

El Género: Un enfoque transversal en las políticas de salud del Estado Venezolano

González Moreno, María Cristina*

Resumen

Con el propósito de hacer frente a los desafíos que plantea la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y a los retos del Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social dentro del eje del equilibrio social; se ha planteado responder a las necesidades sociales con universalidad y equidad en un intento por reducir los déficit de atención e ir impactando en las inequidades de condiciones de calidad de vida y salud por género, ciclo de vida, territorios, clases sociales y etnias. Lograr estos propósitos implica para el país un esfuerzo por construir un nuevo sujeto de ciudadanía a través de la conquista de los derechos sociales y el surgimiento de sujetos activos, protagónicos y con autonomía. Uno de los grandes objetivos de este trabajo es evidenciar el propósito de las políticas públicas dentro de este nuevo orden Constitucional, que no es otro que el de conquistar la universalización de los derechos sociales dentro de un ordenamiento político, social y económico basado en la equidad de género como máxima expresión de justicia. La discusión central está focalizada hacia uno de los tres ejes principales del Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social como lo es el Enfoque de Género. En tal sentido, este trabajo desarrolla aspectos que tienen que ver con la influencia del patriarcado y como las diferencias construidas socialmente, se convierten en justificación de las inequidades de género en salud y por ende en profundas desigualdades. Con el Plan Estratégico Social se intenta entre otras cosas, cerrar las brechas por inequidad de género en el sector salud y avanzar hacia una epidemiológica de las diferencias.

Palabras clave: Género, eje transversal, políticas públicas, salud.

Gender: A Transversal Focus in Health Policy in Venezuelan

Abstract

For the purpose of confronting the challenges proposed in the Bolivarian Republic of Venezuela Constitution, and the goals of the National Social and Economic Development Plan, it is

Recibido: 04-03-02. Aceptado: 04-07-30

* PhD Ciencias Sociales. Universidad Central de Venezuela. Profesora Titular – Universidad de Carabobo. Departamento de Salud Pública. Núcleo Aragua. Investigadora de la Unidad de Investigación y Estudios de Género “Bellacarla Jirón” Núcleo Aragua y del Laboratorio de Investigación sobre Procesos Sociales y Condiciones de Vida LINSOC. Universidad de Carabobo. Venezuela. E-mail: mariace@intercable.net.ve

necessary to respond to the social needs with universality and equality in an effort to reduce deficits in attention, and to positively change inequalities in living conditions, health services, life cycles, territorial coverage, social classes and ethnic groups. To achieve this purpose implies a country-wide effort to construct a new type of citizen through the conquest of social rights and the upsurge of active, antagonistic and autonomous agents. One of the main objectives of this essay is to give evidence to the purpose of public policy within the new constitutional order, which is none other than to conquer the universality of social rights within the political, social and economic ordering based on gender equality as a maximum expression of justice. The central discussion is focused on one of the three principal axes of the National Plan for Social and Economic Development: the gender focus. In this sense, this essay develops aspects that have to do with the influence of the patriarchal system and with differences constructed socially, that become the justification for gender inequalities in health, and in other profound social inequality areas. With the Strategic Social Plan these aspects are focused on; closing the inequality gender gap in public health and advancing towards an epidemiology of the differences.

Key words: Gender, transversal axis, public policy, health.

1. Introducción

Con el propósito de hacer frente a los desafíos que plantea la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y a los retos del Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social dentro del eje del equilibrio social para el período 2002-2007, se ha planteado transformar las condiciones de vida y salud de toda la población, conquistando la universalización de los derechos sociales como obligación, compromiso y propósito de las políticas públicas dentro de un ordenamiento político, social y económico basado en la equidad como máxima expresión de justicia. Lograr estas grandes metas implica para el país, un esfuerzo por construir un nuevo sujeto de ciudadanía a través de la conquista de los derechos sociales y el surgimiento de sujetos activos-protagónicos con autonomía y poder para transformar sus vidas dentro de un nuevo contrato social. Por otra parte, se trata de responder a las necesidades sociales con universalidad y equi-

dad, en un intento por reducir los déficits de atención e ir impactando en las inequidades de condiciones y calidad de vida y salud por género, ciclo de vida, territorios, clases sociales y etnias.

Esta indagación tiene como objetivo, acercarnos a través de un pensamiento estratégico a las complejidades de una epidemiología de las diferencias y poder de esta manera, intervenir a partir de necesidades sentidas convirtiendo la política en valores de cambio socialmente movilizados; a fin de comprender los mecanismos esenciales que conforman la base de los problemas sociales explicando sus formas de producción y reproducción. Nos referimos específicamente a uno de los tres principales enfoques transversales de equidad en salud: **el enfoque de género**. Se desarrollan aspectos que tienen que ver con el Plan Estratégico Social (PES) y lo que éste representa dentro del nuevo ordenamiento del Sistema de Salud Venezolano.

Por otra parte, se aborda la relación sexo- género en salud con el propósito de visualizar la semiología del androcentrismo como piedra angular de los sesgos de género en salud y los avances que el PES aporta para la construcción de una nueva salud pública orientada a transformar las condiciones de vida de las mujeres con énfasis en la promoción de la salud. La atención está puesta en visibilizar como las diferencias construidas socialmente, se convierten en justificación de las inequidades de género y en profundas desigualdades sociales para las mujeres.

Frente a los grandes desafíos que plantea la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), se hizo necesario redefinir un nuevo pensamiento estratégico en las políticas públicas de salud y desarrollo social.

En tal sentido, se ha diseñado un nuevo pensamiento estratégico recogido en el Plan Estratégico Social (PES) desde el Ministerio de Salud y Desarrollo Social. La base textual de este plan, representa un nuevo ordenamiento del sistema de salud y desarrollo social para el país. Cuatro grandes directrices lo definen:

1. Orientar la función de las políticas públicas hacia el imperativo ético de responder a las necesidades sociales de calidad de vida y salud.
2. Adoptar la estrategia de promoción de calidad de vida y salud con el propósito de desarrollar la autonomía de individuos y colectividades, generando capacidades de autodeterminación y empoderamiento social.
3. Reorientar el modo de atención a partir de la conformación de redes de atención dentro del ámbito nacional, estatal y municipal como espacios de

gestión transectorial, vinculantes para el ejercicio de lo público entre autoridades públicas y comunidades organizadas.

4. Construcción de una nueva institucionalidad pública, descentralizada y participativa orientada fundamentalmente a la transformación de los patrones de calidad de vida y salud de la población venezolana.

