que consume tiempos, energías, resistencias, defensas, juventudes, lozanías, salud. El desgaste para las mujeres se potencia porque los esfuerzos femeninos se desarrollan bajo el signo del servicio, del sacrificio y del darse a los otros postergándose como personas con derecho al descanso y al placer. En eso consiste ser mujer, o sea, en darse a los demás. La fuerza de estos fenómenos presiona para que las mujeres se conviertan en "fregonas", seres cuya vida transcurre secando las gotas que caen al piso, limpiando los restos que quedan sobre la mesa y lustrando muebles y pavimentos. La visión humorística y caricaturesca de las amas de casa las presenta como obsesivas que siempre están limpiando y lidiando con los que ensucian y desordenan.

Cuando la comida escasea, las madres-amas de casa son las primeras en sacrificar y compartir su ración para que no les falte a sus hijos. Si hay que repartir escaseces alimenticias entre los menores, suele privilegiarse a los varoncitos, en la creencia de que por su sexo necesitan (¿o merecen?) más alimento. Eso las condiciona desde pequeñas para ser segundas frente a sus hermanos y las prepara para comer en último tér-

mino cuando son adultas con esposo e hijos a su cargo. Tal reposición alimentaria recortada no las exime del trabajo doméstico a su cargo, con lo cual su estado físico puede no encontrarse en las mejores condiciones para afrontar ese trajín casi permanente durante las horas de vigilia.

Por desconocimiento y por falta de información y asistencia su dieta de pobres suele ser deficitaria para reponer el hierro que pierde el organismo femenino a causa de los sangrados menstruales. Tal desventaja puede agregarse a las exigencias que significan los embarazos frecuentes y la lactancia subsiguiente, todo lo cual puede acarrear, entre otras cosas, descalcificaciones que debilitan sus huesos y dientes. Las mujeres en general sufren situaciones como las descritas, que influyen en su salud por el hecho de ser mujeres. Si su calidad de vida es comparativamente elevada y además sus recursos económicos les permiten prevenciones y compensaciones, los riesgos disminuyen. Pero todo lo mencionado se acentúa cuando se trata de mujeres que son, además, pobres.

El encadenamiento de condiciones negativas generales vuelve a afectarlas en este caso, debido a que también la pobreza parece ensañarse con las mujeres. Su imagen y postura de "servicio" las coloca a la zaga de los demás miembros del grupo familiar en lo que respecta a la alimentación, a la cuota de trabajo y a las comodidades de que puedan gozar (para el descanso, la higiene, etc.). Esa colocación desventajosa se agudiza si aumenta el grado de la pobreza, debido a la falta de trabajo remunerado, a la desocupación de miembros de la familia, a la baja de salarios, pérdida de servicios sociales, aumento de impuestos y de costos de servicios como agua, electricidad, transporte, salud, educación, etc.

Todo eso deteriora la calidad de vida de los sectores pobres, y los esfuerzos compensatorios suelen concentrarse en las mujeres. Por ejemplo, caminar en vez de usar transporte para aprovisionarse de ciertos bienes; mayores esfuerzos para conseguir el agua de grifos públicos; recurrir a elementos rudimentarios ya abandonados como combustible, ante la imposibilidad de continuar pagando algo más cómodo; perder la ayuda de artefactos que se rompen o descomponen y no pueden reemplazarse o arreglarse (cocina, heladera, lavarropas, etc.). Además de todo lo anterior, las necesidades del empobrecimiento hacen que con frecuencia reciban en su vivienda a familiares o allegados que se han quedado sin casa o han debido emigrar de sus lugares de origen por falta de trabajo. Eso significa más trabajo y mayores preocupaciones y responsabilidades, las cuales recaen especialmente en las mujeres madres-amas de casa.

La preocupación por cuestiones como las que venimos reseñando requiere que uno se sacuda la maraña de ideas y concepciones predominantes que se muestran torcidas y deformantes respecto a todo lo que sea interesante en la calidad de vida y el bienestar de los seres humanos sin distinciones y en el cuidado del medio ambiente, que es de todos y afecta el futuro de la humanidad. Tales concepciones son, por ejemplo, las que toman algunas creaciones humanas (modificables por definición) como si fueran resultado de alguna fuerza natural (o sobrenatural) y válidas para siempre. Un ejemplo es la tan mencionada "globalización" que, en su versión neoliberal, es obra de los poderosos del mundo y sin embargo se pretende que la acatemos y consideremos como si fuera la ley de la gravitación universal.

Las bases de la globalización serían la constitución de un mercado mundial y la revolución tecnológica, que interconectan todas las actividades de las naciones llegando a anular prácticamente las fronteras. Los grupos más poderosos —nacionales y del mundo— manejan esos procesos para aumentar y concentrar sus beneficios empobreciendo al resto mayoritario de la sociedad, y han creado el 'mito' de que se trata de un fenómeno 'natural' para que nadie se resista o trate de modificarlo.

El grueso de la población sufre los resultados de esa política, que es obra de seres humanos. Es un mito que se alimenta de otros mitos, creando y agudizando —por ejemplo— diferencias entre grupos que se distinguen por la clase, raza, género, etc. Tales rasgos son usados para determinar cuáles son los grupos sociales que han de recibir el grueso de la desventaja y la explotación. Esto se produce porque se concentra la riqueza y el poder en sectores cada vez más reducidos en proporción, que son los que deciden sobre la vida y la muerte de una porción enorme de la humanidad.

Un ejemplo de esa discriminación es la que se hace en base al sexo. La subordinación de las mujeres se presenta como un resultado de la naturaleza, aunque en verdad es obra humana. Lo más sencillo, fácil, normal y lógico parece ser aceptar ese estado de cosas como si respondiera a una fuerza natural que ha ordenado a los sexos de una vez y para siempre. Como con la globalización, en este caso también corresponde remover la maraña engañosa que nos condiciona para ver la realidad como conviene a los ricos y poderosos que toman las decisiones. Si cada uno ocupa el lugar (sexual-genérico) asignado, a los que mandan les resulta más fácil manejar a la so-

ciudad como un todo. Las diferencias y discriminaciones se toman como algo dado, y sirven para manejar mejor a la gente.

La mitad femenina de la sociedad en general, y la porción más desprotegida de las mujeres (a causa de la pobreza y otros factores) en especial, reciben el impacto negativo de su condición genérica. Es decir, no del sexo biológico que les tocó al nacer, sino de la cobertura simbólico-histórica que le añade la cultura. Ellas, por ser mujeres, están exigidas de una manera que afecta negativamente a su salud y las coloca en desventaja en ese aspecto. Soportan una triple carga que proviene, por un lado, de una reproducción biológica que se presenta como forzosa en tanto no se les facilitan los medios (cognoscitivos, prácticos, simbólicos) para posponerla, desecharla o dosificarla. Por otro lado, esa carga proviene también de la reproducción social, o sea de la responsabilidad conferida por contigüidad con la reproducción biológica, y que consiste en asumir en exclusiva todo el trabajo doméstico para mantener renovadamente activos a los miembros de la familia. Y por último, se añade la carga del trabajo social, asumida por las mujeres como estrategias colectivas de supervivencia frente a las necesidades insatisfechas que derivan de la pobreza.

