



MANUAL DE FORMACIÓN GÉNERO Y SALUD

Comisión Género y Salud



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.

MANUAL DE FORMACIÓN GÉNERO Y SALUD

La Comisión de Género y Salud del Colegio Médico de Chile A.G, presenta el Manual del *I Curso de Formación en Género y Salud*, el cual tiene como objetivo entregar herramientas teóricas para comprender la importancia del género como determinante social de la salud y herramientas prácticas para que profesionales y estudiantes que se desempeñan en el área de la salud logren entregar una atención adecuada, con enfoque de género y no sexista.

Este curso, al cual asistieron más de 400 personas, fue realizado el año 2018 en el Aula Magna de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y contó con 3 módulos. En el primer módulo se impartieron los fundamentos teóricos sobre género, identificando dicha temática como una determinante clave para una atención no sexista. El segundo módulo profundizó la invisibilizada realidad que vive la diversidad sexual a la hora de la atención médica, y en el último módulo del curso, se entregaron herramientas prácticas para llevar a cabo cambios efectivos en la red de salud.

A continuación se presentan las principales clases seleccionadas, transcritas y editadas por integrantes de la Comisión de Género y Salud con la asesoría de cada expositora o expositor.

DESCRIPCIÓN GENERAL

Título original: Manual del I Curso de formación de Género y Salud

Fechas del Curso de Género y Salud: Agosto 2018

Fecha de edición de Manual: Diciembre 2018

Elaboración del Manual

Dra. Francisca Crispi Galleguillos

Médica Cirujana. Investigadora ESP U. de Chile. Magíster en Health, Population and Society LSE. Directora de Comisión de Género y Salud Colegio Médico de Chile A.G.

Dr. Felipe González Díaz

Médico cirujano. U. de Santiago de Chile. Red de Profesionales por la Salud Trans Chile. Comisión de Género y Salud, Colegio Médico de Chile A.G.

Dra. Nicole Franz Demané

Médica Cirujana. Médica General de Zona (EDF), Tesorera Directiva Nacional MGZ 2018. Comisión de Género y Salud, Colegio Médico de Chile A.G.

Dra. Gisela Viveros Moncada

Médica Cirujana. Médica General de Zona (EDF). Presidenta MGZ Biobío. Comisión de Género y Salud, Colegio Médico de Chile A.G.

Dr. Manuel Catalán Águila

Médico Cirujano. Diplomado en Sexualidad. Comisión de Género y Salud, Colegio Médico de Chile A.G.

Dra. Valentina Pantoja de Prada

Médica Cirujana. Médica General de Zona (EDF). Delegada Subred Cordillera SSMSO. Fundación Margen. Comisión de Género y Salud, Colegio Médico de Chile A.G.

Dra. Carolina Soto Salazar

Médica Cirujana General. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Comisión de Género y Salud, Colegio Médico de Chile A.G.

Dra. Dominique Truan Kaplan

Médica Gineco-obstetra. Universidad de Chile.

Dra. Carolina Reyes Jara

Médica Cirujana. Servicio Médico y Dental de alumnos. Universidad de Chile. Comisión de Género y Salud, Colegio Médico de Chile A.G.

Dra. Catalina Riobó Pezoa

Médica Psiquiatra Infante Juvenil. Comisión de Género y Salud, Colegio Médico de Chile A.G.

Karla Valenzuela Carvajal

Estudiante de Medicina, Integrante Centro de estudiantes U. Autónoma. Comisión de Género y Salud, Colegio Médico de Chile A.G.

Nota: Este manual se basa en las principales charlas del I Curso de Género y Salud, organizado por la Comisión de Género y Salud del Colegio Médico de Chile, realizado durante los meses de Junio, Julio y Agosto del año 2018.



PALABRAS INICIALES

A la luz de los desafíos que enfrentamos como sociedad y como gremio, el Colegio Médico de Chile se ha comprometido a avanzar hacia una institución que promueva la igualdad de género y el respeto hacia la identidad de todos y todas. En este contexto, en Enero de 2018 se crea la Comisión de Género y Salud, la cual tiene como objetivo nutrir al Colegio Médico de una perspectiva transversal sobre género y salud.

La Comisión se conforma a través de una convocatoria que ha sido permanentemente abierta, generando un alto interés de estudiantes, médicos y médicas. En función de los objetivos a trabajar, la comisión se divide en tres subcomisiones: Género y Políticas Públicas, que tiene como objetivo la visibilización del género como determinante social y la promoción de políticas públicas con enfoque de género; Mujer en la práctica médica, que busca promover establecimientos de salud libres de discriminación y acoso sexual; Finalmente, Diversidad sexual, que intenta visibilizar a toda una población, y así educar e informar al gremio sobre una realidad débilmente reconocida en salud. Cada subcomisión ha desarrollado una función estratégica para dar respuestas a distintas aristas que históricamente no habían sido abordadas.

Al poco andar de la comisión, nos propusimos como objetivo transversal a las subcomisiones, el promover espacios de formación en género y salud. Hemos visto cómo esta temática ha sido un tema ausente de las mallas curriculares; y así percibimos vacíos formativos que impiden a l@s profesionales entregar una atención no sexista, que comprenda el rol del género en el proceso de salud y enfermedad. Estos vacíos nos motivan diariamente a generar espacios de formación que proporcionen herramientas para comprender el género como determinante social de la salud, y poder actuar en función de eso.

Bajo esta idea, nace el I Curso de Formación en Género y Salud, que se desarrolló entre junio y agosto de 2018 en 3 módulos presenciales con más de 500 asistentes. El gran interés en el curso, sin duda tiene que ver con el contexto social en el que se encuentra actualmente el país. La ola feminista irrumpe con fuerza, posible por las luchas históricas de movimientos de mujeres por sus derechos. Celebramos la capacidad que ha tenido el movimiento de levantar una reivindicación profundamente necesaria de la equidad de género, empapando toda discusión con una perspectiva feminista. Creemos que este movimiento abre una gran oportunidad para que como Colegio Médico disputemos una institución que haga propias las demandas, promoviendo un cambio en nuestro actuar profesional.

El presente manual, nace con la intención de que los contenidos impartidos en el I Curso de Formación sean compartidos, socializados y discutidos. Así, buscamos aportar con herramientas para que estudiantes y profesionales de la salud puedan incidir en la creación de políticas públicas con enfoque de género. Sin embargo, el objetivo más importante está en abrimos a deconstruir nuestra práctica tanto profesional como cotidiana. Como profesionales de la salud, estamos en deuda con nuestros y nuestras pacientes.

Múltiples prácticas machistas, tanto en el lenguaje como en acciones concretas, son develadas constantemente. Muchas veces por ignorancia o desconocimiento, se ha ejercido discriminación hacia la población de la diversidad sexual en los establecimientos de salud; y éstos, son espacios donde abunda la violencia de género, discriminación y acoso sexual. Esperamos promover la reflexión y educación hacia una nueva sociedad donde primen factores tales como el respeto y la empatía, y que así - algún día - el gremio médico, como todos sus participantes sociales, no necesitemos hablar



de igualdad ni inclusión como una meta, sino que sólo de una armoniosa convivencia en la que vivamos todos y todas.

Este manual está pensado como un primer insumo para la formación en Género y Salud. Sin duda hay muchos temas de alta relevancia sobre género que no fueron desarrollados en profundidad. Como comisión, nos comprometemos a que la discusión e inquietudes que genere este manual sean una hoja de ruta para guiar futuras instancias de formación en género y salud.

Finalmente, nos gustaría agradecer a todos y todas quienes hicieron posible el desarrollo del curso y de este manual. Especialmente, a los y las expositoras por compartir generosamente su conocimiento y experiencias en las jornadas del curso. No nos alcanzan las formas para agradecer y transmitir el orgullo que tuvimos de contar con expositores cuya trayectoria de lucha por la equidad de género nos causa tan profunda admiración. También, agradecer a los y las asistentes, especialmente los que viajaron desde otras regiones y las personas que participaron del curso por streaming. Si bien este curso partió como idea de generar capacitación interna para la comisión, lo que era inicialmente para 20 personas, rápidamente alcanzó una cifra impensada de más de 900 personas inscritas. Su interés por el curso, sin duda, nos motiva a seguir trabajando como Comisión de Género.

Esperamos que este manual sea una ayuda para quienes intentan avanzar hacia una medicina no sexista, sin discriminación, que nos encamine hacia una nueva atención en salud y también hacia una nueva sociedad, en donde el enfoque de género sea inherente a la práctica de todos nosotros y todas nosotras.



Dra. Izkia Siches
Presidenta
Colegio Médico de Chile



Dra. Francisca Crispi
Coordinadora
Comisión de Género y Salud
Colegio Médico de Chile



ÍNDICE

Descripción general	3
Palabras iniciales	4

Módulo I

Introducción a conceptos básicos de género y al género como determinante social de la salud / <i>Dra. Pamela Eguiguren Bravo</i>	8
Derechos sexuales y reproductivos: desafíos en la práctica médica / <i>Dr. Gonzalo Rubio Schweizer</i>	12
Género y salud: Marcos teóricos desde el feminismo / <i>Natalia Flores González</i>	17
Violencia de género: Un problema de salud pública / <i>Dra. María Isabel Matamala Vivaldi</i>	26
Mesa de diálogo: "Interrupción del embarazo en tres causales"	
- Objeción de conciencia. / <i>Dra. Dominique Truan</i>	30
- Ley Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE): Aplicando la normativa a la realidad nacional / <i>Dra. Paz Robledo Hoecker</i>	35

Módulo II

Conceptos básicos en diversidad sexual / <i>Mauricio López González</i>	42
Barreras de atención en salud hacia la población LGBTQ+ / <i>Dra. Adela Montero Vega</i>	49
Identidad de género y proceso de transición: una perspectiva personal y social / <i>Dr. Jorge Torres Rojas</i>	53
Proceso de transición hormonal: Nueva evidencia desde la Academia / <i>Dra. Cecilia Pereira Rico</i>	62
Mesa de diálogo: Atención de salud en diversidad sexual: diferentes miradas dentro y fuera del box de atención	
- Herramientas quirúrgicas para la transición <i>Dra. Melissa Cifuentes Arévalo</i>	68



Módulo III

Educación sexual para la escuela de hoy: Una deuda pendiente / Dr. Ramiro Molina Cartes	76
Investigación con enfoque de género y aplicación a las políticas públicas / Teresa Valdés Echenique	80
Atención médica no sexista: De la teoría a la práctica / Dra. Gabriela Piriz Álvarez y Mag. y Ps. Ana Monza	85
Mesa de Diálogo: Acoso y violencia de género en la práctica médica: ¿Cómo transformamos los establecimientos de salud?	
Avances y desafíos desde el Colegio Médico en establecimientos libres de violencia de género / Dra. Izkia Siches Pastén	90
Equidad de género en la academia: El caso de la Universidad de Chile / Soc. Carmen Andrade Lara	95
Análisis de protocolos de acoso sexual universitarios y de Servicios de Salud Nacional. / Dra. Valentina Pantoja de Prada	102
Referencias	110



MÓDULO I

→ INTRODUCCIÓN A CONCEPTOS BÁSICOS DE GÉNERO COMO DETERMINANTE SOCIAL DE LA SALUD

Expositora: Dra. Pamela Eguiguren Bravo

Doctora en Salud Pública de la Universidad de Chile. Matrona de la Universidad de Chile, Máster en Salud Pública y Gestión Sanitaria. Escuela Andaluza de Salud Pública, de la Universidad de Granada; Académica del Programa de Salud y Comunidad, Escuela de Salud Pública Salvador Allende G.

Resumen

El género, como construcción social del sexo, es un determinante estructural de la salud, ya que jerarquiza a las personas en sus roles y comportamientos. Éste se intersecta a su vez con otros ejes de inequidades: identidad de género, orientación sexual, clase, etnia, raza, etc. La suma de lo anterior es de relevancia en el ámbito de la salud ya que limita las oportunidades de gozar un estado de salud pleno en los ámbitos biopsicosociales. El entendimiento de esto permite la aplicación de políticas públicas que reconozcan e intervengan de manera positiva para mejorar la salud de la población.

Palabras clave: Sexo, Género, Orientación sexual, Identidad de género

Género: Determinante social estructural de la salud cuyas dimensiones centrales son la distribución del poder, el acceso a recursos sociales y el reconocimiento.

Sexo: Características biológicamente determinadas y relativamente invariables que diferencian a los hombres y mujeres (*bajo la premisa intelectual occidental que sólo existen dos sexos identificables en la sociedad*).

Orientación sexual: Capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por otra persona.

Identidad de género: Vivencia interna e individual del género tal como cada persona lo siente, lo cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento.

A continuación, se aclaran conceptos importantes:

El género “es la construcción cultural que se asigna jerárquicamente en las esferas públicas y privadas roles y formas de comportamiento a las mujeres y a los hombres sobre la base de su diferenciación sexual (OMS); siendo dinámico y distinto en cada contexto social, cultural e histórico. A lo anterior Joan Scott agrega “El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género. Es una forma primaria de las relaciones significantes de poder”. Supone un proceso de aprendizaje en los planos simbólico, institucional, normativo y psicológico, instalando las diferencias como naturales.

Diferentes autoras tienen otras aproximaciones al tema. Una de ellas es Judith Butler que plantea que la categoría sexo y su binarismo (mujer-hombre) es “una construcción social que resulta prediscursiva para el concepto de género y que lo limita como categoría de análisis”.



Por lo tanto, el concepto de género es:

- Socialmente construido
- Relacional
- Jerárquico
- Mutable
- Contextualmente específico
- Ubicuo



Género como determinante social

Los determinantes sociales de la salud se refieren a las condiciones sociales en las cuales las personas viven y trabajan. Su interés se centra, no en los factores de riesgo individual, sino en los patrones sociales que estructuran las oportunidades de las personas para disfrutar en nivel más alto posible de salud.

El género estratifica socialmente pero no actúa solo, dado que se intersecta con otros estratificadores tales como: etnia, clase social, edad, orientación sexual e identidad de género. Estas diferencias y sus efectos sobre la salud difieren según el ciclo vital y dependiendo del problema de salud estudiado.



En salud, el género nos remite a cinco dimensiones fundamentales:

1. Estado de salud
2. Calidad de vida
3. Acceso a los recursos y a los servicios de salud
4. Financiamiento de la salud
5. Participación vs producción social de la salud *(por ejemplo, la mayoría de trabajadores en salud son mujeres pero los cargos de mayor jerarquía están ocupados principalmente por hombres)*

El género determina una desigual exposición y vulnerabilidad a diferentes enfermedades a través del acceso inequitativo a recursos sociales y condiciones materiales; implica riesgos diferentes relacionados con ocupaciones, roles según los estereotipos de género; establece diferencias en comportamientos y estilos de vida, así como en autoestima y autoeficacia. Y, por último, en el apoyo o redes sociales. Cabe destacar que el género, a través de la división sexual del trabajo, articula dos dimensiones complementarias y necesarias de la economía: remunerada (*trabajo productivo*) y no remunerada (*trabajo reproductivo*), los cuales son otorgados a hombres y mujeres respectivamente.

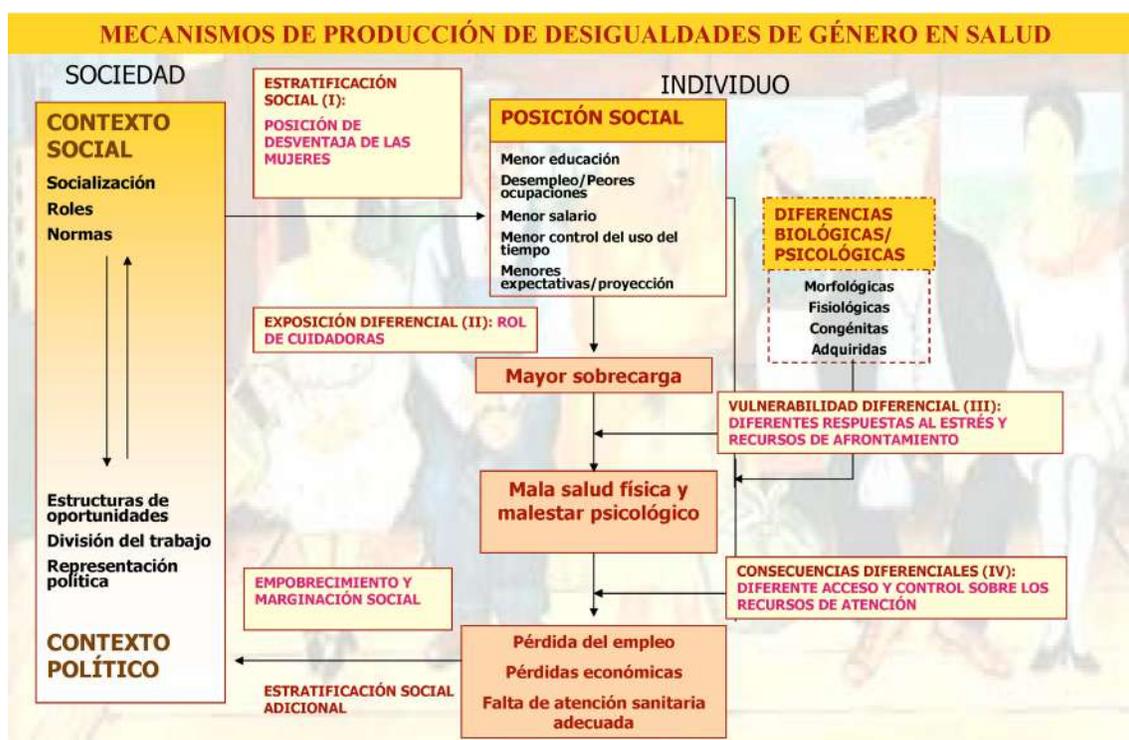


El trabajo no remunerado, en el que se encuentran mayoritariamente mujeres, permanece invisible al reconocimiento social (*por ejemplo: labores de cuidado dentro de la familia*), lo que tiene como consecuencia la precarización de la vida de ellas en diferentes ámbitos: menor tiempo para las actividades personales y de autocuidado, menos ingresos económicos y, por tanto, menor cotización para salud y pensión, entre otros.