Desafío que pasa por un proceso de construcción de ciudadanía. En otras palabras, otorgarle legitimidad a los actores sociales para que puedan tener una participación protagónica con autonomía y poder en los asuntos públicos. Construcción de ciudadanía para conformar actores sociales conscientes de sus derechos, de sus deberes y empoderados de sus condiciones de vida. De Negri (2002: 27), precisa que de lo que se trata es de construir un nuevo sujeto de derechos y de espacios de poder para el ejercicio autónomo de esos derechos.

Este pensamiento estratégico está fundamentado en la complejidad como capacidad para comprender lo uno en lo diverso y lo diverso en lo uno. Nuevas formas de pensar y concretar las políticas públicas.

El Estado debe ocuparse de implementar políticas públicas en función de mejorar la calidad de vida y salud de la población de lo contrario, no tendremos ninguna capacidad para hacerle frente a las emergencias sociales si no contamos con políticas públicas con rostro humano. Definitivamente, el mundo de hoy debe ir más allá de la estabilización financiera, precisamente por que el espectáculo al que asistimos es la tragedia de la exclusión (Harnecker, 1999: 215).

Se necesita un equilibrio entre lo financiero, lo institucional y lo social para poder llegar a soluciones sostenibles. Gallardo (1993:29) advierte que la orientación de las políticas públicas debe fundarse en espacios de encuentro, en un nuevo contrato social donde se compartan responsabilidades en función de construir ciudadanía.

Una democracia participativa construida en torno a una comunión cultural de valores de lo cual se derivan sus proyectos y programas. Pasar de un centralismo democrático a lo que Wallerstein (1996: 247-248) visualiza como "las fuerzas anti-sistémicas deberían concentrarse en la expansión de grupos sociales de todo tipo, a todo nivel, participando, dialogando en una constante reformulación de sus prioridades". Sin duda alguna, estamos frente a una praxis social basada en el encuentro, el diálogo y el consenso.

Resulta claro que dentro del nuevo marco constitucional, se establecen cambios fundamentales en la estructura política y social del país. Los últimos 50 años hemos estado bajo la hegemonía de un marco conceptual que no permitió conocer e interpretar los problemas de salud de la población. La inversión en salud fue focalizada portando en su seno inequidades insalvables. Las ofertas de salud fueron aisladas y homogéneas en su concepción (programas). La capacidad de intervenir en salud se hizo desde la estructura de los servicios es decir desde la enfermedad.

Una racionalidad de espaldas a la gente y a sus circunstancias. Todo fue normatizado verticalmente sin ningún tipo de empoderamiento social. Por otra parte la fragmentación de la atención

como expresión de la permanente crisis político-administrativa y de una organización dual, en la estructura del sector salud, ha ocasionado una profunda deuda social. El modelo gerencial excesivamente centralista, clientelar y marcado por la corrupción profundizaron la crisis del sector. Se hizo necesario comenzar a repensar un nuevo modelo de gestión y atención y a diseñar un sistema sanitario único, intersectorial, universal, integral, descentralizado y gratuito. Modelo que encontró su legitimidad en la nueva constitución (1999).

En este orden de ideas, la República según la Constitución está orientada hacia la consolidación de una sociedad democrática, participativa y protagónica dentro de un Estado descentralizado donde lo público se democratice y sea realmente un espacio para la convivencia participativa. El Estado dentro de este nuevo contrato social, debe buscar la equidad a partir de unas políticas públicas que rompan con el populismo clientelar y la exclusión social. Se trata de una democracia de contenido social donde se garanticen los derechos consagrados en la Constitución.

El fin esencial del Estado dentro de este nuevo marco, es lograr la equidad en la aplicación de los derechos sin ningún tipo de discriminación. Lo público es ahora espacio e instrumento de poder donde la formulación de políticas públicas debe hacerse en función del interés colectivo, de largo alcance, de impacto sostenido y con la participación de todos y todas. Esto supone una nueva racionalidad donde la planificación se orienta en función de necesidades sociales y no en función de disponibilidad de recursos exclusivamente.

No se trata de un problema administrativo o prestacional sino fundamentalmente ético.

Dentro de esos grandes desafíos que plantea la nueva institucionalidad podemos señalar:

1. Transformar estructuralmente las condiciones de calidad de vida y salud de toda la población a través de la universalización de los derechos sociales como obligación del Estado, donde la equidad se convierte en la máxima expresión de la justicia social.
2. Construir ciudadanía a partir de la conquista de los derechos sociales y el surgimiento de actores sociales con autonomía y poder para transformar sus vidas.
3. Rescatar el carácter y función ética de las políticas públicas orientadas a satisfacer las necesidades sociales con universalidad y equidad.
4. Cerrar los déficit de atención impactando en las inequidades de condiciones de calidad de vida y salud por género, ciclos de vida, territorios sociales, clases sociales, etnias y raza.
5. Convertir la política, sus conceptos y orientaciones en valores de cambio socialmente movilizados.
6. Identificar las complejidades que conforman la base de los problemas sociales y explican sus diversas formas de producción y reproducción.

2. El Plan Estratégico Social. El Discurso

Dentro de la textualidad del Plan Estratégico Social (PES), encontramos toda una serie de precisiones que definen claramente la orientación ideológica que

orienta la política de Salud y Desarrollo Social para los nuevos tiempos. Lo social por ejemplo, siempre estuvo enmarcado dentro de la concepción prestacional, ahora es visionado como un espacio de derechos legítimos, universalmente reconocidos y garantizados constitucionalmente. Definitivamente, esto supone una nueva racionalidad ya que se da un viraje de una visión normativa hacia una concepción estratégica situacional en otras palabras, lo social en función de necesidades y no dependiendo única y exclusivamente de la disponibilidad de recursos y de las capacidades que pueden ofrecerse dentro de esa misma lógica.

La universalidad con equidad en este nuevo ordenamiento, significa la garantía de acceso a las políticas, acciones, servicios y recursos que cubren estos derechos eliminando en lo posible toda discriminación que puedan negarlos o impedirlos. Por supuesto que, la universalidad requiere de la equidad para que pueda ser una verdadera expresión de justicia.

La universalidad está asociada a la igualdad de condiciones y la equidad a la igualdad de oportunidades. La equidad implica que la necesidad y no la ventaja social, es la que determina la asignación de los recursos. En consecuencia, no todas las desigualdades son inequidades, sino sólo aquellas consideradas injustas, evitables y asociadas con diferentes niveles de privilegio social. La equidad de género en materia de salud, se refiere a la ausencia de disparidades injustas y evitables entre las mujeres y los hombres en cuanto a la salud y los factores que influyen en ella. Por otra parte, la equidad de género en la atención de salud significa que los recursos se asignan según las ne-

cesidades particulares de hombres y mujeres. La equidad de género en la gestión de la salud implica distribuir con justicia entre hombres y mujeres las responsabilidades y el poder que de ello se deriva. Una contraloría social en función de construcción de ciudadanía.