Sin el aporte de la teoría del género, sin el empleo de la categoría género y sin la aproximación al tema con una perspectiva de género, las mujeres seguirían soportando la triple carga (reproducción biológica, reproducción social y trabajo social) y nadie vería nada raro en esa situación que conduce al sobreenviejimiento femenino. A nadie se le ocurriría cuestionar fenómenos que han sucedido de tal manera durante siglos, avalados por la religión, la ciencia, la filosofía, los valores,

ideas, creencias y prácticas humanas que son tradicionales y parecen responder a las leyes de la naturaleza. Cuando las prácticas sociales tienen un consenso tan generalizado y se muestran tan eficaces para mantener a la sociedad funcionando de manera ordenada, se convierten en "evidencias" que como tales pasan a ser presencias invisibles.

Sin embargo, basta la mirada crítica para descubrir que, como en la fábula, el rey va desnudo. Las cosas son así, pero eso no obliga a que deban seguir de la misma manera si se concluye que el orden instaurado —modificable como toda obra humana— es arbitrario e injusto. Hay que volver a mirar todo de nuevo y con nueva visión. Volver a transitar los caminos habituales —en este caso los de la salud— buscando los desajustes, las contradicciones, las asimetrías y las deficiencias, pero ahora con el

ánimo decidido de recuperar los equilibrios necesarios.

Para acercarse a una comprensión más acabada de su función los médicos, y en general los agentes de salud, tienen que incluir dos aspectos de la situación en que están involucrados sus enfermos. Ambos aspectos están cargados de eufemismos, mitos, malentendidos, falacias e injusticias. Uno es el marco político y económico que 'crea' la pobreza como un ingrediente necesario y 'castiga' a los desprotegidos con las privaciones, las enfermedades y la muerte. Y el otro aspecto es la discriminación genérica, que vuelve a castigar a la mitad de la sociedad con subordinaciones y minusvalías arbitrarias, insostenibles, pero muy arraigadas, contra las cuales hay que luchar sin descanso, porque son atentatorias contra derechos básicos de las personas.

#### BIBLIOGRAFIA

- SARDUY SANCHEZ, Celia (2000), Postmodernidad, género y salud. En Sarduy Sánchez, Celia / Alfonso Rodríguez, Ada (Comp.), Género: Salud y cotidianidad. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 261-279.
- RODRIGUEZ REYES, Inalvis (2000), Educar la sexualidad en la familia. ¿Una responsabilidad de mujeres? En Sarduy Sánchez, C. / Alfonso Rodríguez, A. (Comp.), Op. cit., 136-157.
- LAURELL, Asa Cristina (2000), Globalización y reforma del Estado. En Costa, Ana María / Merchán Hamann, Edgar / Tajer, Débora (Organizadores), Saúde, equidade e gênero. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 35-60.
- TAJER, Débora (2000), Presentación. En Costa, A.M. / Merchán-Hamann, E. / Tajer, D. (Org.), Op. cit., 13-18.

# Aportes de la Perspectiva de Género a la Medicina Familiar<sup>1</sup>

DÉBORA TAJER  
UBA

**E**s muy destacable y significativo el hecho de que la Facultad de Medicina de la Universidad de Rosario haya elegido la perspectiva de género en salud como tema a incluir en su reforma curricular en aras de proveer a los/as futuros/as egresados/as con herramientas que les permitan garantizar la salud como un derecho de ciudadanía.

He elegido en la exposición y ahora en el texto establecer los aportes que la perspectiva de género le provee a la Medicina Familiar por tres razones:

a- Porque considero que el género debe incluirse como eje transversal de todo el quehacer y saber en salud para aumentar los grados de equidad.

b- Porque este enfoque puede permitirle a la Medicina Familiar mejorar la calidad de atención y comprender de modo más abarcativo a la población a la cual le dedican su práctica cotidiana.

c- Porque la Medicina Familiar surge como una herramienta para intentar resolver algunos de los "cuellos de botella" que obstaculizan el logro del bienestar de la población que las tendencias actuales del desarrollo hiperbiologista y neopositivista de las ciencias de la salud no pueden resolver.

Éstas son:

**1- La tendencia a la superespecialización, cuyos efectos son la fragmentación tanto del sujeto humano consultante, como la del sujeto humano que imparte la consulta.**

**2- Dar cuenta de los cambios en los patrones de morbimortalidad, con un aumento de las enfermedades crónicas, cuyos factores de riesgo están asociados con hábitos y calidad de vida.**

**3- Incorporar los cambios sociodemográficos efecto de las mudanzas en los patrones de morbimortalidad que han tenido un correlato de aumento de la expectativa de vida y simultánea baja de la natalidad. Cambios sociodemográficos que concomitantemente son efecto de los cambios que se están efectuando en el orden de la cultura y de las costumbres.**

**4- La necesidad de salirse de una perspectiva de abordaje del proceso salud-enfermedad-atención basado en el individuo para incorporar una dimensión social más abarcativa, tomado como objeto de las prácticas a la familia que es el modo de agrupabilidad básica sobre la cual se asientan nuestras sociedades. Para lo cual, necesitamos tener un conocimiento mayor acerca de la**

familia como objeto de estudio y de intervención.

5- La necesidad de integrar la atención de los problemas en salud, tanto por razones de racionalización propias del sistema de salud, que necesita una sola boca de entrada al mismo, para una mejor planificación y eficiencia de las acciones. Como por necesidades de la población que demanda que se le atienda integralmente y que el especialista sea un orientador capacitado para la toma de decisión acerca de mayores grados de complejidad en el tipo de atención que se necesita.

6- El hecho de que nuestros sistemas de salud están más basados en la enfermedad que en la promoción de la salud y la calidad de vida, con fuerte base en lo curativo y escasez de acciones preventivas.

7- La concentración de las actividades curativas y de rehabilitación en los centros de alta complejidad, simultáneo a las posibilidades actuales de efectuar la mayor parte de ambas prácticas en forma descentralizada y ambulatoria.

En todos estos aspectos y desafíos que se plantea la Medicina Familiar en pos de una mejora de la calidad de vida y de las prestaciones en salud, la perspectiva de género en de suma ayuda y vamos a ver punto por punto en qué y porqué.

Comencemos entonces con lo más básico.

¿Qué es el género?

¿Acaso es el modo moderno de decir sexo femenino o masculino?

Esto no es así, sexo y género son dos conceptos diferentes que siguen teniendo vigencia y relevancia en el campo de la salud colectiva. Utilizamos el concepto de sexo femenino o masculino,

cuando estamos hablando de las diferencias biológicas que existen entre varones y mujeres y sus efectos en la salud. En cambio, cuando utilizamos el concepto de género, estamos introduciendo una dimensión socio-histórica de las diferencias entre los sexos, en este caso en el ámbito de la salud. De este modo complejizamos el campo, saliendo del paradigma positivista para ingresar en el marco del paradigma de la salud colectiva o de la medicina social, en el cual utilizaremos ambos conceptos para referirnos a dos series de fenómenos, partiendo de la base que lo biológico mantiene su especificidad, pero es resignificado en una nueva relación entre lo bio-psico-social.

Ejemplo de esto, es el señalar que las diferencias biológicas están dadas desde el nacimiento, pero los hábitos, conductas, costumbres, alimentos, cultura, construyen cuerpos que tienen materialidad biológica, pero que su orden de determinación no sólo lo es.

Existen innumerables definiciones acerca del concepto de género. De las muchas existentes, hay una con la cual yo me siento más cómoda y por lo tanto la comparto con Uds. y ésta es: el género es la construcción social que se monta sobre la diferencia sexual anatómica. Construcción social que tiene consecuencias psíquicas, vinculares, eróticas, sociales, económicas y políticas.

