

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SERIE LIBROS FLACSO-CHILE



EL QUEHACER DE LA SALUD PÚBLICA

Divergencias e inequidades en salud

Mario Ociel Moya
(Editor)

Santiago de Chile, mayo de 2022

Se sugiere citar esta publicación como:

Moya, M.O. (Ed.) (2022). *El quehacer de la salud pública. Divergencias e inequidades en salud*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile, Universidad de Chile.

Ediciones FLACSO-Chile

Av. Dag Hammarskjöld 3269, Vitacura - Santiago de Chile

www.flacsochile.org

Impreso en Santiago de Chile

Mayo de 2022.

ISBN Libro impreso: 978-956-205-276-4

Descriptores:

1. Salud pública
2. Antropología de la salud
3. Sistema de salud
4. Nutrición
5. Género en salud
6. Cuidado informal

Producción Editorial: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.

Diagramación interior: Marcela Contreras, FLACSO-Chile.

Diseño de portada: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.

Impresión: Gráfica LOM, Concha y Toro 25, Santiago, Chile.

Las opiniones versadas que se presentan en este trabajo son de responsabilidad exclusiva de sus autoras y autores, y no reflejan necesariamente la visión o puntos de vista de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Chile).

En el presente libro se intenta usar un lenguaje no discriminador ni sexista a pesar de que en nuestra lengua, hasta el momento, no hay soluciones generales que sean consensuadas y sistemáticas ni que necesariamente facilitan una lectura convencional; se usa el masculino genérico en algunas ocasiones y se especifican las diferencias entre hombres y mujeres cuando corresponde.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	13
PRÓLOGO	15
María José González Rodríguez e Ismael Bravo Rodríguez	
INTRODUCCIÓN	29
La salud pública como problema	
Mario Ociel Moya	
PARTE 1.	35
EL QUEHACER DE LA SALUD PÚBLICA	
CAPÍTULO 1.	37
Políticas de salud y nutrición en Chile: una perspectiva histórica	
Fernando Vio y Cecilia Albala	
CAPÍTULO 2.	51
Políticas públicas en salud: más que decisiones técnicas.	
El caso de la Píldora del Día Después	
Soledad Barría Iroumé y Nydia Contardo Guerra	
CAPÍTULO 3.	69
Sumergirse en el antropoceno: más allá de pública,	
poblacional o colectiva	
Yuri Carvajal B. y Manuel Hurtado	

PARTE 2.	81
LA CONSTRUCCIÓN POLÍTICA DEL OBJETO EN SALUD PÚBLICA	
 CAPÍTULO 4.	 83
Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud Didier Fassin	
 CAPÍTULO 5.	 113
La (des)gubernamentalización del malestar: racionalidades, lógicas y disputas en la producción de la verdad médica Hugo Sir Retamales y Nicolás Fuster Sánchez	
 CAPÍTULO 6.	 135
El objeto/sujeto de las políticas sobre “discapacidad”: los cuerpos in-disciplinables Miguel A. V. Ferreira	
 PARTE 3.	 167
GÉNERO, FEMINISMO(S) Y SALUD	
 CAPÍTULO 7.	 169
De la ciencia androcéntrica hacia la construcción de un modelo sanitario con enfoque de género Alexandra Obach y Alejandra Carreño	
 CAPÍTULO 8.	 189
Feminismo(s) y epistemologías feministas: desafíos para la salud pública Rodolfo Morrison Jara	
 CAPÍTULO 9.	 219
Sobrecarga y desigualdades de género en el cuidado informal de largo plazo: un fenómeno invisibilizado Milda Galkutė y Claudia Miranda Castillo	

PARTE 4.	235
PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA	
 CAPÍTULO 10.	 237
Sobre la importancia de nombrar: el concepto de violencia obstétrica y sus implicancias Michelle Sadler	
 CAPÍTULO 11.	 255
La migración y la respuesta del sistema de salud en Chile: aprendizajes y desafíos Báltica Cabieses	
 AUTORAS Y AUTORES	 285

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.
ADN	Ácido desoxirribonucleico.
AMIPAR	Asociación de Matronas Independientes de Parto Respetado.
AMUCH	Asociación de Municipalidades de Chile.
APROFA	Asociación Chilena de Protección a la Familia.
APS	Atención Primaria en Salud.
ASOMAT	Asociación Nacional de Matronas y Matrones, Chile.
AUGE	Acceso Universal de Garantías Explícitas, Chile.
BCN	Biblioteca del Congreso Nacional.
CASEN	Encuesta Poblacional de Caracterización Socioeconómica Nacional, Chile.
CDT	Centros de Diagnóstico Terapéutico.
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.
CENABAST	Central Nacional de Abastecimiento.
CENEM	Centro Nacional de Estudios Migratorios de la Universidad de Talca.
CEP	Centro de Estudios Públicos.
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
CIE 10	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición.
CLADEM	Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer.

COLMED	Colegio Médico, Chile.
CONIN	Corporación para la Nutrición Infantil.
CNAF	Cánula nasal de alto flujo.
CRLP	Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas.
CRS	Centros de Referencia Secundaria.
DEM	Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.
DFL	Decreto con fuerza de ley.
DIU	Dispositivos intrauterinos.
DL	Decreto ley.
DSS	Determinantes sociales de la salud.
DTO	Decreto.
EGO Chile	Programa Estrategia Global contra la Obesidad, Chile.
ECTG	Estudios de Ciencia, Tecnología y Género.
ENS	Encuesta Nacional de Salud.
ENUT	Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo.
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
ESP	Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.
EVN	Esperanza de Vida al Nacer.
EVS	Esperanza de Vida Saludable.
FF.AA.	Fuerzas armadas, Chile.
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
FONASA	Fondo Nacional de Salud.
GES	Garantías Explícitas en Salud.
JUNAEB	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas.
JUNJI	Junta Nacional de Jardines Infantiles.
INDH	Instituto Nacional de Derechos Humanos.
INE	Instituto Nacional de Estadísticas, Chile.
INTA	Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos.
INTEGRA	Red de Salas Cuna y Jardines Infantiles.
IPS	Instituto de Previsión Social.
ISAPRES	Instituciones de Salud Previsional.
ISFEM	ONG para la Investigación, Formación y Estudio sobre la Mujer.

ISL	Instituto de Seguridad Laboral.
ISP	Instituto de Salud Pública.
ITS	Infección de Transmisión Sexual.
LEDIS	Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.
LEPA	Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
LGBTQI+	Lesbiana, Gay, Transexual, Bisexual, Queer, Intersexual, + más todas las identidades sexo-genéricas no binarias.
LIONDAU	Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.
LISMI	Ley de integración social de los minusválidos.
MCA	Medicinas complementarias y alternativas.
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación, Chile.
MINEDUC	Ministerio de Educación, Chile.
MINJUSTICIA	Ministerio de Justicia, Chile.
MININT/MININTERIOR	Ministerio del Interior, Chile.
MINREL	Ministerio de Relaciones Exteriores, Chile.
MINSAL	Ministerio de Salud, Chile.
MUMS	Movimiento por la Diversidad Sexual.
NNA	Niños, niñas y adolescentes.
NutriRSE	Programa Nutrición de Responsabilidad Social Empresarial.
OIDSMET	Observatorio sobre Discapacidad y Mercado de Trabajo.
OIM	Organización Internacional para las Migraciones.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONU	Organización de las Naciones Unidas.
ONRED	Objetivismo, el Naturalismo, el Realismo y el Empirismo Deductivo.
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana.
OVO	Observatorio de Violencia Obstétrica, Chile.
PAE	Píldora Anticonceptiva de Emergencia.
PAE	Programa de Alimentación Escolar de JUNAEB.
PEM	Programas de Empleo Mínimo.

