

Artículo de Investigación

Percepciones del equipo de atención primaria sobre el enfoque de género aplicado en salud

Perceptions of the primary care team about the gender approach applied in health

Justine Thauby De la Torre¹ : Universidad de Valparaíso, Chile.

justine.thauby@postgrado.uv.cl

Nicole Mazzucchelli Olmedo: Universidad Viña del Mar, Chile.

nicole.mazzucchelli@uvm.cl

Astrid Arévalo Salinas: Universidad de Valparaíso, Chile.

astrid.arevalo@uv.cl

Fecha de Recepción: 29/05/2024

Fecha de Aceptación: 05/08/2024

Fecha de Publicación: 04/10/2024

Cómo citar el artículo:

Thauby De la Torre, J., Mazzucchelli Olmedo, N. y Arévalo Salinas, A. (2024). Percepciones del equipo de atención primaria sobre el enfoque de género aplicado en salud [Perceptions of the primary care team about the gender approach applied in health]. *European Public & Social Innovation Review*, 9, 01-20. <https://doi.org/10.31637/epsir-2024-879>

Resumen

Introducción: El enfoque de género aplicado en salud, consiste en reconocer las asimetrías sociales entre géneros como determinantes de los procesos de salud-enfermedad-atención. Este trabajo comparte resultados de una investigación realizada en Chile, sobre las percepciones que el equipo de atención primaria tiene respecto al enfoque de género.

Metodología: El estudio siguió un diseño cualitativo aplicando entrevistas a trabajadores de un centro de salud familiar. Luego se realizó un análisis de contenido. **Resultados:** Se distinguen creencias y valores diferenciados en torno al género, su aplicabilidad en salud, el rol institucional y el impacto en la salud de las mujeres. **Discusión:** Los participantes vinculan el enfoque de género con la aceptación y respeto hacia todas las personas. Sin embargo, este enfoque coexiste con una normalización respecto a la sobrecarga de las mujeres y su rol en los

¹ Autor Correspondiente: Justine Thauby De la Torre. Universidad de Valparaíso (Chile).

cuidados de salud, escasa formación del equipo en género y barreras institucionales para su implementación. **Conclusiones:** Los trabajadores de salud realizan un esfuerzo por autoformarse en género, pero su conocimiento es reducido afectando las prácticas clínicas y la implementación general de este enfoque en la atención primaria. Igualmente se obstaculiza la promoción de la equidad de género en el contexto de atención sanitaria.

Palabras clave: percepciones; enfoque de género; atención primaria de salud; equipo de salud; género; salud; sesgo, discriminación interseccional.

Abstract

Introduction: The gender approach applied in health, consists of recognizing the social asymmetries between genders as determinants of health-disease-care processes. This paper shares the results of a research conducted in Chile on the perceptions of the primary health care team regarding the gender approach. **Methodology:** The study followed a qualitative design applying interviews to workers of a family health center. Then, a content analysis was performed. **Results:** Differentiated beliefs and values regarding gender, its applicability in health, the institutional role and the impact on women's health are distinguished. **Discussion:** The participants link the gender approach with acceptance and respect for all people. However, this approach coexists with a normalization regarding the overburdening of women and their role in health care, scarce team training in gender and institutional barriers to its implementation. **Conclusions:** Health workers make an effort to self-train in gender, but their knowledge is reduced affecting clinical practices and the general implementation of this approach in primary care. Likewise, the promotion of gender equity in the health care context is hindered.

Keywords: perceptions; gender approach; primary health care; health team; gender; health; bias; Intersectional discrimination.

1. Introducción

El enfoque de género aplicado en salud asume que el género es un factor decisivo dentro de los determinantes sociales de la salud, impactando en los procesos de salud-enfermedad y atención entre personas (Vázquez y Garrido, 2016). Este enfoque considera la articulación e intersección de diferentes fuentes de inequidad como la edad, la raza y la clase social, las cuales aportarían a la comprensión de perfiles de morbimortalidad específicos, así como modelos de gestión de la salud y enfermedad diferencial (Weidenslaufer, 2017).

La Declaración de Beijing del año 1995 adoptada de forma unánime por 189 países, marcó un importante punto de inflexión para la agenda mundial de igualdad de género, definiendo un programa en favor del empoderamiento de la mujer, objetivos estratégicos y medidas para el progreso de las mujeres y el logro de la igualdad (Naciones Unidas, 1996). En este documento los países declararon que la salud de las mujeres debía incluir su bienestar, emocional, social y físico. Además, indicaron que la salud está determinada tanto por factores biológicos como por el contexto sociopolítico y económico en el que viven las mujeres (ONU Mujeres, 2024). Al respecto, a nivel global se identifica la desigualdad entre hombres y mujeres como el principal obstáculo para el logro de este objetivo. Igualmente, en la declaración de Beijing, se advierte que por lo general la calidad de la atención en salud que reciben las mujeres suele ser deficiente, pues ellas no son tratadas con respeto, no se generan prácticas de salud que garanticen la privacidad y la confidencialidad, no se les ofrece información completa y oportuna sobre las opciones y los servicios a su alcance, entre otros. Inclusive, en algunos países las mujeres con problemas de salud se ven enfrentadas a diagnósticos deficientes, intervenciones médicas innecesarias y/o medicación incorrecta (Martínez y Gallardo, 2018;

Naciones Unidas 1996). Sin embargo, habiendo pasado más de dos décadas de la declaración de Beijing, el último informe de progreso de los Objetivos de Desarrollo Sostenible del año 2023 evidencia que el cumplimiento en materia de igualdad de género a nivel mundial, está lejos de alcanzarse (Azcona *et al.*, 2023). De acuerdo a este informe, a nivel global las mujeres dedican más tiempo al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado que los hombres; sólo un 56% de las mujeres casadas o en pareja de entre 15 y 49 años de edad toman sus propias decisiones sobre su salud sexual y reproductiva; las mujeres de 25 a 34 años tienen más probabilidades que los hombres de vivir en la pobreza extrema; un 32,1% de mujeres entre los 15 y 24 años no estudian, no están empleadas ni reciben capacitación, cifra que en los hombres es inferior a la mitad; las mujeres en edad laboral participan del mercado de trabajo en menor proporción que los hombres, a la vez que ellas perciben menos ingresos que los mismos efectuando el mismo trabajo. Asimismo, este informe expone que los países que poseen sistemas para fiscalizar el avance en materia de igualdad de género y que promueven leyes que combatan la discriminación de género, a nivel mundial son escasos (Azcona *et al.*, 2023).

En el caso de Chile, la situación no dista de lo anterior. Específicamente a nivel sanitario, persiste la violencia de género en la atención de salud. Algunos ejemplos de esta situación, es la existencia de programas dirigidos a la mujer patologizantes y enfocados principalmente en la reproducción, descuidando otras etapas del ciclo vital (MINSAL, 2024). También en el año 2022, el porcentaje de cesáreas practicadas por sobre el parto vaginal fue de un 44,12% (Araos, 2023), muy por encima de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud quien llama a no superar el 15% (Organización Mundial de la Salud, 2015). Por otro lado, se observa que existe una menor probabilidad de obtener un diagnóstico de salud acertado en el caso de las mujeres, ya que en los equipos de salud persiste el efecto Yentl entendido dentro de este que, los estereotipos de género son creencias sobre las características, capacidades o comportamientos que tiene un grupo social y sus miembros y pueden ser usados para interpretar una situación en particular, sin la necesidad de dedicar demasiado esfuerzo cognitivo en ello. A modo de ejemplo, el infarto agudo al miocardio está definido como un diagnóstico masculino. La única manera en que una mujer pueda ser diagnosticada es que su comportamiento y sintomatología se empareje lo más posible a lo esperado por el perfil masculino, usando el sexo de la persona como un indicador de riesgo, reduciendo la probabilidad que las mujeres obtengan un diagnóstico acertado (Martínez y Gallardo, 2018).

Junto a identificar que la legislación vigente encargada de garantizar la salud con enfoque de género presenta diversos obstáculos en su implementación. Respecto a lo anterior, por ejemplo, el caso de la Ley de Interrupción voluntaria del embarazo 21.030, en la cual una alta proporción de obstetras/ginecólogos (45,8% en el año 2023) se declaran “objeto/a de conciencia” frente a casos de violación en hospitales públicos, impidiendo así la correcta ejecución de la ley y que las mujeres puedan acceder a practicarse un aborto legal (Corporación Humanas, 2023).