Existe una división sexual del trabajo en la que las mujeres están sobrerrepresentadas en áreas relacionadas con la educación y el cuidado. Y los hombres, por su parte, en las jefaturas y trabajos relacionados con el esfuerzo físico.

El mecanismo de producción de inequidades de género en salud se ejemplifica en la siguiente imagen en la cual se representan los mecanismos en juego. Las flechas naranjas marcan puntos de entrada en los que las políticas públicas podrían incidir.



Se comienza por la *estratificación social*, en la que el género es un determinante estructural que otorga una posición jerárquica diferenciada a las mujeres y los hombres. Ser mujer determina una subordinación que la expone de manera diferencial a los mismos problemas de salud, con una vulnerabilidad particular, por lo que hay un enfrentamiento distinto del problema y unas consecuencias afines a esto. En el caso de las mujeres, se enfrentan a mayores dificultades estructurales.

Ejemplo:

- *¿Por qué las mujeres tienen depresión?*
 - Carga de cuidados como trabajo no remunerado y asociado a su género como natural.
 - Violencia de género que se ejerce tanto en los ámbitos privados como públicos.

- *¿Por qué los hombres tienen depresión?*
 - No conseguir ser un proveedor exitoso para su familia y la sociedad.

- *Vulnerabilidad diferencial:*
 - Mujeres: mayor posibilidad para hablar sobre afectividad y acceder a redes de apoyo.
 - Hombres: mayor dificultad en la búsqueda de apoyo por menor capacidad para reconocer un problema de la esfera afectiva.



MÓDULO I

→ DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS: DESAFÍOS EN LA PRÁCTICA MÉDICA

Expositor: Dr. Gonzalo Rubio Schweizer

Gineco-obstetra de la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico ambulatorio en el Hospital Clínico San José. Director Fundación Creando Salud. Presidente del Departamento de DD.HH. del Consejo Regional de Santiago del Colegio Médico y el primero en realizar una interrupción del embarazo bajo la nueva ley de tres causales.

Resumen

Los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSyR) son, ante todo, Derechos Humanos, puesto que están vinculados a derechos fundamentales como a la salud, educación, libertad y a la libre expresión. Los DSyR se encuentran estipulados en instrumentos internacionales y en el ordenamiento jurídico nacional.

Entre ellos se encuentran: El Derecho a decidir de forma libre sobre el cuerpo y la sexualidad, el Derecho a ejercer y disfrutar plenamente la vida sexual, el Derecho a decidir con quien compartir la vida y la sexualidad, el Derecho al respeto de la intimidad y la vida privada, el Derecho a vivir libre de violencia sexual y el Derecho a libertad reproductiva.

Palabras clave: Derechos sexuales y Reproductivos, Planificación familiar

Existe la idea de que Chile siempre ha sido extremadamente conservador en lo que respecta a las políticas de sexualidad y reproducción, pero no siempre fue así. En algún momento, este país estuvo a la vanguardia en planificación familiar, con políticas públicas que lograron masificarse en la década de los sesenta, pero que venían desarrollándose desde los años cincuenta.

Definición de derechos sexuales y reproductivos

La OMS define Salud sexual y Reproductiva, basada en la definición de la salud propiamente tal:

Salud sexual (OMS) es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.

Esto se discutió hace algunos años en torno a la interrupción del embarazo en tres causales, puesto que hasta ese momento lo más importante era que las mujeres no murieran. Sin embargo, a partir del 2012 en Argentina, gracias al fallo FAL, se determinó que el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo -legal en Argentina desde 1920- incluyera la descripción de la OMS con respecto a la definición de salud sexual, es decir, que se ampliara el concepto de salud sexual más allá de "no morir".

Sentencia F.A.L.

En 2012, la Corte Suprema falló sobre el caso FAL, de una chica de 15 años que fue violada por su padrastro. En el fallo se enfatizó en la necesidad de un pronunciamiento que sirviera de guía para la solución de futuros casos análogos, comprometiendo la responsabilidad internacional del Estado Argentino

El fallo marcó tres reglas claras:

- Que la Constitución y los tratados de derechos humanos no sólo no prohíben la realización de esta clase de abortos, sino que, además, impiden castigarlos.
- Que los médicos en ningún caso deben requerir autorización judicial para realizar esta clase de abortos, debiendo practicarlos y, como único requisito, tener la declaración jurada de la víctima, o de su representante legal, en la que manifieste que el embarazo es la consecuencia de una violación.
- Que los jueces tienen la obligación de garantizar derechos y su intervención no puede convertirse en un obstáculo para ejercerlos.

Esta sentencia sienta un precedente muy importante, sin embargo, es preciso recordar que fue en 1994, en la conferencia de *El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva*, previo a la sentencia argentina, cuando ocurrió un hito histórico a nivel mundial: se determinó que los Derechos sexuales y reproductivos son los Derechos Humanos en relación a la sexualidad.

Se manifestó además que los Derechos Sexuales y Reproductivos se basan en el *reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y el intervalo entre estos, a disponer de la información y medios para ello y alcanzar el más alto net de salud sexual y reproductiva. Naturalmente incluye las decisiones a adoptar relacionadas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia de conformidad con lo establecido en los derechos humanos*. En la actualidad, se considera que la salud sexual va más allá de la reproducción y del deseo o no de tener hijos.

La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia.

Por tanto, los Derechos Sexuales pueden ser en muchos casos independientes de los derechos reproductivos, pero en los consensos internacionales se habla de que están vinculados.

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer

Art 3. Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado.

Art. 4 Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos.

Los anteriores son acuerdos que Chile tiene suscritos desde 1994, que define a su vez la Violencia contra la mujer como *“cualquier conducta basada en violencia de género que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico tanto en el ámbito público como en el privado”*.

Por tanto, recordar que no es sólo violencia física y que puede tener lugar dentro de la familia, en cualquier relación interpersonal, que es posible que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer y comprende, entre otros, la violación, el maltrato y el abuso que sea tolerado o perpetrado por el Estado o sus agentes donde quiera que ocurra. La gran mayoría de los profesionales de la salud conocen transgresiones cotidianas a los derechos de las mujeres, que según las convenciones a las que el país está suscrito, son violaciones flagrantes a los derechos humanos. Por ejemplo, cuando los funcionarios públicos, que tienen la obligación de respetar estos derechos y ser garantes de los mismos, no lo cumplen a cabalidad.

Toda mujer tiene derecho a estar libre de toda forma de discriminación, a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad y subordinación.

Un ejemplo claro es el acceso a anticonceptivos. No debería haber ninguna limitación de acceso para ninguna mujer y tampoco debe estar supeditado a las ideas basadas en estereotipos que la puedan rodear.

La declaración de los derechos sexuales y reproductivos realizada por la Federación Internacional de Planificación Familiar concentra de forma adecuada el cómo se deben respetar estos derechos. De alguna manera los limita y los objetiva: el derecho a la libertad sexual, a la autonomía, integridad y seguridad del cuerpo, a la privacidad, a la igualdad sexual, al placer, a la expresión de emociones, a la libre asociación, a hacer elecciones reproductivas libres y responsables, a la información sexual basada en data científica, a la educación sexual comprensiva y al cuidado de la salud sexual. Cuando se habla de derechos sexuales y reproductivos, se refiere a derechos humanos que se deben garantizar, por ejemplo, en la consulta, cuando se trabaja en salud sexual y reproductiva.

Con respecto a la evolución histórica de los derechos sexuales y reproductivos en Chile: entre 1930 y 1973, con la ampliación de derechos políticos y sociales, la inclusión del voto femenino, la emigración del campo a la ciudad y todo lo que fue posterior a la llamada “cosa social”, empezó a haber una política relacionada con el paternalismo biológico y la salud materna-infantil.

La despenalización del aborto terapéutico ocurrió en Chile en 1931 y la mayor experiencia sobre aborto no punible sería la del Hospital Barros Luco Trudeau, que determinó que el aborto inseguro era



una causa de mortalidad y sufrimiento innecesario de las mujeres, particularmente para las mujeres más vulneradas de la sociedad. Por esto, abrió la posibilidad de que ellas pudieran tener acceso a aborto libre y seguro en nuestro país. Esto sucedió en 1973.

Naturalmente, parte importante del avance en relación a acceso a salud materno-perinatal fue la creación del Sistema Nacional de Salud hasta 1982, que tenía una política de planificación familiar y paternidad responsable que se masificó en la década de los sesenta y setenta. Fue una política criticada desde varios ámbitos, como el catolicismo y la izquierda política, que planteaban en la discusión que algunos lineamientos eran indicados desde los Estados Unidos para hacer la Alianza para el Progreso, la cual intentó incluir en Latinoamérica políticas de control de natalidad que fueron discutidas, desde la derecha e izquierda. Luego, en 1965, se crea APROFA que fue una de las organizaciones coadyuvantes para la masificación del acceso a salud sexual y reproductiva. Si se comparan Chile y Argentina, un país considerado muy avanzado en esta materia, su primera política para el acceso a anticonceptivos fue en los años noventa.

En Chile se hizo treinta años antes, pero esto se vio truncado por la dictadura. Las orientaciones quedaron expresadas en el documento de política población que terminó por negar los derechos reproductivos a las mujeres con la restricción a la información sobre el uso de anticonceptivos, y esto se consolidó en 1989 con la penalización del aborto en toda causa, incluyendo el aborto terapéutico.

Esta política implementada en dictadura vino a detener la evolución histórica que se estaba llevando a cabo y ha costado 50 años intentar revertirla, entendiendo que en el año 1953 ya se contaba con gran parte del derecho a decidir. Posteriormente, desde 1990 hasta el año 2017 la política de recuperación de Derechos Sexuales y Reproductivos, naturalmente impulsada desde el movimiento de mujeres, estuvo altamente obstruida por enclaves binominales, demorando casi diez años la implementación de la anticoncepción de emergencia por haber sido considerada erróneamente abortiva.

Desafíos por delante

Actualmente, se puede ver cómo a través de la Objeción de Conciencia, no sólo personal sino incluso institucional, se está obstaculizando la implementación de una ley de por sí muy limitada, puesto que responde a menos del 3% de mujeres que requieren la interrupción del embarazo. Adicionalmente, es imperante no sólo la implementación administrativa de la ley, sino también la despenalización social de la interrupción voluntaria del embarazo, para que no exista un juicio punitivo a la libre elección de las mujeres.

Por otro lado, en Chile sigue existiendo la problemática de salud pública con mayor prevalencia a nivel de temáticas sexuales en adolescencia: el embarazo adolescente. Esto deja manifiesta la necesidad de una educación en salud sexual y reproductiva para jóvenes y adolescentes, además de la urgente facilitación de acceso a los centros de atención primaria, con flexibilidad de horarios acorde con su etapa escolar.

En los estudios nacionales observacionales se ha evidenciado que la edad de inicio sexual es la misma, independiente del nivel socioeconómico. La diferencia está en las tasas de embarazo adolescente. En las comunas de Las Condes, Vitacura, Providencia y Ñuñoa son muy similares a los resultados de Noruega, mientras que en La Pintana, Lo Espejo, Til Til y El Monte viven realidades similares a Haití. Dentro de una misma región tenemos tasas de embarazo adolescente que son extremadamente divergentes.

Desde la formación curricular, no existe formación explícita en las Escuelas de Medicina. Destacan iniciativas aisladas desde equipos de bioética, como en la Universidad de Santiago, la Universidad de Chile y la Universidad Diego Portales.

En cuanto a la formación de postgrado, existen diplomados en sexualidad orientados a matronas y matrones, además de profesionales del área de salud mental. Existe un diplomado en derechos sexuales y reproductivos con enfoque de género en la Universidad de Chile, y uno en sexualidad con enfoque transdisciplinario que se imparte en el Hospital Barros Luco Trudeau. Aun así, la formación en postgrado es muy acotada.

Cabe destacar el aporte de las comunidades, sobre todo de las alumnas, al generar espacios de discusión y visibilización del tema, tal como los petitorios de las tomas universitarias del año 2018.

Por lo tanto, la evolución y discusión de los derechos sexuales y reproductivos raramente viene de la academia, sino que surge desde los movimientos sociales, en especial de los movimientos generados por mujeres. También es importante considerar cómo la formación de los profesionales de la salud que se basa en la heteronorma, nos limita para generar políticas adecuadas de salud.

En resumen:

- 1) Derechos sexuales y reproductivos (DSyR): son derechos humanos consignados en convenios internacionales que han sido ratificados por Chile, por lo que deben ser garantizados por el Estado.
- 2) Truncamiento de evolución en DSR por dictadura cívico-militar: desde la década de 1930 a 1970 existió un avance importante que fue bloqueado por la dictadura. Tomará por lo menos treinta años desentrañar sus consecuencias.
- 3) Visión paternalista de la formación médica: a través la iniciativa del movimiento estudiantil, este modelo debe ser deconstruido.
- 4) Formación en DSR con enfoque de género: comenzar a debatir y trabajar sobre el tema.

En cuanto a los derechos sexuales y reproductivos: ¿se pueden considerar conceptos separados?

La reproducción o no es parte de la sexualidad. El asumir que el reproducirse (o no) es la única condición de la esfera sexual es un poco simplista. Por ejemplo, el placer o goce de una relación sexual es tan importante como el poder tener o no hijos. Hablar solamente de derechos reproductivos limita otro tipo de derechos. La posibilidad de reproducirse tiene que ver con el acceso a otro tipo de prestaciones. Además, determina también una importante parte de nuestra sociedad, que tiene que ver con la disidencia sexual. Para el autor, deberían llamarse exclusivamente derechos sexuales.

MÓDULO I

→ GÉNERO Y SALUD: MARCOS TEÓRICOS DESDE EL FEMINISMO

Expositora: Natalia Flores González

Licenciada en Ciencias Sociales. Activista feminista, encargada área de incidencia del Observatorio de Género y Equidad y coordinadora de Programa de Género del Instituto Igualdad.

Resumen

Los feminismos se han desarrollado como movimientos sociales y como teorías. La diversidad de sus expresiones radica en la diversidad de formas de opresión a las mujeres según su contexto histórico y geográfico. Se distinguen tradicionalmente tres olas de feminismo occidental: una primera ola durante la ilustración, que apelaba a los derechos civiles de las mujeres; una segunda ola sufragista y una tercera ola de diversificación y de tensión al concepto de género.

Palabras clave: Feminismos, Género, Olas feministas

El feminismo siempre ha generado controversia, tanto en su dimensión de corriente de pensamiento como en su dimensión de movimiento. Más que hablar de feminismo como un todo homogéneo, debemos pensar en feminismos plurales, divergentes, que cambian de acuerdo a los tiempos y los espacios. El feminismo como pensamiento político nace desde las diversas formas de opresión y subordinación de las mujeres en el mundo.

Existen una serie de definiciones de lo que es el "feminismo", por ejemplo La Real Academia Española define el feminismo como:

1. "Doctrina social, favorable a la mujer, a quien concede capacidad y derechos reservados antes a los hombres."
2. "Movimiento que exige para las mujeres iguales derechos que para los hombres".