La equidad en consecuencia se nutre de lo uno y lo diverso, complejidad que toca regularidades y comportamientos caóticos, sistemas infinitos de sistemas y subsistemas, espacios e intersticios donde ocurre la vida. Complejidad que lleva a delinear respuestas diferentes frente a necesidades diferentes y a visualizar respuestas iguales frente a necesidades iguales. Lo justo como lo que se necesita. Para aproximarnos a su concreción es necesario reconocer las necesidades sociales y de esta manera precisar los déficit de atención, los diferenciales en el consumo de atención y en los patrones de calidad de vida y salud entre grupos y territorios sociales. En otras palabras, medir la distancia entre los que tienen acceso y mejores condiciones de calidad de vida y los que están en condiciones de mayor fragilidad social.

Es un imperativo reducir las brechas no solamente en el acceso a los servicios de salud, sino en las condiciones de vida de la población marcadas por la pobreza y la exclusión entre otras calamidades.

Obviamente que esto pasa por adaptar las políticas públicas a las complejidades y a las necesidades reales de las individualidades y las colectividades. Es visibilizar las inequidades para definir acciones ajustadas y adaptadas a lo que realmente se necesita tomando en cuenta el género, ciclo de vida, los territorios sociales, la clase social, la etnia, entre otras variables.

El tradicional modelo asistencialista-focalizado-preventivista agotado por no haber podido impactar en los cuadros de pobreza e inequidad social de grandes sectores de la población; se redimensiona dentro de un nuevo concepto de universalidad con equidad, permitiendo partir de las necesidades sociales sentidas y desde allí visibilizar desde y con los propios actores, en sus espacios y tomando en cuenta toda la red de variables complejas que conforman la vida; las brechas por inequidad y sus posibles y factibles estrategias para combatirlas. De lo que se trata, es de reconocer las necesidades y compararlas con las ofertas existentes para poder responder con equidad. Se entiende por necesidades sociales todos aquellos ámbitos esenciales para alcanzar individual o colectivamente una plena condición de calidad de vida y salud. Son derechos sociales universales que deben ser atendidos por los entes públicos y la ciudadanía organizada con poder para intervenir en todas las decisiones en forma comprometida y responsable (corresponsabilidad social).

Las necesidades sociales dentro de esta discursividad están asociadas a derechos y no a carencias o privaciones como tradicionalmente se las conceptualizó. Estas deben ser precisadas a través de su representación y deben ser reconocidas y valoradas socialmente para que puedan orientar el sentido de las políticas públicas convirtiéndose en polo referencial de acciones mancomunadas entre el Estado y la sociedad civil.

La aplicación de un pensamiento estratégico para representar necesidades sociales, posibilita definir mas claramente las metas que se pretenden alcan-

zar, precisar los caminos a seguir, los recursos a invertir, vislumbrar los resultados en la dirección deseada y tener un mapeo mucho más claro tanto sobre la red de causalidades y como de sus expresiones significativas en los diferentes territorios y ciclos de vida.

Cómo se ha señalado, las necesidades sociales tienen expresiones diferenciales que es necesario identificar para asumir una intervención con equidad. Diferenciales que es preciso caracterizar y dimensionar a partir de la transversalización de los ejes históricos de inequidades como lo son el género, los ciclos de vida, las etnias, las clases sociales.

Asumir un pensamiento estratégico como guía que oriente el espíritu de las políticas públicas, obliga a tomar distancia de la visión mecanicista de la salud hacia una mirada mucho más amplia e integral como lo es la estrategia de calidad de vida y salud. Sin lugar a dudas ésta tiene un poder de alcance mucho mayor que el concepto preventivista, el cual nace vinculado al pensamiento clínico caracterizado éste por ser mecanicista, etiologista, y reduccionista entre otras marcas ideológicas. El predominio de una concepción mecanicista de las relaciones causa-efecto y de la clínica como disciplina predominante; sirvieron de base para imprimir a la salud pública sus conceptos eminentemente biologicistas y ahistóricos. Se consideró al cuerpo como una máquina que puede ser estudiada a partir de sus partes olvidándose por completo la unicidad entre cuerpo, mente y espíritu y obviándose los determinantes sociosimbólicos y socioestructurales presentes en el proceso salud-enfermedad.

La estrategia en referencia involucra la promoción en salud la cual esta asociada a dar respuesta a las necesidades sociales superando la falsa polaridad entre lo curativo y lo preventivo. La estrategia de promoción de calidad de vida tiene como eje de acción la problematización de la realidad dentro de una perspectiva de la complejidad, precisando los factores que están influyendo en la intrincada red causal que atenta contra la calidad de vida y salud de los individuos y las colectividades; con el propósito de dejar al descubierto las inequidades y a partir de allí, diseñar espacios de intervención desde diferentes niveles de acción. Pasando de una estética discursiva centrada en la morbi-mortalidad como categoría de análisis hacia una ética fundamentada en la promoción de la calidad de vida y la salud. Una renovada salud pública que debe trabajar con indicadores que vayan mas allá de los tradicionales datos de morbi-mortalidad, incorporando indicadores de condiciones de vida donde se incluyan los aspectos subjetivos a partir de las representaciones simbólicas que se construyen en las intersubjetividades de lo cotidiano.

Como bien señala Castellanos (1995: 10-12), el desafío está en organizar el campo de las reflexiones y las acciones sobre salud y condiciones de vida tal y como se presentan en la cotidianidad; partiendo de la reproducción social de las condiciones de vida y la utilización de la categoría de territorio para los estudios de situación de salud y condiciones de vida. La población como sistema complejo y el individuo como parte de esa complejidad. Lo uno en el todo y el todo en lo uno. El concepto de territorio permi-

te comprender que la calidad de vida y salud no es el espacio de los servicios, sino de la gente y de sus modos de vida con toda la carga ínter subjetiva que circula y se entretreje permanentemente.

La investigación sobre salud y condiciones de vida debe ser abordada como un proceso de aproximaciones sucesivas que parte desde lo cotidiano y no desde los desafíos de gran envergadura. En tal sentido, el territorio es un espacio de intervención, de participación, de acción transectorial, de construcción de agendas sociales y de redes. Concepto que trasciende la representación que se construyó del territorio asociada exclusivamente a los servicios es decir a la enfermedad.