Para abordar la desigualdad de género en Chile, se crea en el año 2015, el Ministerio de la Mujer y Equidad de Género. Este organismo tiene el deber de colaborar en el diseño, coordinación y evaluación de las políticas, planes y programas para la promoción de la equidad de género, la igualdad de derechos y la eliminación de toda forma de discriminación arbitraria en contra de las mujeres (Ministerio de Desarrollo Social, 2015). Ahora bien, al focalizar las acciones públicas en el ámbito de la salud de la población, vemos que la equidad de género reconocería que mujeres y hombres tienen diferentes necesidades y oportunidades, que afectan tanto su estado de salud, su acceso a los servicios sanitarios como sus contribuciones a la fuerza de trabajo sanitaria (Weidenslaufer, 2017).

Al respecto, es la Atención Primaria de Salud en Chile (APS) a través de los Centros de Salud Familiar (CESFAM), la encargada de brindar el primer contacto de las personas, familias y comunidades con el sector público de salud, teniendo entre sus principales objetivos la promoción de la salud y prevención de las enfermedades (Cardemil, 2022). El trabajo efectuado en la APS se orienta bajo el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, que considera para su implementación, al enfoque de género como un pilar central (Dois *et al.*, 2013). Asimismo, este modelo identifica las dificultades existentes en la atención en salud que obstaculizan la transversalización de la aplicación del enfoque de género en salud. Al respecto: los registros, indicadores de resultado e impacto no diferenciados por sexo, normas y orientaciones de programas y acciones sin mirada de género y prácticas laborales con discriminación en la atención de salud, relevan las brechas existentes en el abordaje en salud desde esta perspectiva (Dois *et al.*, 2013; Vázquez y Garrido, 2016).

Puntualmente, las concepciones de género que albergan los equipos de salud, puede ser un obstáculo para la adecuada incorporación del enfoque de género aplicado en salud. La literatura ha reportado que existen estudios en torno percepciones y representaciones de la violencia de género por parte de los trabajadores de salud. Dentro de algunos de sus hallazgos, se reporta que se observan prejuicios de clase y género por parte de profesionales, donde se replica una relación de poder médico-paciente en desmedro de las mujeres (Ferrante *et al.*, 2009). Otro estudio aborda los procesos de construcción de la masculinidad y la femineidad en la identidad de género, exponiendo que, entre los trabajadores, se convive con visiones conservadoras que reafirman estereotipos y refuerzan roles socialmente establecidos: concepción del hombre-proveedor, racional, versus mujer-reproductora, emocional, frágil, que debe obedecer (Franzoi *et al.*, 2011). En esta línea, también se destacan como las representaciones de la violencia por parte de los trabajadores, la ubican como una problemática del contexto privado-personal, y de responsabilidad de las mujeres, no siendo una situación que debiera abordarse a nivel sanitario (Jacinto, 2018). Otros estudios, reportan interesantes estrategias elaboradas por los equipos de salud, para abordar conjuntamente situaciones de violencia contra las mujeres, excediendo en muchas ocasiones las funciones que desempeñan como trabajadores de la salud de forma cotidiana (Arboit *et al.*, 2020; Hesler *et al.*, 2013). En esta línea, se aprecia que los profesionales de la salud identifican problemáticas específicas que afectan a las mujeres, como la violencia de género, pero no comprenden las múltiples facetas que envuelven el fenómeno, lo que repercute en que en muchas ocasiones se continúe considerando como un problema privado (Nunes y Pererira, 2022).

A pesar de esta evidencia, son escasos los estudios que aborden específicamente las concepciones sobre el enfoque de género aplicado en salud y su impacto para los procesos de atención. El enfoque de género en salud debe entenderse como una estrategia de cuidados que nos permite comprender, analizar y superar brechas e inequidades que albergan los sistemas sanitarios y los procesos de atención en salud. De esta manera, este estudio pretende ser un aporte en esta línea, describiendo las percepciones respecto al enfoque de género aplicado en salud de un equipo de salud de APS, en un Centro de Salud Familiar ubicado en Chile.

1.1. Enfoque de género e interseccionalidad aplicada en salud

El enfoque de género aplicado en salud es entendido como una perspectiva de análisis de las relaciones sociales entre hombres y mujeres, revelando la existencia de desigualdades. Reconoce una asimetría jerárquica entre los géneros que articulándose con otras diferencias también se transforma en fuentes de inequidad. Esta perspectiva permite establecer y comprender perfiles de morbilidad específicos, así como modelos de gestión de la enfermedad diferencial (Weidenslaufer, 2017). La articulación entre género, edad, raza, clase social, nivel educacional u otras categorías de producción de inequidad, se entiende bajo el

término de “interseccionalidad”, el cual puede ser utilizado como una herramienta analítica para la comprensión de los fenómenos sociales (Bilge y Collins, 2016). Los hechos y condiciones de la vida social y política difícilmente pueden comprenderse a partir de un único elemento, en general, son influenciados por varios elementos que actúan conjuntamente, y la comprensión del término permite verlo de modo más evidente (Cavalcante- Carvalho, 2018).

Crenshaw (2002) esclarece que la noción de interseccionalidad busca reflejar las consecuencias de la interacción entre dos o más formas de discriminación, lo que sobrepasa una simple yuxtaposición de una multitud de discriminaciones. Es decir, las barreras sociales y discriminatorias impuestas no son el resultado de una suma entre las discriminaciones enfrentadas, sino, que se profundizan, generando una discriminación aún más intensa y específica (González, 2011). Por tanto, para esta perspectiva, están siempre en juego múltiples factores en la vida de las personas y sus experiencias en salud (Hankivsky, 2012). Algunos autores han referido que, el beneficio más importante de un enfoque interseccional es la habilidad de develar formas y manifestaciones de discriminación anteriormente no identificadas (Makkonen, 2002).

1.2. Enfoque de género en salud desde una mirada latinoamericana

Es el contexto específico de América Latina, resulta útil la propuesta de María Lugones (2008), pues añade aspectos diferenciadores para comprender la aplicabilidad del enfoque de género en el contexto regional. La autora propone problematizar el dimorfismo biológico y la construcción dicotómica de género, e indica que pese a la existencia del sistema de género capitalista moderno/colonial como una organización de poder opresiva, variable y sistémica, ésta no es universal; pues en diferentes contextos culturales, las comunidades organizan sus relaciones en términos y sobre la base del género. A su vez, señala que ha habido una reducción del término género a la dimensión privada, al control sobre el sexo, sus recursos y productos, la que ha sido una producción de la modernidad, desatendiendo las diferencias de los pueblos colonizados.

Para la autora, el género puede ser entendido como una herramienta de dominación que designa dos categorías sociales que se oponen en forma binaria y jerárquica (hombres > mujeres), siendo las mujeres, definidas en relación a los hombres, quienes representan a la norma y quienes ostentan el poder (Lugones, 2008). Por otro lado, en siglos previos a la colonización, en las sociedades tribales los individuos intersexuales eran reconocidos sin ser asimilados a la clasificación sexual binaria (Lugones, 2008). Lugones (2008) también explica que, para las mujeres, la colonización fue un proceso dual de inferiorización racial y subordinación de género. Por tanto, las mujeres están constituidas como tal, a través de una complicada interacción entre clase, cultura, religión y otras instituciones y marcos de referencia, y las políticas de desarrollo a nivel global, no afectan de igual forma a mujeres occidentales y mujeres de otras regiones (Lugones, 2008).

2. Metodología

La investigación presentada siguió un diseño cualitativo de tipo exploratorio (Flick, 2012; Denzin y Lincoln, 2011). El estudio fue realizado en un CESFAM ubicado en la comuna de Olmué, perteneciente a la región de Valparaíso-Chile. La selección de dicho centro radica en que esta comuna presenta ciertas características al año 2023 en comparación con el promedio país, las que influyen en la equidad de género en salud, por ejemplo:

- i) El porcentaje de ruralidad es mayor (29,7% y 11,3% respectivamente), lo cual conlleva a una discriminación interseccional;
- ii) existe un porcentaje mayor de presencia de mujeres en la comuna;
- iii) el índice de Dependencia Demográfica es superior (56,7 versus 47,1 del nacional), esto es relevante considerando que las mujeres son las que destinan más horas al trabajo de cuidados no remunerado, y
- iv) el porcentaje de personas en hogares carentes de servicios básicos es superior, traduciéndose en otra fuente de inequidad interseccional (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile [BCN], 2023).

La dotación de personal que realiza atenciones clínicas en este centro es de 43 personas, de ellas el 77% son profesionales y 23% técnicos, y el 68% se identifican con el género femenino y el 32% con el masculino. Asimismo, esta investigación contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de Afiliación de la primera autora.