PES	Planificación Estratégica Situacional.
PCD	Personas con discapacidad.
PCR	Prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa.
PNAC	Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
POJH	Programa Ocupacional de Jefes de Hogar.
PRODEMU	Fundación para la Promoción y Desarrollo de la Mujer.
RCA	Revista Colombiana de Antropología.
RECHISAM	Red Chilena de Investigación en Salud y Migraciones.
RELACAHUPAN	Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento.
RMC	Registro Mensual Consolidado.
SE	Semana epidemiológica.
SENAMA	Servicio Nacional del Adulto Mayor.
SERNAMEG	Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género.
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
SIMCE	Sistema de Medición de la Calidad de la Educación.
SOCHIPAR	Sociedad Chilena de Parto y Nacimiento.
SNS	Servicio Nacional de Salud.
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud.
SSR	Salud sexual y reproductiva.
TC	Tribunal Constitucional.
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
UCIM	Unidades de Cuidados Intermedios.
UDP	Universidad Diego Portales.
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana.
VMI	Ventilación mecánica invasiva.

PARTE 3.

GÉNERO, FEMINISMO(S) Y SALUD

CAPÍTULO 7.

DE LA CIENCIA ANDROCÉNTRICA HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO SANITARIO CON ENFOQUE DE GÉNERO

Alexandra Obach y Alejandra Carreño

Introducción

Las reflexiones en torno a las intersecciones entre género y salud confluyen en la tensión histórica referida a la distinción entre biología y cultura. En el área de la salud, la preponderancia que han tenido los ámbitos biológicos por sobre los culturales ha permitido la instalación de diversas desigualdades, entre las cuales se encuentran aquellas que responden a mandatos de género y que, al ser naturalizadas, continúan reproduciéndose hasta la actualidad. De acuerdo con la evidencia, las diferencias y desigualdades de género, junto con la posición socioeconómica, son las mayores causas de inequidades en salud. La buena noticia es que, frente a estas inequidades, la incorporación de la perspectiva de género en salud puede reducir las desigualdades en salud y mejorar la eficiencia y efectividad de los sistemas de salud (Rohlf, 2010). En la literatura científica relativa a los ámbitos de salud los términos sexo y género suelen utilizarse indistintamente. El sexo hace referencia al hecho biológico de una persona en tanto hombre, mujer, o intersexual (Heise et al., 2019). El género, por su parte, es una categoría de análisis que se refiere a las cualidades culturales y sociales que se asocian simbólicamente a las personas según las formas de concebir las identidades de género en cada sociedad (Martín Casares, 2008). En este sentido, el género se entiende como los roles, normas y estereotipos que la sociedad asigna a lo masculino o femenino, y las relaciones de poder que se establecen entre los mismos en contextos determinados (Heise et al., 2019). El género es interiorizado mediante la socialización, entendida como un proceso cultural de incorporación de formas de representarse, valorar y actuar en el mundo que sucede durante todo el proceso vital (OPS, 2019). El enfoque de género se encuentra ligado al movimiento feminista desde sus orígenes ya que ambos profundizan en las razones de dominación por género, y cuestionan el androcentrismo, en tanto perspectiva que avala la supremacía masculina en la sociedad considerándolo como un hecho normal (Martín Casares, 2008).

Junto con lo anterior, cabe destacar la importancia de ahondar en la reflexión en torno a género y salud desde un enfoque de interseccionalidad, entendida ésta como la compleja interacción entre las múltiples identidades que constituyen a las personas, como son las de género, clase, raza, entre otras (Stolcke, 2010). Dichas intersecciones condicionan, por ejemplo, comportamientos y exposiciones diferenciadas relacionados a la salud, y el acceso y uso de los sistemas de salud por parte de la población. En este sentido, urge poner en evidencia las formas en que el sexismo y el patriarcado se cruzan con otras formas de discriminación, como el racismo, el clasismo y la homofobia, generando diversas consecuencias, entre ellas, malos resultados en salud en la población (Heise, 2019). La perspectiva interseccional a su vez dialoga con el modelo de los determinantes sociales de la salud, en tanto ambos permiten examinar cómo actúan estos cruces desde los niveles estructurales, —mediante leyes, políticas e instituciones—, hasta en la instalación de hábitos de vida de las personas. En este proceso se van produciendo y reproduciendo desigualdades e inequidades de género que afectan directamente la salud de las personas (Couto et al, 2019), sobre todo en aquellas poblaciones que sufren de desventajas estructurales y donde las consecuencias acumulativas de las inequidades sociales, incluidas las de género, son más evidentes (Heise, 2019). En consecuencia, resulta necesario también ahondar en los sistemas de salud en tanto reproductores de ideologías de género específicas, y el rol que estos tienen en las transformaciones de dichas inequidades.

Desde este marco de análisis, el capítulo tiene por objetivo generar una reflexión en torno a los cruces entre género y salud, desde un enfoque de interseccionalidad y de determinantes sociales de la salud (DSS). Para esto, se realiza un recorrido que comienza con un cuestionamiento respecto a la construcción que la ciencia médica ha realizado en torno a lo femenino y los cuerpos de las mujeres, para posteriormente profundizar en los alcances del enfoque de género en salud en diversos ámbitos, entre ellos, salud de las mujeres, masculinidades, y población LGBTQI+. Por último, se invita a una reflexión respecto a los desafíos que presenta actualmente avanzar hacia la construcción de modelos sanitarios con enfoque de género en Chile.

La ciencia androcéntrica y las metáforas de la mujer como cuerpo fallido

En términos generales el androcentrismo ha sido definido como “la organización de las estructuras económicas, socioculturales y políticas a partir de la imagen del hombre, un enfoque que fundamenta las experiencias humanas, el protagonismo de la historia y el desarrollo

de la humanidad desde una perspectiva masculina. Éste además conlleva a la invisibilización de las mujeres, de sus experiencias y de sus aportaciones” (STUNAM, 2012: 1). En consecuencia, el androcentrismo implica la identificación de lo masculino con lo humano y al mismo tiempo, la equiparación de lo humano en general con lo masculino, lo que tiene como consecuencia transformar lo masculino en la norma (Ortiz, 2006: 42). Este concepto ha sido un aporte clave de la filosofía feminista de la ciencia, entendida como un movimiento filosófico cuyas ideas centrales han confluído en: 1) subrayar que el conocimiento científico es un conocimiento *situado*, es decir está profundamente ligado a la subjetividad y posicionamiento político de quien lo emite (Haraway, 1995) y 2) demostrar que en la ciencia, tal como la conocemos ahora, han existido valores extracognitivos que tienen a privilegiar un sistema sexo/género que favorece la reproducción de desigualdades sociales y políticas entre hombres y mujeres (Bernabé, 2019).

A pesar de la importancia de este concepto, en la medida en que ha permitido observar el modo en que las prácticas de salud y la generación de conocimientos en las ciencias médicas han estado históricamente señadas por la exclusión de las mujeres y diversidades sexuales, es necesario recordar que éste alberga al menos tres dimensiones implícitas, que a su vez dialogan con lo que hoy se ha configurado como el enfoque de género en salud. Estas tres dimensiones o también llamados “tres sentidos del androcentrismo” (Bernabé, 2019: 290) se traducen, en primer lugar, en la escasez de mujeres y cuerpos feminizados en la ciencia. Es decir, el androcentrismo es parte del mecanismo histórico gracias al cual las ciencias, tal como las conocemos hoy, son el producto de una tradición en la que ha primado el pensamiento, la discusión y la experimentación de sujetos masculinos, provenientes de países occidentales y de clase acomodada. La contraparte de esta invisibilidad de las mujeres en las ciencias hegemónicas, como la misma medicina, se manifiesta en la feminización de ciertas áreas que cuentan con menos prestigio social y menos acceso a poder, como son las áreas del cuidado: la enfermería, la fonoaudiología, la nutrición, la obstetricia y la puericultura. Sin embargo, Evelyn Keller (2001), profesora de biofísica matemática, ya en los años '90 advertía del hecho que esta invisibilidad no se resolvía solamente a través de la incorporación de mujeres en la ciencia, situación que ha ido afortunadamente en aumento en los últimos años. Keller nos habla más bien de la necesidad de subvertir la creencia, el “mito” que asocia la naturaleza misma de la ciencia con la idea de masculinidad, y cuyas consecuencias recaen sobre el hecho de asociar dicotomías fundamentales del pensamiento científico como son objetivo/subjetivo con la dicotomía masculino/femenino, asociación que persiste en la