Los territorios son unidades de reproducción social, de lo que se trata es de buscar el carácter social del proceso salud-enfermedad en su determinación social. Castellanos (1995), precisa que el proceso salud-enfermedad además de ser socialmente determinado, tiene carácter social en sí mismo ya que distintos grupos tienen patrones característicos de enfermar y morir, razón que nos lleva a focalizar la atención en los determinantes como explicación de las diferencias. Los procesos sociales generan una gran cantidad de riesgos los cuales tienen en sí mismos poder explicativo y de predicción tanto en lo individual como en lo colectivo. Definitivamente es en la colectividad donde resulta aprehensible el nexo biopsico-social.

Sin duda alguna, el concepto de salud toma otro viraje y del viejo paradigma del perfecto estado de bienestar se desplaza ahora como expresión de calidad de vida, calidad de vida que significa

alcanzar oportunidades equitativas en todos los órdenes: alimentación, educación, vivienda, trabajo, recreación, ambientes ecológicos saludables, la seguridad etc. Este concepto de pleno bienestar de la OMS de corte abstracto y ahistórico requirió de ajustes pragmáticos para que se pudiera comprender y operacionalizar en coherencia con la realidad socio-económica y cultural de cada país, de cada región con los avances biotecnológicos y con la dinámica de profundos cambios que hoy vivimos (Cely, 1999: 187).

"La calidad de vida y salud es un concepto que rompe con la concepción fragmentada de las políticas públicas y coloca a ésta dentro de un lógica integrada y coherente con la acción humana y sus complejidades, obligando a la articulación de capacidades y potencialidades para intervenir en las configuraciones de necesidades sociales, individuales y colectivas" (De Negri, 2002: 21).

Dentro de este orden de ideas, la Constitución de 1999 rescata el valor de la solidaridad y la dignidad humana, reafirmando el carácter de la salud como derecho social y el papel del Estado como el principal garante de la misma. El Estado es el rector del sistema de salud y el responsable del diseño de políticas públicas que impacten en los determinantes y condicionantes de la salud de la población. La salud dentro de este marco conceptual se concibe como derecho y como deber, debilitándose por completo las posiciones adversas que intentaron por todos los medios privatizar la salud y colocarla al servicio del mercado.

En el artículo 83 de la Constitución se define a la salud como "Un derecho so-

cial fundamental, obligación del Estado que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República” (Asamblea Nacional, 2000).

Por otra parte, el Art. 84: “Para garantizar el derecho a la salud el estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público Nacional de Salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y prevención de las enfermedades garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud, son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud” (Asamblea Nacional, 2000).

2.1. El género un enfoque transversal dentro del Plan Estratégico Social

El debate entre equidad y salud se concentró durante décadas exclusivamente en la dimensión económica de la

desigualdad. Esta visión reduccionista no permitió la incorporación de otros elementos de desigualdad y exclusión social que requerían ser integrados al debate y que por muchos lustros quedaron fuera de todo análisis.

El género ha sido una de esas dimensiones totalmente obviada a la hora de analizar la inequidad. El género puede ser definido como “Una construcción ideológica, como el conjunto de asignaciones culturales que diferencia a los hombres de las mujeres, los articula dentro de relaciones de poder frente a los recursos y se expresa en símbolos, estereotipos, desempeño de roles y en el modo de actuación social en los espacios donde se genera” (Artiles, 2001: 2).

De Negri (2002:67), por su parte, lo conceptualiza como “una construcción social e histórica de los contenidos simbólicos de lo femenino y lo masculino en articulación con la clase social, etnias, raza, grupos de edad configurado a partir de las diferencias biológicas de los sexos”.

Según la OPS y la OMS, el género es la construcción cultural que asigna jerárquicamente en las esferas públicas y privadas, formas de comportamiento y de roles a las mujeres y a los hombres sobre la base de su diferencia sexual.

En esencia, el género es un elemento constitutivo de todas las relaciones sociales que distinguen a los sexos o lo que los representa o simboliza y por supuesto está vinculado al poder. El poder es un referente fundamental para comprender la existencia personal y social de las mujeres (García, 1996: 22). El género como construcción discursiva y cultural constituye una forma primaria de relaciones de poder. La categoría de género, es

una herramienta central en la labor de construcción y deconstrucción para transformar la sociedad en función de modificar condiciones sociales que perpetúan la subordinación de las mujeres.

La perspectiva de género por su parte, permite visibilizar y explicar situaciones de inequidad y desigualdad entre mujeres y hombres, las que se asientan en relaciones de poder asimétricas entre los sexos, construidas socio-culturalmente en el proceso de socialización de género. Los roles de género dentro del Plan Estratégico Social, determinan los procesos de salud- enfermedad de mujeres y hombres a las que se superponen variables como la etnia, el estrato socioeconómico, la edad, la orientación sexual, el territorio social, entre otras.

El género para Connell (1992) es un concepto relacional, es un proceso de configuración de prácticas sociales que involucra directamente al cuerpo donde lo biológico no determina lo social. En la perspectiva de Matamala (1999) es una categoría de análisis que apunta a lo constitutivo de las relaciones sociales de poder entre mujeres y hombres, es decir las desigualdades construidas culturalmente con base en las diferencias sexuales. Desigualdades que se expresan en el caso concreto de la salud, en los perfiles epidemiológicos. La autora precisa cuatro elementos constitutivos del sistema de género: Lo simbólico, lo normativo, lo político institucional y lo subjetivo, elementos que tipifican los roles y marcan los sellos ideológicos que sedimentan las desigualdades.

La concepción dominante de género nos viene del patriarcado, sistema de dominación que selló las diferencias y

negó de derechos a las mujeres perpetuando la relación poder- sumisión y naturalizando las relaciones desiguales entre hombres y mujeres en todos los ordenes de la vida relacional. Gracias al patriarcado y a la naturalización de las diferencias, se han perpetuado una serie de inequidades de género la mayoría de ellas invisibilizadas, inequidades que marcan formas asimétricas de calidad de vida y salud expresadas éstas en perfiles diferenciales de morbi-mortalidad.

Un elemento central de este proceso dominador, ha sido la medicalización de la sociedad, basándose en la idea de la universalidad la cual ha servido para sustentar el androcentrismo a todos los niveles. Este proceso de socialización ha internalizado la representación referida a que las mujeres son idénticas dejándose de lado la individuación o diferenciación en los modos de enfermar y de morir. Cada etapa del ciclo vital por el que pasamos las mujeres aparecen necesidades que nos afectan diferencialmente. Es necesario contar con nuevos indicadores que incorporen la perspectiva de género desde una epidemiológica de las diferencias.