2.1. Ejecución del diseño

En este proyecto se aplicó un muestreo teórico paradigmático, el que se realizó según un esquema conceptual teórico que acompaña el cuerpo del estudio y que define las tipologías o perfiles de las unidades de muestreo, permitiendo la generalización lógica y la máxima aplicación de la información a otros casos (Berenguera *et al.*, 2014; Delgado *et al.*, 2017; Flick, 2012).

Los criterios de inclusión fueron: a) trabajar en el CESFAM Manuel Lucero de Olmué, y b) realizar atenciones clínicas a personas usuarias del mismo centro de salud. El criterio de exclusión fue que el o la participante estuviese con reposo laboral o con permiso legal. El número de participantes fue definido hasta alcanzar el nivel de saturación de la información. En la siguiente tabla se describe el perfil sociodemográfico de los participantes:

Tabla 1.

Perfil sociodemográfico de participantes

Participante	Edad	Género	Formación
1	38	Masculino	Odontología
2	44	Femenino	Trabajo social
3	64	Femenino	Odontología
4	42	Femenino	Psicología
5	37	Masculino	Técnico de nivel superior en enfermería
6	27	Femenino	Medicina

Fuente: Elaboración propia (2024).

La recolección de información se hizo por medio de entrevistas semiestructuradas conducidas a través de un guión temático. Éstas fueron individuales, ya que se pretendió recoger la visión subjetiva/personal de los y las participantes (Monistrol *et al.*, 2016). Estas entrevistas fueron transcritas íntegramente y registradas en formato de texto para continuar con el análisis de contenido cualitativo propuesto por Cáceres (2003), trabajando en base a categorías preestablecidas, definidas por las dimensiones abordadas en los objetivos del estudio, y categorías emergentes, las cuales surgieron del trabajo analítico una vez revisado el corpus de las entrevistas. Finalmente, se realizaron las relaciones entre categorías y dimensiones, con el

respaldo del marco de referencia que sostiene este estudio y que permitió fundamentar los resultados y hallazgos que se obtuvieron en esta investigación.

3. Resultados

En este acápite, se comparten los principales resultados obtenidos de las entrevistas aplicadas al equipo de APS del CESFAM Manuel Lucero. Los mismos son presentados a través de tres ejes temáticos que dan cuenta de las percepciones que el equipo de salud le otorga al enfoque de género aplicado en salud. Estas percepciones hablan del marco interpretativo con el cual los participantes conceptualizan, definen y comprenden el género y el enfoque de género. Dan cuenta de un conocimiento subjetivo elaborado en la vida cotidiana, desde el cual los y las participantes pueden esgrimir argumentos, justificar y orientar la acción (Cuadra y Castro, 2021). A continuación, exponemos los resultados por cada uno de los ejes señalados.

3.1. Creencias, valores y expectativas en torno al género y el enfoque de género aplicado en salud

Al definir cómo entienden el género, los y las participantes establecen una relación con lo femenino y masculino y lo consideran un concepto que promueve una mirada mayormente inclusiva con las personas, independiente de la identidad sexo genérica de las mismas. Como señala A1: (...) *la atención relacionada a lo que cada uno entiende como femenino y masculino, como respetando esa parte, como sin prejuicio, sin valoraciones personales (...) escuchar sin juzgar el rol que cada uno puede traer desde lo femenino o masculino*. En esta línea, en las entrevistas también se refiere que la identidad sexual sería una elección personal, como expresa B2 al referirse a su hija: *En cambio, si la aborto y trabajo con ella y yo la acepto como padre, que sería el primero a lo mejor en decir si usted quiere ser hombre, seamos hombres* (B2).

Por otro lado, los y las participantes reconocen la importancia de la comprensión y aceptación del género a nivel social, entendiendo este término más allá de la asignación biológica que las personas tienen al nacer. Al respecto señalan que la sociedad tiene una responsabilidad en la salud mental y calidad de vida de las personas de la diversidad sexo genérica. *la forma en que le puede afectar va a ser de cómo la sociedad va a abordar el tema (...) si le llegase a afectar a una persona, va a ser de cómo nosotros como sociedad estamos trabajando con ellos*(B2). Igualmente, las creencias en torno al género señalan que este término alude a una construcción desde la cual las personas expresan y definen su identidad frente a los otros, debiendo asumir como equipo de salud la responsabilidad de: *escuchar sin juzgar el rol que cada uno puede traer desde lo femenino o masculino* (A1).

Asimismo, se comprende el género como un constructo social, y mencionan que existen diferencias genéticas, pero también de estilos de vida que pueden determinar la salud: *Yo creo que es un constructo social (...) desde el punto de vista incluso quizás muy científico, genético, una predisposición, pero también desde el punto de vista de cómo vivimos nuestra vida, las mujeres y los varones, definitivamente determinan a qué patologías nos podemos ver más expuesto* (E5). Mientras otros consideraron que el género no determina ni influye en la salud ni en el bienestar de las personas. *Por género, no mucho. No, en realidad no, pero en condiciones sociales sí* (B2).

También, los entrevistados mencionan que ha habido un cambio histórico en la concepción de género en la atención de salud, en la cual se ha ampliado la mirada más allá del género binario. Además, reconocen que este cambio ha aportado a que disminuya la discriminación: (...) *los tiempos han cambiado (...) enfoque de género es como un poco más (...) ¿Diversificado? (...) como que ya no es tan (...) marcado hombre-mujer, sino que hay muchas más alternativas (...) no hay tanto...*

discriminación y énfasis en el género, como que incluso ya... No te importa tanto, no importa lo que eres, te atiendes igual, no diferente (F6).

Respecto al enfoque de género, lo relacionan directamente con el término género, señalando que éste implica el respeto a la decisión de las personas sobre su identidad: *entiendo que cada persona tiene el derecho de sentirse y quererse como estime conveniente (B2)*. Pero también le otorgan una connotación más amplia que guía su accionar como trabajadores de la salud y que permitiría entender según el género de la persona, cierta manifestación y curso de las enfermedades. Al respecto, C3 señala que: *el enfoque de género obviamente como nosotros trabajamos en salud, yo lo asociaba a determinantes sociales, como a lo macro (...) quizás lo asociaba como una determinante social más, de cómo tiene injerencia en la salud y cómo se diferencia el curso que puede tener una misma enfermedad en hombres y mujeres (...) como nos hemos ido en el fondo construyendo el ser hombre o ser mujer, y cómo eso nos puede afectar (...) variar el curso de la enfermedad, la manifestación de una enfermedad, la concepción de la enfermedad, eso.*

Entre las expectativas del enfoque de género y su implementación, se menciona la relación la debida adecuación de lenguaje según la identidad de género de cada persona, como menciona D4: *cuando uno le pregunta al paciente por su género... Uno se queda con esa información y se adapta según lo que dice, de repente me ha tocado tratar con pacientes que son trans, entonces uno se adecua, se identifica como mujer, como hombre y adecuar el lenguaje según lo que dice el paciente (...) Sin ofenderlos. Mientras que, algunos perciben en el equipo de salud que: (...) se nos escapan ciertas aristas del problema (A1), en relación a las problemáticas de género.*

Asimismo, se observa que este enfoque aún no está integrado a la atención de salud como práctica habitual: *El enfoque biomédico. Yo creo que ese lo tienen más que implantado. Y todos. Creo (...) que los servicios de salud (...) no lo ven como propio, como que lo ven que es para las áreas sociales, para los psicólogos o para las trabajadoras sociales (...) Creo que no lo ven como que a ellos les corresponda (...) sí creo que cuando ven señales de alerta si son capaces de aplicarlo. Pero (...) no como que siempre lo hagan como una práctica habitual (...) no está el interés que debíamos tener (A1)*. En esta línea, el desarrollo del enfoque de género en salud y su incorporación en los procesos de atención, aún estaría al debe: *me di cuenta que lo que yo estaba hablando siempre y lo que leí y en lo que me forme en diplomado en los cuales estuve tenían que ver con diferencias por el sexo, biológicas (...) con los cánceres más prevalente en las mujeres, pero no con los roles asignados (...) y ahí es donde uno se golpea contra el suelo, y te das cuenta que estás a años luz, incluyéndome, que yo soy parte de esto (...) (C3)*. Además, los entrevistados señalan la necesidad de ampliar herramientas en torno al género, para así poder orientar mejor sus prácticas clínicas: *Muy poco sé al respecto, nada de hecho, por eso que me interesaba tomar como ese curso, porque era para entender un poco cuál es la importancia (...) (D4)*.