idea de distinguir ciencias “duras”, objetivas, conducentes a poderosas conclusiones, de ciencias “blandas”, subjetivas y susceptibles al cambio y al efecto de la emotividad de quien las genera. Una perspectiva feminista de la ciencia dice Keller, implica “examinar las raíces, la dinámica y las consecuencias de esta red interactiva de las asociaciones y disyunciones que, juntas, constituyen lo que se podría llamar el sistema género/ciencia” (Keller, 2001: 50). Parte de este examen nos conduce al segundo sentido del androcentrismo que se traduce en el hecho que las comunidades científicas han tendido a favorecer la aceptación de teorías que van de la mano con la justificación de una pretendida inferioridad social, política e intelectual de las mujeres. Múltiples ejemplos existen en esta dimensión y provienen de las más variadas ciencias, desde la arqueología a la neurología, pasando por la ginecología. Los trabajos de Wylie (1992) y Conkey y Spector (1984), demostraron el modo en que la arqueología ha tendido a ignorar a las mujeres como sujetos históricos, situándolas inexorablemente en el ámbito reproductivo y doméstico contra toda evidencia arqueológica, interpretando el pasado a partir de estereotipos cuyo principal objetivo es el de naturalizar las relaciones desiguales entre los sexos. Del mismo modo, en el ámbito de la neurología se ha llegado a hablar de “neurosexismo” en la medida en que el androcentrismo sigue mostrando su fuerza contemporánea en la compleja discusión relativa a la conformación de la mente humana. Al respecto, Cordelia Fine (2008, 2010), muestra cómo la neurología y la endocrinología han tendido, a través de refinadas teorías, a reproducir la idea de que existen diferencias fundamentales en la psicología masculina y femenina que justificarían los más tradicionales estereotipos del comportamiento de hombres y mujeres. Así, por ejemplo, según estas teorías, el efecto de la testosterona fetal experimentada por los hombres, que ralentizaría el crecimiento del hemisferio izquierdo, “dejaría a los hombres con un mayor potencial para talentos superiores en el hemisferio derecho, como el talento artístico, musical o matemático” (Fine, 2010: 22). Del mismo modo, Emily Martin (1991) demuestra cómo las metáforas de la reproducción están cargadas de los significados asociados a lo masculino y lo femenino, desde el momento en que más allá de la evidencia empírica, la fecundación es científicamente narrada como la exitosa conclusión de una carrera corrida por competidores fuertes, rápidos y activos (los espermatozoides) que logran atravesar las paredes de una célula pasiva, expectante, impredecible y seductora (el óvulo). Estos ejemplos son discusiones contemporáneas que se suman a una larga tradición discursiva en la que las teorías gozan de aceptación en las comunidades científicas, incluso contra abundante evidencia contraria, gracias al hecho que ofrecen justificaciones biológicas a las desigualdades sociales entre los géneros. En esta misma línea están las afirmaciones que hacía Darwin en sus últimos capítulos del origen de

las especies, al justificar la condición de opresión de las mujeres entendido como resultado de la evolución (Bernabé, 2019), así como la comprensión que Aristóteles hace del cuerpo femenino, considerándolo “inacabado como el de un niño y carece de semen como el de un hombre estéril. Enfermo por naturaleza, se constituye más lentamente en la matriz, a causa de su debilidad térmica, pero envejece más rápidamente porque todo lo que es pequeño llega más rápido a su fin, tanto en las obras artificiales como en los organismos naturales” (Sissa, 2000: 115).

Esta descripción del cuerpo femenino como una falla de la naturaleza respecto al cuerpo masculino (Jordanova, 1993), da pie para profundizar en la tercera dimensión del androcentrismo que se traduce en el hecho que, particularmente en las ciencias médicas, la producción de conocimiento sobre el cuerpo humano esté basada en el funcionamiento del cuerpo masculino, a excepción de lo que respecta a la reproducción (Sanchez, 1999). De esta manera, el macho, es considerado como el ejemplar de la especie y la mujer como una desviación/variación de la norma. Los efectos de este tipo de androcentrismo son visibles en dimensiones tan reales como la misma práctica clínica. De hecho, numerosas investigaciones han demostrado que la aplicación de tratamientos farmacológicos puede llegar incluso a comportar riesgos para la salud de las mujeres en la medida en que son impartidos sin haber sido probados en pacientes de sexo femenino en fase de prueba (Hamilton, 1996; Harris y Douglas, 2000; entre otros). Esto es particularmente significativo en patologías como las cardiovasculares o psiquiátricas, donde, por ejemplo, las mujeres reciben suministros de fármacos equivalentes a las probadas en hombres, sin que existan suficientes evidencias respecto a la capacidad de metabolización de los fármacos por pacientes femeninos. En este mismo sentido, existen una serie de estereotipos que han menoscabado la capacidad de diagnóstico temprano y de tratamiento de patologías que son asociadas con una condición de género específica. Por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares al ser padecidas por mujeres tienden a ser deslegitimadas, consideradas quejas psicósomáticas o manifestaciones nerviosas propias de su género, lo que deriva en diagnósticos más tardíos respecto a los hombres. Por su parte, la infertilidad en los hombres suele ser pesquisada más tardíamente que en las mujeres en la medida en que sigue primando un paradigma que pone la fertilidad y la reproducción principalmente como parte de las tareas femeninas y que aborda la fertilidad masculina como una condición menos sujeta a los efectos de la edad que la femenina (Tasa-Vinyals et al, 2015: 16).

Como vemos, estas tres dimensiones del androcentrismo tienen repercusiones específicas sobre el modo de hacer ciencia y de generar

discursos sobre las diferencias de géneros. En lo relativo al ámbito sanitario la naturalización de las diferencias de género, así como la reproducción de estereotipos fundados en teorías científicas que se basan escasamente en evidencia empírica, tienen consecuencias específicas sobre inequidades injustas y evitables en los resultados de salud de hombres, mujeres y diversidades sexuales. A continuación, veremos cómo el género, entendido como elemento constitutivo de las relaciones sociales y el campo primario donde se articula el poder (Scott, 1985), se presenta como el elemento clave para abordar una perspectiva científica y sanitaria capaz de incluir a todos los sujetos más allá de su posición en el sistema sexo/género y así responder a los desafíos que nos presenta el paradigma androcéntrico recién presentado.

Las implicancias del género en la salud de las poblaciones

Tal como se señaló anteriormente, la categoría de género alude a la construcción social que cada cultura realiza sobre la diferencia sexual biológica entre hombres y mujeres. Bajo esta premisa, el género es entendido como un producto social y no de la naturaleza, que se define tanto por las normas que cada sociedad impone sobre lo femenino y masculino, como a través de la identidad subjetiva, y de las relaciones de poder particulares que se dan entre las personas (hombres, mujeres, diversidades sexuales y de género) en una cultura determinada. Por lo mismo, las definiciones de género son dinámicas, transformándose entre generaciones, culturas y diferentes grupos socioeconómicos y étnicos (Scott, 1985).

A partir de las construcciones particulares de los sistemas sexo/género que cada sociedad elabora, los grupos humanos conforman ideologías y mandatos de género, los cuales dictan las normas establecidas y los campos de acción posibles para hombres y mujeres en un contexto determinado. Dichos mandatos, históricamente en el mundo occidental, se han enmarcado en un modelo social patriarcal, entendido éste como una forma de organización social basada en la dominación de unos hombres con ejercicio de poder sobre mujeres, niños, niñas y adolescentes, y también sobre otros hombres con menos jerarquía dentro de la misma comunidad (UNICEF, 2017). El patriarcado establece asimismo la hegemonía de la heterosexualidad en tanto identidad y conducta sexual esperada para hombres y mujeres (Butler, 2003). Dicha heteronormatividad ha invisibilizado históricamente a las diversidades sexuales y de género y ha establecido políticas, incluidas las de los ámbitos de la salud, que reproducen esta invisibilización y, al mismo tiempo, generan discriminaciones y violencias hacia estos grupos (Macintyre et al., 2015).