A mediados del siglo XX Simone Beauvoir y Margareth Mead, llamaron la atención sobre la construcción socio cultural de las diferencias sexuales. De Beauvoir (1970: 27), señaló que “la mujer no nace se hace”. Mead por su parte destacó que los roles y atributos relacionados con las mujeres pueden variar de una sociedad a otra.

En los años 70 se separan los conceptos de sexo y género en un intento por discernir entre lo que es biología y lo que es cultura y se denuncia la naturalización de la subordinación social. El concepto

de género supondría un nivel de abstracción que se refiere a las ideas, representaciones, prácticas sociales que implican una diferenciación de espacios y funciones sociales y una jerarquización en cuanto al acceso al poder.

Es necesario señalar que el uso de la categoría mujer, ha impedido en gran medida percibir la presencia de otras diferencias marcadas por la clase social, la etnia a la que se pertenece, el territorio donde se construye la cotidianidad, la orientación sexual, entre otras variables fundamentales que marcan realidades y circunstancias en la vida de las mujeres imposibilitando ver la articulación entre distintos factores de estratificación incluido el género. Una de las grandes limitaciones ha sido el ocultamiento de la diversidad y la inequidad que ello ha generado.

Por otra parte, el excesivo uso de los estándares de salud/enfermedad, contribuyó a perder la perspectiva relacional y por ende a fracturar el proceso de construcción de unas relaciones de género más equitativas. Se universalizaron aspectos de la salud de las mujeres sin mirar necesidades y contingencias muy particulares que se presentan en los diferentes ciclos de vida, en los diferentes territorios sociales, en las etnias y en la clase social a las cuales se pertenece.

Brechas de género que muestran como las diferencias construidas en función del sexo, discriminan y condicionan el acceso a los recursos obstaculizando el derecho a tener derechos y a una calidad de vida y salud donde hombres y mujeres seamos igualmente diferentes.

La diferencia no connota desigualdad todo lo contrario, complejidad, variedad, multiplicidad y pluralidad. "Ser igual-

mente diferentes es entonces acabar con la visión que convierte a las diferencias en desigualdades y a partir de allí, construir una nueva lectura que convierta a la equidad en instrumento de análisis y planificación de políticas, dentro de una estrategia de promoción de la calidad de la vida y salud" (De Negri, 2002:78).

Queda bien claro que las diferencias, no tienen por que marcar discriminaciones. Cerrar las brechas por inequidad de género es el gran reto para alcanzar justicia social. Indiscutiblemente en este fin de milenio, los movimientos organizados de mujeres en casi todo el planeta han logrado que sus intereses y luchas por la equidad de género se hayan visto recompensados en leyes, constituciones y ciertas normativas. Muchos de estos logros han posibilitado debates interesantes y unos avances en los procesos de reforma donde la categoría de género ha venido a ocupar parte importante en la estructuración de las políticas públicas especialmente en el sector salud.

Es necesario resaltar que aún es mucho el camino que hay que transitar para lograr concretar la equidad entre hombres y mujeres en todos los órdenes y espacios de la vida a pesar de los importantes acuerdos suscritos en cada uno de los encuentros donde la equidad de género ha sido tema central de discusión veamos:

- 1989. Convención para la eliminación de todas formas de discriminación contra la mujer.
- 1990. Cumbre Mundial a favor de la Infancia.
- 1993. Conferencia Mundial de Derechos Humanos.

- 1994. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.
- 1994. Convención de Violencia Belém do Para.
- 1995. Conferencia Mundial de la Mujer. Beijing.
- 1995. Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social. Copenhague.

A partir de las conferencias internacionales de promoción de la salud (desde Ottawa a Yakarta), se viene insistiendo en la necesidad de que las políticas públicas potencien y se enfoquen a empoderar a las mujeres de forma que tomen conciencia de sus derechos hacia el logro de la equidad en salud. El término empoderamiento (empowerment) está relacionado con la distribución del poder, potenciación de la acción comunitaria en función de la construcción de ciudadanía, involucramiento de la gente en los asuntos públicos, fortalecimiento de la autoestima, autogestión, desalienación, identidad social, capacidad organizativa.

La inclusión de la perspectiva de género en las políticas de salud, echa mano de la participación comunitaria como la estrategia que permite profundizar la ciudadanía empoderando a los grupos menos favorecidos en este caso las mujeres.

En algunos países de América Latina (Argentina, Guatemala, Cuba, Bolivia, Venezuela, Chile, Brasil) se ha introducido el enfoque de género en algunas legislaciones igualmente su inclusión en las políticas de salud, como un gran paso en lo formal para el reconocimiento no sólo de las diferencias sino para abrir espacios en torno al desarrollo de estrategias de capacitación (empoderamiento) y fortalecimiento de sí mismo en relación con

el entorno compartido. Avances para enfrentar las inequidades sociales en lo conceptual, lo metodológico y en la práctica cotidiana. Sin embargo, el ritmo y la profundidad de estos logros han sido heterogéneos.

Podría afirmarse que la reforma del sector salud en el mundo y especialmente en América Latina, ha sufrido infinidad de vaivenes, la diversidad de opciones que asumen las reformas varían entre países y dentro de las mismas regiones. Por supuesto que existe en el espíritu de las mismas, consenso en torno a políticas centradas en lo institucional y en lo financiero. En las Américas éstas se han caracterizado por estar centradas en los procesos de descentralización y en la reforma de los sistemas de seguridad social. Las reformas en el sector salud obedecen según Nabarro y Cassel (1994:9) a una serie de problemas estructurales.

En primer lugar a la necesidad de poner límites al gasto en el sector salud utilizando los recursos de una forma más eficiente y efectiva. Fracaso en la política de reducción de la pobreza y las inequidades de acceso y asistencia a pesar de todos los esfuerzos de Alma-Ata por concretar la Atención Primaria de Salud. Corrupción en el sector, lo cual se ve reflejado en deficiente calidad de la atención, administración discrecional de los recursos humanos y un progresivo deterioro del sector en su estructura.

Las reformas en el sector salud y su relación con el género ha sido ampliamente estudiadas por Standing (1997: 15), quien señala una serie de factores que han limitado la incorporación de esta categoría dentro de las políticas públi-

cas, precisando que existen sesgos que permean la orientación de las políticas públicas reduciéndolas exclusivamente a la salud materno infantil, con la insuficiente utilización de otras variables que establecen interacciones con el género como lo son: La etnia, los ciclos de vida, la clase social, las preferencias sexuales. Una epidemiología centrada en el "Qué" que olvidó por completo el "Quiénes". Por otra parte, existe una inadecuada utilización de resultados de investigaciones sesgadas que son tomadas como punto de referencia para el diseño de políticas públicas.