A su vez, existen expectativas contrapuestas respecto al enfoque de género relacionado a la diversidad sexo genérica. Algunos participantes atribuyen la atención de personas transgénero vinculada al enfoque de género, mientras otros la consideran una atención que no estaría relacionada. Estos últimos señalan que el enfoque de género solamente estaría vinculado a la atención de mujeres, pero de igual manera, identifican que persiste la discriminación hacia las personas transgénero en los procesos de atención en salud. *nos está pasando en otro tema (...) tiene que ver con los chiques trans (...) eso uno lo ve tanto en los espacios (...) no formales de atención (...) reuniones clínicas, juntas (...) en discusiones ya más de casos (...) de abordaje de casos (...) tú ves que hay sesgos (...) insisto, en las etiquetas (...) (C3)*.

Por otra parte, los participantes refieren como los roles tradicionales de género influyen en la asignación que se otorga a las mujeres, respecto al cuidado de la salud: *Porque en salud nosotras tenemos eso adscrito a nuestro rol, que es hacernos cargo de la salud (...) se asume que es la mujer quien*

tiene que traernos a los hijos, a los padres al médico (...) (C3). Lo mismo sucede en la asignación respecto la responsabilidad de la salud sexual y reproductiva, recayendo exclusivamente en la mujer como menciona F6: *la mujer es la que se embaraza, la mujer es la que tiene los hijos (...)* no hay una responsabilidad de los dos géneros y C3: *Se nos carga en el fondo a nosotras esa responsabilidad de llevar una vida sexual responsable.* Al respecto, los y las entrevistadas señalan que esto podría deberse a una diferencia genética, que representa a la mujer con cualidades como responsable, organizada y capaz de realizar múltiples tareas. En esta línea, D4 indica: *siempre se dice que las mujeres son más organizadas, pueden hacer muchas cosas a la vez, entonces los hombres, nosotros, somos más disparejos (...)* Yo siento que influye mucho la genética, las mujeres de por sí son mucho más (...)
clever (...) pueden hacer muchas más cosas a la vez (...). Entonces, a lo mejor por eso se le recalca más a la mujer. Y también va un tema cultural, lamentablemente. Chile es un país machista todavía (...) a la mujer es la que más (...) Se les trata como de inculcar el tema de cuidarse. Y el hombre es como... Arréglate como puedas nomás.

Asimismo, en las creencias de los y las participantes sobre la mayor vinculación de las mujeres con el sistema de salud, podría deberse a una cuestión histórica-cultural: *la mujer como que antiguamente estaba puesto en la sociedad seguramente (...)* que la mujer estaba encargada de eso (...) yo creo que anteriormente (...) la mujer era la doctora de la casa (...) la mujer era la encargada de aliviar el dolor de guata, de aliviar las fiebres (...) y por historia vamos a ver que la mujer siempre ha tenido mejor apego al servicio de salud (...) pues se embarazaban, tenían que venir acá (...) (B2). A lo anterior se le agrega que existirían más prestaciones y programas de salud, dirigidos a las mujeres, como señala D4: *el sistema les da más beneficios a las mujeres que a los hombres (...)* tenemos el programa Más Sonrisa, que da una cobertura a las mujeres en un amplio rango de edad, de los 20 hasta los 60, o más incluso. En cambio, de los hombres (...) son 20 cupos, es muy poquito. Se puede ver como cierta segregación en ese sentido.

Contrariamente, los entrevistados refieren que, en el caso del hombre, él: *acude menos al servicio de salud (...)* acude cuando de verdad no aguantó más (...) no es que prevenga un evento de salud, no todos los hombres obviamente, pero sí la mayoría (...) realmente acuden cuando ya la cosa está incontrolable (A1). En ese sentido, B2 agrega: *Los viejitos no cachan qué medicamentos toman (...)* muchos no tienen ni idea de lo que toman (...) tienen 50 años y me dicen -no, primera vez que vengo-. Y cuando vienen los cachamos que son hipertensos, que son diabéticos, que tienen dislipidemia (...). También, refieren que los hombres tienen menor cercanía con la salud mental, debido a los valores con los que suele asociarse a los hombres: *el hombre es mucho más restringido aún, a pesar de que las generaciones han ido como modificando (...)* no tiene tanto permitido esto de hablar de las cosas (...) tiene que ser siempre proveedor, siempre fuerte, en general no llora(...) muchas veces yo tengo (...) bloques citados de salud mental, de los 8 o 9 que tengo (...) no hay varones (...) (E5).

Pese a estas creencias, los y las participantes declaran que la responsabilidad y la educación en salud sexual y reproductiva debiese ser integral y transversal a los géneros: *todavía es un tema tan tabú que se habla desde el punto de vista muy biológico (...)* Esta atención de sexualidad va enfocada a evitar embarazo, cuando en realidad también tenemos que ir viendo qué es la sexualidad, cómo lo vives, qué es lo que quizás vas explorando dentro de tu sexualidad, qué es lo que a ti te hace más pleno (...) (E5). Sin embargo, los participantes reportan miedo y prejuicios al abordar en las atenciones de salud, la salud sexual: *uno tiene como ese miedo de preguntar esa esfera (...)* Que no se aborda mucho (...) Yo creo que es como el miedo al prejuicio o el miedo a que el paciente se sienta impactado por lo que le estoy preguntando. Incluso a lo mejor también esta cosa de mejor no pregunto para no (...) meterme en ese tema. (E5). De esta manera, los y las participantes dan cuenta de una normalización de estos roles por parte del equipo de salud: *Es que lo normalizamos... Porque es más práctico y cómodo, porque no tenemos tiempo, porque hay desinformación, quizás no sabemos cómo y cuánto preguntar (...)* (C3).

En relación a la brecha de género en salud, los y las entrevistadas reportaron enfermedades y síntomas asociados al género de las personas. A1 señala: *podría pensar que es algo del estómago, porque a veces, las mujeres tendemos a acumular muchos gases y ahí duele acá (...) Ahora si fuese más joven a lo mejor podría pasarme la película con que es algo por estrés (...) en cambio desde mi prejuicio como femenino, sí pensaría que lo del hombre es sólo físico (...)*. Además, dan cuenta de que el equipo de salud tendería a usar etiquetas peyorativas hacia las mujeres, es decir: *se le pone el tilde de poli consultante, mucho más a las mujeres que a los hombres (...) se nos considera más hipocondríacas o más poli consultantes (...) existe el prejuicio muy relacionado con que muchas veces el hecho de ser mujer, nos dicen que son los nervios (...) a los hombres no se les anda tildando de que ellos tienen muchos nervios, que son muy nerviosos (A1)*. Debido a lo anterior, existiría un sesgo de género a la hora de diagnosticar y discutir casos clínicos en el equipo, como indica C3: *desde el punto de vista de todo, desde los diagnósticos que se usan, te puedo dar muchos ejemplos (...) en cómo se discuten los casos, en cómo se le asignan etiquetas diagnósticas (...) mucho más fácilmente a mujeres que a hombres (...) trastornos de ansiedad (...) somatizaciones (...) hechos conversivos (...) en un hombre puede ser un infarto (...)*.

Por otra parte, los y las participantes identifican que, pese a que los trabajadores de la salud son mayormente personas identificadas con el género femenino, existen estereotipos masculinos sobre el equipo de salud. Al respecto, C3 dice: *todo es muy masculino (...) hasta ahora si tú te fijas en los pictogramas (...) yo salgo de mi oficina: -psicólogo- (...) cuando la estadística te dice todo lo contrario (...) cuando tú tienes claro, que (...) la fuerza laboral es femenina*. Además, mencionan que la credibilidad del o la profesional es mayor si es hombre o si su expresión de género se adapta a la heteronormatividad: *El profesional es hombre o mujer, pero como intermedio... no, no existe. ¿Cómo influye en la salud? Influye en la forma en que yo asuma lo que me dicen, o sea, en lo que yo te pueda hacer caso en lo que tú me indiques (...) si es una persona que no es hombre o mujer, que es a lo que tú estás acostumbrado, como que no te voy a hacer mucho caso (...) voy a consultar a otro (F6)*.