Podemos señalar que a partir del dato empírico de la diferencia anatómica se instauran prescripciones, permisos, autorizaciones, prohibiciones, facilitadores y expectativas sociales diferenciales para varones y para mujeres, que cada sociedad le atribuye al portador de la misma y que el sujeto toma para sí apropiándose de ésta.

Entonces para lograr la equidad entre los géneros no nos sirve negar las diferencias sociocul-

turales que existen sino que debemos identificar cómo las mujeres son socializadas con responsabilidades, intereses y necesidades diferentes a los hombres, razón por la cual para el logro de alcanzar la igualdad en la calidad de vida para todos los sujetos, se debe tomar la desigualdad jerárquica entre varones y mujeres como un dato del estado de las cosas en la actualidad como punto de partida. Desigualdad que es fruto de los "efectos políticos de la diferencia sexual anatómica", que implican un modo diferencial de andar por la vida, relativo a los permisos sociales y a las representaciones que cada género tiene sobre sí mismo y sobre el otro. Situaciones que repercuten como diferenciales en las condiciones de vida, y por lo tanto en el proceso-salud-enfermedad-atención, pues la gente suele enfermarse, ser atendida y morir de acuerdo a como vive.

**El problema no es la diferencia, sino como ésta se convierte en injusticia, por lo tanto, en inequidad.**

Una vez introducido el concepto, veamos entonces cuáles son sus aportes a los desafíos que se propone la Medicina General como modo de mejorar las prácticas en salud. La idea que quiero transmitirles es que varones y mujeres parten de lugares diferentes y de problemas diferentes a resolver, para lograr los objetivos que nos proponemos de mejorar la calidad de vida para ambos géneros. Y reconocer estas diferencias es un primer paso para el logro de una real equidad.

Comencemos con el primer punto:

**1- La tendencia a la superespecialización, cuyos efectos son la fragmentación tanto del su-**

***jeto humano consultante, como la del sujeto humano que imparte la consulta.***

La perspectiva de género en salud, ha trabajado desde sus comienzos en una concepción holística del sujeto humano tanto del que consulta como del que imparte las prácticas en salud. Propone la humanización de las prácticas en salud, con la recuperación de los saberes acerca del propio cuerpo y la historia inscrita en el mismo del sujeto que consulta.

Y en el avance en la incorporación de la propuesta de recuperación de los saberes de los pacientes y el fomento de una actitud activa de autocuidado ha identificado dificultades diferenciales en varones y en mujeres relativas a la sociosubjetivación de género.

En este sentido se ha identificado que los varones tienden más a ver su cuerpo como fragmentado, ponen el cuidado del mismo en manos de otros, consultan cuando no dan más por lo tanto lo hacen en forma tardía y no a los primeros síntomas. Podemos decir entonces que la sociosubjetivación tradicional masculina es en sí un obstáculo de parte del consultante para un modelo más integral en salud que merece ser considerado.

Las mujeres por lo general consultan más precozmente y tienden a estructurar una visión más integral de sí mismas en términos corporales. Pero el interior del cuerpo les aparece como un misterio a develar por "el otro" en este caso el/la profesional de salud. Por otra parte aún cuando registran más precozmente sus síntomas y malestares, pueden postergar la consulta y el tratamiento de las mismas en pos de urgencias o demandas de los demás integrantes de la familia. Nos encontramos entonces en las mujeres con una fina percepción

del malestar, pero simultánea a una dificultad para autorizarse a la consulta y al tratamiento en pos de priorizar las necesidades de los otros.

Con respecto a los profesionales de la salud y la superespecialización vemos una diferencia también dada por la sociosubjetivación de género.

Los varones suelen preferir las superespecializaciones por varias razones:

Las especialidades se caracterizan por una distancia mayor entre paciente y médico que la medicina general, puesto que el contacto es más esporádico y puntual y por lo general no se habla de otros aspectos que los relativos a la intervención o la práctica específica. Esto es sintónico con los varones en tanto han sido sociosubjetivados para la distancia afectiva y la escisión de los sentimientos por lo tanto se sienten más cómodos en prácticas que las favorecen y las acentúan.

De todos modos, quiero dejar en claro que estas cuestiones que en una primera mirada pudieran ser ventajosas por utilización de las ventajas comparativas de cada género, tienen efectos perjudiciales.

Sabemos que los superespecialistas sufren de enfermedades propias del rol: fundamentalmente estrés, depresión, dificultades para dormir y adicciones varias. Las cuales son frutos entre otras razones de este modelo de fragmentación, distancia y desconexión de los afectos entre ellos: el temor y la angustia.

Otro aspecto atractivo para los varones médicos acerca de este tipo de elección, es la posibilidad de fomento de la ilusión de poder sobre la vida y la muerte que permiten algunas prácticas de superespecialización: emergencias, cirugía, etc. Las cuales producen un engrandecimiento del yo-ego que permite jugar con sentido social el lugar del "héroe" para el cual

han sido educados los varones. Es dable de destacar que este "poder" tiene dos caras como la moneda, pues tener que saber siempre y estar permanentemente a la altura de las circunstancias puede ser gratificante cuando es posible, pero también resulta muy cansador e insalubre.

Las mujeres médicas por su parte, prefieren las especialidades clínicas y más integrales entre ellas; la medicina familiar. Pero no sólo por elección sino porque a veces temen la competitividad que las superespecialidades implican.

Por otra parte en el ejercicio de la medicina familiar que tiene por definición características de trabajo territorial y de cercanía, frecuentemente las mujeres médicas se sobreinvolucran con la población. Población, que además suele sobredemandarlas más que a los médicos varones, pues tienden a verlas como «madres» siempre dispuestas y con un amor infinito a otorgar a cada uno y a todos.

Por lo tanto la sobrematematización del rol, también es un obstáculo para la atención integral; pues desfomenta la responsabilidad y el autocuidado de la población.

Con respecto a la enfermería, en la mayoría de los países es una carrera a predominio femenino, siendo que la escasa población masculina se concentra también en área de la superespecialidad: emergencia, cirugía, rehabilitación, entre otras.

Por otra parte, es significativo compartir en este texto, un comentario que hizo un estudiante de enfermería varón en un panel en un encuentro de salud que se realizó en Uruguay en el 2001. Este estudiante señalaba como indicador de crecimiento de la profesionalización y valorización de su profesión el aumento de la incorporación de los varones a la misma. Lo cual es una percepción que tiene visos de verdad:

hace tiempo que nos hemos percatado de los fenómenos de que cuando una rama de actividad laboral se desjerarquiza se feminiza, con sus dos viceversa: Cuando se feminiza se desjerarquiza, cuando se jerarquiza se masculiniza.

## **2- Los cambios en los patrones de morbimortalidad, con un aumento de las enfermedades crónicas, cuyos factores de riesgo están asociados con hábitos y calidad de vida**

Aquí hay varias cuestiones a considerar relativas a cuáles son los actuales patrones predominantes y cuáles son los riesgos y comportamientos diferenciales por género.

Los patrones actuales de mortalidad, tienen un desafío fundamental y éste es la sobremortalidad masculina temprana en dos momentos de la vida, que dan como resultado que los varones tienen entre 7 años de menos en esperanza de vida en la mayoría de nuestros países. Las dos franjas etarias en las cuales esto se verifica son:

De 15 a 25 años y de 35 a 55 años.

Ambos fenómenos podemos comprenderlos mejor si incorporamos al análisis de su causación los valores sobre los cuales se basa la constitución del género en los varones.