Estas definiciones implican una conceptualización de derechos y tratan de equiparar las condiciones de vida de las mujeres a la de los hombres. El conflicto con ellas es que plantea como horizonte una igualdad en un contexto de explotación, es por ello que las feministas han desarrollado un marco teórico propio para comprender el fenómeno:

- **Julieta Kirkwood** (Socióloga y científica política chilena, fundadora de los estudios de género en los años ochenta) se refiere al feminismo como *"la rebeldía ante las tremendas diferencias entre lo que se postula para todo el género humano y lo que vivenciamos concretamente las mujeres"*.

- **Victoria Suau Sánchez** (Catedrática catalana) plantea que es *"un movimiento social y político que se inicia formalmente a finales del siglo XVIII y que supone la toma de conciencia de las mujeres como grupo o colectivo humano, de la opresión, dominación y explotación de que han sido y son objeto por parte del colectivo de varones en el seno del patriarcado, bajo sus distintas fases históricas de modelo de producción, lo cual las mueve a la acción para la liberación de su sexo con todas las transformaciones de la sociedad que aquella requiera"*.



• **Simone de Beauvoir** (Filósofa francesa): “Es un modo de vivir individualmente y de luchar colectivamente”.

• **Celia Amorós** (Catedrática española de filosofía): “Entendemos por feminismo, de acuerdo con una tradición de tres siglos, un tipo de pensamiento antropológico, moral y político que tiene como su referente la idea racionalista e ilustrada de igualdad entre los sexos”.

Por lo tanto, el feminismo devela aquellas estructuras y mecanismos ideológicos que reproducen la discriminación o exclusión de las mujeres en los diferentes ámbitos de la sociedad. Así como el marxismo puso de manifiesto la existencia de clases sociales con intereses divergentes e identificó estructuras económicas y entramados institucionales inherentes al capitalismo -conceptos de clase social o plusvalía-, el feminismo ha desarrollado una mirada intelectual y política que otras teorías no habían sido capaces de conceptualizar. Por ejemplo, se han acuñado los conceptos de violencia de género, acoso sexual, feminicidio, género, patriarcado y androcentrismo.



En definitiva, el feminismo pone de manifiesto la existencia de un sistema social en el que los varones ocupan una posición social hegemónica y las mujeres una posición subordinada. El feminismo como movimiento ha tenido momentos de mayor fuerza social, con el surgimiento de autoras y profundización de sus bases teóricas a las que comúnmente se les denomina como “Olas”.

Tradicionalmente distinguimos tres olas principales:

Feminismo humanista



Contexto histórico

Durante el siglo XVIII se produce el auge del pensamiento ilustrado y con ello “La Revolución francesa” momento en que se redacta “La Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano”¹. Nace el feminismo como corriente ligada a grupos de mujeres de clase alta e intelectuales europeas que abogaban por el acceso e intervención de las mujeres en los asuntos de la política y educación formal, espacio en el que sólo los hombres tenían injerencia.

Postulados

- Superar la restricción impuesta a las mujeres de no ingresar o participar en los espacios de poder debido a sus características biológicas y sexuales.
- Mujer como un sujeto político y con derechos.

Exponente: Olympe de Gouges

Redacta la “Declaración de los Derechos de la Mujer y de la Ciudadana (1791)” con la finalidad de cuestionar los valores fundantes de igualdad.



¹ Entendido como varón, ciudadano mayor de edad de sexo biológico macho, por lo que quedan fuera del documento las mujeres, niños y esclavos

Artículos

- La mujer nace libre y permanece igual al hombre en derechos. Las distinciones sociales sólo pueden estar fundadas en la utilidad común.
- La ley debe ser la misma para todas las ciudadanas y todos los ciudadanos, deben ser igualmente admisibles a todas las dignidades, puestos y empleos públicos, según sus capacidades y sin más distinción que la de sus virtudes y sus talentos. Muere guillotizada.

Feminismo sufragista



Contexto histórico

Se extiende desde mediados del siglo XIX hasta la década de los cincuenta del siglo XX (final de la Segunda Guerra Mundial)

Postulados

- Reivindicar los derechos civiles de las mujeres levantando el ideal de igualdad: Sufragio.
- Autonomía de las mujeres por medio del salario y la educación.

Exponente: Emmeline Pankhurst

Fundadora del movimiento sufragista en Gran Bretaña.

En 1913 pronuncia "Libertad o lucha" en Connecticut, EEUU. Antes, es arrestada en doce ocasiones, permanece treinta días en la cárcel y se le aplica alimentación forzosa cuando se declara en huelga de hambre.



Feminismo socialista

Contexto histórico:

- Medios del siglo XIX y principios del XX.

Postulados

- Cuestiona los postulados marxistas por no incorporar la opresión de las mujeres y al feminismo ilustrado por no incorporar a las mujeres obreras.
- Primer cuestionamiento al feminismo ilustrado.
- El patriarcado es una construcción capitalista.

Exponente: Alejandra Kollontai

Teórica rusa (1875-1945). Es quien articula de manera más racional y sistemática marxismo y feminismo. Fue la única de las y los dirigentes bolcheviques en integrar teóricamente los problemas de la sexualidad y opresión de la mujer dentro de la lucha revolucionaria.

«No basta con la abolición de la propiedad privada y con que la mujer se incorpore a la producción: es necesaria una revolución de la vida cotidiana y de las costumbres, forjar una nueva concepción del mundo y, muy especialmente, una nueva relación entre los sexos».



Feminismo de la igualdad

Contexto histórico

- Corriente en la cual se inscriben todos los feminismos que se reconocen pertenecientes a una raíz ilustrada que buscó y busca la igualdad de las mujeres.
- Feminismo de la igualdad contemporáneo: se posiciona cronológicamente entre los años cincuenta y ochenta del siglo XX.

Postulados:

- El contrario a igualdad es desigualdad y no diferencia.
- Tiene sus raíces en las premisas de la ilustración: todos nacen iguales.
- En la actualidad se encuentra incorporado en políticas públicas tendientes a la equidad de género.

Exponente: Simone de Beauvoir

Filósofa y novelista francesa (1908-1986).

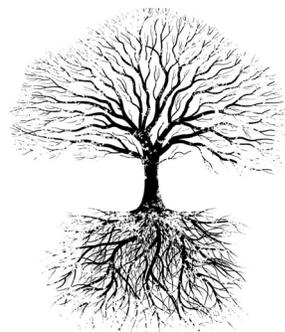
«La mujer, como el esclavo, se reconoce en el varón; su identidad le viene concedida en cuanto se acepta como vasalla del hombre; de lo contrario es, 'poco femenina'».

El hombre es lo esencial; ella lo inesencial. Ella es el «otro» sin poder de reciprocidad.

«No se nace mujer sino que se llega a serlo».



Feminismo Radical



Contexto histórico

- Época de utopías y movimientos contestatarios.
- El feminismo radical (palabra latina que viene de raíz) es una corriente estadounidense que se desarrolla entre 1967 y 1976 con enorme influencia en todos los movimientos posteriores.
- Las radicales tomaron distancia de los movimientos de izquierdas de los años sesenta, que vinculaban el feminismo al socialismo y la democracia, para extender la lucha contra el patriarcado desde lo económico y público a lo social y privado.

Postulados

- Transformar el espacio privado.
- La opresión de la mujer comienza en su propio hogar, ejercida por los padres, maridos, parejas a través de las relaciones sexuales, la capacidad reproductiva, el control del cuerpo y el trabajo doméstico gratuito.
- El patriarcado no se encuentra exclusivamente en el ámbito económico y político sino que en las relaciones sociales.
- La relación entre los sexos es política. Es una relación de poder.
- Visibilizan problemas que se consideraban privados, personales o naturales. Se habla de violencia de género.



Exponente: Kate Millet

Feminista, cineasta, escultora y filósofa estadounidense

«Lo personal es político».

«El patriarcado se adapta a diferentes sistemas económicos -políticos y es universal».

**Feminismo de la diferencia****Contexto histórico:**

- Contestación y relectura del marxismo y el feminismo en mayo de 1968.
- Segunda mitad de la década de los años setenta.

Postulados:

- Corriente crítica con las aspiraciones del feminismo ilustrado de alcanzar la igualdad en un mundo androcéntrico.
- La liberación de las mujeres pasaría así por remarcar su diferencia sexual y dejar de tener como punto de referencia a los varones.
- Lo «otro» no lo «mismo» como espacio reivindicativo de construcción y reconstrucción de una identidad propia.
- Resimbolización del cuerpo femenino.
- Se le critica su esencialismo.

Exponente: Annie Leclerc

Francesa, filósofa. El orgullo del cuerpo femenino (1974).

«Vivir es hermoso, ver y sentir la sangre tierna y cálida que fluye de una misma, que fluye del manantial, una vez por mes. Ser esta vagina, ojo abierto en las fermentaciones nocturnas de la vida, oreja tendida hacia las pulsaciones...».

«Porque parir es vivir intensamente como es posible vivir. Es el suntuoso paroxismo de la fiesta. Experiencia desnuda, entera de la vida. Parir es lo más hermoso».

Eco feminismo**Contexto histórico:**

- El término surge en 1974 por la francesa Françoise d'Eaubonne como categoría que unifica problemas ambientales y femeninos.
- Se extiende a Estados Unidos y a países subdesarrollados.

Postulados:

- La dominación y explotación de las mujeres y de la naturaleza tienen un origen común, lo que posiciona a las mujeres en una situación privilegiada para acabar con dicha dominación.
- Reivindica y politiza el vínculo originario de la mujer con la cultura y cuestiona el vínculo hombre-cultura.
- Crítica a las políticas de mercado y liberalización económica que han promovido los estados modernos y las industrias transnacionales.



Exponente: Vandana Shiva

Científica, filósofa, eco feminista de la India.

«La naturaleza fue reemplazada por el patriarcado, y las mujeres, parte de la naturaleza, se encuentran subordinadas frente al hombre y a la producción».

«Las semillas son nuestras madres ¡Guardarlas es un acto político!».



Ante el avance de los transgénicos:

«Esto puede suponer el fin de la agricultura originaria. Hay más corporaciones que tienen el control sobre nuestra vida, salud y economía. No solo Monsanto y Bayer, sino también Pioneer, Syngenta, ChemChina, Dow y Dupont».

Feminismo Postcoloniales



Contexto histórico:

- Década del 80 del siglo XX.
- Con énfasis en la India.
- Crítica al feminismo occidental y a la teoría poscolonial (crítica a la dependencia colonial)

Postulados:

- Las mujeres del tercer mundo no pueden ser comprendidas desde la categoría de mujer y género provenientes de los feminismos occidentales.

Las demandas y estrategias, al provenir de aquí, tienen alcances limitados.

- El sujeto mujer del feminismo es occidental, no considera aspectos racistas ni colonialistas.

- Las demandas de las mujeres tercermundistas son absolutamente diferentes a las de las mujeres occidentales.

- El modelo se entrecruza con otras discriminaciones igualmente o más descarnadas de corte racista y colonialista.

Exponente: Mohanty Chandra (1955)

Revisión de las perspectivas feministas occidentales sobre las mujeres del primer mundo.

“Las teorías feministas que examinan nuestras prácticas culturales como ‘residuos feudales’ o que nos etiquetan como ‘tradicionales’, también nos representan como mujeres políticamente inmaduras que necesitan ser educadas y formadas en el carácter distintivo del feminismo occidental. Estas teorías deben impugnarse continuamente...” (Bajos los Ojos de Occidente, 1984).



Interseccionalidad, única forma de feminismo en los países subdesarrollados

Interseccionalidad: Enfrentar un conjunto variado de opresiones al tiempo sin jerarquizar ninguna. Punto de vista de las mujeres negras.

- Percepción cruzada de las relaciones de poder.

- Desafía el modelo hegemónico de mujer y busca comprender las experiencias de las mujeres pobres y racializadas.



- Crítica a la universalidad. Proceso de descolonización intelectual.
- Construcción de propias categorías conceptuales.
- Reapropiarse de la palabra feminista para resignificarla y reconceptualizarla.
- Lucha de las mujeres contra el patriarcado en cualquier parte del mundo.



Exponente: Mara Viveros Vigoya

«La interseccionalidad es una aproximación situada a la dominación».

Feminismos desde Abya-yala, Propuestas de las mujeres indígenas.

Contexto histórico:

- Década del noventa del siglo XX en Bolivia, Guatemala y México.

Postulados:

- Lucha radical contra la miseria y exclusión de las mujeres indígenas desde organizaciones propias, valorando las enseñanzas y tradiciones de sus propias comunidades.
- Feminismo comunitario boliviano: feminismo como un instrumento para las luchas contra-sistémicas, tanto del colonialismo, racismo, neoliberalismo y del patriarcado.
- Forma de vida que promueve el equilibrio entre los hombres y las mujeres, entre las comunidades, las personas y la naturaleza.
- Feminismo no es sólo un movimiento emancipatorio de las mujeres sino un modelo económico y medioambiental.
- No hay descolonización sin despatriarcalización.

Exponente: Movimiento Zapatista de Liberación Nacional (EZLN, 1994)

La "Ley revolucionaria de mujeres zapatistas", elaborada el 1 de enero de 1994 de manera participativa por todas las mujeres que conformaban el municipio de Chiapas. Establece que las mujeres deben ser protagonistas y no sólo acompañantes de la revolución.

Ley Revolucionaria de Mujeres:

Primera: Las mujeres, sin importar su raza, credo o filiación política tienen derecho a participar en la lucha revolucionaria en el lugar y grado que su voluntad y capacidad determinen.

Octava: Ninguna mujer podrá ser golpeada o maltratada físicamente ni por familiares ni por extraños. Los delitos de intento de violación serán castigados severamente.

Novena: Las mujeres podrán ocupar cargos de dirección en la organización y tener grados militares en las fuerzas armadas revolucionarias.

Propuestas del Feminismo Comunitario

Esta corriente del feminismo se autodefine como un movimiento sociopolítico y se centra en la necesidad de construir comunidad.

Para el feminismo comunitario, el feminismo es la lucha de cualquier mujer, en cualquier parte del mundo, en cualquier tiempo de la historia, que se rebela y propone ante un patriarcado que la oprime o que pretende oprimirla. Entonces, descolonizar el feminismo es dejar de pensar, únicamente, desde los parámetros y categorías del feminismo eurocéntrico.

Descolonizar el feminismo es dejar de pensar desde la dicotomía del colonizador y el colonizado, es dejar de asumir el tiempo como lineal y el pensamiento como superador de las luchas, la clase como explicación suficiente y la posmodernidad como proyecto político.

Feminismos postmodernos, postestructuralistas o postfeminismos (o coloquialmente llamada “Cuarta Ola”)

Contexto histórico:

- En 1990, en Estados Unidos, asociado a planteamientos posmodernos que critican al feminismo por ser binario y heteronormativo.
- Da cabida política a feminismos lésbicos, transexuales, transgéneros, negros, etc.
- Alcance en países desarrollados.

Postulados:

- Radicalización de la libertad en términos de opciones sexuales.
- Los deseos y los cuerpos de hombres y mujeres no deben ser entendidos en las lógicas dicotómicas, polares y excluyentes de lo masculino y femenino.
- Crítica a la heteronormatividad por ser una construcción política sobre los cuerpos.
- Movimiento QUEER no se reconoce como feminista porque eso ya alude a una clasificación dicotómica de la humanidad.

Exponente: Paul Beatriz Preciado (Nacida como Beatriz Preciado)

Filósofo queer español feminista, destacado por sus aportes a la Teoría Queer y la filosofía del género. Ha sido discípulo de Ágnes Heller y Jacques Derrida.

«No hay dos sexos, sino una multiplicidad de configuraciones genéticas, hormonales, cromosómicas, genitales, sexuales y sensuales. No hay verdad del género, de lo masculino y de lo femenino, fuera de un conjunto de ficciones culturales normativas».



Mujeres chilenas que cimentaron precedentes en el feminismo



Elena Caffarena: Abogada, feminista jurista y política que luchó por la clase obrera y la emancipación femenina en Chile



Amanda Labarca: Profesora, escritora, feminista, embajadora y política. Su obra se orientó principalmente al mejoramiento de la situación de la mujer latinoamericana y al sufragio femenino en Chile.



María de la Cruz: Política. Primera mujer en ocupar un escaño en el Senado chileno. Fundadora del Partido Femenino de Chile.



María Luisa Bombal: Escritora. Su escritura se centró en personajes femeninos y en su mundo interior.



Javiera Carrera: Patriota, decidida e instruida que se destacó por su apoyo a la lucha por la Independencia de Chile.



Julieta Kirkwood: Socióloga, científica política, teórica, catedrática y activista. Fundadora e impulsora del movimiento feminista en Chile.



Ernestina Pérez: Médica y activista feminista conocida por ser una de las primeras mujeres estudiantes de medicina.