3.2. Política nacional de salud, rol institucional y enfoque de género

Hablaremos de institucionalidad para referirnos a la administración pública y dirección de salud a nivel local, la que se guía por las directrices de las políticas públicas de salud. Al respecto, los y las entrevistados indican que la *institucionalidad* no reconoce ciertas problemáticas de género: *hay ciertas cosas que se nos escapan como centro de salud (A1)*. En esta línea, observan que pese a que ciertas atenciones con orientación de género se estipulan a nivel de política pública, éstas serían implementadas dependiendo de la administración a cargo: *porque antes de esta administración actual (...) eso es una inequidad en el fondo (...) dependemos de la administración municipal, a tal punto que cuando se instaló la política pública de la píldora del día después, con las dificultades que tuvimos, la primera primicia de acá fue no darla, no administrarla, se nos cuestionó, hasta que legalmente (...) se bajó con toda la normativa, lo mismo nos ocurrió con la entrega de preservativos (...) hacíamos actividades promocionales y preventivas en sexualidad y fertilidad (...) se nos prohibió llevar preservativos a las escuelas, en esa época la matrona mostraba las diferentes formas de utilizarlos (...) y se nos prohibió, de verdad se nos prohibió (...)* (C3).

Además, señalan que existirían dificultades institucionales para acceder de manera oportuna y expedita a atenciones de salud sexual, que garanticen la protección de este derecho: *Es ridículo que haya que buscar una receta y tengas que ir a 4 puertas y hablar con 4 adultos para poder acceder a los preservativos, que a todo esto, es un método masculino, pero claro, imagínate las pastillas o los métodos (...)* (C3). Igualmente, los y las entrevistadas identifican que existe una brecha en la educación sexual y reproductiva, la cual se dirige principalmente hacia las mujeres: *casi siempre cuando se hacen estas charlas como que también uno se da cuenta que se enfocan más como hacia la mujer (D4)*.

En relación a la salud mental, los y las participantes señalan que existen barreras institucionales para brindar atenciones pertinentes y coherentes con las necesidades de las usuarias víctimas de violencia de género, como menciona C3: *había médico y médico en sector (...) yo pedía médica mujer para hacer mis ingresos (...) y no, porque es del otro sector (...) es muy distinto hacer un ingreso de salud mental de una mujer para una mujer (...) te cuestionan todo el rato, y no te autorizan algo que es tan básico (...) le preguntan al usuario ¿prefiere atenderse...? y en el 99,5% de los casos, en general donde hay alto índice de historia previa de vulneraciones en infancia, adolescencia, reciente hacia la mujer misma, te dicen "si, por favor(C3).*

Por otro lado, los y las participantes reportan que la institucionalidad no toma en cuenta las brechas de género que afectan a las mujeres (trabajo de cuidados no remunerado por ejemplo) no siendo consideradas en el acceso a las prestaciones de salud que requieren: *(...) una mamá que se atiende en la posta (...) que (...) la citara acá abajo, a la 1 o en realidad en cualquier horario después de la micro de las 11 significaba que no podía venir, porque su hijo o hija están en la escuela y ella no tenía como devolverse a buscar. Para qué hablar de una mamá que trabaje, entonces en ese sentido claro, en el acceso (...) desde la lógica de la determinante social (...) desde el punto de vista de los roles, también del ser mamá, que tengamos que atender, por ejemplo, a los horarios en los cuales citamos mujeres y considerando el rol que esa mujer tiene (...) (C3).*

Por otra parte, en este eje los y las participantes también se refieren al rol institucional para dar cuenta de la función de los establecimientos educacionales y la formación profesional respecto al género. En este contexto, señalan tener muy poco conocimiento acerca del enfoque de género aplicado en salud: *Muy poco sé al respecto, nada de hecho (D4), dando cuenta de no haber recibido formación desde esta perspectiva cuando cursaron los estudios técnicos y/o universitarios. Algunos participantes mencionan que han asistido a capacitaciones en las que se ha abordado, dentro de sus contenidos la violencia de género y la inclusión de la diversidad sexogenérica. Sin embargo, los mismos reportan que la mayoría de estas capacitaciones abordarían la temática desde las diferencias biológicas: tienen que ver con el sexo, con lo biológico, con los cánceres más prevalente en las mujeres, pero no con los roles asignados, dentro de lo que estamos hablando de salud (C3).*

Esta escasa formación en enfoque de género aplicado en salud es reportada como una de las causas del sesgo de género que se expresa tanto en el registro de fichas clínicas, en los procesos de atención y de diagnóstico, en la confusión de conceptos por parte de los trabajadores de salud, así como en la incomodidad y dificultad para abordar temas de género. C3 refiere que: *ahí es como más explícito aún el tema de etiquetas, de desconocimiento muchas veces (...) se asocia la expresión de género con la orientación sexual todavía (...) en donde ves incomodidad, o reconoces dificultades para abordar este tema (...). En esta línea, se percibe que el equipo de salud no se siente capacitado para abordar temáticas en torno al género y la sexualidad, evitándose en la atención: Es que lo normalizamos... Porque es más práctico y cómodo, porque no tenemos tiempo, porque hay desinformación, quizás no sabemos cómo y cuánto preguntar (...) "ah, porque abre una caja de pandora (C3).*

A su vez, los y las entrevistadas también mencionan que aún existe una formación machista que perpetúa estereotipos de género, en el currículum escolar obligatorio *(...) es una formación arraigada en la sociedad (...) esto tendría que ser abordado antes, en los colegios (...) tienen una concepción machista (...) les enseña a las niñas a ser niñas y a los hombres ser hombres (...) la misma sociedad también te va enseñando (...) hace una marcada distinción entre hombre y mujer y como mujer te entrega todas estas obligaciones y a los hombres otras obligaciones que le pertenecen al hombre (F6). En este sentido, consideran que las Universidades debieran enseñar sobre derechos, y promover que no exista discriminación en la atención de salud: la universidad debería (...) ingresar en tu cerebro y en todos tus conceptos de que uno es para atender a cualquiera (F6). Además, los participantes reportan que es necesario que en las carreras de la salud se enseñe sobre*

humanización del trato y respeto por la otra persona: *no digo que sea todo porque no tienen cátedra o contenido de salud mental (...) salud mental engloba todo de lo que tiene que ver con la humanización del trato, con el respeto por el otro (...) (C3).*

3.3. Brechas de género e impacto en la salud de las mujeres

En Chile, los cuidados de personas dependientes, en su mayoría, son ejercidos por alguna mujer de la familia, como indica E5: *casi la totalidad (...) de las personas que ejercen cuidados de personas dependientes, en cualquier área, en general son mujeres (...) hijas, esposas, tías, sobrinas, incluso las nueras.* A lo anterior, agregan que el sólo hecho de ser mujer impacta en la salud por la sobrecarga que significa cumplir con los mandatos de género: *La señora tiene una sobrecarga. Porque ella se la está buscando, porque su vida fue así toda la vida, y vamos a ver cómo este caballero afectaba más a su sobrecarga, por los problemas habituales que tienen las parejas (...) Viven preocupadas (...) de cocinarle, de hacer el aseo (...) lavarle al viejo, darle los medicamentos (...) y este gallo trabajó toda su vida a lo mejor (...) pero como no está acostumbrado a estar en la casa no hace nada de eso y esta señora trabajó toda su vida también, porque tuvo que trabajar para ayudarlo a él y no se jubiló, porque siguió siendo dueña de casa, siguió siendo mamá, siguió siendo abuela, siguió siendo esposa y pareciera esposa y mamá de este viejito (B2).*

Asimismo, los y las entrevistadas declaran que estos roles tenderían a ser rígidos: *como un juicio de género (...) esta percepción de que es la mujer la que cuida (...) tiene como el deber, y (...) herramientas para cuidar (...) como (...) oye, pero es que esto es tuyo, ésta es tu pega (...) Siento que todavía está muy instaurado (...) (E5), y que impactarían en la salud de las mujeres, como indica A1: *negativamente en su salud física (...) esa mujer (...) se posterga mucho (...) su salud se ve como perjudicada (...) tanto su salud mental como su salud física (...) igual es una mujer sola, en el cual uno va a abarcar otras temáticas también, y que, se verán reflejado en inexplicables síntomas como expresa B2: *está sobrecargada por todos lados y las afecciones van a venir (...) cuántas señoras que tienen esos dolores de cuerpo que a veces uno no se lo explica y que sertralina le damos (...).***