La primera causa de mortalidad para el segmento de 15 a 25 años en mi país, Argentina, (perfil compartido por varios países de la región) es por accidentes y por causas relativas a la violencia, pero la proporción es de que cada 7 varones sólo 1 mujer. Como señalaba anteriormente, estos indicadores pueden ser mejor comprendidos si los relacionamos con la sociosubjetivación de género masculino pues son efecto del fomento de actitudes de "valentía"

consistente en probar la masculinidad aún arriesgando la propia vida y la de los/as demás. Los varones se sienten compelidos a «jugar» a quién se arriesga más, quién conduce a más velocidad, quién se interna más en el mar y todo esto como sinónimo de quién es más hombre. Y en esta prueba de hombría muchas veces se les va la vida.

Con respecto al segmento de 35 a 55 años, la primera causa de mortalidad masculina para mi país son las enfermedades cardiovasculares. Siendo la segunda causa general sin desagregar sexos. La proporción entre varones y mujeres es de 4 a 1. Existe suficiente consenso en la actualidad en afirmar que estas patologías tienen un gran peso psico-social en su causación. Simultáneamente podemos señalar que los estudios que existen sobre personalidad, actitudes y enfermedad cardiovascular, que aun se mantienen vigentes por su pertinencia, dan cuenta de que las personas más propensas a tener enfermedades cardiovasculares son las que poseen un tipo de personalidad que se conoce como de tipo A, cuyas características son la competitividad, la asertividad, el no registro del cuerpo, etc. Características que son más fomentadas en el género masculino que en el femenino, esto quiere decir que los varones se mueren más por el fomento de un ideal de masculinidad que les resulta mortífero.

Por otra parte, sabemos que las mujeres se mueren menos pero consultan más en el sistema de salud relativo a malestares ligados a condiciones de vida: salud mental (depresiones, angustias inespecíficas) y problemas del aparato locomotor y muscular, por la sobrecarga relativa al trabajo doméstico, ligado también a la repetición de movimientos.

Cabe señalar por otra parte, que si bien la brecha existente

entre varones y mujeres en lo relativo a enfermedades cardiovasculares se mantiene, ha aumentado la población femenina afectada. Una de las causas está ligada al aumento de algunos factores de riesgo como el tabaquismo. En ese sentido es importante referirnos al fenómeno de aumento del tabaquismo en mujeres jóvenes.

Lo cual está dado, porque el consumo de tabaco está asociado a un valor ligado a la liberación y la independencia, tan valorado por las muchachitas jóvenes, que entran a su consumo buscando parecer mayores e independientes, como forma de aumentar su autoestima. Por lo tanto cuando trabajamos con este grupo es importante tomar en cuenta este factor para poder ser más eficaces en la intervención.

## **3- Los cambios sociodemográficos efecto de las mudanzas en los patrones de morbimortalidad que han tenido un correlato de aumento de la expectativa de vida y simultánea baja de la natalidad.**

Al respecto existe un aspecto llamativo de orden cultural en algunas poblaciones que han aumentado su esperanza de vida a semejanza de los países centrales, por lo tanto en términos psico-socio-biológicos sería dable suponer que una persona entre 40 y 50 años está en la plenitud de su vida. Sin embargo se observa sorprendentemente que la valorización de las diferentes edades es relativa a tiempos en los cuales estas poblaciones tenían 50 años como esperanza de vida. Y éste es punto cultural necesario de poder cambiar para aumentar la calidad de vida de las personas.

Si se supone que sólo es joven alguien que tiene 20 años y si una persona de 40 está cuidada, se le dice que se «conserva» bien

algo inadmisibles y hasta ofensivo en otros países con iguales patrones de expectativa de vida.

¿Qué pasa cuando le atravesamos a esta reflexión la perspectiva de género?

Encontramos que la belleza está asociada a la juventud y que ambas son una pauta importantísima de valorización de las mujeres en el ámbito social y de la propia subjetividad lo cual tiene dos efectos:

a- En las más jóvenes, favorece su autovalorización como objetos del deseo de otros a edades muy tempranas

b- En las más grandes, dificulta la asunción de una propia valoración por fuera de estas imágenes incluso a edades muy tempranas como los 30 o 40 años.

**4-La necesidad de salirse de una perspectiva de abordaje del proceso salud-enfermedad-atención basado en el individuo para incorporar una dimensión social más abarcativa, tomado como objeto de las prácticas a la familia que es el modo de agrupabilidad básica sobre la cual se asientan nuestras sociedades. Para lo cual, necesitamos tener un conocimiento mayor acerca de la familia como objeto de estudio y de intervención**

Es importante colocar que la medicina familiar ha hecho un avance muy importante en términos de pasaje del objeto individuo al objeto familia en el proceso salud-enfermedad-atención.

¿Pero cuál es el concepto de familia subyacente a las prácticas que realiza?

Muchas veces los profesionales de la salud sin darnos cuenta tomamos como familia saludable en términos de ideal, a los modelos relativos a lo que se conoce como familia nuclear de la modernidad. Suponemos que la mejor

familia es la que está construida como resultado de la cohabitación de un papá que trabaja para ser el sostén y proveedor, una mamá que cuida y es el sostén afectivo y que también puede trabajar, y los niños y las niñas.

De hecho la realidad es más múltiple que eso tanto en lo relativo a las familias que tratamos como en las que vivimos: existen las familias ensambladas que es el nombre que se le da en la actualidad a las conformadas por los míos, los tuyos y los nuestros, familias monoparentales donde o la mamá o el papá (éste es un fenómeno más nuevo) cuidan de los niños, entre otras.

En realidad por lo general cuando un papá cuida, salvo en raras excepciones, la que cuida es la mamá o la hermana del papá.

No hay una idea desde los varones y desde el entorno familiar de que un varón pueda cuidar en forma adecuada a sus niños.

Simultáneamente asistimos al fenómeno de que los padres más jóvenes empiezan a compartir los cuidados tempranos entre varones y mujeres.

En este sentido hay quienes dicen que la equidad entre los géneros nunca será posible si no se logra la incorporación de los varones en los cuidados tempranos, aún cuando a otros niveles se realicen todas las otras incorporaciones.

Por lo tanto el fomento, la valoración y la capacitación de los varones para ejercer el cuidado a la par de las mujeres de los niños pequeños es una colaboración muy importante que los médicos de familia pueden incorporar en pos del logro de la equidad y de la humanización de los varones y las mujeres; tanto de los que cuidan como de los que son cuidados.

¿Por qué?

Para las mujeres que cuidan, podríamos decir que les permite, en una época en la cual hay

un ingreso masivo de las mujeres al mercado laboral, que el mismo sea acompañado por una distribución más equitativa de las responsabilidades domésticas.

Si pensamos que para un niño lo más importante es sólo la mamá, generamos culpa en las mujeres que trabajan y se sobrecarga de tareas. «Porque nadie las hace como ellas»!!!

Como bien se señala en el libro cubano «Género, Salud y Cotidianidad» (Alfonso, Sarduy Sánchez, 2000) del cual recomiendo su lectura, el derecho de las mujeres al ocio está desestimado, por lo tanto también lo está el efecto benéfico que éste tiene sobre su salud mental y la de su familia.

Para los varones que cuidan, también resulta un beneficio. En principio les favorece la conexión con sus propios sentimientos y la necesidad de identificar las necesidades de un otro que no puede expresar muy claramente las mismas, lo cual favorece para su logro, el desarrollo de la intuición.

Desarrollar estos dos aspectos tiene un correlato muy positivo en la salud de los varones: ya que el no registro de las propias percepciones, la desconexión con su propio cuerpo y la dificultad para decodificar la necesidad y los sentimientos de los otros es la base del malestar cotidiano de los varones que redundan en problemáticas de salud.