Eloísa Díaz: Primera mujer médica de Chile y América del Sur. En 1910 se le distinguió como Mujer ilustre de América por sus aportes a la medicina social.



Teresa Wilms Montt: Escritora chilena feminista de principios del siglo XX.



Lucila Godoy/ Gabriela Mistral: Profesora, diplomática y poetisa. Primera persona latinoamericana en recibir el Premio Nobel de Literatura (1945).



MÓDULO I

→ VIOLENCIA DE GÉNERO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Expositora: Dra. María Isabel Matamala Vivaldi

Médica Pediatra, Universidad de Chile. Fundadora de la Red de Salud de Mujeres de Latinoamérica y el Caribe. Encargada del área de género de la OPS. Investigadora del Observatorio de Equidad de Género en Salud. Integrante de la Mesa Acción por el Aborto en Chile y del Departamento de Derechos Humanos y de la Comisión de género y Salud del Colegio Médico de Chile.

*“Deseché mis privilegios para ser la mujer que soñaba.
Ahora estreno mis tacones altos en la vereda de la discriminación”
Miranda Montealegre, mujer transgénero.*

Resumen

Definir la violencia de género no es una tarea fácil, dado que abarca un sinnúmero de ámbitos, actitudes y formas, que afectan en mayor proporción a las mujeres. La violencia de género se basa en un orden social patriarcal en el que, teniendo en cuenta un binarismo hombre-mujer, se sitúa en una posición inferior a la mujer.

Basada en el orden patriarcal, el género jerarquiza los seres humanos y naturaliza culturalmente una desigual valoración-poder de los cuerpos; es decir hay sujeto/ objeto, dominadores/dominadas, hegemónicos/subalternos. En consecuencia, hay seres humanos que tienen una ciudadanía omitida, en el caso de la violencia lleva a realizar una vida en base al miedo.

Palabras clave: Violencia de género, Salud pública

Definiciones de Violencia de Género en el Derecho Internacional

Definiciones realizadas por organismos internacionales, las cuales son complementarias entre sí y tienen como propósito defender y promover los derechos de las personas

- **Naciones Unidas:** “Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción, o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la vida privada”.

- **Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belén do Pará” (1994):** “Dentro de la familia o unidad doméstica u otra relación personal, violencia física, sexual y psicológica, comprende violación, maltrato y abuso sexual. En la comunidad puede ser perpetrada por cualquier persona. Comprende violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud u otro lugar; que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra”.



- **Comunidad LGBTI→ Sistema Interamericano. Resolución AG/RES2807 sobre DDHH, orientación sexual e Identidad y Expresión de Género (2013):** “Niños que nacen con atributos sexuales diferentes son objeto intervenciones involuntarias, sin consentimiento informado, lo que ocasiona sufrimiento psíquico e infertilidad. Insta a los Estados a producir datos sobre violencia homofóbica y transfóbica con el objetivo de formular políticas públicas que protejan derechos y aseguren prácticas médicas con estándares reconocidos en DDHH”.

Violencia estructural de género como determinante de la salud

- Es un continuo.
- Se encuentra normalizada en todos los ámbitos de la vida cotidiana.
- Mujeres y cuerpos feminizados viven oprimidas por la violencia de género estructural.

El patriarcado neoliberal ensancha las brechas de género: se debe enfatizar en que las brechas de género se intersectan con la etnia, clase, edad, discapacidad, violentando la vida cotidiana en diferentes niveles y de diferentes formas.

Tipos de violencia de género y evidencias

- **Violencia simbólica mediática:** Violencia que se ejerce a través de los medios de comunicación, en los que se denigra a la mujer, perpetuando los estereotipos de género socialmente impuestos y mediante la invisibilización de la mujer. Ejemplo: caso judicial Nábila Riffo en el que su sexualidad fue cuestionada públicamente con un mensaje que recorta su libertad, levanta sospecha y minimiza la agresión. El daño psicológico realizado a través de los medios de comunicación se suma al de la agresión.

- **Violencia psicológica y física:** Continuo en que la primera se refiere a cualquier tipo de actitud que menoscabe la psiquis de la mujer, que puede llegar a la violencia física, es decir, que hay un daño tangible físicamente. Ejemplo: en Chile en el año 2015 se registraron 59.000 denuncias por violencia intrafamiliar (VIF). Es preciso considerar que son aproximadamente siete años los que una mujer se demora en denunciar la violencia que sufre, así que las 59.000 reflejan sólo una pequeña parte del problema.

- **Femicidios (feminicidio en otros países):** Expresión máxima de la violencia. Se le quita la vida a una mujer, en el contexto de la violencia al que está sometida en el sistema patriarcal. Además, la violencia se ejerce desde la institución del Estado, el cual permite que estos crímenes ocurran y los mantiene en la impunidad, siendo Guatemala, el país de la región con mayor porcentaje de ésta, con un 99% (3). Ejemplo: en el año 2017 en Chile hubo 44 femicidios consumados y 115 frustrados.

- **Violencia sexual Chile:** La OMS la define como “actos que van desde el acoso verbal a la penetración forzada y una variación de tipos de coacción, desde la presión social y la intimidación a la fuerza física” (4). Ejemplo: del total de 903 víctimas constatadas por violaciones en el año 2015, 797 correspondían a mujeres (5). Hasta abril de 2018, 193 mujeres fueron atendidas con base en la Ley 21.030 de interrupción voluntaria del embarazo (IVE). De estas mujeres, 37 lo fueron por causal violación, 15 fueron menores de 18 años, y de estas 4 menores de 14 años (MINSAL).

- **Violencia institucional:** En Argentina se define como "aquella realizada por las/os funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley" (6). Es el caso de las mujeres migrantes, ya que son expuestas a precariedad en salud, en especial, en los servicios de salud sexual y reproductiva, enfrentándose a barreras de acceso, culturales o lingüísticas. También las adultas mayores rotuladas como "VDM= vieja de mierda" en las fichas clínicas e incluso la objeción de conciencia que en ocasiones obstruye la Ley IVE. En este sentido es importante recalcar que Foucault identifica a los servicios de salud como dispositivos de control para vigilar y castigar.

- **Violencia lesbofóbica:** Se basa en la heteronormatividad que naturaliza la violencia hacia las personas homosexuales, en especial a las mujeres lesbianas. Ejemplo: Caso Atala Riffo que fue sancionada por el Estado chileno. Los Tribunales la privaron del derecho como madre a vivir con sus hijas por ser lesbiana, generando daño psicológico a la madre y las niñas, lo que fue condenado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en 2012 con sanción al Estado chileno. Otro ejemplo es el del femicidio de Nicole Saavedra, mujer lesbiana, secuestrada, torturada y asesinada en el año 2016 sin que hasta ahora haya resultados de la investigación. Contrario a lo que ocurrió cuando sucedió el homicidio de Daniel Zamudio, lo que evidencia una desigualdad de género entre lesbianas y gays.

- **Violencia Transfóbica:** Basada en el sistema sexo-género, es la violencia que se ejerce contra las personas transgénero. La violación de los DDHH ocurre en el entorno familiar, el ámbito escolar y los servicios salud. Esto determina que identificarse como persona trans sea predictor de tendencia suicida. Ejemplo: un estudio en Argentina informa que el promedio de vida de una persona trans es de 40 años.

- **Suicidios de mujeres por razones de género:** Ya sean suicidios desatados por un continuo de violencia o femicidios mal catalogados. *Ejemplos:* investigaciones en España indican que en el año 2014 hubo 972 suicidios de mujeres de las cuales entre el 20 y 40% había sufrido violencia previa (U. Granada). Otra investigación en Argentina (U. Buenos Aires), informa que en las provincias de Tierra del Fuego y La Pampa hubo seis veces más suicidios que homicidios de mujeres lo que contraviene la tendencia. Más aún hay causas sobrerrepresentadas como son estrangulamiento, uso de arma de fuego, ahorcamiento, sofocación que no corresponden a las formas de suicidio predominantes en mujeres. Existe un sesgo patriarcal que desde la policía o fiscalía confieren credibilidad al marido con sólo comunicar "mi mujer se suicidó". En ninguno de los casos se ha efectuado autopsia psicológica con enfoque de género.

- **Gineco-obstétrica:** "Aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de procesos naturales" (6). Esto se inicia en la academia, que en los procesos de formación valida la violencia, naturalizando el cuerpo de las mujeres como objetos y no como perteneciente a sujetas, políticas y ciudadanas. También, incluye a mujeres con capacidades diferentes, en especial mentales, a las que se les practican intervenciones no voluntarias. Ejemplo: existe una investigación no publicada de la Escuela de Salud Pública (Universidad de Chile) que confirma esta afirmación.

Las políticas públicas en Chile

- Ley 20.066, limitada a violencia intrafamiliar.
- Ley 20.480, se refiere al femicidio.



- Sernam EG mantiene 103 centros de la mujer, con un teléfono (800104008) habilitado las 24 horas durante los 365 días del año.
- Carabineros mantiene el Fono Familia 149 las 24 horas, todo el año.
- Programa Violencia contra la Mujer de MINSAL, desde 2006, reformulado en 2016. Se desconoce su continuidad a partir de 2018.

En general no existe un enfoque integral de las políticas. Se espera una nueva ley que incorpore todas las manifestaciones de violencia y que articule al total de instituciones involucradas. Las biopolíticas en general no logran efectivos resultados de prevención, empoderamiento, autonomía y seguridad de las mujeres afectadas y tampoco consiguen erradicar la impunidad.

Los discursos, las subjetividades y las técnicas gubernamentales están regidas en su mayoría por razones de seguridad, regulación del delito, con lo punitivo como central, y promueven expectativas de riesgo cero y tolerancia cero. Reducen a lo individual, a la relación de víctima-victimario (el "expediente") y así esconden el conflicto sociocultural y los condicionantes opresores que posibilitan las diversas expresiones de la violencia de género y su impacto en la salud.

¿Qué hacer? ¿Cómo prevenir? ¿Cómo abordar?

Es obligación del Estado, en el marco del Derecho Internacional de los DDHH, prevenir la violencia, proteger a las víctimas, prevenir la criminalidad y asignar el presupuesto necesario para ello, por tanto es necesario:

- Abordaje integral del problema, en la corriente principal de las políticas y con producción de datos integrados y estrategias de intervención cultural permanente. Esto incluye también la formación en género, violencia y salud del personal de todas las instituciones estatales concernidas.
- Capacitación comunitaria en materia de violencia de género y conformación de redes locales.
- Vigilancia en los medios de comunicación y en la publicidad.
- Prevención en sistema escolar a través de educación no sexista, protocolos de detección precoz e inclusión curricular de la historia del movimiento feminista.
- Prevención en los sistemas de salud mediante protocolos de detección precoz de violencia de género en los establecimientos de atención primaria y en los servicios de urgencia. En caso de traumatismos o problemas de salud mental de las mujeres, profundizar en la búsqueda de violencia de género.
- Creación de unidades de apoyo interdisciplinario distribuidas a través del país.
- Acceso a atención integral y a recursos de protección para la víctima, sin requerir denuncia judicial previa.
- Negación de custodia compartida a los padres maltratadores.
- Refuerzo de seguridad con protección policial instruida en violencia de género, durante las 24 horas, todos los días de la semana, incluyendo a los hijos e hijas.
- Asegurar a las mujeres víctimas la inserción laboral y subsidio económico por algunos meses con el propósito de facilitar el reinicio de su vida cotidiana.



MÓDULO I

Mesa de diálogo: "Interrupción del embarazo en tres causales"

→ OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Autora del texto: Dra. Dominique Truan

Gineco-Obstetra y Médico Cirujano de la Universidad de Chile, dedicada a la Obstetricia de Alto Riesgo.

Resumen

Las sociedades democráticas occidentales han ido internalizando los conceptos de igualdad de género, autonomía y respeto de los derechos humanos, lo que explica la tendencia mundial hacia la liberalización de las leyes de aborto. Además de cambios culturales, hay evidencia empírica que apoya la conveniencia de legalizar el aborto, puesto que cuando el aborto es a libre demanda, disminuyen la mortalidad materna e infantil y el número de abortos practicados. Y con todo ello, el gasto en salud por complicaciones inherentes al aborto inseguro.

El progreso en la temática de derechos sexuales y reproductivos, específicamente el de interrupción voluntaria de embarazo, no es lineal y las barreras persistentes impiden que estas leyes y políticas amplíen el acceso de las mujeres a los servicios.

Uno de estos obstáculos es el creciente uso de motivos ideológicos o de conciencia por parte del personal de servicios de salud para justificar el rechazo a la atención del aborto. El término "Objeción de conciencia" (OC), es un concepto históricamente asociado con el derecho a negarse a formar parte del ejército o participar en la guerra por motivos religiosos o morales. El uso del término "conciencia" como argumento para negarse a prestar servicios médicos democráticamente definidos como derechos universales, es al menos cuestionable.

Justamente esto aconteció en Chile recientemente, cuando el Ministro de Salud intentó ampliar la objeción de conciencia a las instituciones que reciben financiamiento estatal.

Negarse a otorgar una prestación de salud no es objeción de conciencia.

Palabras clave: Objeción de conciencia, interrupción del embarazo, Tres causales.

La Objeción de conciencia (OC) es la negativa a cumplir la ley, bajo el alero de la conciencia. Su origen estuvo en la negativa de ciudadanos americanos a ir a la guerra de Vietnam. La aplicación del concepto de objeción de conciencia a instituciones es algo completamente anómalo en la legislación comparada.

Como reconoce el Derecho Internacional, las instituciones no pueden objetar de conciencia porque no la tienen. Sólo las personas individuales tienen conciencia. La objeción de conciencia institucional no es más que la imposición de dictámenes institucionales sobre las conciencias individuales.

Es evidente que contradice el espíritu original del término que pretendía proteger al individuo de la arbitrariedad de la ley y las instituciones en circunstancias extremas. Por ejemplo, permitía a un médico negarse a participar en una sesión de tortura o en la ejecución de la pena de muerte por razones inherentes a la ética médica.



La negativa a proporcionar servicios de salud sobre la base de la “conciencia” es inadmisibles

El personal de los servicios de salud que niega atención médica legal está violando la ética médica. La OC a una interrupción del embarazo terapéutica no tiene cabida en el actuar médico. Se opone al principio de no dañar y de justicia en bioética. La seguridad y bienestar de las mujeres debe estar siempre por delante de las creencias personales. Además, el acceso a cualquier prestación médica no debe estar determinado por la institución en la cual la persona está asegurada, ya que se violaría el principio de justicia y equidad. Se ha visto, además, que al argumentar motivos de conciencia para negar la atención del aborto, se limita al acceso a otros servicios de salud sexual y reproductiva como anticoncepción y tratamientos de infertilidad, servicios a personas homosexuales y transgénero. Es decir, abre la puerta a la discriminación arbitraria y constituye una falta en el ejercicio de los deberes por parte de los responsables de la provisión de servicios.

La OC no es un derecho en salud, a lo sumo, es un privilegio. Los privilegios son ostentados por un grupo acotado. Los derechos, en cambio, los disfrutamos todos por igual. Llevado esto a la práctica médica, ningún médico funcionario público tiene el derecho a negar una prestación establecida por ley, menos aún una práctica elemental para la salud y vida de las mujeres, pues son servicios que salvan vidas e impiden graves secuelas. Es preciso recordar que cuando se habla de aborto terapéutico, se refiere a una intervención terapéutica para proteger la salud de las mujeres.

Además, en términos de salud pública, regula y minimiza la mortalidad materna e infantil, que son los marcadores más relevantes y sensibles de calidad de salud de un país. Dedicarse a la profesión médica es una elección. No así el servicio militar al cual han objetado ciudadanos. Y es una segunda elección dedicarse a la salud sexual y reproductiva, tanto como especialista o como médico general. Ante esta decisión de dedicarse a la salud sexual y reproductiva es estricto y necesario reflexionar sobre cuáles son los motivos de esta elección y si los servicios a prestar son compatibles con los valores propios. Los profesionales de la salud que practican obstetricia, ginecología, partería u otros campos que incluyen la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva deben cumplir con sus obligaciones profesionales de proporcionar interrupciones de embarazo, anticoncepción y otras prestaciones esenciales, según lo dicte la *lex artis*. La propuesta es buscar un área en que mi conciencia no se vea amenazada por proporcionar el servicio que la usuaria requiera y esto podría llamarse **Objeción de Conciencia previa o responsable**.

El objeto de esta propuesta es evitar el menoscabo en la atención de salud de las personas por creencias personales del médico.