En esta línea, reportan cómo el síndrome de sobrecarga de la cuidadora y algunos trastornos depresivos están asociados a las mujeres a este rol: *(...) van a estar mucho más expuestas en este caso a patologías de salud mental, sobrecarga del cuidador, trastornos depresivos (E5).* En este contexto, pese a la sobrecarga de la mujer, los participantes mencionan que el hombre abusa de esta situación, y que a nivel social persiste la sobrecarga de trabajo para las mujeres, como indica B2: *ellos llegan el fin de semana y van a jugar a la pelota y el día sábado se juntan con los amigos y toman sus chelas, juegan play hasta la 1 de la mañana (...) Porque a lo mejor el viejo de antes era más bruto, llegaba y le decía: -ya, sirve el té-, pero éste llega nomás se sienta a prender la tele, no le dice nada, espera (...) finalmente se sigue abusando, se sigue pensando que la mujer está hecha para eso, pero la sociedad está también obligando que la mujer ahora, aparte de la crianza, del colegio, trabajan cinco, seis, ocho horas, dependiendo, y (...) llegan a alistar la mesa, a servir la once. Mientras sirven la once, dejan cocinando las papas. Y a veces he visto, he llegado a casa donde la señora está con una guagua chupando teta y apagando la cocina, por darle un ejemplo. Entonces, si me pide que haga una conclusión, todo lo que dije está como las güifas y se sigue repitiendo lo mismo, con el alcance que nos permite esta generación, como televisión, como drogas distintas, fútbol, es lo mismo, lo veo (...) y lo visualizo con un amigo, a lo mejor hasta yo mismo me... Me visualicé en eso (...).*

Por otra parte, el impacto en la salud de las mujeres se observaría también como un efecto del sesgo de género que los trabajadores de salud reproducen, al predisponerse a usar etiquetas diagnósticas, como menciona E5: *Yo creo que se tiende a (...) asociar el género femenino a las patologías de salud mental (...) esta denominación de que las mujeres somos (...) más buenas para ponerle color a las cosas (...) probablemente más de alguno (...) piensa primero en un ataque de pánico (...) solamente por el hecho de que ves en la camilla una mujer y no un varón (...) Y muchas veces ni siquiera se toma un electrocardiograma o no se sigue el protocolo de un dolor torácico (...). Igualmente, A1*

agrega: *no me tocó ni un pelo. No me revisó nada (...) y su diagnóstico fue que son los nervios (...).* Además, los entrevistados refieren que, para las mujeres, es difícil acceder a prestaciones de salud debido a que deben cumplir con los roles asignados, por lo que es más complejo coordinar sus horarios con los disponibles en los servicios sanitarios: *pienso que ella está en menoscabo (...) el tema de la espera en salud (...) es no considerar (...) las funciones, los roles, y las actividades que nosotros tenemos, lo que significa poder acceder uno a una atención de salud... el tema de las barreras de acceso también, en todo sentido (...) distancia (...) para hacerte tu mamografía en esta comuna (...) Olmué no tiene locomoción temprano, cuesta mucho encontrar (...) cuando hablo de barreras es realmente barreras (C3).*

Cuando se trata de la atención de hombres, los entrevistados indican que los trabajadores de salud se predisponen a pensar en causas físicas para sus problemas de salud, como señala A1: *en cambio desde mi prejuicio como femenino, sí pensaría que lo del hombre es sólo físico.* Además, de acuerdo a los roles de género asignados a los hombres, ellos deben ser proveedores y fuertes, limitando la expresión de sus emociones, lo que provoca el alejamiento respecto a su salud. En ese sentido *El hombre no tiene tanto permitido esto de hablar de las cosas, del punto de vista salud mental, tiene que ser siempre proveedor, siempre fuerte, en general no llora, ni consulta menos, de hecho, muchas veces yo tengo (...) citados de salud mental (...) y no hay varones, (...) es increíble la diferencia (...) pero creo que tiene más que ver con eso, con la emoción (E5).* Asociado a lo anterior, los hombres tendrían un menor contacto con centros de salud y, por tanto, se realizan diagnósticos de sus afecciones más tardíos, como señala B2: *todavía yo he visto gallos que tienen 50 años y me dicen, no, primera vez que vengo. Y cuando vienen los cachamos que son hipertensos, que son diabéticos (...).* Asimismo, los y las participantes indican que, en su comuna, se les atribuye a las mujeres la responsabilidad respecto a la salud de los hombres: *La mujer habla por el hombre (...) la sociedad machista aquí en Olmué, le entrega (...) esa tarea a la mujer (F6).* También, sin importar el nivel educacional del hombre y de la mujer, el equipo de salud tendería a hablar más con las mujeres para conocer los antecedentes de salud: *Se puede dar el caso (...) tanto que la mujer sepa más o sepa menos que el hombre, uno igual habla más con ella(D4).*

Respecto al nivel educacional los participantes reportan que, a mayor nivel educacional existe una mejor salud: *Una persona más letrada, yo creo que tiende a prevenir más (...) conoce más su salud, o se preocupa más versus una persona que tiene muy poquita educación (A1).* Respecto al nivel socioeconómico, se percibe que los hombres tienen mayor poder adquisitivo que las mujeres, influyendo en la calidad de vida: *el hombre, que tiene generalmente mayor poder adquisitivo (...) eso también influye mucho en su estilo de vida, nivel de vida, calidad de vida (...) D4.* También, los y las participantes reportan que el solo hecho de ser mujer amplía las fuentes de inequidad, como señala E5: *las inequidades que podemos tener nosotras (...) por el hecho de ser mujeres, tanto en el ámbito económico, profesional, en el ámbito del cuidado, en el ámbito familiar y en muchas áreas personales, incluso en las áreas más espirituales o incluso sexuales.*

Los entrevistados identifican una serie de condiciones sociales que pueden predisponer al desarrollo mayor de enfermedades en la población: *(...) vivía (...) en una media agua que no tenía agua potable, que se duchaba afuera, que vivían hacinados, que trabajan mucho, 10 horas al día justamente en el tomate (...) entonces la diferencia entre un profesor de universidad que a lo mejor, no quiero quitarle mérito pero el desgaste físico es menor (...) independiente sea hombre o sea mujer (...)" (B2).* Además, afirman que, mientras más determinantes sociales existan, más difícil es brindar una atención integral, como refiere E5: *(...) si yo tengo condiciones socioeconómicas que son cada vez más (...) se van sumando, interaccionando y van determinando muchas veces las patologías de los pacientes (...) Y entre más factores de riesgo determinantes (...) tengamos, más difícil es poder como tratar al paciente más integralmente.*

Asimismo, los y las participantes distinguen que el nivel socioeconómico bajo, el trabajo del campo precarizado, la migración, la barrera idiomática y la menor estabilidad laboral se asocian con un mayor impacto negativo en la salud: (...) *trabajar 10 horas al día todos los días (...) de forma esforzada, como lo es el campo (...) Es duro. Entonces, los sueldos son extremadamente bajos, muchas veces no te alcanza para comer. Vamos a ver (...) cuánta carga está arrastrando para atrás, porque si emigraron muchos (...) aparte de alimentarse ellos tienen que alimentar a su familia afuera (...) les va a afectar la salud, la salud mental anda por el suelo (...)* (B2).

4. Discusión

Si bien en el año 2013, a través de las orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud (Dois *et al.*, 2013), ya se consideraba importante la incorporación del enfoque de género y se identificaban problemas transversales para su aplicación, impresiona, de acuerdo a los resultados obtenidos, que estos problemas se mantienen. La formación en enfoque de género es más bien voluntaria y no inherente a la formación institucional, sea ésta a través de instituciones académicas o administraciones de salud. De esta manera, persisten sesgos de género, por ejemplo, en el lenguaje y uso de conceptos inadecuados, en los procesos diagnósticos discriminatorios, en la normalización de la sobrecarga de los cuidados, entre otros.

Los hechos y condiciones de la vida social y política difícilmente pueden comprenderse a partir de un único elemento (Cavalcante- Carvalho, 2018). En esta línea, el equipo de salud observa que la institucionalidad presenta más obstáculos que facilitadores para aplicar el enfoque de género en las atenciones de salud, lo cual tendería a mantener prácticas laborales sin enfoque de género (Dois *et al.*, 2013). Es así también, que en este trabajo se observó cómo la institucionalidad a nivel local decide arbitrariamente el acceso o no a educación sexual y reproductiva de las personas, pudiendo discriminar por edad o por tipo de actividad a realizar, además de la entrega de atenciones de salud pertinentes y coherentes a mujeres víctimas de violencia de género. En esa línea Lugones (2008, p. 98) señala: “el sistema de género heterosexual provoca una violación significativa de los poderes y de los derechos de las mujeres, y sirve para reproducir el control sobre la producción”.