Las consecuencias del género en la salud de las mujeres

Los mandatos de género tradicionales, que se desprenden de este modelo social, vinculan a las mujeres al espacio de lo privado, responsabilizándolas del cuidado del hogar y de los ámbitos reproductivos. Los hombres por su parte han estado históricamente asociados a lo público, entendido éste como todo lo que ocurre fuera del hogar y que tiene injerencia en la administración y dirección de las sociedades. Vivir bajo el supuesto de que las personas nacen con la obligación de realizar determinadas tareas y quedar excluidas de otras, dados los mandatos de género, tiene consecuencias sobre la salud de las poblaciones, y hace que las inequidades de género que existen en diversos planos se perpetúen, por ejemplo, en la distribución de las tareas domésticas, en el acceso a recursos, entre otros ámbitos (Esteban, 2006). Así lo demuestran los datos de la *Encuesta de Uso del Tiempo en Chile*, donde en lo referido al trabajo doméstico, da cuenta que las mujeres aportan con el 70% de las horas destinadas como pareja, dedicándole 4,2 horas en un “día tipo” versus 1,8 que aportan los hombres. En todos los tipos de actividades domésticas, menos en “Reparaciones menores en el hogar” y “Compras en el hogar”, que tradicionalmente han involucrado a los hombres por estar asociadas a labores que se esperan de lo masculino, los hombres participan menos que las mujeres (ENUT, 2015). Esta situación se ha visto exacerbada en contexto de pandemia por COVID-19, generando una sobrecarga para las mujeres, ya que en la actualidad ellas se han incorporado masivamente al mercado laboral y crecientemente hay más mujeres reconocidas como jefas de hogar, siendo además cada vez más los hogares que perciben ingresos provisto por mujeres (Comunidad Mujer, 2017), pero de igual manera se han debido hacer cargo del cuidado y educación de niños y niñas, cuidado de adultos mayores, y generar ingresos o teletrabajar durante la pandemia, sobrecargándolas y generando consecuencias sobre su salud.

Tal como indica el enfoque interseccional, cabe destacar que la salud de hombres y mujeres no está determinada solo por el género, sino por factores tales como el contexto socioeconómico y político, la posición socioeconómica, educacional y étnica de la población, entre otras dimensiones que, al ser determinantes sociales inciden directamente sobre la salud de las personas (Solar e Irwin, 2006). Los determinantes sociales de la salud (DSS) se han definido como las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan y que afectan a su salud (Cabieses et al., 2017). El género es un determinante estructural clave en la salud de las poblaciones ya que establece la existencia de oportunidades diferentes para niños, niñas, hombres, mujeres y personas de las diversidades sexuales y de género, en relación a las posibilidades de lograr una salud óptima. Tal como se mencionó anteriormente, la

interseccionalidad entre el género y otras variables, principalmente de clase social y étnicas, son fundamentales en los resultados de salud de las poblaciones. Así, por ejemplo, la representación desproporcionada de las mujeres en los sectores pobres tiene sus raíces en pautas culturales, tanto por la preeminencia que le asigna la sociedad al papel reproductivo que desempeña la mujer, pauta que limita sus oportunidades de participar en el mercado laboral remunerado, y la desvalorización social del trabajo femenino tanto en el hogar como en el mercado laboral (Gómez, 2002). En Chile, de acuerdo a datos de la Encuesta CASEN 2017, un 20,1% de las mujeres se encuentra en pobreza multidimensional, es decir, 1 de cada 5 mujeres en el país está en esta situación (CASEN, 2017). Si a la dimensión de género se suma, por ejemplo, la de ruralidad y adultez mayor, el índice de pobreza multidimensional aumenta significativamente, alcanzando un 44,4% en mujeres rurales con 60 años o más (PRODEMU, 2020). En este marco, si bien las mujeres en Chile presentan una mayor esperanza de vida al nacer (EVN) que los hombres (81,8 años para mujeres y 76,7 años para hombres) (INE, 2021), las malas condiciones de vida en las que ellas llegan a la vejez (por acumulación de inequidades sociales y de género a lo largo del curso de vida, sobrecarga laboral doméstica y remunerada, altos índices de pobreza, alta carga de enfermedad, entre otras variables) las sitúan en una posición de alta vulnerabilidad social y de riesgo en salud.

Otra consecuencia de los mandatos de género en la salud de las mujeres tiene que ver con las violencias. La violencia de género sucede en un marco social caracterizado por el machismo y la cultura patriarcal. Por esto mismo, la mayor parte de la violencia de género es ejercida por hombres hacia mujeres, por lo cual el concepto de violencia de género se entiende la mayoría de las veces como sinónimo de violencia hacia las mujeres. Esto incluye malos tratos de la pareja, agresiones físicas, sexuales o psicológicas de parejas o personas cercanas e incluso extraños, mutilación genital, femicidios, infanticidios femeninos, entre otras formas de violencia (Obach, Sadler y Aguayo, 2011). Para julio del año 2021, de acuerdo a datos del Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género (SERNAMEG), en el país se registraban 19 femicidios consumados y 85 frustrados. Asimismo, de acuerdo a datos del INE en 2017, un 21,03% de mujeres declaró haber vivido una o más situaciones de violencia (física, psicológica o sexual) en los últimos 12 meses (INE, 2017). Cabe destacar el aumento de la violencia contra la mujer en contexto de pandemia por COVID-19. De acuerdo al *Informe Género y Salud en tiempos de COVID*, elaborado por el Colegio Médico de Chile en el año 2020, la Unidad de Violencia contra la Mujer del SERNAMEG, reportó un aumento de un 125% de llamadas al Fono de orientación en violencia contra la mujer durante marzo del año 2020. El mismo informe señala que, de acuerdo a Carabineros, los llamados efectuados al Fono familia por delitos asociados

a violencia intrafamiliar aumentaron un 12,3% en 2020 con respecto al primer trimestre del año pasado. Asimismo, se sostiene que el Ministerio Público señala un aumento en un 250% el delito de femicidio frustrado en marzo 2020 en comparación a marzo 2019 (COLMED, 2020).

En lo que respecta a salud sexual y reproductiva (SSR), entendida esta como un estado general de bienestar físico, mental y social de todos los aspectos relacionados con la sexualidad de las personas (MILES, 2021), ésta ha estado centrada principalmente en los ámbitos reproductivos de las mujeres, presentando una visión fragmentada de sus cuerpos y su salud, y olvidándose de las matrices socioculturales en las cuales ellas están insertas, se desarrollan y desenvuelven (Esteban, 2006). Pese a los avances que se muestran en la región en concientización y cobertura de la SSR, sigue existiendo un problema de desigualdad asociado a la edad, etnia, ruralidad, diversidad sexual, entre otras dimensiones de la vida de las personas (MILES, 2021). Así, por ejemplo, como indica el Informe de MILES *Tercer Informe sobre Derechos, Salud Sexual Reproductiva y Violencia de Género en Chile*, en lo que respecta a temáticas reproductivas, los embarazos no deseados, los abortos clandestinos y la mortalidad materna, impactan de manera diferenciada a las personas gestantes (mujeres y hombres trans), por lo que garantizar su acceso es una cuestión de equidad de género y justicia social. Ahora bien, en general las mujeres son las más perjudicadas cuando el derecho a la salud sexual se ve vulnerado. Ellas utilizan más los servicios de salud sexual y reproductiva que los hombres, especialmente aquellas en edad reproductiva (MILES, 2021). Cabe destacar que, en Chile, la atención de salud de las mujeres, incluidas las adolescentes y jóvenes, gira en torno a la salud reproductiva y ginecológica, reduciéndolas solo a esta dimensión (Luengo et al., 2012). Además, la sexualidad femenina suele ser abordada desde una perspectiva de “riesgo”, una visión que justifica el control familiar, social y médico del cuerpo femenino (Macintyre et al., 2015) en desmedro de un enfoque basado en la promoción de derechos sexuales y reproductivos. La falta de acceso a la interrupción del embarazo por tres causales es emblemática en este sentido. Como varias asociaciones lo han demostrado, la despenalización del aborto por inviabilidad del feto, riesgo vital de la madre o violación que se legisló en el año 2017 no ha ido acompañada de un proceso eficiente de instalación de un enfoque de derechos en la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Al contrario, a diferencia de lo que se estimaba, desde su implementación se han acogido a esta ley solo un 30% de los casos proyectados al momento de legislar¹. Los