La negación de la atención afecta más a pacientes vulnerables

El personal de salud que se niega a brindar atención médica exacerba las desigualdades de género y clase social. Los profesionales de la salud, especialmente los médicos, son parte de una profesión elitista y poderosa en la mayoría de las sociedades, con la autoridad y prestigio que dificultan que los pacientes desafíen sus decisiones, o incluso hagan preguntas. Muchos médicos son más privilegiados que sus pacientes en términos de clase social y estatus.

Además, los profesionales de la salud suelen tener el monopolio de la prestación de servicios. Afirmar que su derecho a negar la atención - basado en sus creencias personales - tiene prioridad sobre los



derechos y la salud de los pacientes, les transfiere aún más poder en una relación que ya es desigual. Mientras más marginada esté la persona que busca los servicios, es más probable que enfrente dificultades para superar el desequilibrio de poder para exigir y acceder a los servicios que necesita. Las personas que se atienden en el servicio público y, por lo tanto, no pueden elegir prestador, se verán especialmente afectadas en su derecho de acceder a la salud. Las mujeres, por supuesto, serán las más afectadas. Por lo que, se viola el principio mínimo de justicia que determina que consideraciones de clase social y género no deben influenciar el acceso a prestaciones de salud garantizadas por ley.

Otros pagan los costos de la negativa a brindar servicios por parte del personal de salud

Al negarse a proporcionar atención médica basada en motivos de conciencia individual, quienes proveen servicios no pagan el precio, otros lo hacen. La persona más gravemente afectada es, por supuesto, aquella a quien se le negó la atención, pero eso no es todo. Los proveedores que se niegan a brindar un servicio aumentan la carga de trabajo de sus pares que eligen cumplir con sus obligaciones profesionales de ofrecer una atención integral de salud sexual y reproductiva.

Los proveedores que cumplen la ley y brindan atención a quienes buscan un aborto, a menudo enfrentan mayores cargas. También, pueden experimentar estigma y discriminación en el lugar de trabajo y en la comunidad. Los objetores del servicio militar han pagado con cárcel o trabajo su objeción a la ley por motivos de conciencia. La OC en medicina, como lo hemos visto en Chile, no responde al espíritu de excepcionalidad. Se ha tomado con una liviandad que merma el deber y la ética del trabajo médico. En nuestro país, obstruir la prestación de servicios bajo la excusa de OC, por el momento, no responde a sanciones, trabajo extra, ni cambio en las responsabilidades. Se ha convertido en una barrera de acceso a los servicios de salud en lugar de una OC real y ética. Finalmente, el personal de salud que se niega a ejecutar tareas esenciales de su trabajo genera mayores costos, puesto que se hacen necesarias adaptaciones que pueden distorsionar la asignación de recursos y crear ineficiencia en los sistemas de atención de la salud, que ya de por sí suelen presentar desafíos económicos.

Los órganos de los derechos humanos internacionales como las Naciones Unidas no reconocen el derecho a la OC por parte de los proveedores de servicios de salud pública, mucho menos de instituciones. Múltiples organismos internacionales como el Comité Económico, Social y Cultural de Naciones Unidas, Comité por la Eliminación de toda Discriminación contra Mujeres (CEDAW) y el Comisionado Europeo por los Derechos Humanos, entre otros, adscriben al concepto de que nadie puede interferir en el derecho a recibir la más alta calidad de atención de salud posible. Es así como los órganos de vigilancia de los tratados de derechos humanos han exigido limitaciones en el uso de OC, con el fin de garantizar que los proveedores de servicios de salud no impidan el acceso a los servicios y, por lo tanto, no transgredan los derechos de los demás. Los órganos creados en virtud de estos tratados han llamado la atención sobre la insuficiente regulación de los Estados sobre el uso de la OC y les han ordenado que tomen medidas para garantizar el acceso a los servicios de salud. Amnistía Internacional critica también la objeción institucional y no la reconoce amparada en el Derecho Internacional. Los órganos de vigilancia de los tratados internacionales de derechos humanos también establecen que las organizaciones o instituciones (tales como los hospitales) no pueden hacer reclamos de OC.

Wendy Chavkin et al. durante el año 2013 realizaron un análisis de las leyes y políticas nacionales que regulan las emisiones de OC al aborto en Europa. Encontraron que la mayoría de los países con regulaciones permiten la OC pero limitan la práctica para proteger el acceso de las mujeres a la



prestación de servicios. Países escandinavos y de Europa del este no incorporan la OC en sus leyes lo cual se ha interpretado como que el equipo de salud carece del derecho a la OC.

Recomendaciones para las políticas públicas

Las políticas de cuidado de la salud no deben permitir la negación de servicios basada en motivos de conciencia. Elevar a rango de ley la noción de que las creencias personales de los proveedores son legítimos para restringir la prestación de servicios de salud, abre la puerta a abusos y a la profundización de desigualdades de género y clase social ya existentes en los sistemas de salud.

La OC en salud va en contra del objetivo de asegurar que todas las personas puedan ejercer su derecho a tener acceso a la gama completa de servicios protegidos por la ley, por lo tanto es una violación de sus derechos humanos. Además, debilita la capacidad de los prestadores de cumplir con la ley, así como el desempeño de sus obligaciones profesionales. Por último, deben formarse organismos fiscalizadores que velen por el cumplimiento de la ley, aseguren el acceso y sancionen a instituciones o personal de salud que entorpezca la prestación o que incurran en malos tratos o situaciones abusivas.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OMS), generaron los estándares profesionales de regulación a la objeción de conciencia al aborto, los cuales llegan a la siguiente conclusión: El principal deber de conciencia de los proveedores de atención médica es tratar (es decir, proporcionar beneficios y prevenir daños) a los pacientes.

La objeción de conciencia es secundaria a este deber primario. Se argumenta, además, que deben existir obligaciones para garantizar el acceso a los servicios sin discriminación o demoras indebidas. Los proveedores tienen el deber profesional de seguir los protocolos según la base científica y evidencia médica y de no tergiversarlas según, las creencias personales.

El equipo de salud debe proporcionar a los pacientes acceso oportuno a los servicios médicos, incluida la información sobre las opciones médicas indicadas en los procedimientos de atención, incluso si se oponen a estas opciones por motivos de conciencia. En situaciones de emergencia, los proveedores deben proporcionar la atención médica indicada, independientemente de sus propias creencias personales. Estas indicaciones sobre las limitaciones de la OC son compartidas ampliamente por la comunidad médica internacional y expertos en bioética.

Para la implementación exitosa del aborto terapéutico

Es piedra angular capacitar y apoyar a los profesionales para cumplir con sus deberes. Los profesionales requieren apoyo para examinar y replantear sus valores y responsabilidades. En este período de cambios, se pueden requerir adaptaciones para aquellos profesionales que ya estén trabajando en salud reproductiva, para apoyarles en la transición.

Las nuevas generaciones de proveedores de servicios deben capacitarse de forma teórica y práctica en las nuevas competencias necesarias, así todos podrán proveer los servicios protegidos por la nueva ley. Los profesionales de salud deben recibir formación sobre derechos humanos y bioética de

forma profunda, porque es evidente la ignorancia de esta temática en Chile desde la formación de pregrado y la insuficiencia a este respecto en su formación de posgrado.

El término “Objeción de conciencia” es una denominación equivocada y a los proveedores no se les debería permitir usarlo como una práctica que subvierte las obligaciones profesionales y los estándares en atención a la salud, además de dañar a las pacientes. La autora expresa: “Nos unimos a quienes hacen un llamado a encontrar una terminología que refleje de manera más precisa la acción a la que se alude, tales como ‘rechazo u obstrucción a los servicios’ o ‘negación de servicios basada en creencias personales’”.

Los proveedores de servicios de salud, y quienes defienden los derechos humanos y los derechos de las mujeres, no deben aceptar que el término “conciencia” se use equivocadamente para negar a otras personas el acceso a la atención en salud y respeto a sus derechos humanos. La experiencia de otros países que adoptan los motivos de conciencia revela que regular su uso es extremadamente difícil y a menudo ineficaz. Sin embargo, si no es posible mantener los motivos de conciencia fuera de la ley, es esencial que la ley exija que las autoridades limiten y regulen estrictamente su uso.

Como mínimo, las regulaciones deben incluir el requerimiento a los proveedores de servicios de salud de justificaciones escritas de sus motivos de conciencia. Deben incluir la obligación de referir a profesionales de la salud que estén dispuestos a proveer el servicio de forma oportuna y a una distancia razonable. En el caso de una emergencia médica o si no hay otro proveedor disponible, al proveedor que reclamaba los motivos de conciencia, se le debe solicitar la prestación del servicio. El ejercicio de los motivos de conciencia debe estar restringido a las personas individuales, nunca deben incluirse las instituciones. Además, la OC debe estar restringida a aquellas personas que estén directamente involucradas en la realización del procedimiento.

La objeción de conciencia no debe aplicar para el diagnóstico de patologías, consejería ni a la prescripción de medicamentos disponibles y legales. Para la prescripción de medicamentos, los médicos o matronas deben seguir los protocolos vigentes. Sólo los médicos pueden ser objetores de conciencia. El personal no médico no puede ser objetor, ya que no realiza la intervención explícita, y colabora indirectamente.

Los servicios de aborto y los anticonceptivos siempre deben estar disponibles en los servicios públicos y privados con financiamiento público de salud, sin ninguna discriminación. Recoger datos acerca de la prevalencia y consecuencias de la negación de servicios de salud reproductiva debida a motivos de conciencia es fundamental. Es relevante también documentar experiencias individuales de las personas a quienes se les ha negado el servicio de aborto u otros servicios de salud sexual y reproductiva.

Conclusiones

Las prestaciones de salud definidas como legales en el debate democrático no deben ser consideradas como situaciones válidas para invocar objeción de conciencia, ya que el derecho a la salud prevalece. La OC responsable debe ser previa y originada desde los equipos de salud, es decir, médicos que tengan creencias que les impidan prestar la totalidad de servicios requeridos, y sobre todo, en temas de salud sexual y reproductiva deben dirigir sus quehaceres a otras temáticas en los que su conciencia no afecte la salud de terceros. Chile necesita con urgencia formar y educar a sus equipos de salud en temas tan preponderantes, como DDHH y bioética. Deben existir órganos fiscalizadores y sancionadores de instituciones y personal de salud que no cumpla con la ley e imponga barreras para la prestación de la atención.



MÓDULO I

Mesa de diálogo: "Interrupción del embarazo en 3 causales"

→ LEY INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE): APLICANDO LA NORMATIVA Y PROTOCOLOS A LA REALIDAD NACIONAL

Expositora: Dra. Paz Robledo Hoecker

Médica cirujana, Pediatra. Magíster en Psicología del Adolescente. Asesora de la Ministra de Salud, Gobierno de Michelle Bachelet (2014-2018).

Resumen

La Ley que despenaliza la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en tres causales (Ley 21.030) fue aprobada en la República de Chile en septiembre de 2017. Desde entonces se ha desarrollado un proceso largo de implementación, que no ha estado exenta de complicaciones. Esta implementación está basada en el Modelo de Atención Integral de Salud que ubica a la mujer en el foco de la atención. Abarca todos los niveles de atención del sistema de salud, pero con énfasis en la atención especializada, es decir, en los policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico (ARO). Actualmente, existen normativas, instructivos y protocolos que permiten regular la implementación de ésta. El protocolo de Objeción de Conciencia ha sido controversial, ya que configuró una excepción de la ley y limita, finalmente, el acceso a mujeres que se encuentran dentro de una de las tres causales, a las prestaciones necesarias y garantizadas.

Palabras clave: IVE, Ley 21.030, implementación, objeción de conciencia.

"...Artículo 119. Mediando la voluntad de la mujer, se autoriza la interrupción de su embarazo por un médico cirujano, en los términos regulados en los artículos siguientes, cuando:

1) La mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida.

2) El embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal.

3) Sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación. Tratándose de una niña menor de 14 años, la interrupción del embarazo podrá realizarse siempre que no hayan transcurrido más de catorce semanas de gestación..." (Código Sanitario, art. 1, modificado por la Ley 21.030, 2017).



Así quedó estipulado en el Código Sanitario la nueva Ley 21.030 que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, enumeradas e identificadas anteriormente.

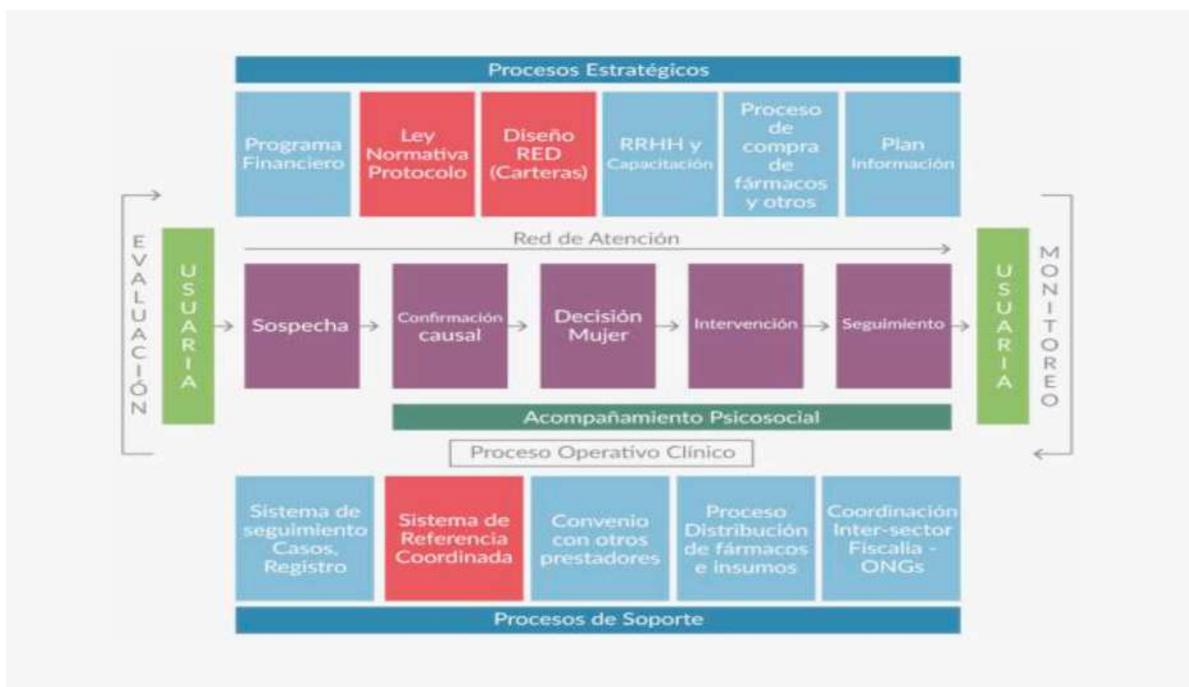
El proceso de promulgación de la Ley 21.030 fue extenso, especialmente en su discusión (dos años y ocho meses). La implementación de ésta recién comienza tras su promulgación, en septiembre de 2017.

El modelo de implementación elegido es el “**Modelo de Atención Integral**”.

Este modelo se define como: “El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”.

El modelo centra su quehacer en las mujeres, en la integralidad de la atención y en la continuidad de los cuidados.

- **Centrado en las personas (mujeres):** Considera las necesidades y expectativas de las mujeres en relación a las tres causales reguladas en la Ley N° 21.030.
- **Integralidad:** Función del sistema de salud e incluye promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos con una cartera de servicios disponibles suficientes para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial, espiritual y cultural del ser humano.
- **Continuidad del cuidado:** Cuyo objetivo es lograr la eficiencia y eficacia del proceso asistencial.



Se desarrolla posteriormente un modelo de gestión para la implementación. Cabe destacar que la mujer se encuentra en el centro de este flujo, en el que ante la sospecha de encontrarse frente a una de las tres causales de IVE, el equipo médico confirma la causal y luego es la mujer, en su autonomía, la que toma la decisión respecto a la continuidad del proceso.

Se ven involucrados en este modelo no sólo los procesos estratégicos (programa financiero, Ley normativa, protocolo, diseño de red, etc.), sino también el proceso operativo clínico y procesos de soporte para llevar a cabo la implementación de la ley.

Interviene no sólo el área de la salud, sino también otros actores no sanitarios para alcanzar un proceso integral y continuo en la atención (fiscalía, tribunales, ONG, otros).

Avances:

- Presupuesto Ley 2017-2018: Aprobado y financiado por el Ministerio de Hacienda, para el cumplimiento de los diversos acápite de la ley (subtítulos 21, 22, 29 entre otros).
- Salud Responde: Línea telefónica gratuita atendida por matronas/matrones que pueden brindar toda la información respecto a los centros prestadores, el alcance de la Ley e informar sobre el acompañamiento para las mujeres afectadas.
- Existen 69 policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico a los que pueden recurrir las usuarias que se encuentren en sospecha o confirmación de alguna de las tres causales.
- Compra de medicamentos (desde el extranjero), así como equipamiento para diagnóstico particularmente en la segunda causal (ecógrafos, RNM fetales, cardiograma, etc.).
- Compra de fármacos e insumos.
- Apoyo económico a zonas extremas del país para arriendo de vehículos para el traslado de mujeres.