El poder en la producción de *salud* en el contexto del desarrollo capitalista profundiza la mercantilización de la atención de salud (Iriart y Merhy, 2017). La masiva entrada de este capital y su lógica en el sector salud pública, cambió las reglas de juego a nivel económico e introdujo cambios en las subjetividades individuales y colectivas en relación a la concepción salud-enfermedad-atención. Uno de esos cambios fue la medicalización expandiendo el diagnóstico y tratamiento médico en situaciones previamente no consideradas problemas de salud (Iriart y Merhy, 2017; Vázquez y Garrido, 2016). Luego, se agrega la biomedicalización provocando que los sectores más desprotegidos comenzaran a recibir mensajes que reforzaban el mandato moral de controlar su salud para no ser una carga para la sociedad (Iriart y Merhy, 2017). Para las autoras de este trabajo, los sectores desprotegidos son las mujeres y toda persona que no es considerada *hombre*, articulándose con otras fuentes de discriminación interseccional (Platero, 2014; Weidenslaufer, 2017).

Respecto a lo anterior, llama la atención que los y las participantes sean capaces de distinguir estas fuentes de inequidad. Sin embargo, se observa una limitación en el avance hacia una mirada articulada de éstas. Por otra parte, el género pasa a un segundo plano frente a las categorías antes mencionadas que son identificadas claramente. El género entonces, entre estos determinantes sociales de la salud, sería uno de los más persistentes, severos e invisibles, encontrando sesgos de género en cada uno de los niveles del sistema de salud, provocando una mala praxis y un distorsionado enfoque institucional (Vázquez y Garrido, 2016).

En esta línea, existe una normalización del equipo de salud respecto a la sobrecarga de los cuidados en salud que afecta a las mujeres, recayendo la responsabilidad de la salud de la familia y la comunidad sobre ellas. De modo tal que en las entrevistas aparecen ejemplos de discriminación por género, roles de género heteronormados rígidos, sobrecarga por el cumplimiento de los mandatos de género, incluso en la misma atención de salud de familiares y en la entrega de educación sexual y reproductiva, invisibilizando sus necesidades, en perjuicio de su salud. Asimismo, ocurre en el abordaje de temáticas en torno al género, donde persisten juicios de valor, miedos y evitación por parte del equipo de salud, asociado también a la percepción de falta de conocimiento.

Lo anterior, nos permite comprender la dificultad en la integración del enfoque de género en salud, requiriendo normativas que obligan a tratar por el nombre social de las personas, pero que, persiste y replica un modelo de control y no un cambio cultural real en el trato y validación hacia las personas; sumado a un modelo donde se responsabiliza a la mujer de su salud y la de su familia, normalizando su sobrecarga en beneficio de una atención de salud más rápida y fácil de acuerdo a las condiciones laborales mercantilistas, y persistiendo la brecha de género en las atenciones de salud, por ejemplo, a través de la predisposición a diagnósticos de salud mental a costa de una evaluación completa por el sólo hecho de ser mujer, psicologizando patologías físicas. En ese sentido, observamos un sesgo social, que ignora la situación de las mujeres dentro de la etiología de la enfermedad, y por último un sesgo institucional de los modelos sanitarios que invisibiliza y al mismo tiempo sobredimensiona a las mujeres y a sus condiciones concretas de vida, medicalizando la desigualdad y el estrés social crónico (Vázquez y Garrido, 2016).

5. Conclusiones

En este estudio se propuso indagar en torno a las percepciones del equipo de salud sobre el enfoque de género aplicado en salud. Al respecto, los resultados indican una mayor aceptación y respeto por las personas, sin importar su género. Sin embargo, aún persiste en la atención de salud, creencias limitantes, prejuicios respecto al género, actitudes discriminatorias, y decisiones clínicas diferenciadas en perjuicio de la salud de las mujeres. En relación al enfoque de género aplicado en salud, destaca la escasa formación, conocimiento y seguridad en su aplicación, pese a que se reconoce por la mayoría de los participantes como un enfoque necesario de utilizar en las atenciones que condicen. Por otro lado, persisten barreras institucionales y dificultades en el equipo de salud para abordar temáticas como la salud sexual y reproductiva y la violencia de género.

Por lo anterior, se considera necesario continuar impulsando la incorporación del enfoque de género en los equipos de atención primaria de salud, debido a que son los servicios de APS donde acude la mayoría de las personas en Chile, y es el enfoque de género un determinante de la salud fundamental para lograr la equidad. Por tanto, resulta imperioso abordar esta perspectiva en salud, ya que es una estrategia de cuidados que considera las relaciones de poder entre géneros, contribuyendo a abordar estas diferencias e inequidades en salud de una forma integral, intersectorial y equitativa.

Consideramos que, para avanzar hacia una mayor equidad de género, es necesario que se integre el enfoque de género aplicado en salud durante todo el ciclo de las políticas públicas de salud y educación (diseño-ejecución y evaluación). Pero, además, este enfoque debiese traducirse en un lineamiento central en los programas ministeriales y en la gestión de los gobiernos locales. De lo contrario, es probable que se continúen repitiendo prácticas sanitarias que mantienen y reproducen las brechas de género, y los equipos de salud continúen desarrollando su quehacer sin una guía y protocolos de atención en base a la equidad. Sin

lugar a duda, este proceso de diseño e implementación de políticas debe ir acompañado de procesos de sensibilización y capacitación de los equipos de salud, para transmitir los sentidos de estas incorporaciones, como forma de garantizar sostenibilidad en los cambios.

Finalmente, se espera que este trabajo, que abordó las percepciones de los trabajadores de la APS, contribuya en la investigación sobre inequidades en salud y permita abrir nuevas áreas de estudio, principalmente respecto al enfoque de género aplicado en salud, su imbricación con otras categorías de discriminación y sus implicancias para garantizar el derecho a la salud de todos y todas.

6. Referencias

- Araos Dattoli, F. (2023). ORD. C16/N° 734, Cuarto informe trimestral glosa 04 gestión presupuestaria y asistencial. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud de Chile. <https://acortar.link/LKIAh6>
- Arboit, J., Padoin, S. M. y Vieira, L. B. (2020). Violence against women in primary health care: Potentialities and limitations to identification. *Atención Primaria*, 52(1), 14-21. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.008>
- Azcona, G., Bhatt, A., Fortuny Fillo, G., Min, Y., Page, H. y You, S. (2023). El progreso en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Panorama de género 2023. ONU Mujeres y División de Estadística del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. <https://acortar.link/DrJG00>
- Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D. y Saura, S. (2014). *Escuchar, observar y comprender: Recuperando la narrativa en las ciencias de la salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2023). Olmué: Reporte comunal 2023. <https://bit.ly/4cNLzYH>
- Bilge, S. y Collins, P. (2016). *Interseccionalidad: conceptos clave*. Polity Press.
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas*, 2, 53-82. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol2-issue1-fulltext-3>
- Cardemil Winkler, M. (2022). *Estado de la atención primaria de salud en Chile*. Biblioteca del Congreso Nacional.
- Cavalcante Carvalho, A. M. (2018). Discriminación interseccional: concepto y consecuencias en la incidencia de violencia sexual contra mujeres con discapacidad. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, 7, 15-25. <https://doi.org/10.15366/jfgws2018.7.002>
- Corporación Humanas. (2023). Objeción de conciencia en Chile: desafíos en la implementación de la ley sobre interrupción voluntaria del embarazo en tres causales a seis años de su dictación. Centro Regional de Derechos Humanos y Justicia de Género.

- Crenshaw, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista de Estudos Feministas*, 1, 78-99. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>
- Cuadra, D. y Castro, P. J. (2021). La dimensión emocional de las teorías subjetivas. *Revista de Sociología*, 36(1), 57-67. <https://doi.org/10.5354/0719-529X.2021.64426>
- De Ferrante, F. G., Santos, M. A. y Vieira, E. M. (2009). Violence against women: perceptions of medical doctors from primary healthcare units in the city of Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13, 287-299. <https://www.scielo.br/j/icse/a/6DtrDkgk3tsrxSWb9x9ZGpr/abstract/?lang=en>
- Delgado, M., Fernández, M., Ferreira, M., Mogollón, A., Vargas, I. y Vázquez, M. (2017). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Programa Editorial Universidad del Valle.
- Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. (2011). *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. SAGE Publications.
- Dois Castellón, A., Ojeda Cabrera, I., Vargas Palavicino, I., Larrea Quintanilla, M., Quiroz Olave, M., Rodríguez Cares, M., Varela Alamos, M., Niveló Clavijo, M., Mercado Gore, R. y Menares Latorre, V. (2013). *Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, dirigido a equipos de salud*. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Flick, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa*. Morata.
- Franzoi, N., Godoy, R. y Nunes, R. (2011). Violencia de género: concepciones de los profesionales de los equipos de la estrategia de salud de la familia. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 19(3). <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000300019>
- González Rams, P. (2011). Las mujeres con discapacidad y sus múltiples desigualdades: un colectivo todavía invisibilizado en los Estados latinoamericanos y en las agencias de cooperación internacional. *Congreso Internacional 1810-2010: 200 años de Iberoamérica. XIV Encuentro de Latinoamericanistas Españoles*, 2737-2756. <https://shs.hal.science/halshs-00532647/>
- Hankivsky, O. (2012). Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality. *Social Science & Medicine*, 74, 1712-1720. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.029>
- Hesler, L. Z., Costa, M. C., Resta, D. G. y Colomé, I. C. S. (2013). Violence against women in the perspective of community health agents. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(1), 180-186. <https://doi.org/10.1590/s1983-14472013000100023>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2015). *Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo*.
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2017). *Censo 2017: Población total por sexo y área urbana-rural, según grupos de edad*.