¹ Información proveída por la asociación y publicada en: <https://www.elmostrador.cl/braga/2020/09/23/a-3-anos-de-la-ley-de-aborto-en-tres-causales-las-mujeres-aun-no-podemos-acceder-a-la-interrupcion-del-embarazo/>

principales motivos de esta diferencia radican en el alto número de médicos objetores de conciencia, que en algunas regiones del país supera el 70% del total de especialistas, la falta de información tanto entre personal médico como usuarios sobre las implicancias de la ley, así como la falta de insumos que permiten garantizar la interrupción del embarazo, que se suman a la centralización de estos servicios en la Región Metropolitana en Chile, en desmedro de otras regiones del país (Ramírez y Vega, 2020). Por su parte, en el contexto de pandemia por COVID-19, los ámbitos de salud sexual y reproductiva de las mujeres se han visto gravemente impactados. De acuerdo a un estudio realizado por la fundación MILES, un 72% de las mujeres ha visto dificultado el acceso a anticonceptivos desde el inicio de la pandemia en Chile. Un 34% refiere que no encontró stock de su anticonceptivo, un 34% denunció que el recinto de salud no estaba prestando el servicio, y un 30% vio aumentado el precio de los anticonceptivos. También se indica dificultades en acceso al PAP y falta de acceso a consultas por infecciones de transmisión sexual (MILES, 2020; COLMED, 2020).

Todos los temas antes descritos tienen un impacto en las diversas dimensiones de la salud de las mujeres, a los que se agregan temas de salud mental. La evidencia internacional da cuenta de importantes desigualdades de género en el ámbito de la salud mental, siendo las mujeres quienes reportan y son diagnosticadas con más frecuencia por problemas de esta índole. En las mujeres se observa el doble de prevalencia de depresión y ansiedad, y también son más frecuentes en ellas otros malestares psicosociales con síntomas inespecíficos. Así también se sostiene que las mujeres tienen más probabilidad de ser diagnosticadas de trastornos límites de la personalidad y de trastornos de la alimentación (Bacigalupe et al., 2020). En Chile, la *Encuesta Nacional de Salud* (ENS) 2009-2010 señala que 25,7% de las mujeres presentó síntomas depresivos en el último año, en comparación con 8,5% de los hombres. Respecto a los autoreportes de depresión alguna vez en su vida, las mujeres presentaron 33,1% y los hombres 9,7% (Pastorino et al., 2017). Estas cifras se mantienen en el tiempo ya que, según datos de ENS 2016-2017, la presencia de síntomas que permiten sospechar una depresión en población general es de 15,8%, siendo 10% entre hombres y 21,7% en mujeres (ENS, 2017). Por otra parte, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de síntomas de salud mental no diagnosticados en el país muestra una clara brecha de género, donde un 8,5 % de los hombres presenta la enfermedad mientras que en las mujeres es de un 25,7% (OMS, 2017). El contexto de pandemia por COVID-19 ha agudizado estas brechas, generando un aumento significativo en problemas de salud mental de la población en general, y de las mujeres en particular. Esto se debe, en parte, a la sobrecarga hacia las mujeres en la demanda de

cuidados a niños, niñas y adolescentes, personas mayores y personas con distintos grados de dependencia, profundizando con ello la brecha de género, e impactando directamente en la salud mental de mujeres con un incremento significativo de ansiedad y estrés (COLMED, 2020). A esto se suman otras determinaciones sociales como el hacinamiento, la precariedad laboral, la dificultad para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, entre otros, lo que facilita la aparición o agravamiento de problemas de salud mental en las mujeres (COLMED, 2020).

La salud de los hombres desde un enfoque de masculinidades

Si bien el enfoque de género en salud suele asociarse a temáticas relativas a las mujeres, el género es un concepto que abarca la construcción social de lo femenino, lo masculino y de todas las transiciones que se encuentren entre (y más allá de) esta oposición binaria. En este marco, es entendido como un concepto relacional que refiere a una de las expresiones primarias del poder. Por su parte, el concepto de masculinidades hace referencia a los procesos a través de los cuales los hombres son socializados, y a los discursos y prácticas que se asocian con las diferentes formas de ser hombre. Si bien existen múltiples maneras de ser hombre, la cultura occidental promueve un modelo de género que le otorga mayor valoración a lo masculino por sobre lo femenino, y que incentiva en los hombres ciertos comportamientos como la competitividad, la búsqueda del riesgo y el uso de la violencia en determinadas circunstancias, en tanto prácticas de demostración de virilidad. A este modelo de masculinidad se le ha denominado como *Masculinidad Hegemónica* (Connell, 1997), la cual promueve un tipo de masculinidad en la cual, para que un hombre sea considerado como tal, debe demostrar ser activo, fuerte, no expresar sus emociones, no demostrar miedo, ser jefe de hogar y proveedor, responsable y autónomo, entre otras características (Olavarría y Valdés, 1998; Olavarría, 2001). Si bien existen diversas masculinidades, cada una de ellas presenta una mayor o menor adherencia respecto al modelo tradicional de masculinidad o masculinidad hegemónica. Son las continuidades del modelo tradicional, que se conoce como machismo, las que ponen en riesgo la salud de hombres y mujeres, y se relacionan con problemas sociales como la violencia, y con problemas de salud de los hombres vinculados a la socialización de género masculina. Por esto mismo, se hablen de la masculinidad como un factor de riesgo (OPS, 2019), ya que los hombres se ven sometidos a diversos mandatos culturales que los sitúan en una posición de riesgo en diversos ámbitos de salud, entre ellos, iniciarse sexualmente temprano y tener una performance de acuerdo a la masculinidad hegemónica, probando a través de la sexualidad que son *hombres de verdad* (Rebello y Gomes, 2009; Barker et al., 2010); tener un

mayor número de parejas sexuales en comparación a las mujeres; menor uso de preservativo; y a tener sexo bajo la influencia del alcohol o drogas (García et al., 2014). De hecho, las principales causas de mortalidad en los hombres están asociadas a la violencia interpersonal, los traumatismos causados por el tránsito y la cirrosis hepática, todas ellas ligadas al ejercicio de la masculinidad hegemónica (OPS, 2019). En Chile, datos de la ENS dan cuenta que el consumo riesgoso de alcohol es considerablemente mayor en hombres que en mujeres (20,5% versus 3,3% respectivamente) (ENS, 2017). Asimismo, se evidencia que la mortalidad por suicidio es mayor entre hombres que en mujeres, lo cual está asociado a la falta de búsqueda de ayuda, la no aceptación de tratamientos, el aumento del consumo de sustancias narcóticas, comportamientos agresivos normalizados y el acceso a medios letales, todos ellos factores en los que la socialización de género masculina tiene gran incidencia (Araneda et al., 2021).