El financiamiento para la implementación está garantizado en la misma Ley 21.030 (por ende, no puede constituirse como barrera para implementación). Dado que las leyes requieren al menos uno o dos años para ser implementadas, período que variará según la complejidad de éstas, es que es durante este gobierno que se debe consolidar su implementación.

En el Artículo 4 del Reglamento de Acompañamiento se especifica que: "Los establecimientos públicos de salud otorgarán gratuitamente el programa de acompañamiento a toda mujer que lo solicite, con prescindencia del sistema de Salud al que se encuentre acogida, sea éste estatal o privado" (Ley 21.030). Es decir, está garantizado su acceso, sea cual sea el sistema previsional.

Normativas:

I. Norma Nacional Técnica

II. Reglamento Programa de Acompañamiento

III. **Protocolo de Objeción de Conciencia.** Constituía inicialmente una situación excepcional de solicitud de no cumplimiento de la ley. Tras la última modificación del ejecutivo, la objeción de conciencia se volvió una condición de mayor acceso por otras razones.

IV. Instructivo Superintendencia de Salud a privados

Las normas nacionales tienen como objetivo:

- Entregar herramientas para regular tanto al sistema público como el privado, garantizando el acceso, cuidado continuo, oportunidad, calidad y seguridad de la atención.
- Regula elementos diagnósticos para la constitución de cada una de las causales (basada en la mejor evidencia, con apoyo de la FIGO, entre otras).
- Regula las técnicas para la interrupción del embarazo, por ejemplo, vaciamiento uterino (según edad gestacional).
- Regula las prestaciones contempladas en el Proceso de Acompañamiento (psicosocial), el cual es voluntario, es decir, sólo en caso de que así lo desee la mujer.

Todas las prestaciones están codificadas por FONASA (desde enero de 2018), lo que permite la prestación bajo el sistema de Libre Elección e ISAPRE. Al realizar el seguimiento a instituciones privadas, se ha podido comprobar que esto no se ha hecho efectivo en su totalidad.



Diseños de Red

Se estiman 2.550 mujeres afectadas por alguna de las tres causales anualmente en Chile. En pos de resguardar su privacidad y evitar la estigmatización en sus territorios locales, es que se decide hacer el fortalecimiento de la atención especializada de salud, es decir, en los Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico (ARO), mientras que la Atención Primaria será la puerta de entrada al sistema de salud y monitorizará los casos. En caso de requerirse activación de redes locales, se transferirán los recursos para hacerse efectivo.

Recursos Humanos (subtítulo 21)

Cargos:

Incorporación de cargos de distintos profesionales para la implementación integral.

1. Acompañamiento psicosocial para cada uno de los 69 servicios ARO del país:
 - 11 horas psiquiatra
 - 22 horas trabajador(a) social
 - 22 horas psicólogo(a)

2. Contratación de ocho cargos Salud Responde:

- 44 horas + horas extra para atención en modalidad telefónica 24/7 los 365 días del año.

Capacitación del recurso humano:

- Total estimado: Más de 764 personas (más 122 por modalidad online). Aproximadamente: 900 personas.
- 325 directivos de servicios de salud, asesores técnicos y directivos de hospitales.
- 370 profesionales de los Policlínicos ARO en manejo obstétrico (Médicos- Matrón/as) y área psicosocial (Trabajadora Social- Psicóloga/o) en las tres causales.
- Capacitaciones prácticas de 69 ginecobstetras en técnicas de AMEU.



Se espera que con las réplicas de cada uno de los servicios de salud, se capaciten 1.400 personas más a lo largo de todo el país. Considerando que esta red involucra a más de 8.000 personas en el país, aún queda una brecha importante de capacitación.

Objeción de Conciencia:

Una de las acciones que más ha complejizado el implementación de la IVE es la Objeción de Conciencia (OC).

La ley señala que se podrá declarar objeción de conciencia de tipo individual en el sector público de salud, no así institucional. Al existir hospitales en los que todos los ginecobstetras declaran objeción de conciencia individual, se produce una forma indirecta de objeción de conciencia "institucional", si los directivos de estos no contratan nuevo personal no objetor que garantice el cumplimiento de la ley y las respectivas prestaciones. Los objetores de conciencia individual deben declarar esta condición de manera formal y por escrito al director de su centro asistencial.



Protocolo Objeción de Conciencia

Contenidos principales

La regla general es cumplir la ley, por lo que la objeción de conciencia se alza como una situación excepcional, que exime de la responsabilidad que obliga a todos los ciudadanos.

VELAR POR QUE LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA NO SE TRANSFORME EN UNA BARRERA DE ACCESO

El nuevo Protocolo de Objeción de Conciencia que entró en vigencia el 23 de marzo de 2018 disminuyó los requisitos para declarar OC individual, entre otros, no requiriendo el informe previo formal y por escrito a las jefaturas correspondientes que permitiría tomar medidas con antelación para salvaguardar el cumplimiento de la ley.

El Tribunal Constitucional permitió la figura de Objeción Institucional en el sistema privado de salud, especificando que es posible reconocer OC Institucional sólo a aquellas entidades con **ideario confesional** según lo considerado en el N° 136.

Los Protocolos de Objeción de Conciencia de enero y marzo 2018 (Resolución exenta 61 y 432 respectivamente) fueron declarados ilegales por Contraloría General de la República el 9 de mayo de 2018.

Es importante señalar que existen sistemas de registro y seguimiento rigurosos en el país en el sistema público. Desde la promulgación de la ley hasta mayo de 2018 (periodo de ocho meses), se registraron un total de 295 casos de mujeres en alguna de las tres causales. De ellas, el 12% (34 mujeres) decidió continuar con su embarazo; y el 88% restante tomó la decisión de interrumpirlo.

CASOS DE INTERRUPCIÓN DE EMBARAZOS EN 3 CAUSALES CHILE SEPT 2017 A MAYO 2018 (8 MESES)

CAUSAL	Total casos septiembre 2017 al 22 de mayo 2018					
	Decisión de la mujer respecto a su embarazo				Total	
	Continuar		Interrumpir			
	n	%	n	%	n	%
Causal 1	9	6%	135	94%	144	100%
Causal 2	23	22%	81	78%	104	100%
Causal 3	2	4%	45	96%	47	100%
Total	34	12%	261	88%	295	100%

Fuente para período septiembre 2017-enero 2018: reporte no estandarizado de casos al gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, desde el 1 febrero 2018 reporte de casos al DEIS a través de formulario estandarizado MINSAL 2018

Por otro lado, el 70% de las mujeres que optaron por la IVE en tres causales aceptaron recibir el apoyo del Programa de Acompañamiento, mientras que el 14% no lo aceptó, y en el 16% de los casos no se cuenta con dicha información.

CASOS DE ACOMPAÑAMIENTO EN INTERRUPCIÓN DE EMBARAZOS EN 3 CAUSALES CHILE

Causal	Acepta acompañamiento		No acepta acompañamiento psicosocial		Sin información		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Causal 1	85	59%	29	20%	29	20%	143	100%
Causal 2	69	82%	5	6%	10	12%	84	100%
Causal 3	29	88%	2	6%	2	6%	33	100%
Total	183	70%	36	14%	41	16%	260	100%

Fuente: DEIS, MINSAL 2018. "Sistema de reporte de casos" a través de formulario estandarizado, incluye sólo sistema público

El contexto político en Chile, desde marzo de 2018 ha significado un nuevo desafío en la implementación de la ley, lo que ha implicado trabas para su divulgación y ejecución.

Actualmente, no se cuenta con un Protocolo de Objeción de Conciencia vigente, tras el dictamen de Contraloría General de la República en mayo de 2018.

Desafíos

- Normativas claras de regulación de la ley que despenaliza la IVE, centradas en el acceso a las prestaciones a las que tienen derecho las mujeres.
- Información clara a toda la población respecto a las formas de acceder a las prestaciones de salud a las que por ley tienen derecho.
- Fiscalización y seguimiento adecuado de la implementación de la Ley 21.030.
- No sólo "decir" que se respetará la Ley: se debe avanzar hacia su implementación.



MÓDULO II

→ CONCEPTOS BÁSICOS EN DIVERSIDAD SEXUAL

Expositor: Mauricio López González

Matrón, Licenciado en Obstetricia de la Universidad de Chile. Magíster en Afectividad y Sexualidad de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Chile. Académico de la Escuela de Obstetricia y Neonatología, Facultad de Salud y Odontología, Universidad Diego Portales. Coordinador docente de módulos de Sexología Clínica. Miembro del Comité de Jóvenes Sexólogos de la FLASSES y de la Red Global de Práctica Clínica de la OMS. Miembro de la International Society for Sexual Medicine (ISSM) y de la Sociedad Uruguaya de Sexología. Sexólogo, de la Clínica Integral, Rancagua.

Resumen

Revisión de los conceptos básicos en diversidad sexual. La expresión de género se refiere al cómo una persona manifiesta su identidad de género y la manera en que es percibida por otros y otras a través de su nombre, vestimenta, expresión de sus roles sociales y su conducta en general, independiente del sexo asignado al nacer. La orientación sexual está vinculada a la atracción emocional, afectiva y sexual por un determinado género. Sin embargo, es importante recalcar que estos conceptos van cambiando rápidamente y que, probablemente, en el plazo de un año estén obsoletos.

Además, es importante la noción de que hoy en día las conductas sexuales están evolucionando de manera rápida, y como agente de cambio, es necesario estar preparado para ir más allá en cuanto a las medidas de protección y prevención en salud.

También, debemos tener en cuenta que nuestro comportamiento sexual va más allá de lo que tiene que ver con la biología, tiene que ver un poco con conceptos que están regulados por las sociedades y la misma sociedad define lo que se permite.

Finalmente, se destaca la importancia de realizar una revisión de las escalas valóricas personales puesto que impregnan el trabajo profesional, lo que hace necesaria la resolución de cualquier conflicto asociado a la sexualidad LGBTIQ+ para una apropiada aproximación y consejería en salud.

Palabras clave: Diversidad sexual, Expresión de género, Sexo biológico, Orientación sexual, Comportamiento sexual.

La realidad actual apunta a atender la importancia de la diversidad sexual, y estar al día desde los diversos campos profesionales para aportar lo necesario para la integración y correcto abordaje de la comunidad LGBTIQ+.

Los temas que se hablarán a lo largo del capítulo son culturales, en los que el individuo tiene un rol activo y define si va a asumir ese determinado género que le está asignando la sociedad, si se siente cómodo con éste, y si hay concordancia entre la genitalidad y la asignación sociocultural.



Pregunta introductoria:

Usted recibe en su CESFAM un adolescente que está muy apesadumbrado porque un compañero de curso le practicó sexo oral en un carrete y no sabe si fue porque él quiso o no, dado que estaba bajo los efectos del alcohol ¿Qué contenido usted consideraría como prioritario en la consejería a realizar en este caso?

- a) Identificaría inmediatamente factores de riesgo.
- b) Solicitaría un test de VIH y un VDRL.
- c) Explicitaría y aseguraría confidencialidad para este adolescente.
- d) Ayudaría a aclarar la confusión aclarando mitos y estereotipos sobre sexualidad.

Muchos de los conceptos del comportamiento sexual van más allá de la biología y se relacionan con los que están regulados por las sociedades. Es la misma sociedad la que define lo que se permite, lo que no, lo prohibido, lo deseable y lo que no, ¿Cómo se logra percibir esto? En las políticas públicas y en último caso, en las leyes. Cabe mencionar que el acontecer nacional es un momento histórico por el rápido avance en la instalación de ciertos procesos y políticas. Esto lo plantean algunos autores desde la construcción cultural, que exponen cómo se van regulando los comportamientos sexuales en el proceso evolutivo.

En cuanto a la religión, cuando se revisan los textos religiosos, especialmente la biblia, ésta define conductas sexuales, comportamientos, prácticas sexuales, orientaciones sexuales en particular y eso de alguna u otra manera tiene impacto en cómo la sociedad termina visualizando estas cosas.

Restricciones culturales

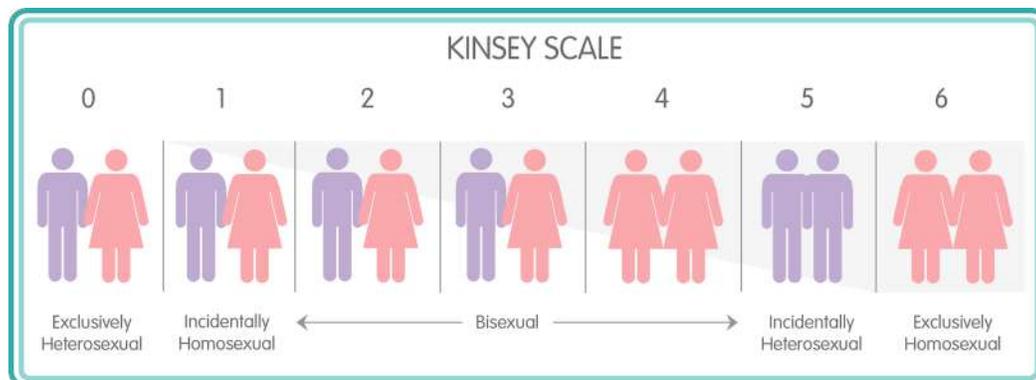
Cada cultura establece "restricciones de quién" y "restricciones de cómo"

- Las "restricciones de quién" se relacionan con las parejas, su género, especie, edad, parentesco, raza, casta o clase, y limitan a quién podríamos aceptar como pareja.
- Las "restricciones de cómo" se refieren a los órganos que usamos, los orificios que se pueden penetrar, el modo de relación sexual y de coito: qué podemos tocar, con qué frecuencia y así sucesivamente.

Aproximaciones conceptuales para la salud con enfoque de género

- La orientación sexual se puede organizar de distintas maneras, por lo que generalmente se aceptan las denominadas heterosexual, homosexual y bisexual.
- En algunos contextos, las personas que niegan el interés sexual prefieren ser llamadas asexuales.
- Se debe considerar también que existen hombres que no se identifican como homosexuales, aunque tengan actividad sexual con otros hombres. Aparece el concepto de "hombres que tienen sexo con hombres" o "mujeres que tienen sexo con mujeres".
- El concepto define una conducta solamente, por lo que se incluyen no solamente homosexuales y bisexuales, sino también transgéneros y heterosexuales.

Cuando se definen las categorizaciones de orientación sexual o identidad de género, se debe dejar claro que es por un concepto netamente académico, que no tiene el propósito de categorizar a las personas.



La escala de Kinsey es una escala creada por el biólogo Alfred Kinsey en el Informe Kinsey, que establece siete grados diferentes de comportamiento sexual, aunque tradicionalmente se consideraban sólo tres. Evaluando el historial sexual de una persona o los episodios de su actividad sexual en un tiempo dado, se usa una escala desde cero, es decir, exclusivamente heterosexual, hasta seis, es decir exclusivamente homosexual. Proporcionando una gradación en la orientación sexual, estableciendo grados de bisexualidad, lo que resultó muy novedoso para su época por ser el primer estudio que plasmaba tal diversidad y se alejaba de la monosexualidad, entonces comúnmente aceptada. Su primera publicación se hizo en el libro *Conducta sexual en el varón* (1948) por Kinsey et al., que se extendió con el trabajo *Conducta sexual en la mujer* (1953). Los siete primeros grados se enumeran en el primer volumen, y en el segundo tomo se añade un grado adicional, denominado X usado para la asexualidad.

Generalidades de la identidad sexual

La **expresión de género** se refiere a la posibilidad que tiene la persona de expresar su género, masculino o femenino, o también con el género andrógino, que en realidad es un género no binario. Paralelamente, se lleva a cabo el reconocimiento que hace el resto de las personas de esta expresión, a través de la vestimenta, el nombre, la expresión de roles sociales y comportamiento en general. Es importante hacer énfasis en que no se debe categorizar a una persona en lo masculino o femenino, porque incluso se puede transitar entre estos.

El **sexo biológico** está asignado por los genitales y por una relación genética.

Respecto a los recién nacidos con genitales ambiguos, se propone que la persona vaya desarrollando su género a medida que vaya creciendo y que no se asigne un determinado género y sexo basado en la genitalidad interpretada por el equipo clínico.

La **orientación sexual** es un concepto normalmente vinculado a la atracción hacia un determinado género.