- Iriart, C. y Merhy, E. (2017). Inter-capitalistic disputes, biomedicalization and hegemonic medical model. *Interface (Botucatu)*, 21(63), 1005-1016.
- Jacinto, A. M. F. L. (2018). *Violência doméstica contra a mulher: representações e práticas do agente comunitário de saúde* (Tesis de Maestría). Universidad de São Paulo. <http://bit.ly/4bAz55P>
- Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. *Tabula rasa*, 09, 73-101. <https://www.revistatabularasa.org/numero-9/05lugones.pdf>
- Makkonen, T. (2002). *Multiple, compound and intersectional discrimination: Bringing the experiences of the most marginalized to the fore*. Institute for Human Rights, Abo Akademi University.
- Martínez, M. y Gallardo, I. (2018). Explicaciones no atendidas sobre las brechas de género en la enfermedad cardiovascular: ¿Cómo entender diferencias de género en el infarto de miocardio? *Revista médica de Chile*, 146(8). <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000800921>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2015). Ley 20820 crea el Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género, y modifica normas legales que indica. <https://bcn.cl/2flok>
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2022). Estrategia nacional de salud para los objetivos sanitarios al 2030. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. <https://acortar.link/tje5TA>
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2024). *Objetivos generales, programa nacional de salud sexual y reproductiva*. <https://bit.ly/3zrGNla>
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2024). Información para profesionales de salud de la mujer, Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. <https://bit.ly/3RXTBGw>
- Ministerio de Salud, Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, Unidad de Farmacia. (2023). *Arsenal farmacológico establecimientos atención primaria 2023/2025, municipal y hospitalaria*. Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. <https://acortar.link/n3BtNJ>
- Monistrol, O. (2016). Técnicas de generación de información en investigación cualitativa (I). En C. Calderón, F. Conde, M. J. Fernández de Sanmamed, O. Monistrol, M. Pons, E. Pujol y A. Sáenz de Ormijana (Eds.), *Curso de introducción a la investigación cualitativa*. Máster de investigación en atención primaria. Universitat Autònoma de Barcelona, Fundació Doctor Robert.
- Naciones Unidas. (1996). Resoluciones aprobadas por la Conferencia: Informe de la cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995 (Rev. 1). Publicación de las Naciones Unidas, 13, 35-51.
- Nunes, H. y Pereira, A. (2022). Profesionales de la salud de atención primaria y violencia contra la mujer: Revisión sistemática. *Revista Baiana de Enfermagem*, 36, 1-10. <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.37854>
- ONU Mujeres. (2024, 4 de julio). *Conferencias mundiales sobre la mujer*. <https://bit.ly/4eRpKcy>

- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Organización Mundial de la Salud.
- Platero Méndez, R. (2014). Metáforas y articulaciones para una pedagogía crítica sobre la interseccionalidad. *Quaderns de Psicologia*, 16(1), 55-72. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1219>
- Ruiz-Fernández, M. D., Ortiz-Amo, R., Alcaraz-Córdoba, A., Rodríguez-Bonilla, H. A., Hernández-Padilla, J. M., Fernández-Medina, I. M. y Ventura-Miranda, M. I. (2022). Attention given to victims of gender violence from the perspective of nurses: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 12925. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912925>
- Superintendencia de Pensiones. (2022). *Informe de género sobre el sistema de pensiones y seguro de cesantía*. <https://www.spensiones.cl/portal/institucional/594/w3-propertyvalue-10241.html>
- Vázquez-Santiago, S. y Peña, F. G. (2016). El enfoque de género en las necesidades de atención sociosanitaria. *Enfermería clínica*, 26(1), 76-80. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.09.003>
- Weidenslaufer, C. (2017). *Salud femenina con perspectiva de género. Derecho internacional, nacional y comparado*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://bit.ly/3Wg2o9n>

CONTRIBUCIONES DE AUTORES/AS, FINANCIACIÓN Y AGRADECIMIENTOS

Contribuciones de los/as autores/as:

Conceptualización: Thauby De la Torre, Justine, Mazzucchelli Olmedo, Nicole; **Validación:** Mazzucchelli Olmedo, Nicole; **Análisis formal:** Thauby De la Torre, Justine, Mazzucchelli Olmedo, Nicole; **Curación de datos:** Thauby De la Torre, Justine; **Redacción-Preparación del borrador original:** Thauby De la Torre, Justine, Mazzucchelli Olmedo, Nicole **Redacción-Revisión y Edición:** Thauby De la Torre, Justine, Mazzucchelli Olmedo, Nicole, Arévalo Salinas, Astrid; **Visualización:** Thauby De la Torre, Justine, Mazzucchelli Olmedo, Nicole, Arévalo Salinas, Astrid; **Supervisión:** Mazzucchelli Olmedo, Nicole, Arévalo Salinas, Astrid; **Todos los/as autores/as han leído y aceptado la versión publicada del manuscrito:** Thauby De la Torre, Justine, Mazzucchelli Olmedo, Nicole, Arévalo Salinas, Astrid.

Financiación: Esta investigación no recibió financiamiento externo.

Agradecimientos: A los y las trabajadoras de la salud que voluntariamente aceptaron participar en este estudio, por su compromiso constante con las personas y la salud pública de nuestro país.

Conflicto de intereses: sin conflicto de interés.

AUTOR/ES:**Justine Thauby De la Torre**

Universidad de Valparaíso, Chile.

Médica Cirujana de la Universidad de Chile. Diplomada en Gestión y Políticas de Salud Internacional y Soberanía Sanitaria por el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales y en Evaluación Integral de Salud en la Adolescencia por la Sociedad Chilena de Pediatría. Actualmente cursa la especialidad de Medicina Familiar en la Universidad de Valparaíso (Chile).

justine.thauby@postgrado.uv.cl

Nicole Mazzucchelli Olmedo

Universidad Viña del Mar, Chile.

Trabajadora Social, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Dra. en Persona y Sociedad en el Mundo Contemporáneo por la Universidad Autónoma de Barcelona. Dra. en Psicología por la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.

Académica-investigadora de la Universidad Viña del Mar, Chile. Su línea de investigación se centra en el envejecimiento, la vejez y las personas mayores, desde la perspectiva de género y derechos humanos. Colaboradora del Servicio nacional del adulto mayor (SENAMA) y de iniciativas comunitarias -territoriales que promueven los procesos de participación social y organización en las personas mayores.

nicole.mazzucchelli@uvm.cl

Índice H: 5

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0003-1864-8553>

Google Scholar: https://scholar.google.es/citations?user=nMVzV_4AAAAJ&hl=es

ResearchGate: <https://www.researchgate.net/profile/Nicole-Mazzucchelli-2>

Academia.edu: <https://universidadviñadelmar.academia.edu/NicoleMazzucchelli>

Astrid Arévalo Salinas

Universidad de Valparaíso, Chile.

Trabajadora Social de la Universidad de Valparaíso. Magíster en Política y Gobierno Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Chile. Doctoranda en Educación y Comunicación Social Universidad de Málaga. Académica de la Escuela de Medicina, Departamento de Humanidades y Medicina Familiar, Programa de Medicina Familiar, Universidad de Valparaíso. Consultora en materia de gestión y políticas públicas en salud, empleo, desarrollo local. Área de interés: salud comunitaria, salud pública, comunicación política, envejecimiento, vejez.

astrid.arevalo@uv.cl

Google Scholar: <https://scholar.google.es/citations?hl=es&user=UZ1-90gAAAAJ>

Academia.edu: <https://uv-cl.academia.edu/AstridArevaloSalinas>