Desde las conferencias de El Cairo y Beijing los organismos internacionales han prestado cada vez más atención a los hombres en tanto actores clave para alcanzar la equidad de género, incluidos los ámbitos de salud y, más específicamente, los de salud sexual y salud reproductiva (SSR) (MenEngage, 2015). En el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo de 2013 se acordó impulsar la promoción de programas de prevención y de autocuidado en SSR de los hombres en América Latina y el Caribe (CEPAL, 2013). Esto ya que la mayoría de los programas y políticas en SSR y planificación familiar en la región focalizan sus acciones en las mujeres, invisibilizando a los hombres en estas áreas (Aguayo y Sadler, 2011; Gutmann, 2015; Hardee, 2017; Marcell, 2017). Diversos estudios internacionales y en Chile describen barreras actitudinales e institucionales para el acceso de los hombres, en especial de hombres jóvenes, a los servicios de SSR, entre ellas: una socialización masculina en comportamientos de poco cuidado de su propia salud; vinculación con los centros de salud principalmente por episodios de emergencia; vergüenza de reconocer que necesitan información sobre temas de SSR por considerarse poco masculino el mostrarse vulnerable o pedir ayuda; escasa capacitación del personal de salud para la atención de hombres jóvenes junto a actitudes negativas hacia ellos por parte de los prestadores (Sadler et al., 2011; García et al., 2014; Obach, Sadler, Aguayo y Bernal, 2018).

Diversidades sexuales y de género desde un enfoque de género y salud

La diversidad es una característica intrínseca y fundamental de los seres humanos. La diversidad sexual y de género, entendida como las prácticas, identidades y relaciones que no se condicen y/o desafían a la heteronormatividad (Pecheny, Figari y Jones, 2008), es también parte de los

aspectos que conforman las identidades y las experiencias de los sujetos en el mundo. Tal como se ha mencionado anteriormente, el género es entendido como un constructo social que se plasma en roles, estereotipos, comportamientos y símbolos que cada cultura y sociedad modula en torno al binomio femenino y masculino. Sin embargo, este binomio no es suficiente para dar cuenta de la complejidad de las identidades de género, las expresiones de género y la orientación sexual de las personas. De acuerdo a diversos autores (Preciado, 2011; Butler, 2003), el género es performativo, esto quiere decir que es producido y reproducido constantemente en el tiempo a través de actos que van construyendo un continuo en las identidades de género. Además, el género y su expresión son fluidos, es decir, no son realidades internas o externas fijas e inamovibles, sino que las personas pueden transitar entre estas identidades, superando el binomio hombre-mujer, y pueden cambiar a través del tiempo. Así, la heterosexualidad y la identificación de las personas como hombre o como mujer son una posibilidad dentro de todo el espectro plausible de identidades, expresiones y orientaciones de género (Preciado, 2003).

Desde el modelo social patriarcal, heteronormativo, donde la heterosexualidad se asocia al concepto de “normal” y deseable socialmente, se discrimina y denigra a quienes están al margen de esta normalidad, marginalizándoles y aumentando la posibilidad que se violenten sus derechos y dignidad. Esto afecta distintos ámbitos de la vida cotidiana, incluida la salud de las personas LGTBI+². Esta población, además de las discriminaciones y estigmas que enfrentan en la vida social, también pueden enfrentar problemas particulares en el sistema sanitario, lo que repercuten negativamente sobre su bienestar y calidad de vida (Ministerio Salud Pública, 2020). En esta línea, un estudio realizado en la ciudad de Concepción, Chile, da cuenta que el enfoque heteronormativo se presenta como una de las causas principales de la mala atención en salud a personas LGBTI+ (Estay, Valenzuela y Cartes, 2020, Schenck, 2018). Se sostiene que las reacciones negativas de los y las profesionales en cuanto la identidad de género u orientación sexual de sus pacientes, conlleva a tratamientos incompletos o inadecuados, o a atenciones caracterizadas por el mal trato e incomodidad, vulnerando con ello el derecho de las personas de recibir una buena atención en salud, en igualdad de condiciones y sin discriminación. Esta situación se exacerba

² Esta sigla, que representa a la población Lesbiana, Gay, Transexual, Bisexual, Queer, Intersexual, + más todas las identidades sexo-genéricas no binarias, surge del reconocimiento de las experiencias comunes de discriminación y exclusión que –a pesar de su gran heterogeneidad en términos de otros factores como pertenencia a una etnia o raza, nivel socioeconómico, edad, etc.– experimenta esta población.

por la ausencia de conocimiento respecto a cuáles son los verdaderos problemas de salud de estas colectividades, sus niveles de exposición a ITS, las formas frecuentes de violencia que sufren y las consecuencias que estas formas de discriminación tienen en términos de salud mental. La población lesbiana y trans, en específico, han sido los grupos más invisibilizados en la medida en que el paradigma androcéntrico sigue jugando un rol fundamental al comprender la salud de las mujeres desde el punto de vista de la fecundidad y la reproducción, en desmedro de las necesidades vinculadas a la prevención de ITS y a la promoción de salud sexual en población no binaria (Gallego y Giraldo, 2016; Navarrete, 2018).

Por último, en relación con la pandemia por COVID-19, esta población se ha visto particularmente afectada. El reporte de las Naciones Unidas COVID-19 y Derechos Humanos, del año 2020, describe la situación de vulnerabilidad de la población LGBTI+ durante la pandemia en diversas dimensiones, entre ellas, acceso a sistemas de salud: la falta de priorización en la atención de salud de esta población; estigmatización, discriminación, incitación al odio y ataques a la comunidad LGBTI+ durante la pandemia; violencia doméstica y abusos; problemas de acceso a trabajos y sobrevivencia (ONU, 2020). En Chile, existe una deuda por parte del Estado en lo relativo a falta de protocolos que eliminen las barreras de atención en salud a la diversidad sexual y de género (COLMED, 2020) y hasta la fecha solo las asociaciones activistas en conjunto con algunos espacios académicos han logrado visibilizar el impacto que las cuarentenas han tenido sobre la salud física y mental de la población LGBTI+ quienes a menudo se han encontrado encerrados con sus propios agresores al interior del hogar (MUMS, 2020).

Reflexiones finales: hacia un modelo sanitario con enfoque de género

En el acápite *La ciencia androcéntrica y las metáforas de la mujer como cuerpo fallido* del presente capítulo, esbozamos los sesgos cognitivos de género presentes en las ciencias en general, y las ciencias de la salud en particular. Las desigualdades e inequidades de género que de dichos sesgos emanan han tenido consecuencias en la formación de marcos cognitivos clínicos, cargados de un profundo sesgo de género, provocando con ello un fuerte impacto en la formación de profesionales y disciplinas del área de la salud (Vázquez-Santiago y Garrido Peña, 2016). Vázquez-Santiago y Garrido Peña sostienen que, junto con el sesgo cognitivo de género en los sistemas de salud, se producen y reproducen el sesgo social de género, y el institucional. El primero hace referencia a la desconexión histórica de los sistemas de salud en lo referente a las desigualdades

sociales en las cuales se articula la sociedad (de clase, etnia, género, entre otras), lo que ha facilitado que los sistemas sanitarios no incorporen plenamente las condiciones de vida asimétricas en que se desenvuelven las personas y los grupos humanos (hombres, mujeres, diversidades sexuales y de género). En este marco, los sistemas de salud sostienen los autores, han operado como si las condiciones de vida y de reproducción de hombres y mujeres fuesen las mismas (Vázquez-Santiago y Garrido Peña, 2016). El sesgo cognitivo, dicen los autores, ignora o malinterpreta los síntomas físicos de las mujeres y los psicologiza, mientras que el sesgo social ignora los malestares sociales convirtiéndolos en físicos. En ambos sesgos se ignora la asimetría y la desigualdad de género en salud. Por último, los autores hacen referencia al sesgo institucional de los sistemas de salud, marcado por la discriminación de género, lo que se ejemplifica en las estructuras de las profesiones sanitarias, la asignación y selección de las especialidades o los programas y planes de salud (Vázquez-Santiago y Garrido Peña, 2016). Respecto a esto último, de acuerdo con datos de la OMS, las mujeres representan más del 70% del personal sanitario remunerado a nivel mundial y, además, son las principales profesionales de atención domiciliaria y comunitaria. Junto con esto, se evidencia que son las principales prestadoras de cuidados no remunerados. Aun así, las mujeres y las diversidades sexuales y de género están subrepresentadas en los puestos directivos y de toma de decisiones de los sistemas de salud. Los prejuicios relacionados con el género, la violencia física y sexual y el acoso, problemas estructurales de nuestras sociedades, están también presentes en los sistemas de salud y son situaciones con las que trabajadores sociosanitarios deben lidiar cotidianamente. De acuerdo a la OMS, si la diferencia global salarial entre hombres y mujeres es del 20%, en el sector sociosanitario alcanza una media del 26% en los países de ingresos altos y del 29% en los de ingresos medio-altos (OMS, 2017).