Por otra parte, incentiva la relación directa entre los niños y el padre. Uds. saben que con el sistema de crianza a predominio materno, el efecto es que los padres se comunican con los niños a través de la madre que oficia como de traductora entre unos y otros. Lo cual se asemeja más a una sesión de las Naciones Unidas que a una reunión familiar.

Esto es especialmente evidente en los casos de divorcio, donde los varones en los momentos

de visita o salida con los niños necesitan invitar a su nueva novia o a cualquier otra mujer para que entretenga a sus hijos/as.

Con respecto a los niños y niñas, el contar con dos adultos significativos y posibles de cuidarlos indistintamente desde niños les favorece la seguridad en sí mismos y en los otros. Además de estimularles desde pequeños la equidad en la valorización de ambos géneros.

Otro de los aspectos importantes de tomar en cuenta en la redefinición del concepto de familia con el cual trabajamos es entender que si mantenemos como modelo un formato de familia tradicional, contribuimos a incrementar el malestar y la estereotipia genérica de los sujetos.

Por ejemplo, muchas veces cuando un varón adulto consulta por un problema, las indicaciones se las damos a la esposa, porque suponemos que ella es la que lo va a cuidar hasta de sí mismo. Estas indicaciones redundan en una sobrecarga de las mujeres y en una inhibición de las posibilidades de adquisición del autocuidado por parte de los varones.

### **5- La necesidad de integrar la atención de los problemas en salud, tanto por razones de racionalización propias del sistema de salud, como por necesidades de la población.**

En este sentido creo que sólo es importante enfatizar la necesidad de incorporar nuevas problemáticas para lo que es el enfoque en salud como son por ejemplo las relativas a la violencia intrafamiliar y a la sexualidad.

Y esto en dos sentidos, porque el abordaje de ambas contribuye a la mejora de la calidad de vida de los y las sujetos, pero además porque son dos áreas con mucho impacto en la carga de morbilidad.

Y son temas fundamentales para un enfoque de modelos basados en la atención primaria como boca de entrada al sistema, puesto que el primer nivel es más permeable para poder valorizar su real peso y contribuir a su solución.

En lo relativo a la sexualidad sólo me referiré a una contribución que el enfoque de género puede dar con respecto a la transmisión de VIH y ETS.

Como muchos sabemos los modelos circulantes acerca del amor y la sexualidad pueden ser también mortíferos.

El concepto de género al ser eminentemente relacional identifica como uno de los ejes principales de relación entre los géneros al amor. Y da especial importancia al efecto en la salud sexual y reproductiva de los vínculos amorosos fraguados en la lógica patriarcal. Para lo cual es importante identificar las características de las relaciones afectivas y sexuales entre los varones y las mujeres realmente existentes, a la luz de lo que hoy denominamos análisis de la vida cotidiana con perspectiva de género.

Mirando la vida cotidiana con "anteojos de género" advertimos la enorme dificultad que tienen las mujeres, fundamentalmente en nuestra región con un régimen patriarcal muy acentuado, para negociar sobre métodos, forma de utilización, quien los utiliza y en que ocasión. Estos aspectos deben ser especialmente identificados pues entran en contradicción con las posibilidades de los sujetos de tener prácticas más saludables para sí y para los otros.

Es en este sentido cabe señalar que parte de la mejora de los perfiles de salud sexual y reproductiva de las mujeres, sólo puede ser concretada mediante la incorporación de la población masculina como sujetos activos de su propia salud sexual y reproductiva. Estas acciones deben ser diri-

gidas a los varones de todas las edades, para que cambien sus patrones de comportamiento, con relación a la transmisión de las enfermedades de infección sexual y al uso de contraceptivos, en especial el preservativo.

### **6- El hecho de que nuestros sistemas de salud están mas basados en la enfermedad que en la promoción de la salud y la calidad de vida, con fuerte base en lo curativo y escasez de acciones preventivas.**

En el caso de la salud, este cambio de enfoque va acompañado de un proceso de gran actualidad en los últimos años que es la incorporación a programas del tipo de municipios por la salud o ciudades saludables.

Los cuales son programas fuertemente basados en la participación comunitaria y alguno de ellos con claros componentes de desconcentración, es decir real empoderamiento ciudadano en términos de toma de decisiones y descripción de prioridades.

Desde la perspectiva de género quisiera hacer una reflexión:

Y ésta es señalar la gran atracción que ejercen sobre las mujeres los programas participativos.

Esto se debe en parte porque estos muchas veces son relativos a poder conseguir resolver necesidades relativas a alimentación, vivienda y salud que son áreas privilegiadas donde las mujeres por su socialización primaria perciben que deben participar.

Estos afectos positivos, tienen por otra parte su contracara:

a- La mayor parte de los programas participativos están diseñados para ser atractivos sólo para las mujeres, no incluyendo «tareas amigables» para los varones.

b- Pueden resultar en un traslado a las familias de acciones que debieran ser asumidas por el Estado.

Por lo tanto, uno de los elementos a tomar en cuenta es poder estar atentos a que los programas que se implementen sean amigables tanto para varones como para mujeres y que los mismos contribuyan a la incorporación y empoderamiento de los ciudadanos y ciudadanas y no al desentendimiento de responsabilidades de las instancias gubernamentales.

**7-La concentración de las actividades curativas y de rehabilitación en los centros de alta complejidad, simultáneo a las posibilidades actuales de efectuar la mayor parte de ambas prácticas en forma descentralizada y ambulatoria.**

Este último punto lo podemos relacionar con el movimiento de desconcentración y desinstitucionalización que señalamos en el ítem anterior.

Y en este sentido, es importante darse cuenta que en nuestra región se realizan sobre la base de la distribución social del trabajo propia del patriarcado. Por lo tanto, si no democratizamos las relaciones y la carga de trabajo, las que cargan con los costos del fomento de la descentralización y del tratamiento ambulatorio son las mujeres. Siempre que tengamos que tomar la decisión de que a alguien en vez de cuidarlo el sistema de salud está en condiciones de cuidarlo la familia, hay que pensar quién de la familia cuidará a ese paciente. Si es mujer, posiblemente no tendrá quien la cuide en su propia unidad familiar, lo cual probablemente la haga recurrir a su madre, hermana o alguna mujer de la familia del marido.

Si es varón, posiblemente lo cuide su esposa.

Si es un mayor lo cuidará la mujer de la familia sea ésta la hija o la nuera.

Una reflexión final al respecto es el hecho de que la desinstitucionalización que tiene un alto valor ideológico en términos de calidad de vida y de derechos ciudadanos, no puede darse como decisión sólo para aminorar costos, puesto que como señalábamos con anterioridad, esto en realidad es un pasaje a las familias de las responsabilidades y obligaciones del Estado. En este sentido cabe destacar el esfuerzo que están haciendo en Chile, Thelma Galvez y Marisa Matamala para

que se incorporen en las cuentas nacionales como parte del PIB, los costos de los cuidados de la atención en salud domiciliaria.

Llegando entonces al final del artículo espero que el mismo haya podido transmitirle a Ud. lector o lectora, el modo en el cual la perspectiva de género puede resultar una herramienta fundamental para los objetivos que en aras de la mejora de la promoción, prevención y atención en salud se proponen los programas de medicina familiar.

#### BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- COSTA, A.M.; TAJER, D.; HAMMAN, E. Organizadores «Salud, Equidad y Género. Un Desafío para las Políticas Públicas». Editorial Universidad de Brasilia, Brasil, 2000
- MELER, I.; TAJER, D. (Comp) «Psicoanálisis y Género. Debates en el Foro» Lugar Editorial, Bs.As., 2000
- SARDUY SÁNCHEZ, Celia y ALFONSO, Ada (comp.) «Género: Salud y Cotidianidad. Temas de actualidad en el contexto cubano» Editorial Científico Técnica, La Habana, Cuba, 2000.
- STANDING, H. Impactos de Género de las Reformas en Salud. El actual estado de las políticas y la implementación. Documento de trabajo realizado para el VIII Congreso de la ALAMES, La Habana Cuba 3-7 de julio del 2000.
- TAJER, D.- «Mujeres, Varones y enfermedad cardiovascular». Co-autora junto a Cernadas J., Barrera M.I. y Vega D. En «Género y Salud» Zaldúa G. (Coordinadora), Edt. Eudeba, Bs.As., 2000
- TAJER, D. «Pagando 'a la americana'. Invisibilidad de Género en el Informe de la OMS 2000 y Propuesta para un Informe Alternativo género sensible». En «¿Equidad? El Problema de la Equidad Financiera en Salud» Ediciones Antropos, Bogotá, Colombia, 2001
- TAJER, D. «Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud» en «Políticas Públicas y Equidad de Género en Salud: Desafíos para Centroamérica y Caribe». Castillo A. (comp.), Edit. Universidad de Costa Rica (en prensa).

# Entrevista a la Dra. Raquel Chiara\*

SANDRA FERNÁNDEZ

Durante la actual gestión de la Dra. Chiara se llevó adelante un profundo cambio curricular de la Carrera de grado de Medicina<sup>1</sup>. Innovador en la mayoría de las facetas de cambio que aborda, este nuevo plan de estudio incorpora de forma contundente la categoría de género como eje transversal de estudio, representando de este modo la primera carrera de grado universitaria de nuestra universidad que promueve este tipo política académica.

Raquel Chiara: Podríamos decir que la historia de este cambio de la currícula de la carrera de medicina comienza mucho antes de esta gestión. En particular considero que esto comenzó a partir del trabajo conjunto de un grupo que lideraba el Dr. Carlos Aiello. Con él y con otros docentes, como el Dr. Marro, la Dra Vidal... , fuimos considerando la idea del cambio curricular, a partir de la posibilidad de implementación de la primera facultad privada de medicina en Rosario.

El grupo se consolida en defensa de la universidad pública en oposición a esta iniciativa de facultad privada de medicina. Iniciativa que finalmente logramos parar a través de la movilización de la comunidad. Sin embargo este grupo queda constituido y comienza a discutir, pensar, armar un perfil médico distinto. Por supuesto que hablábamos de un perfil donde lo biológico formará parte pero donde no tuviera la exclusividad que hasta ahora había tenido en la currícula.

Es entonces en 1986, durante el decanato del Dr. Aiello, donde se hace presente la primera definición del perfil de médico. Y esta definición queda ahí, esperando, su implementación y las transformaciones. Pero sumado a esta coyuntura también existían distintas comisiones que funcionan para organizar el cambio curricular. O sea que la Facultad como institución a través de todo esto, viene reconociendo la necesidad de un cambio curricular.

Este cambio era reclamado tanto por grupos más jóvenes más progresistas digamos, y reclamado también por profesores más "clásicos", miembros de la asociación de profesores. Hay que recordar también la participación especial de los alumnos; la insatisfacción de cómo se recibían los alumnos, lo que debían realizar después de recibirse; también eso era un elemento de reclamo de cambios. Algunos expresados así como necesidad de cambio curricular, y otros como insatisfacción, eso formó un colectivo en la institución.

Zona Franca: ¿Cuándo comienza efectivamente a realizarse el cambio de plan?

\* Decana de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario. Esta entrevista fue realizada el 24 de setiembre del 2002, entre las 17:30 y 19:30 hs.

RC: Cuando yo asumo el decanato es primer objetivo que aparece. La gestión se identificó con la transformación curricular; más yo creo que acepté ser decana para poder poner en marcha la transformación curricular; y ahí como primera estrategia me dediqué a analizar cuáles fueron las barreras que llevaron a que nunca se hubieran podido implementar los cambios curriculares, no sólo de las propuestas que venían de esas comisiones, sino además las producidas desde hacía más de 50 años en el mundo los educadores médicos...

Un poco la estrategia fue ponerse a pensar con un grupo pequeño de la gente con la cual yo venía trabajando en la ICV (Instancia de confrontación vocacional), analizar con ellos qué cosas se oponían a los cambios. Y la primera y más importante era la falta de democratización del proceso, es decir, primero comenzar a considerar que nadie puede pensar por otro. Yo creo que es un error histórico de los intelectuales, creer que tenemos derecho a pensar por los demás, y después lo que pensamos por los demás lo queremos bajar a que lo demás lo implementen, como si lo hubieran hecho, y aprueben lo que generó un grupo limitado.

Así lo primero fue democratizar el proceso de trabajo; entonces creamos grupos y le pusimos títulos de referencia. Algunos abrieron nuevos caminos como el de ética, el de género, el de nutrición; otros, clásicos, que ya venían funcionando como grupos en la vieja currícula -el grupo de niño, pediatría, grupo de ciencias morfológicas-, interactuaron con los anteriores. En fin fuimos abriendo un abanico de área fácilmente reconocidas por todos los actores porque eran propias, con nuevas áreas que venían sobre todo de las humanísticas. Se abrieron esos grupos y se invitó a todo el

mundo que quisiese participar en una forma totalmente abierta.

ZF: Vos mencionaste el grupo de género, cuáles fueron las inquietudes para que surgiera como tal dentro de la Facultad?

RC: Entiendo la salud como un concepto amplio que contiene desde lo biológico, hasta lo social y al área de salud mental; en este sentido la problemática de género tenía que estar contemplada en cualquier perspectiva que intentáramos abordar.

Yo y mi grupo, conocíamos muy bien como incide la problemática de género en la salud. Cuando me refiero a esto no solo digo a la salud femenina, sino a la salud social. Porque socialmente una serie de distribuciones nos aquejan tanto a las mujeres como a los varones en esta construcción del género que nuestra sociedad tiene.

Bueno respecto de esto invitamos a quienes tenían la posibilidad de introducirnos en la problemática, y así el grupo de la Facultad de Humanidades [CEIM] con Hilda Habichayn a la cabeza, comenzó como mascarón de proa a abrir aguas en relación a género. Y en este trabajo yo diría que no tuvo los inconvenientes habituales, es decir como el grupo de género entra en un momento en que se desestructura la forma de visualizar la currícula; el género entró como una parte de esa deconstrucción. En particular, creo que la coyuntura facilitó su incorporación, porque si en la vieja currícula se hubiera querido introducir el género, estoy segura que no entra. Así como entró la filosofía, la ética, la historia, o como entran las ciencias sociales o la salud mental a impregnar los contenidos, ahí también se hace presente el género.

Lo importante de estos grupos es que fueron constituyéndose

con viejos y nuevos actores, por supuesto que uno invitó también a determinada gente por el nivel académico, como por su trayectoria en defensa de la educación pública, que uno conocía como actores importantes que eran muy valiosos para el debate. Lo que importa es que los grupos se interdisciplinaron, porque a lo mejor en el área de nutrición le interesó a un gastroenterólogo, también a un antropólogo, también le interesó a la gente de psicología que hace adolescencia, entonces se fueron construyendo grupos de trabajo interdisciplinarios o al menos provenientes de distintas disciplinas.