Cabe señalar, que los estudios epidemiológicos se limitaron al análisis por diferenciales de sexo sin ningún tipo de inferencia de género. Finalmente, hubo un marcado olvido de los abordajes cualitativos, caminos interesantes y muy valiosos para entrar en las intersubjetividades y en el mundo de la vida los cuales fueron cuestionados por su "escaso valor predictivo" (González, 2000: 78).

En la actualidad la incorporación del género como un eje transversal en los procesos de reforma, es un logro invaluable para el desarrollo de una renovada salud pública. Se comienza a tomar conciencia de la necesidad de una epidemiología de las diferencias y como bien refiere Artiles (2001:10), la existencia de perfiles epidemiológicos de género son fundamentales para trascender toda una serie de problemas metodológicos que se cueñan en la textualidad de las políticas públicas, trastocando el verdadero sentido ético de la equidad. Gran parte de todo este avance se debe a las infatigables luchas de los movimientos feministas en la defensa de una vida digna. Esfuerzos que

han encontrado eco en las diferentes conferencias mundiales las cuales han marcado nuevos rumbos.

Sin lugar a dudas, podemos afirmar que es en la década de los noventa cuando se comienza a incorporar al género como un eje transversal dentro de las políticas de salud en el mundo. Esfuerzo que se debe al trabajo de Elson y Evers (1998), quienes acuñaron el término "**políticas conscientes del género**". Las autoras utilizan diferentes marcos conceptuales de abordaje: un nivel macro, un nivel meso y un nivel micro.

Para el primer nivel se incluye la incorporación de los hogares y la información desagregada por sexo/edad a la planificación y la valoración de la capacidad institucional para la planificación con enfoque de género. El nivel meso abarca la valoración del equilibrio de género y las diferencias en el acceso a los servicios de salud. Finalmente en el nivel micro se aborda el acceso a los recursos y a la toma de decisiones en el seno de las familias y las comunidades. Niveles que permiten introducir de forma sistemática aspectos claves relacionados con la epidemiología de las diferencias. Desagregar el hogar e investigar en su interior para acercarse a las formas en que el género influye en la creación de una jerarquía de recursos y derechos, representa una información puntual para visualizar reformas y diseñar políticas públicas con perspectiva de género.

Los analistas de género han jugado un papel fundamental en este debate sobre las reformas, visibilizando que dentro de los grupos más vulnerables las mujeres son las más afectadas. Una de las grandes discusiones ha girado en torno a las consecuencias políticas de los sesgos concep-

tuales ocultos en las teorías económicas, los cuales se presentan ciegos e indiferentes en cuanto al género ya que ocultan por ejemplo, aspectos tan importantes como el trabajo y la salud de las mujeres.

Es necesario acotar que la política de ajuste económico ha representado una desinversión del capital humano especialmente en las mujeres, haciéndose obligante la creación de un número mayor de observatorios de las reformas a propósito de vigilar su curso e impacto en la calidad de vida y salud de las mujeres.

En la actualidad, la incorporación transversal del género en el proceso de desarrollo es la respuesta institucional más importante a las inequidades de género percibidas (Razabi, 1995:30).

La transversalización permite visibilizar las necesidades sociales dentro de una visión global y no fragmentada. Las necesidades sociales en cada uno de los ciclos que conforman la vida, pueden ser visibilizadas por el impacto que en ellas produce la pertenencia a una determinada clase, etnia, género, territorio.

Cuando hablamos de ser igualmente diferentes también estamos reconociendo que entre nosotras mismas, hay diferencias de clase, de etnias, de territorio, en los diferentes ciclos de vida. La transversalización del enfoque de género pone sobre el tapete las reales y más sentidas necesidades con sus perfiles propios y sus particularidades, rompe los estigmas de la socialización universalizante, ideologización que sustenta la naturalización de la relación poder-sumisión y por ende de las inequidades de género en salud.

“Transversalizar es una estrategia para lograr que las preocupaciones y experiencias, tanto de las mujeres como de los hombres, se conviertan en dimensión integral de las políticas en su diseño, implementación, seguimiento, monitoreo y evaluación de manera que ambos, mujeres y hombres se beneficien igualmente y no se perpetúa la desigualdad” (De Negri, 2000: 82).

Esta estrategia de género nos conduce a un replanteamiento de la investigación, de las formas de intervención y de gestión en el sector salud. La transversalización de género pone en evidencia que hombres y mujeres presentan especificidades en cuanto a salud se refiere.

Barbieri (2001:8) señala los diversos campos que puede abarcar la transversalización de género:

1. Inequidades sociales y estructurales entre los géneros en cuanto al acceso a los servicios de salud.
2. Valoración de los perfiles y comportamientos relacionados con la salud de hombres y mujeres.
3. Reevaluación del sesgo masculino en la formulación de políticas.

La incorporación del género como eje transversal supone un mayor uso de enfoques participativos y cualitativos que permiten conocer aspectos mucho más significativos de las necesidades de acceso y demanda tanto de hombres como de las mujeres en sus diferentes ciclos de vida y territorios sociales, surgiendo así nuevas claves y lecturas de la realidad, al tiempo que se favorece una posición distinta respecto al paradigma biologicista-medicalizado- universalizante utilizado para el análisis de la salud de las mujeres.

De lo que se trata es de ir hacia una visión más compleja, global y comprometida con la vida. En otras palabras, hacia la construcción de colectivos perfectamente diferenciales. No podemos seguir buscando solamente explicaciones biologicistas de las diferencias sociales, hay que hacer lectura de diferentes realidades y sacar a la luz las desigualdad y las inequidades de género ocultas o subsumidas en un modelo androcéntrico perverso. La ciencia médica que había pretendido que estudiar al hombre era estudiar al ser humano; ha tenido que reconocer que existen diferencias en la forma de enfermar y morir. Las mujeres son por primera vez reconocidas como personas y no solamente como seres reproductivos. El siglo XXI es sin lugar a dudas el siglo de la visibilidad de las mujeres.

Uno de los grandes logros del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Venezuela, es el haber incorporado un modelo para estudiar las desigualdades de género en el terreno de la salud desde las diferencias, modelo que se basa en la identificación y representación de las necesidades sociales en función de la construcción de un pensamiento estratégico transformador sustentado en la complejidad, que rompe con los conceptos, estructuras, categorías y métodos circulares de comprender y actuar parcialmente sobre la realidad social (López, 2002: 9).