Es importante evidenciar que todos estos conceptos se encuentran en un dinamismo constante, y la alta probabilidad de que los conceptos aquí mencionados en algunos años se encuentren obsoletos, bajo un marco social que evoluciona.

- Homosexual: atracción por el mismo género.
- Heterosexual: atracción por el género opuesto.

El mundo educativo avanzó mucho más rápido que el sector salud en definir un abordaje con respecto a esta temática. En el sector de la salud, recién en el año 2018 se ha comenzado a abordar el tema en mayor medida. Por ejemplo, al mencionar las estadísticas y los registros que se hacen en atención primaria por concepto del papanicolau (PAP), ha habido un avance en cuanto a tipificar el género de quien se está tomando el PAP, por lo que se mencionan hombres y mujeres, pensando en las personas trans masculinas, que requieren algunas prestaciones clínicas específicas en salud, que hasta el año 2017 no existían.

Adolescentes y diversidad sexual

Estos conceptos que se han mencionado tienen impacto en una población mucho más vulnerable que son los adolescentes, y todos los prejuicios y estigmas que implican estas temáticas. Mientras estas personas van construyendo sus propios conceptos de identidad sexual, están expuestas a algunos riesgos, como las dudas e inseguridades que en ocasiones se experimentan, asociadas a la escasa posibilidad de comunicarlo a personas que entregan herramientas de ayuda; adicional al impacto que tienen ciertas conductas de riesgo como el abuso de sustancias, que genera un escenario propenso a inestabilidad, que puede ser exacerbado en una sociedad que no preste atención a la promoción y prevención en salud.

¿Estamos preparados realmente para prevenir las ITS?

En la revisión bibliográfica: "Beyond Anal Sex: Sexual Practices of Men Who Have Sex with Men and Associations With HIV and Other Sexually Transmitted Infections" de *The Journal of Sexual Medicine* se describen por lo menos 19 conductas sexuales riesgosas, con el objetivo de identificarlas y posteriormente plantear herramientas de intervención práctica para la prevención de infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, hoy en día la educación sexual a nivel social sigue teniendo un carácter muchas veces punitivo y temerario, lejano a una perspectiva de empoderamiento, placer y autocuidado.

Históricamente se ha planteado el uso del preservativo como la gran arma para prevenir infecciones pero el espacio para el condón femenino, las máscaras de látex y un sinnúmero de alternativas preventivas no están dentro del arsenal de protección que tenemos dentro del sistema de salud actual.

Las conductas sexuales están evolucionando de manera acelerada y los cuerpos de salud pública aún presentan conductas bastante reaccionarias a los escenarios epidemiológicos que surgen según el contexto social.

En el año 2017 hubo un brote de Hepatitis A, el cual no fue muy transmitido por televisión, sin mayor clarificación pública de cuáles fueron sus causas. Esto, como ejemplo de que recién el año pasado se comenzó a discutir que dentro de las prácticas sexuales se encuentra el contacto oral-anal, el cual

comúnmente se practica. No obstante, al momento de encuestar a profesionales en salud, no todos lo saben, por lo que es muy probable que indaguen sólo sobre las tres prácticas sexuales clásicas.

Respaldos legales en atención en salud y transexualidad

Como respaldo legal, desde el Ministerio de Salud se han levantado circulares que orientan a una atención integral y respetuosa en salud, publicándose en primera instancia la circular 34, el año 2011, que hace alusión a personas trans, con definición de conceptos y estrategias generales. Posteriormente, se difundió la Circular 21, en el año 2012, en la que además se enfatizan los tres siguientes puntos:

- Identificación de la persona: Uso de nombre social.
- Registro en ficha clínica: Nombre legal/Nombre social. Aplica para procedimientos, solicitud de exámenes, etc.
- Hospitalización: En sector hombre o sector mujer según el aspecto externo de la persona sujeta a hospitalización, es decir, según su identidad de género.

Consideraciones clínicas en relación con la diversidad sexual en general

- Los problemas por los cuales consulta una persona homosexual no necesariamente están relacionados con su orientación sexual.
- Los problemas relacionados con la internalización de la homofobia son muy comunes.
- Aislamiento social como consulta frecuente.
- El examen físico es voluntario.
- Anamnesis con preguntas abiertas: ¿Cómo te identificas? ¿Qué sexo te asignaron al nacer? ¿Tienes alguna relación de pareja? ¿Tienes relaciones sexuales?
- Número de pareja sexuales: ¿Cuántas han sido hombres y cuántas mujeres?
- Prácticas sexuales: Penetrativas o no, uso de dildos u objetos caseros, puesto que el tema de las infecciones puede estar asociado a estos productos en particular.
- Prácticas sexuales no penetrativas.
- Construcción de la historia sexual.

Consejería en diversidad sexual: Modelo PLISSIT como alternativa

- P (Permiso)
- LI (Información limitada)
- SS (Sugerencias específicas)
- IT (Terapia intensiva)

El modelo PLISSIT conserva cuatro elementos que son de alguna manera aplicables para el ejercicio profesional, por ejemplo, el hecho de que le permitan a una persona contar el relato en sí ya es una acción terapéutica, porque valida el relato. El hecho de aprovechar el tiempo entregando información específica respecto al tema relacionado con la consulta, permite que se optimice la atención. Es preciso recordar que no todas las personas requieren de algún tipo de intervención específica, basta con que uno tenga un nivel de intervención en la consejería que va a generar impacto.

Información sobre sexualidad a manejar por el profesional de Counseling

- Derechos sexuales.
- Sexualidad: factores socioculturales, personales y relacionales.
- Respuesta sexual humana: masculina y femenina.
- Sexualidad en el contexto del ciclo vital: durante la infancia, adolescencia, embarazo, entre otros.

Si se manejan estos cuatro esquemas en cuanto a contenido, se logra una capacitación mínima para hacer consejería.

Aspectos a considerar en una consejería



- Explicitar y garantizar confidencialidad.
- Escuchar sin juzgar.
- Incertidumbre es parte del desarrollo normal de la orientación sexual.
- Sentimientos o actitudes por sí solas no definen necesariamente una orientación sexual.
- No minimizar la preocupación sobre el tema.
- Nunca asegurar que los sentimientos son pasajeros dado que no aplica en todos los casos.
- No asumir heterosexualidad. Lenguaje libre de presunciones y neutral en el tema de género. Ejemplo: Uso de métodos anticonceptivos versus Métodos de protección. Pololo vs Pareja.
- No asumir conductas sexuales.
- No asumir que las conductas sexuales han sido con personas del mismo sexo.
- No minimizar el riesgo de embarazo entre hombres y mujeres.
- Aclaración de mitos y estereotipos sexuales.
- No se debe intentar cambiar la orientación sexual.
- Reforzar sexo seguro y el uso de métodos de barrera en todas las relaciones sexuales.
- Identificar conductas o factores de riesgo.
- Derivación a otros especialistas de ser necesario (psicólogos, psiquiatras, entre otros). Esto deben tenerlo presente especialmente los profesionales de salud primaria.

Recordar: Junto con esto, deben hacer un análisis personal respecto a sus escalas valóricas, porque impregnan este trabajo. Es un ejercicio personal porque uno tiene que tener resueltos ciertos temas con respecto al tema de sexualidad, sobre todo si va a trabajar en esto. Si es el caso contrario, la sugerencia es derivar a otro profesional que tenga las competencias en esta temática.

Pregunta final: Usted recibe en su CESFAM a Mario, trans masculino, quien acude a solicitar realizarse el examen del PAP. En su anamnesis Mario le refiere que se encuentra en pareja con María desde hace seis meses y que tienen actividad sexual tres veces a la semana. De acuerdo con lo anterior, su probable orientación sexual podría ser:

- A. Homosexual
- B. Heterosexual
- C. No es posible determinarlo con esta información
- D. Con certeza podríamos decir que es bisexual



Puntos clave:

1. Las restricciones impuestas por la sociedad se ven en las políticas públicas, es decir, en las leyes.
2. Las categorizaciones de orientación sexual son por un concepto de aprendizaje.
3. HSH y MSM solo describen una conducta.
4. La expresión de género es cómo la persona expresa con lo que se siente cómodo.
5. El sexo biológico está asignado por los genitales y por genes.
6. La orientación sexual es la atracción hacia un determinado género.
7. Como respaldos legales tenemos las circulares 34 y 21.
8. Antes de trabajar con el tema LGBTIQ+ se debe hacer un autoanálisis de la escala valórica propia al respecto.

Pregunta introductoria: la respuesta correcta es la "C"

Pregunta final: la respuesta correcta es la "B"



MÓDULO II

→ BARRERAS EN ATENCIÓN EN SALUD PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES LGBT

Expositora: Dra. Adela Montero Vega

Ginecobstetra, Especialista en Ginecología Pediátrica y Adolescente, Magíster en Bioética, Profesora Asociada del Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia, (CEMERA), Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Autora del "Estudio exploratorio de las principales necesidades, barreras y demandas en la atención primaria de salud, desde la perspectiva de las personas jóvenes lesbianas, gays y bisexuales, de la Región Metropolitana, Chile".

Transcriptor del texto: Dr. Manuel Catalán (Comisión de Género y Salud)

Resumen

La atención en salud ha sido siempre abordada desde una perspectiva heteronormativa, lo que sumado a la discriminación, estigmatización y victimización ha determinado patologización y barreras en la atención de la población LGBT. Estudios muestran mayor frecuencia de depresión, trastornos de ansiedad y comportamientos de riesgo en distintos ámbitos: educación, familia, empleo, entre otros. En salud, estas barreras multifactoriales se encuentran en distintos niveles, que constituyen un desafío que necesita ser superado mediante acciones e instrumentos concretos para generar un ambiente inclusivo y libre de discriminación.

Palabras clave: Atención en salud, Barreras de atención, LGBT

Las personas gays, lesbianas, bisexuales y trans no tienen patologías propias. Sin embargo, la atención en salud ha sido siempre abordada desde una perspectiva heteronormativa, lo que ha determinado barreras en la atención de salud para la población LGBT.

Los adolescentes y jóvenes tienen, además, desafíos adicionales propios de este periodo, lo que en población LGBT constituye desafíos aún mayores, relacionados principalmente con el complejo proceso de asumirse y la vivencia de discriminación, estigmatización y victimización por parte de los pares, la familia y la sociedad. Este conjunto de factores estresores explicaría el aumento de comportamientos de riesgo que inciden negativamente en la salud de adolescentes LGBT, desencadenando altos niveles de violencia, persecución y discriminación. Son entonces la discriminación, estigmatización y victimización los fenómenos involucrados en la patologización.

Principales aspectos:

- Mayor riesgo de suicidio (dos veces mayor probabilidad en adolescentes hombres y mujeres con orientación homosexual, cuatro veces mayor probabilidad en hombres gays/bisexuales)
- Mayor frecuencia de depresión, trastornos de ansiedad, consumo de alcohol, tabaco y drogas.
- Mayores tasas de consumo de alcohol y drogas asociado a mayor frecuencia de sexo inseguro.
- Menor edad de inicio de actividad sexual (< 13 años), mayor probabilidad de violencia sexual.
- Mayor frecuencia de embarazo en adolescentes lesbianas/bisexuales.

- Mayor riesgo de potencial pesquisa tardía de cáncer de mama y cervicouterino en mujeres lesbianas.
- Menor uso de condón y mayor frecuencia de ITS/VIH en hombres adolescentes homo/bisexuales, mayor uso de drogas intravenosas.

Factores asociados a vergüenza, culpa, baja autoestima, miedo al rechazo, interferirían con la motivación para utilizar con eficacia los conocimientos que poseen para evitar embarazos e ITS/VIH.

Principales barreras en la atención en salud

Las personas LGBT aún sufren discriminación, incluso en sociedades más avanzadas en materia de derechos humanos. Esta discriminación se hace visible en distintos ámbitos: educación, familia, empleo y también salud, determinando barreras en la atención. La Asociación Médica Americana (2008), reconoce que, aunque en las últimas dos décadas han mejorado las actitudes entre los profesionales de la salud, aún existen barreras significativas para entregar una atención óptima, eliminando las diferencias y desigualdades hacia las personas LGBT.

Estas barreras multifactoriales se encuentran tanto a nivel de atención primaria como de especialidades. Entre ellas se identifican situaciones de franca discriminación como abuso verbal, hasta otros procesos más sutiles, lo que contribuye a crear ambientes poco adecuados y mal adaptados a las necesidades de la población LGBT.

Sin embargo, estas barreras no se encuentran solamente dentro del box de atención. Además de las relacionadas con la práctica profesional, encontramos también barreras de información, personales y de políticas públicas. Por ejemplo, el uso del nombre social y no legal, el cual trasciende a todo ámbito de atención de salud.

La principal barrera transversal es la **hipersensibilidad**.

Barreras en la G y B

- Invisibilización de la diversidad sexual, prejuicios y discriminación.
- Atención no inclusiva – heteronormada.
- Percepción como tema tabú.
- Falta de oferta de servicios y acciones preventivas en salud sexual.
- Temor al no resguardo de la confidencialidad.
- Barreras asociadas a ITS y VIH (estigmatización, burocracia).
- Acceso a condones (cantidad, calidad).
- Desinformación y falencias en formación sobre diversidad sexual.
- Falta de empatía, indiferencia e indolencia, abordaje inadecuado.
- Limitaciones en el trato, barreras comunicacionales y de acceso.

Barreras en la L y B

- Invisibilización de diversidad sexual, prejuicios y discriminación.
- Atención no inclusiva – heteronormada, centrada en regulación de la fecundidad.
- Falta de oferta de servicios y acciones preventivas en salud sexual.
- Temor al no resguardo de la confidencialidad.
- Falta de planificación de maternidad en lesbianas, desconocimiento métodos de protección y transmisión ITS.



- Connotación social negativa de la sexualidad en general.
- Desinformación y falencias en formación diversidad sexual.
- Falta de empatía, indiferencia e indolencia, abordaje inadecuado.
- Limitaciones en el trato, barreras comunicacionales y de acceso.

Barreras en la B (además de las anteriormente mencionadas)

- Mayor riesgo de vivir episodios por discriminación.
- No considerar la existencia de la bisexualidad.
- Tener que identificarse con una sola orientación sexual.
- Patologización y juicio por el profesional.

Barreras en la T

- Barreras personales, sociales y legales.
- Menos opciones de trabajo, menos recursos económicos.
- Imposibilidad de optar a cirugía de reasignación sexual.
- Discriminación, patologización.
- Menos consultas con respecto al resto de grupos LGB.
- Listas de espera o ausencia de policlínicos de atención trans.
- Respuesta inadecuada de los protocolos de salud y proceso legislativos.
- Equipos no capacitados y falta de claridad en los procesos de atención y derivación.

En Chile existe un documento publicado en Junio 2012 por el MINSAL denominado Circular 21, que explicita las instrucciones para la atención de personas trans en la red asistencial.

NECESIDADES LGBT

Salud sexual
 Acompañamiento y apoyo
 Modalidad de atención:
 empatía, calidad,
 confidencialidad
 Educación sexual e
 información
 Empoderamiento
 Fertilidad/maternidad

DEMANDAS LGBT

Atención de salud:
 reconocimiento,
 visibilización, normalización
 Profesionales de salud
 idóneos
 Acompañamiento individual
 y familiar
 Educación no heterosexista e
 inclusiva
 Políticas públicas

Principales causas para no indagar sobre orientación sexual en adolescentes sexualmente activos

En un estudio estadounidense se encuestaron 184 médicos/as de distintas especialidades. De ellos, el 75% preguntaba a sus pacientes sobre su historia sexual, y en caso de ser un adolescente sexualmente activo, sólo el 29% abordaba el tema de orientación sexual. El 14% indagó sobre orientación sexual en adolescentes con sintomatología depresiva. En adolescentes con ideación o antecedente de intento suicida, el 12% indagó sobre orientación sexual como probable causa.

Entre las principales causas:

- Asumió que el paciente es heterosexual.
- Se olvidó de preguntar.
- Los padres estaban presentes (confidencialidad).
- No tuvo tiempo.
- Por incomodidad del profesional (falta de capacitación al respecto).
- Pensó que haría sentir incómodo al paciente.
- No lo consideró importante.

Conclusiones

Estas barreras expuestas constituyen un desafío que necesita ser superado. Es nuestra misión ser gestores de cambio, generando un ambiente en salud inclusivo y libre de discriminación y que esto se traduzca en acciones o instrumentos concretos.

Puntos clave:

- Uso de lenguaje inclusivo en formularios y fichas.
- Visibilizar afiches que explicitan el compromiso de la institución con una atención inclusiva y libre de discriminación.
- Capacitación a todo el equipo de salud y del establecimiento con respecto de las medidas inclusivas.
- Implementar políticas antidiscriminación en la prestación de servicios a las personas.