ZF: Es evidente que es un logro de este proyecto abrir la Facultad como institución, ahora ¿hasta este momento la Facultad y la carrera estaban abierta a la interdisciplina?

RC: No para nada, es más yo siempre me preguntaba cómo había subsistido una materia como medicina y sociedad, incorporada a la currícula en el 83 y 84 cuando estuvimos con el Dr. Aiello. Y siempre me pregunto cómo quedó cómo subsistió solita ante el embate de todas las biológicas, cómo subsistió sin mimetizarse, porque nosotros somos tan hegemónicos en la mirada biológica que por ahí permitíamos alguna disciplina sometiéndola.

Así que para nada estaban integradas las otras disciplinas. Filósofos, antropólogos, psicólogos estaban concentrados en esa materia medicina y sociedad pero no tenían posibilidad de entrar en ningún otro año. Pero estos grupos comenzaron a trabajar y ya había un esquema de base, que fue muy duro en un comienzo introducirlo, que era la desaparición de la currícula napoleónica en disciplinas. Este diagrama curricular estaba presente en toda

la estructura de la carrera, donde el objeto de estudio era el objeto de estudio de cada disciplina; anatomía tenía su propio objeto de estudio con su lógica interna disciplinar, histología también y así sucesivamente. El asunto es que salimos de cada materia con su objeto de estudio para construir un objeto de estudio que es el proceso salud-enfermedad-aprensión, al cual acuden los saberes disciplinares para aproximarse a un objeto de estudio complejo que finalmente es producto de la realidad.

Vamos de nuevo, porque creo que esto es importante. El profesional médico y yo diría el profesional del área de salud se enfrenta en su práctica profesional con múltiples variables que la realidad de los pacientes de las comunidades determina. Ninguna angina es igual a otra, ninguna gripe es igual a otra porque no hay individuos con una misma historia no sólo social sino genética. La realidad de ese paciente hace al proceso salud enfermedad situado en la realidad de ese paciente. El fémur, que antes se estudiaba en la materia, es un imaginario que nunca va a venir a la consulta, nunca va a venir un fémur diciendo tengo una fractura en el tercio superior, es decir puede existir una fractura de fémur en un trabajador que se cayó de una escalera, en un geronte por su osteoporosis, en un niño maltratado, y todas las fracturas son distintas. Ni siquiera el cayo óseo que se forma, que es lo más biológico de la fractura va a ser igual en el anciano que tiene menos calcio que en un joven que tiene más calcio, ni tampoco va a ser igual la fractura que inmoviliza a un obrero o un jornalero y que pierde su puesto de trabajo que la de un ejecutivo.

Ahí es donde la currícula intenta poner el objeto de estudio en otro lugar. Yo hablaría, un poco

desde la pedagogía, que uno intenta desarrollar en esta currícula un pensamiento complejo que le permite acercarse a las variables que la realidad le ofrece al médico todos los días.

Además la palabra paciente ubica al ser humano sano o enfermo en un lugar tan lejos del dominio de su salud y de su enfermedad y se lo entregó al profesional siendo que en la salud y la enfermedad nuestra tenemos mucho que ver. Con eso quiero que quede claro que, porque por ahí nos roban el discurso con otras intenciones y yo he visto en algunos escritos del Banco Mundial donde la gente se tiene que hacer cargo de su salud y de su enfermedad. ¡Cuidado con que a esto lo podamos diferenciar bien!, ya que estamos hablando desde otro lugar.

A este objeto de estudio -el proceso salud-enfermedad-, ¿cómo nos aproximamos desde el conocimiento para abarcarlo? Acá aparece el diseño del plan de estudio que está dividido en ciclos. Los dos primeros años en el ciclo de promoción de la salud, no entramos más por la muerte como en la vieja currícula, porque a la muerte podés llegar a través de la muerte, pero también a través del envejecimiento llegás a la muerte, es decir entrando por la salud. Nuestro objetivo es entender la salud y a crear mecanismos, habilidades, técnicas y conocimiento para que el alumno pueda promoverla, y como nos aproximamos a la salud: a través del crecimiento y desarrollo del ser humano, a través de la nutrición del ser humano, a través de la sexualidad, la reproducción y el género, a través del trabajo y del tiempo libre y a través del ser en su ambiente. Nosotros pensamos que estas áreas definen la salud, y estas áreas están todas atravesadas por ejes estructurantes que son niñez, adolescencia,

adulto joven y adulto mayor. Porque no es lo mismo el desarrollo y crecimiento de un niño, donde nos interesa su estatura, como va desarrollando el perímetro cefálico, que el crecimiento de un adulto mayor o un adulto joven, porque el geronte también crece y se desarrolla, no será en lo físico pero sigue creciendo en lo emotivo y lo social; y el adulto joven también se desarrolla intelectualmente, se desarrolla en su esfera laboral...

Entonces ¿dónde está la anatomía? La anatomía está en todos lados, porque por ejemplo en el crecimiento y desarrollo del adulto joven, nosotros desarrollamos bipedestación y marcha, porque el estar parado y el trasladarse le permite la inserción social, laboral y para eso necesita del fémur, de las articulaciones, de los músculos, y ahí las estudiamos, estudiamos esa anatomía pero aplicadas a esa función que hace al desarrollo del individuo. Allí mismo estudiamos visión y audición porque son los dos sentidos que a él también lo conectan con su mundo social y laboral. La anatomía se sitúa en otro lado, y necesita también de la física, porque para entender la marcha tenemos que trabajar con palancas, fuerza. La física viene a unirse a la anatomía, porque ya no es más el hueso sólo, sino ese hueso en su función mecánica. Ese hueso en sí y también en quien está situado. Nosotros vamos presentando el desarrollo de estas áreas a través de unidades problema. Estas salen de lo que son las consultas más frecuentes en el médico clínico generalista.

ZF: La perspectiva del plan apunta a la formación del médico clínico de atención primaria de salud. ¿Qué lugar pasarían a ocupar las especialidades?

RC: Las especialidades dejan

en la nueva currícula los contenidos mínimos que necesitan tener un médico de atención primaria y el resto pasa todo al postgrado, a las especialidades a las carreras de postgrado.

Por ejemplo ¿Qué necesita saber un médico de atención primaria de traumatología? En estos grupos de trabajo se define: necesita saber como inmovilizar para traslado, cómo controlar en una fractura que el traumatólogo opera cómo controlar la vitalidad de esa zona. De este modo se delimita bien cuál es la incumbencia del médico de atención primaria y cuál la del especialista. Lo mismo en cardiología, él va a tener que saber muy bien primero promocionar la salud del aparato cardiocirculatorio, después prevenir las enfermedades, pero cuando diagnostique un infarto lo que va a tener que saber es que a ese paciente lo va a tener que derivar lo antes posible y en las mejores condiciones al cardiólogo, porque él sí le va a dar una oportunidad distinta a la que le puede dar un médico de asistencia primaria.

Es interesante la pregunta porque la currícula desaloja toda una serie de contenidos que hacen a la especialidad, y da lugar que entren toda una serie de contenidos humanísticos que estaban ausentes sin alargar los años de carrera; porque si a la currícula tradicional le hubiéramos incorporado todo lo humanístico tendríamos una carrera de nueve años y que además no hace a lo que tiene que manejar un médico de asistencia primaria.