Desde el pensamiento estratégico como marco ideológico conceptual que orienta las políticas públicas, se ha incorporado la participación ciudadana como estrategia fundamental para intervenir y transformar las condiciones de vida y salud desde y con las mujeres, tomándose en cuenta sus intereses, necesidades y

cosmovisiones con el propósito de diseñar aproximaciones sucesivas que impacten en los problemas sociales. Se trata de romper con el viejo paradigma en salud, donde la oferta de servicios era la clave para planificar la demanda de la población, dejándose de lado la realidad social sentida y vivida por las mujeres en sus diferentes contextos y realidades.

La identificación y representación de necesidades sociales, echa mano de la planificación estratégica para identificar y reconocer las brechas de inequidad de género y operativizar acciones desde y con los/as actores sociales. Dentro de los aportes de esta perspectiva, está la utilización tanto de aspectos cualitativos como cuantitativos para la detección de necesidades. El punto de partida de la metodología es la definición de la situación problema contrastándola con la revisión de los Derechos Humanos consagrados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, identificando y valorando las necesidades sociales asociadas a cada uno de los derechos.

Solo una visión que tome en cuenta la complejidad puede aportar un modelo para estudiar e intervenir las desigualdades de género en el terreno de la salud, permitiendo definir necesidades y representarlas para precisar las políticas y orientar la intervención.

2.2 La Concreción del discurso

“El Plan Estratégico Social (PES) fija los lineamientos políticos para el desarrollo social de la nación orientados hacia la universalización de los derechos sociales dentro de un nuevo orden social, material y de justicia basado en la equi-

dad y el rescate de lo público como espacio de políticas y acciones en función del interés colectivo y del ejercicio del poder ciudadano, dentro de una nueva forma de relación y de corresponsabilidad entre Estado y Sociedad” (De Negri, 2002:19).

La matriz del Plan Estratégico Social está conformada por unos ejes horizontales estructurantes los cuales representan los ciclos de vida (infancia- adolescencia- adultez- ancianidad). Los ejes verticales representan los diferentes proyectos a través de los cuales se piensa atacar los determinantes que están fracturando el pleno disfrute de los derechos sociales consagrados en la Constitución. Dentro de los proyectos podemos mencionar aquellos los de desarrollo en salud mental; ambientes naturales, sociales y tecnológicos; enfermedades crónico de generativas; enfermedades parasitarias; salud sexual y reproductiva; y en seguridad alimentaria.

Por su parte, los ejes transversales visibilizan las necesidades sociales de cada eje estructurante desde la mirada del género, el territorio, la etnia y la clase social. Dentro del modelo hay dos ejes diagonales los cuales complementan la matriz, los cuales corresponden a la transversalización de enfoques considerados los generadores de inequidades. Los ejes derechos representan las redes, las cuales son las respuestas a los problemas bien sea en acciones, servicios o políticas. Dentro de las redes encontramos:

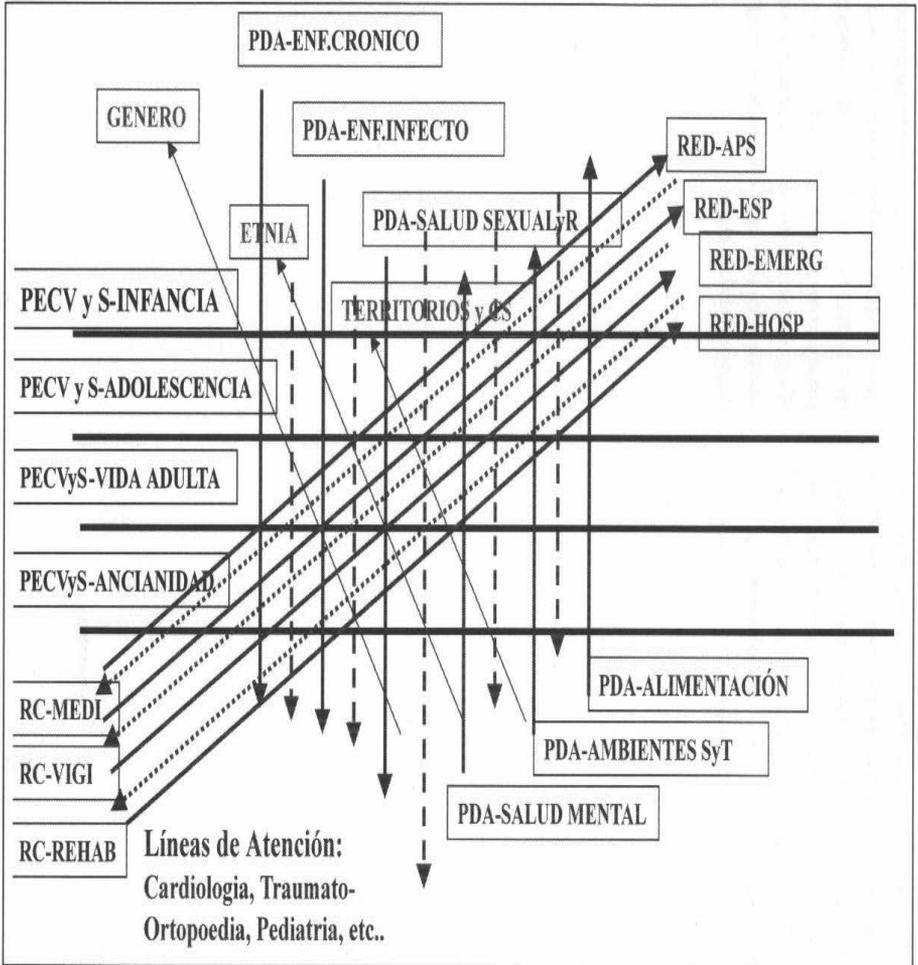
Atención Primaria; especialidades ambulatorias; emergencias; hospitalizaciones; complementaria de Medicamentos; vigilancia epidemiológica y sanitaria; rehabilitación de prótesis.

Si por ejemplo escogemos para trabajar la adolescencia como eje estructurante, tenemos que abordar las necesidades sociales de este ciclo de vida desde los propios actores sociales, con el propósito de construir con ellos y ellas el árbol de problemas una vez identificadas las necesidades sociales que ese ciclo de vida presenta en un determinado territorio social para priorizarlas a fin de identificar como están interactuando las múltiples variables en la calidad de vida y salud en los/las adolescentes y como impactan diferencialmente en ellos y ellas con relación al género, la etnia, la clase social, el territorio.