Para avanzar hacia la concreción de modelos sanitarios con enfoque de género en los tres niveles (cognitivo, social e institucional), se requiere fomentar transformaciones dentro de los sistemas de salud, en paralelo a cambios culturales profundos en los sistemas sexo-género de nuestra sociedad, con el fin de lograr la igualdad de género en la salud. Esto implica que todas las personas (mujeres, hombres, diversidades sexuales y de género) se encuentren en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados (PAHO, 2019). Organismos internacionales como la OMS, entre otros, han desplegado diversas estrategias con el fin de promover sistemas de salud que sean capaces de reconocer, comprender y modificar el modo en que el género determina las conductas en relación con los sistemas de salud, el acceso a los ser-

vicios, las vías de atención sanitaria, y la interacción con otros factores determinantes de la salud y causantes de profundas inequidades³. Para el caso de Chile, en el año 2015 se creó la unidad de género en el Ministerio de Salud (MINSAL)⁴, con el fin de contribuir a que todas las políticas, programas, documentos y acciones del MINSAL incorporen perspectiva de género y derechos humanos, favoreciendo así la igualdad y equidad entre mujeres y hombres y la efectiva realización de los derechos en salud de la población. En concordancia con esto, el Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020 del Ministerio de Salud estableció como Eje estratégico N° 5 la Equidad y salud en todas las políticas, con el objetivo de impacto de disminuir las inequidades de género. Si bien esto representa un avance importante en materia de género y salud en el país, aún se requiere continuar profundizando en este trabajo, a través de acciones en distintos niveles, entre ellos: la incorporación de la temática de género en las mallas de pre y postgrado de las carreras profesionales y técnicas del área de la salud; la generación de políticas y programas en salud que promuevan acceso y uso equitativo del sistema de salud para todas las personas, ya sean hombres, mujeres y diversidades sexuales y de género; promover transformaciones en la atención de usuarios/as en el sistema de salud, eliminando los sesgos y discriminaciones de género hacia todas las personas y poblaciones; promover un enfoque de interseccionalidad en salud, y promover el enfoque de determinantes sociales en salud, todo ello con el fin de abordar, desde el área de la salud, las desigualdades e inequidades que enfrentan las personas en salud, incluidas las de género, pero no limitadas a ésta. Solo así, lograremos sistemas de salud más justos e inclusivos, y sociedades más sanas, donde todos y todas podamos gozar de un pleno bienestar tanto físico, como mental y espiritual.

Referencias bibliográficas

- Aguayo, F. y Sadler, M. (2011). El papel de los hombres en la equidad de género: ¿qué masculinidades estamos construyendo en las políticas públicas en Chile? En Aguayo, F. y Sadler, M. (Eds), *Masculinidades y Políticas Públicas. Involucrando hombres en la equidad de género* (pp. 105-126). Santiago: Universidad de Chile, Lom Ediciones.
- Araneda, N., Sanhueza, P., Pacheco, G. y Sanhueza, A. (2021). Suicidio en adolescentes y jóvenes en Chile: riesgos relativos, tendencias y desigualdades. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e4. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.4>
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Baza Bueno, M. y Martin, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34(S1), 61-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>

³ En: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

⁴ En: <https://www.minsal.cl/unidad-de-genero/>

- Barker, G., Ricardo, C., Nascimento, M., Olukoya, A. y Santos, C. (2010). Questioning gender norms with men to improve health outcomes: evidence of impact. *Global Public Health*, 5(5), 539-53.
- Bernabé, F. N. (2019). Androcentrismo, ciencia y filosofía de la ciencia. *Revista de humanidades de Valparaíso*, (14), 287-313. DOI: <https://doi.org/10.22370/rhv2019iss14>
- Butler, J. (2003). O parentesco é sempre tido como heterossexual? *Cadernos pagu*, (21), 219-260.
- Cabieses, B., Bernalles, M. y McIntyre, A. M. (2017). *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Chile: Universidad del Desarrollo.
- Casares, A. M. (2008). *Antropología del género: Culturas, mitos y estereotipos sexuales*. España: Ediciones Cátedra.
- Colegio Médico de Chile (2020). *Informe Género y Salud en tiempos de COVID*. Santiago, Chile.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2013). *Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe 2013*. Montevideo, Uruguay. Recuperado de: <https://www.cepal.org/es/eventos/primera-reunion-la-conferencia-regional-poblacion-desarrollo-uruguay-2013>
- ComunidadMujer (2017). Mujer y trabajo: Uso del tiempo y la urgencia por compartir las tareas domésticas y de cuidado. *Serie ComunidadMujer*, (38), 1-11. Recuperado de http://www.comunidadmujer.cl/biblioteca-publicaciones/wp-content/uploads/2017/04/BOLETIN-38-marzo-2017-baja_vf.pdf
- Conkey, M. y Spector, J. (1984). Archaeology and the Study of Gender. En Schiffer, M. B. (Ed.), *Advances in Archaeological Method and Theory, Volume 7* (pp. 1-38). Nueva York: Academic Press.
- Connell, R. (1997). La Organización Social de la Masculinidad. En Olavarria, J. y Valdés, T. *Masculinidad/es. Poder y Crisis* (pp. 31-48). Santiago, Chile: Isis Internacional/FLACSO.
- Corporación MILES (2020). *Acceso a salud sexual y reproductiva en pandemia*. Santiago, Chile.
- _____. (2021). *Tercer Informe sobre Derechos, Salud Sexual Reproductiva y Violencia de Género en Chile*. Santiago, Chile.
- Couto, M. T., Oliveira, E. D., Separavich, M. A. A. & Luiz, O. D. C. (2019). La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. *Salud Colectiva*, 15, e1994. DOI: 10.18294/sc.2019.1994
- Estay, F., Valenzuela, A., Cartes, R. (2020). Perspectivas desde la comunidad local penquista. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 85(4), 351-357.
- Esteban, M. L. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud colectiva*, 2, 9-20.
- Fine, C. (2008). Will working mothers' brains explode? The popular new genre of neurosexism. *Neuroethics*, 1(1), 69-72. DOI: 10.1007/s12152-007-9004-2
- _____. (2010). *Delusions of Gender: How Our Minds, Society, and Neurosexism Create Difference*. Nueva York: W. W. Norton.