Bajo la vieja currícula con una gran carga de contenido biológico pero con una ausencia de práctica tremenda, y de contacto con la realidad los alumnos se formaban fundamentalmente dentro del Hospital [Centenario], y de la patología que se atiende en los consultorios, el 7 % no más se ve en el hospital. Ya que al hospital

va el paciente crónico; el caso raro, no va lo cotidiano de la práctica médica de todos los días, eso está en los consultorios externos de los centros periféricos y es ahí donde la nueva currícula apunta a la formación del médico.

Comentábamos que salud la definiáramos entendiendo estas áreas y cómo la promocionamos, es decir cómo promocionamos para que un chico crezca bien, cómo promocionamos para que se nutra bien el geronte, cómo promocionamos para gozar sexualmente, cómo promocionamos para defender nuestros derechos desde el género, cómo promocionamos el arte del ocio y el tiempo libre creativo, como parte de la salud.

Entonces esto es lo primero, dos años y después empezamos a trabajar con un ciclo de un año que nosotros lo llamamos de prevención, que nosotros trabajamos con injurias y defensas. Es decir todo esto que construimos de salud es sometido por las injurias, por ejemplo para un pulmón sano el bacilo de la tuberculosis es una injuria, en un niño sano el maltrato es una injuria, en un ciudadano sano la represión es una injuria, en un geronte estar desdentado es una injuria, y sin duda nosotros trabajamos sobre las defensas, frente al bacilo de Koch la inmunoglobulina desde lo biológico, desde lo social, la buena nutrición, la casa con comida, la ausencia de hacinamiento. Trabajamos la injuria y la defensa, y a la injuria la vemos en todas sus dimensiones desde la interdisciplina y la defensa también desde la interdisciplina. Si la injuria triunfa caemos en el tercer ciclo que es la enfermedad y ahí tenemos que aprender a diagnosticarla, tratarla y a recuperar al ser humano, y si la defensa triunfa volvemos al primer ciclo que es el de la salud, y seguimos promoviendo la salud. Estas son las conductas que que-

remos crear en el médico con esta estructura. Y después cierra el último ciclo que son nueve meses de práctica tutelada, donde el alumno cerró su currícula y durante nueve meses está en el ejercicio de la profesión tutelado por un médico.

ZF: ¿Cómo el género cruza la currícula? ¿Cuáles fueron las dificultades que tuvieron para implementarla y cuáles fueron por otro lado los beneficios y las satisfacciones?

RC: Género está atravesando la currícula suavemente, representando ahora un avance significativo. Aparece como área específica en segundo año pero ya en primero se introduce como problemática en Nutrición y en Crecimiento y Desarrollo a través a ciertos recursos educativos que empezaron a construir la mirada desde el género.

En nutrición el grupo de género ha introducido alguna bibliografía en relación a como el alimento se distribuye distinto, entre el varón y la mujer, en los niños, sobre la idea de que el varón tiene que comer mejor para ser más fuerte, incorporando la mirada de género que siempre ha estado ausente. Entonces este grupo introduce esa mirada que nunca ha estado presente y que tiene mucho peso en nuestra sociedad. Concorre como una disciplina más a hacer los aportes con los recursos educativos que se le ofrecen al alumno para que pueda tener un pensamiento complejo, y después va a desarrollar género como tal en segundo año cuando ve Sexualidad, Reproducción y Género.

ZF: ¿Cuáles son las metas que uds. se han fijado para evaluar de alguna manera la incorporación de la perspectiva de género de forma transversal en un plan de estudio como el de la carrera de Medicina?

RC: Nosotros decimos que esta currícula es flexible porque continuamente está sometida a evaluación y calificación. El mes que viene tenemos la primer jornada donde vamos a evaluar qué paso en Crecimiento y Desarrollo, y la gente de género que trabajó ahí verá como evalúa esta participación. Tengamos en cuenta que hay una mirada tenue de género en Crecimiento y Desarrollo, hay algo más en Nutrición. Seguramente ahí se verá si hubo dificultades para que el alumno lo integre, y sobre eso no te puedo responder ahora, ya que se va a hacer, y allí los talleres de cada grupo harán sus planteos sobre que pasó, porque en cada uno de estos talleres están conformados por los alumnos que aprobaron el área. Y allí los alumnos dirán si ese recurso sirvió o no, si el idioma es el correcto... Otro taller va a evaluar si los contenidos respondieron a los objetivos, porque muchos veces se declaman los objetivos y se dictan otros contenidos porque por ejemplo el de química dice cómo no va a saber enzimas.

Todos estos talleres van a ir analizando y realizando el balance de lo actuado. Y allí se verá que es lo que hay que ajustar, afianzar, los aspectos más positivos, etc. Pero es una construcción entre todos y la evaluación va a ser entre todos.

Además los alumnos fueron actores principales, porque si los alumnos no hubiesen puesto protagonismo, esto no sale por más docentes que hubiéramos estado dispuestos a seguir adelante. Esto se produce porque el alumno entendió los nuevos códigos de la institución, que eso lo entiende enseguida, así como antes sabía que lo que había que saber eran los chismes del profesor y mientras más veces te diesen oportunidad más posibilidad tenía de aprobar, ahora entiende que son otros los códigos.

Esto tiene que ver además con ir recuperando la salud institucional donde se estimula al alumno a investigar, donde los alumnos son libre de preguntar, donde se de cuenta de que el conocimiento no se puede encerrar, que son capaces de integrar. Porque ya no es más el docente en el centro del proceso, con la verdad absoluta, repartiéndola y que los chicos lo tomen, ahora es el alumno el centro del proceso, el que construye el conocimiento y que viene a preguntar sobre cosas que o no le cierran o dudan y uno nunca sabe lo que viene a preguntar el alumno; pero ahí está lo que puede hacer recuperar la libido docente perdida. Además nosotros trabajamos con que el error es parte del proceso y que desde el error se aprende, entonces el chico es libre y pregunta, y eso moviliza.

ZF: ¿Algunas docentes se encontraron reticentes a incorporar la perspectiva de género?

RC: Muchos se mostraron reticentes a todo, a todo el cambio. Género se montó en el jinete del Apocalipsis, pasando desapercibido dentro de todo el cambio movilizador, que creó mucho conflicto en la gente. El género está adentro de todo este asunto, pero

no. Yo al menos en los grupos, y cuando se han dado algunas charlas donde han participado los profesores, al contrario; en algunas personas que uno creía que se podía encontrar dificultad no hubo inconveniente, eso sí las cuestiones relativas al feminismo siguen generando rechazo...

Hasta ahora no hemos tenido mayores problemas vamos a ver efectivamente los efectos de los contenidos de género cuando los implementemos el año que viene. Allí se va a necesitar de todos los recursos docentes de la facultad. Porque los coordinadores de área que arman las unidades problema y todos los recursos, se reúnen con los tutores e introducen los objetivos de aprendizaje y organizan al grupo docente que finalmente son los que van implementar los contenidos junto con los alumnos.

Finalmente cuando el modelo hegemónico de la biología se rompe, se da la apertura para el género, la epistemología, la ética, cuando se abre el diafragma entre todo el espectro.

ZF: Entonces nos vemos dentro de dos años para seguir charlando de estos temas cuando podamos observar estas transformaciones.

#### NOTAS

1. El actual Plan de estudios de la carrera de Medicina de la UNR, se encuentra reconocido por el Ministerio de Educación de la Nación con carácter definitivo y validez nacional. Asimismo la Facultad de Cs. Médicas acreditó ante la CONEAU, en función de este cambio curricular, ya que el viejo plan de estudios, no reunía ninguno de los requisitos de acreditación implementados.