Luego vienen las propuestas de intervención, es decir, cuáles son los proyectos que se van a diseñar conjuntamente con la comunidad, para enfrentar los problemas que afectan de manera diferencial a los/las adolescentes dentro de un marco de acción contextualizado y significativo. Finalmente, se deben definir cuáles son las redes que van a entrar en acción para concretar las respuestas a las necesidades sociales detectadas en ese ciclo de vida, es decir las organizaciones responsables y los recursos para viabilizar los planes y proyectos de intervención.

Como podemos observar, el PES representa un gran desafío como lo es el de transformar las condiciones de calidad de vida y salud de toda la población a través de la conquista de la universalización de los derechos sociales consagrados en la Constitución Nacional. Incorporar el género como un eje transversal, ha significado un gran avance que contribuye a construir ciudadanía, a impactar en el ciclo de la violencia, a fracturar la relación poder-sumisión y a redefinir la ideología de géne-

Diagrama 1. La transversalización de género en salud



Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2000). Programa de Educación Permanente en Salud y Desarrollo Social. Caracas.

ro donde mujeres y hombres seamos y se nos considere igualmente diferentes.

Corresponde ahora al Estado Venezolano concretar la propuesta afianzando el sistema de redes y apoyando los diferentes proyectos de desarrollo de autonomía para viabilizar la puesta en marcha del plan.

Definitivamente las políticas públicas que no trabajen con representación de necesidades sociales con perspectiva de género, no podrán concretar su discurso de universalidad con equidad.

Construir un nuevo contexto equitativo en salud, pasa por impactar lo simbólico representado, lo normativo hecho ley, lo político institucional y lo subjetivo subyacente en el imaginario colectivo de mujeres y hombres. Este es el gran reto que tiene el Estado Venezolano para asegurar una mejor calidad de vida, salud y equidad entre los géneros.

3. Conclusión

Definitivamente el gran aporte del Plan Estratégico Social (PES), como parte de la política del Estado Venezolano en materia de salud, marca un gran avance para aproximarnos a la equidad de género y poder cumplir con los principios de equidad y universalidad, expresados en la actual Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. El propósito que orienta esta política no es otro que el de sistematizar, analizar y utilizar información que permita incorporar criterios de género en el diseño de políticas públicas

a partir de una mirada epidemiológica desde las diferencias. Necesitamos responder apropiadamente a las necesidades particulares de cada sexo y contribuir a la reducción de inequidades de género en la salud y el desarrollo humano.

Visibilizar las inequidades de género a través de la representación de las necesidades sociales, incluyendo el territorio, los ciclos de vida, la etnia, las clases sociales permite ir concretando aproximaciones no sólo entre los sexos sino dentro las variaciones intra-género totalmente ignoradas por la epidemiología tradicional. Una epidemiología de las diferencias es el punto de partida para el establecimiento de perfiles de salud que identifiquen las inequidades. El reto es hacia la construcción de una visión más integral de la salud dentro de los nuevos parámetros de calidad de vida; donde se incorporen dentro de las políticas públicas la multiplicidad de factores que están determinando patrones diferenciales de salud y enfermedad. Concretar el discurso de la equidad de género, implica la construcción de un nuevo sujeto de ciudadanía a través de la conquista de los derechos sociales con el propósito de ir impactando en las condiciones de vida de hombres y mujeres con equidad y justicia social. La transversalización de género es una invaluable conquista y un indiscutible avance que rompe con la naturalización de las diferencias y nos coloca a la vanguardia de un pensamiento en salud contra hegemónico.

Referencias Bibliográficas

- Artiles, Leticia (2001), **Políticas de Salud desde una Perspectiva de Género**. Curso Itinerante Género y Salud. Instituto de Altos Estudios de Salud Pública. "Arnoldo Gabaldon" Maracay. Venezuela.
- Barbieri, Teresa (2001), **Género una Dimensión de la Desigualdad Social**. Curso Itinerante Género y Salud. Instituto de Altos Estudios de Salud Pública. "Arnoldo Gabaldon" Maracay. Venezuela.
- Castellanos, Pedro (1995), **La Salud Pública. Situación de Salud. Condiciones de Vida**. Consideraciones Conceptuales. Seminario Latinoamericano sobre Condiciones de Vida y Salud. Sao Paulo. Brasil.
- Cely, Gilberto (1999), **La Bioética en la Sociedad del Conocimiento**. 3 R Editores. Bogotá.
- Connell, R. (1987), **Gender and Power**. Stanford University Press.
- De Beauvoir, Simone (1970), **El Segundo Sexo**. Siglo XXI. Buenos Aires.
- De Negri, Armando (2002), **El Desarrollo de un Pensamiento Estratégico en las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y la Salud**. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Caracas.
- Elson, D. (1998), **Sector Programme Support The Health Sector**. Manchester University. England.
- García, Evangelina (1996), **Derechos Públicos y Ciudadanía de las Mujeres**. Ed. GENDHU. Venezuela.
- Gallardo, Luis (1993), **Elementos para una Discusión sobre la Izquierda Política en América Latina**. Revista Pasos No. 50.
- González, María (2000), **El Discurso Médico a finales de Milenio. Representaciones Sociales**. Tesis Doctoral (Mención Honorífica). Universidad Central de Venezuela. Caracas.
- Harnecker, Marta (1999), **Haciendo Posible lo Imposible**. Siglo XXI Editores México.
- López, Noelva *et al* (2002), **Identificación y Representación de Necesidades Sociales**. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Caracas.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2000), Programa de Educación Permanente en Salud y Desarrollo Social. Caracas
- Matamala, Isabel (1999), **El Género en la Planificación y Monitoreo de las Políticas Públicas de Salud de las Mujeres**. IV Congreso Iberoamericano de Epidemiología. Santiago de Chile.
- Nabarro, Dourban y Cassel (1994), **Strengthening Health Management Capacity in Developing Countries**. Overseas Development Administration. London.
- Razabi, Steward *et al* (1995), **Gender Mainstreaming A Study of Efforts**. United Nations Research Institute for Social Development. Geneva.
- Standing, Hilary (1997), **El Género y la Reforma del Sector Salud**. OPS Publicación Ocasional No. 3.
- Wallerstein, Inmanuel (1996), **Después del Liberalismo**. Ed. Siglo XXI. México.

DOCUMENTOS

- Asamblea Nacional (2000), Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial No. 5453, de fecha 24 de Marzo. Caracas.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2002), **El Plan Estratégico Social**. Versión Mimeo. Caracas.
- Commonwealth Secretariat (1999), [Http:www.thecommonwealth.org/gender/gender1](http://www.thecommonwealth.org/gender/gender1)