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2017). *Perspectiva de género. ¿De qué hablamos cuando hablamos de perspectiva de género?* Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/2018-04/COM-1_PerspectivaGenero_WEB.pdf
- Fundación para la Promoción y Desarrollo de la Mujer (2020). *Encuesta de Bienestar General en Mujeres. Chile*. Recuperado de: <https://prodemu.feriasprodemu.cl/wp-content/uploads/2021/estudios/3-Encuesta-Bienestar-General-%286%29-JULIO.pdf?t=1617201506>
- Gallego, G. y Giraldo, S. (2016). Iniciación sexual en mujeres con prácticas homoeróticas en el eje cafetero colombiano. *Sexualidad, Salud y Sociedad Revista Latinoamericana*, 22, 56-72. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2933/293345349003.pdf>
- Garcia, C.M., Ptak, S.J., Stelzer, E.B., Harwood, E.M., Brady, S.S. (2014). I Connect With the Ringleader: Health Professionals' Perspectives on Promoting the Sexual Health of Adolescent Males. *Research in Nursing & Health*, 37(6), 454-65.
- Gómez, E. (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción. *Revista Panamericana de Salud Pública* 11(5/6), 454-461.
- Gutmann M. (2015). Planificar la exclusión de los hombres de la planificación familiar: un estudio de caso en México. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género*, 1(1):54-75.
- Hamilton, J. (1996). Women and health policy: On the inclusion of females in clinical trials. En Sargent, C. y Brettell, C. (Eds.), *Gender and health: An international perspective*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Hardee, K., Croce-Galis, M., Gay, J. (2017). Are men well served by family planning programs? *Reproductive Health*, 14(1), 14. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0278-5>
- Harris, D. J. y Douglas, P. S. (2000). Enrollment of women in cardiovascular clinical trials funded by the National Heart, Lung and Blood Institute. *New England Journal of Medicine*, 343(7), 475-80. DOI: 10.1056/NEJM200008173430706
- Heise, L., Greene, M., Oppen, N., Stavropoulou, M., Harper, C., Nascimento, M. y Zewdie, D. (2019). Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *The Lancet*, 393(10189).
- Instituto Nacional de Estadísticas (2015). *Encuesta Nacional de Uso del Tiempo*. Santiago, Chile. Recuperado de: <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/genero/uso-del-tiempo>
- _____. (2017). *Sistema Red de Asistencia a Víctimas (SRAV) del Circuito Intersectorial de Femicidio (CIF) y Estimaciones y Proyecciones de Población base 2017*. Santiago, Chile. Recuperado de: <https://ine-chile.maps.arcgis.com/apps/opstdashboard/index.html#/628576c0001e4500b2097b51dea48eeb>
- _____. (2021). *Estadísticas de Esperanza de Vida al Nacer*. Chile. Recuperado de: <https://www.ine.cl/ine-ciudadano/definiciones-estadisticas/poblacion/esperanza-de-vida>
- Jordanova, L. J. (1993). *Sexual visions: Images of gender in science and medicine between the eighteenth and twentieth centuries*. Estados Unidos: University of Wisconsin Press.
- Keller, E. F. (2001). Reflexiones sobre género y ciencia (fragmento). *Asparkia. Investigación feminista*, (12), 149-153. Recuperado de: <http://www.e-revistas.uji.es/index.php/asparkia/article/view/891>

- Luengo, X., Millán, T., Zepeda, A. y Tijero, M. (2012). Adolescentes urbanos: conocimientos sobre la atención de salud sexual y reproductiva. *Revista Chilena Pediatría*, 83(6), 540-551.
- Macintyre, A., Montero, A. y Sagbakken, M. (2015). Sexuality? A million things come to mind: Reflections on gender and sexuality by Chilean adolescents. *Reproductive Health Matters*, 23(46), 85-95. DOI: 10.1016/j.rhm.2015.11.003
- Marcell, A. V., Gibbs, S. E., Howard, S. R., Pilgrim, N. A., Jennings, J. M., Sanders, R., et al. (2017). Do Nonclinical Community-Based Youth-Serving Professionals Talk With Young Men About Sexual and Reproductive Health and Intend to Refer Them for Care? *American Journal of Men's Health*, 11(4), 1046-1054. DOI: <https://dx.doi.org/10.1177%2F1557988317696640>
- Martin, E. (1991). The egg and the sperm: How science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 16(3), 485-501. Recuperado de: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/pdf/10.1086/494680>
- MenEngage (2015). *Hombres, Masculinidades y Cambios en el Poder: Un documento de debate sobre la participación de los hombres en la igualdad de género desde Beijing 1995 hasta el año 2015*. Recuperado de: <http://menengage.org/wp-content/uploads/2014/11/Beijing-20-Hombres-Masculinidades-y-Cambios-en-el-Poder-MenEngage-2014.pdf>.
- Ministerio de Desarrollo Social (2017). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2017*. Chile. Recuperado de: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2017>
- Ministerio de Salud (2017). *Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: Primeros Resultados*. Chile: Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública. Recuperado de: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
- Montero Vega, A. y Ramírez-Pereira, M. (2020). Noción y argumentos sobre la objeción de conciencia al aborto en Chile. *Revista de Bioética y Derecho*, (49), 59-75.
- Obach, A., Sadler, M., Aguayo, F. y Bernaldes, M. (2019). Salud sexual y reproductiva de hombres jóvenes en Chile: resultados de un estudio cualitativo. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e124.
- Olavarria, J. y Valdés, T. (1998). Ser Hombre en Santiago de Chile: a pesar de todo, un mismo modelo. En Valdés, T. y Olavarria, J. (Eds.), *Masculinidades y Equidad de Género en América Latina* (pp. 12-35). Santiago, Chile: FLACSO, UNFPA.
- Olavarria, J. (2001). *Y Todos Querían ser (Buenos) Padres. Varones de Santiago de Chile en Conflicto*. Santiago, Chile: FLACSO-Chile, Lom Ediciones.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- _____. (2019). *Masculinidades y salud en la Región de las Américas. Resumen*. Washington, D.C. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51667>
- Ortiz Gómez, M. T. (2006). *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*. Oviedo: Ediciones KKK.
- Pecheny, M., Figari, C. y Jones, D. (2008). *Todo sexo es político: Estudios sobre sexualidades en Argentina*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Preciado, P. (2003). Multitudes queer. *Multitudes*, (2), 17-25.

- _____. (2011). *Manifiesto Contrasexual*. Barcelona: Anagrama.
- Rebello, L. y Gomes, R. (2009). Iniciação sexual, masculinidade e saúde: narrativas de homens jovens universitários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 653-60.
- Rohlfs, I. (2010). El género como herramienta de trabajo en la investigación en epidemiología y salud pública. En Esteban, M. L., Díez Mintegui, C., Comelles, J. M. (Eds.), *Antropología, género, salud y atención* (pp. 33-48). Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Sadler, M., Obach, A., Luengo, X., Biggs, A. (2011). Estudio Barreras de Acceso a los Servicios de Salud para la Prevención del Embarazo Adolescente en Chile. Santiago, Chile: CulturaSalud / Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Ministerio de Salud.
- Sánchez, D. (1999). Androcentrismo en la ciencia. Una perspectiva desde el Análisis Crítico del Discurso. En Barral, M. J., Magallón, C., Miqueo, C. y Sánchez, M. D. (Eds.), *Interacciones ciencia y género. Discursos y prácticas científicas de mujeres* (pp. 161-184). Barcelona: Icaria, Colección Antrazyt.
- Scott, J. (1985). Gender: A Useful Category of Historical Analysis. *The American Historical Review*, 91(5), 1053-1075. DOI:10.2307/1864376
- Sindicato de Trabajadores de la Universidad Nacional Autónoma de México (2012). *Comisión especial de Equidad de Género. Glosario de Definiciones*. México. Recuperado de: <https://www.stunam.org.mx/41consejouni/14comisionequidadg/enero/160614/16%20Definiciones+Glosario+sub-dif+CEEG.29-10-2012.pdf>
- Sissa, G. (1991). Filosofías del género: Platón, Aristóteles y la diferencia sexual. En Duby, G. y Perrot, M. (Eds.), *Historia de las Mujeres en Occidente. Capítulo 1. La Antigüedad* (pp. 90-134). Madrid: Taurus.
- Solar, O & Irwin, A. (2006). Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. *Health Promotion Journal of Australia*, 17(3), 180-185.
- Stolcke, V. (2010). Antropología médica: ¿biología y/o cultura? En Esteban, M. L., Díez Mintegui, C., & Comelles, J. M. (Ed.), *Antropología, género, salud y atención* (pp. 9-22). Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Tasa-Vinyals, E., Giral, M. M. y Raich, R. M. (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (113), 14-25.
- Wylie, A. (1992). The Interplay of Evidential Constraints and Political Interests: Recent Archaeological Research on Gender. *American Antiquity*, 57(1), 15-35. DOI: <https://doi.org/10.2307/2694833>