MÓDULO II

→ IDENTIDAD DE GÉNERO Y PROCESO DE TRANSICIÓN: UNA PERSPECTIVA PERSONAL Y SOCIAL

Expositor: Dr. Jorge Torres Rojas

Psiquiatra, Hospital El Pino. Acompañamiento en salud mental a personas trans en policlínico de identidad de género.

Resumen

Todas las personas tienen el derecho al reconocimiento de su identidad de género y al libre desarrollo de su persona conforme esta identidad, teniendo los Estados la obligación de proteger a las personas de la discriminación en razón de la misma. La identidad sexual está conformada por el sexo biológico, la identidad de género, la orientación sexual y la expresión de género, todos estos pudiendo estar situados en un punto intermedio o transitar entre lo completamente masculino y lo completamente femenino, haciéndose necesario cuestionar el modelo binario actualmente imperante. A lo largo de la historia, se han patologizado las identidades de género diversas y, actualmente, existe un contexto de vulnerabilidad para las personas trans, lo que aumenta el riesgo de trastornos de salud mental secundarios al rechazo y discriminación. Se hace fundamental la despatologización del ser trans y el entender el abordaje desde la perspectiva de salud como un acompañamiento afirmativo en su construcción identitaria y tránsito en quienes así lo deseen, lo que implica crear un espacio seguro, libre de discriminación y el validar la identidad de cada persona, siendo ellas mismas las protagonistas de sus propios procesos de construcción de identidad.

Palabras clave: Identidad de género, derechos humanos, tránsito, intervenciones afirmativas.

Es importante entender que cuando se habla de identidad de género no se refiere a ideologías ni de activismo: la identidad sexual es un aspecto fundamental en el ser humano y un derecho humano, y esto ha sido reconocido por distintos pactos internacionales como, por ejemplo, desde la ONU: la Declaración Universal de DDHH, el Pacto internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño; y desde el Sistema Interamericano de DDHH: la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Convención Americana de los DDHH y los Principios de Yogyakarta. Es importante saber que Chile ha ratificado estos tratados internacionales y, por lo tanto, debe garantizar que estos derechos se cumplan.

Por otro lado, desde la perspectiva de la salud, también se trabaja desde los marcos internacionales y lo que la evidencia indica que se debe realizar. Desde ahí, la APA de psiquiatras, de pediatras, de psicólogos, la OMS y la OPS, todos concuerdan en que es necesario dialogar sobre las temáticas de identidad de género y diversidad sexual, resaltando la necesidad de mayor conocimiento especializado en la temática, para que se pueda hablar con la terminología adecuada, realizar una planificación adecuada y una intervención y tratamiento adecuado para cada persona.

Construcción de la identidad sexual

La identidad sexual de una persona se va a conformar por el sexo biológico, por la identidad de género, la orientación sexual y finalmente una expresión de género, la que va a ir representando



nuestra identidad. La dimensión biológica (nuestra identidad con el sexo), no es algo que se tenga que construir de manera tan activa, sino que es más bien la manera en que yo acepto o me conecto con la corporalidad que me fue asignada. La expresión de género tiene que ver con cómo la construcción identitaria se va manifestando al resto. Se orientará en cómo se construye la identidad de género y la identidad con la orientación sexual.

“La identidad de género se refiere a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo [...] y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales”.

Principios de Yogyakarta (2007)

Cuando se menciona identidad de género, refiere a que se construye una identidad en torno al género, el que es un constructo social de lo que la sociedad dice sobre lo que es ser hombre y lo que es ser mujer.

Entrega unas cajas sobre lo que es ser hombre y lo que es ser mujer, y éstas se toman de acuerdo a lo que identifica: soy hombre o soy mujer. La sociedad entrega estas cajas, y dentro de la construcción social del género, es lo que se irá asimilando e integrando en la identidad, y construyendo la identidad de género pasando por distintas etapas que se van cumpliendo en el desarrollo humano.

Etapas del desarrollo psicosexual: Identidad de género

Existen múltiples aproximaciones para el constructor de la identidad de género, lo que da cuenta de que su formación implica diversas variables simultáneas y diversas aristas desde dónde abordarlo, por lo que se hace difícil dar cuenta de todo lo que va construyendo nuestra identidad en base a una sola teoría. La construcción de la identidad de género es un proceso de desarrollo activo: No es que la sociedad entregue esta caja de lo femenino y esta caja de lo masculino y el niño/a lo asume como si fuera una esponja. El niño/a, de manera activa, va a ir eligiendo y utilizando a los demás para definir su persona y construir su identidad. O sea, el niño/a va a mirar estas cajas de lo femenino y lo masculino que entrega la sociedad, y el niño/a se va a construir con lo que se le entrega, pero es un proceso activo: el niño/a se construye, *no lo construyo yo*. Es por esto que no se puede modificar la identidad de género, por ejemplo, con intervenciones psicoterapéuticas de reconversión.

Los niños/as irán desarrollando una visión genérica de ellos mismos y sus relaciones, primero, aprendiendo a diferenciar entre estos dos géneros: cómo diferenciar la caja de lo femenino de la caja de lo masculino. Luego, van asociando comportamientos: entiendo que ser mujer se asocia a ciertos comportamientos y ser hombre se asocia a otros. Y finalmente, reconociendo su propio género y actuando en función de ello. Esto transcurre en la infancia.

En los 2 primeros años de vida, se establece la “**Identidad de género**”, esto quiere decir que el niño/a, a través de lo que escucha y de las etiquetas que le son ofrecidas, toma la que le identifica, es decir, escucha que se habla de niño o niña y es quien decide cuál de estas etiquetas le identifica más y se va a sentir perteneciente a un género. Esa sensación de pertenencia a un género se establece durante los primeros 2 años de vida.

Posteriormente, de los 3 a los 5 años, se logra la “**Estabilidad de género**”, esto quiere decir, que el niño/a comprende que el género va a permanecer estable a lo largo de su vida, que el niño en el futuro se convertirá en hombre y la niña en el futuro se va a convertir en mujer.

Finalmente, entre los 6 y los 7 años, se logra la “**Constancia de género**”, lo que quiere decir que los niños/as entienden, que independiente de las actitudes, comportamientos, vestimentas, el género permanece estable, por ejemplo, que alguien no dejará de ser hombre por ponerse una falda.

Identidad con la orientación sexual

La orientación sexual aparece por lo general en la adolescencia (hay que tener presente que esta es una mirada reduccionista y que cada persona es dueña de su identidad y las etapas que se van cumpliendo son de acuerdo a cada persona, pudiendo ocurrir que un niño/a sienta atracción por otro antes o después de la adolescencia sin que sea patológico, pero es la manera más general de comprenderlo).

- **Adolescencia Temprana (10-13 años):** Existe una preocupación por el propio cuerpo, se comienza a entender el autoerotismo y comienza la masturbación, aparecen las fantasías sexuales sin tener una orientación sexual claramente definida.
- **Adolescencia Media (14-16 años):** Aceptación del cuerpo tal como es. Se toma conciencia de la Orientación Sexual y aumenta el involucramiento en relaciones de pareja.
- **Adolescencia Tardía (17-19 años):** Tendencia a relaciones de pareja más íntimas y estables.

Estas etapas nos permiten decir “yo soy hombre/mujer/algo más” y “me gusta tal persona, hombre o mujer”, y eso es distinto a ser capaz de decir yo soy gay, trans, lesbiana, etc., por eso se habla de que además de la construcción de la identidad de género y de la construcción de la identidad de la orientación sexual, existe una construcción de la identidad LGBTI+.

Identidad LGBTI+

Es algo específico de la población LGBTI+ y que no atraviesa la población no LGBTI+. Consta de diferentes etapas:

- **Confusión:** Descubro que soy hombre y que me gustan los hombres, y ahí viene una confusión, porque parece ser que el que me gusten los hombres no está bien visto por el resto. ¿Qué es lo que me está pasando que me hace distinto al resto? ¿Por qué para el resto esto podría estar prohibido? ¿Qué soy?
- **Comparación de identidad:** “Parece que esto de que me gusten los hombres es ser homosexual”. ¿Qué significa para mí ser homosexual? ¿Qué significa para mi familia y amigos/as, para la sociedad en general que yo sea homosexual? Y empiezo a comparar estos significados.
- **Tolerancia:** Empiezo a buscar y me encuentro con que hay otras personas que también tienen esta orientación sexual y empiezo a tolerar el hecho, porque parece que no estoy solo en esto, no soy el único.
- **Aceptación:** Ok, soy homosexual.
- **Orgullo:** Saco mi bandera, voy a las marchas. “Hola, soy Juan y soy gay”.
- **Síntesis de identidad:** Comprendo que ser homosexual es parte de mi identidad, pero no me define. “Hola, soy Juan”, y dentro de la conversación puede salir el tema de que me gustan los hombres, o de



que tengo vagina, pero eso surge dentro de la conversación y de entender que mi identidad sexual es parte de mi identidad, pero no me constituye como tal.

Estas etapas no son necesariamente lineales, la construcción identitaria se va a ver marcada por todos los efectos que surgen a partir de lo que ocurre en el entorno, como son nuestros contextos sociales, familiares, religiosos, etc. Por lo tanto, si, por ejemplo, planteando el caso hipotético de una mujer trans que llegó a la síntesis de su identidad y está iniciando su tránsito físico, sale a la calle y le pegan, la agreden verbalmente, ella puede volver a una identidad previa y, por ejemplo, comenzar a comparar: *¿Qué significa para ellos que yo sea trans? ¿Por qué me pegan?*, y retrocede en las etapas. La construcción identitaria dentro de la comunidad LGBTI+ es dinámica y es muy dependiente de lo que el entorno vaya ofreciendo y *de cómo nos vamos a ir desarrollando en ese entorno*. En este proceso, la labor de los clínicos es el acompañamiento en esta construcción identitaria para intentar lograr mantener siempre una síntesis de la identidad pese a los conflictos a los que se van a ver enfrentados día a día.

Identidades de género y variabilidad de género: Cuestionando el sistema binario

Estos procesos identitarios van a hacer que algunas personas se enmarquen como “soy hombre”, “soy mujer”, “soy hombre trans”, “soy mujer trans”. Pero hay personas que ponen en cuestionamiento este sistema binario en el que la sociedad fue criada y su existencia da cuenta de que la manera en la que ha sido construido el género es un enfoque reduccionista y no da cuenta de la realidad sexual de las personas. Es aquí donde surgen las identidades de géneros, entendiendo que no sólo existen dos géneros, sino que puede haber otras opciones de géneros.

Identidades de género enmarcadas dentro de lo binario:

- **Femenina**
- **Masculina**
- **Bigénero:** Aquellas personas que en algunos momentos de su vida se sienten más femeninas y en otras más masculinas e irán transitando entre lo femenino y lo masculino de acuerdo a cierta temporalidad, pero siguen siendo binarias, o me siento mujer o me siento hombre.



Identidades de género enmarcadas en la variabilidad de género o lo no binario:

- **Género no conforme:** Personas con matices en su género, no se sienten del todo en lo femenino o masculino, no se sienten conformes con identificarse como hombre o como mujer, y van a ir expresando un poco de ambas, sin identificarse con ninguna e integrando elementos de ambas
- **Género fluido:** Variación entre femenino, masculino, mezclas o neutralidad con diferentes frecuencias temporales. Es similar al bigénero porque va a transitar del género más femenino al más masculino, pero entendiéndolo no como dos opciones de ser, sino que estas opciones se enmarcan dentro de todo un espectro de sexualidad, y dentro de todo este espectro de género, en algunos momentos voy a estar más femenino, más masculino, más mixto, más andrógino, etc. Voy a situarme en una parte distinta dentro del espectro del género, un género que no es binario sino que es un espectro o una gama de género.

● **Género Queer:** Tiene que ver con una postura más política de cuestionamiento a la necesidad de ponernos tantas etiquetas. Por qué tenemos que definirnos como hombre o como mujer, como homosexual o heterosexual, si somos finalmente personas. Se cuestiona esto y se trata de desmarcarse de la postura binaria y reduccionista de la sexualidad. Tiene que ver con un movimiento político, pero los movimientos políticos también son movimientos identitarios y, por lo tanto, el género queer también es una identidad de género.



¿Dónde aparece lo trans? Que no se expuso dentro de las identidades de género o de la variabilidad de género. La identidad trans es un cruce entre la dimensión biológica y la dimensión social que tiene que ver con la identidad de género, existiendo una discordancia entre la dimensión biológica y la dimensión social.

Cuando se habla de lo trans, se habla que ser trans es un término paraguas, que incluye diversas identidades trans.

● **Transexual:** Existe una discordancia estereotipada entre sexo biológico y la identidad de género, con un fuerte rechazo hacia los genitales, por lo que probablemente van a querer ir a cirugía de reasignación sexual.

● **Transgénero:** Existe discordancia, nuevamente estereotipada, entre sexo biológico y la identidad de género, pero comprendiendo que su genitalidad no representa a su persona y, por lo tanto, no existe un rechazo de los genitales tan marcado, pudiendo buscar otras intervenciones corporales como hormonoterapia pero probablemente no querrán operar sus genitales, porque no sienten que tener pene o tener vagina los constituya como hombre o como mujer.

● **Travesti:** No hay discordancia entre sexo biológico y la identidad de género, sino que existe una necesidad de transitar hacia el otro género en algunos espacios (persona que ocasionalmente usa vestimenta asociada al otro sexo).

● **Transformista:** Utiliza vestimenta atípica del otro género, con fines artísticos y de entretenimiento. Hay que diferenciarlo de un actor que representa un papel del otro género. En general, las personas transformistas o travestis tienen un personaje que los acompaña durante toda su vida y que son necesarios para su construcción de identidad, por ejemplo, Pedro no se concibe a sí mismo sin "María", María tiene que acompañar su proceso identitario, porque expresa cosas que él necesita expresar y por lo tanto son parte de su identidad también.

Siempre hay que tener presente que estas son categorías creadas y puede haber quien se identifique como transgénero y quiera operarse, etc. Las categorías están ahí para que a quien le haga sentido, las tome, no para imponerlas. Son creadas para tratar de hablar un lenguaje en común, pero vienen desde la teoría, porque en la práctica, es la propia persona quien define su identidad.

Construcción de identidades de género como categorías psicopatológicas

Nada de esto es patológico y, sin embargo, están en los manuales, ¿por qué? ¿cómo se gestó el que comenzáramos a patologizar la construcción de las identidades de género? El fenómeno de la transexualidad está reflejado en todas las culturas y a lo largo de los tiempos, en algunas culturas fue venerado y en otras culturas fue cuestionado.

Existen infinidad de documentos que hacen referencia y sugieren la existencia de transexuales en la historia de la humanidad. Sin embargo, es en la segunda mitad del siglo XIX cuando existe una mutación dentro del pensamiento médico sobre la forma en que se solía concebir el sexo. Se comienza a contemplar la presencia de características psíquicas que juegan un papel importante en la forma en



que cada quien hacía uso de su sexo y se plantea que el sexo también influye en nuestras características psicológicas: surge el concepto de sexualidad y este se constituye como un campo de estudio y se comienza a definir qué cosas son normales y cuáles no.

Con las ciencias modernas, surge el furor por la clasificación y la observación: Primero observábamos y analizábamos plantas, luego animales y, finalmente, personas, definiendo en base a estos análisis qué era lo normal y qué no. El sexo es separado del resto de la vida y se transforma en un parámetro aparte y la sexualidad, y más específicamente los gustos sexuales, se tornaron en un referente esencial, privilegiado, para clasificar la salud y enfermedad. La inclinación sexual se aísla como un referente a partir del cual se miden la norma y sus desvíos. Al hacer posible la intelección de la sexualidad, algunas identidades de género se fueron convirtiendo en signos de normalidad/anormalidad. En 1910, Eugen Steinach realiza experimentos en animales, consiguiendo por medio de intercambios de gónadas, la aparición de características de hembras en machos y de machos en hembras. Surge la endocrinología como una rama más de la medicina y se comienza el asumir que el sexo y toda la sexualidad está determinada por las hormonas. Esta nueva ciencia comenzará a buscar la “esencia” del sexo, el género y la sexualidad en los efectos producidos por las hormonas. Cinco años después de que los experimentos de Steinach salieran a la luz, Robert Lichtenstern comienza a implementarlos en humanos, pero no con la intención de replicar los efectos obtenidos en otros animales, sino para intentar “curar” la homosexualidad.

- **1923 Magnus Hirschfeld:** Emplea “Transexual” para designar una manifestación de hermafroditismo.
- **1931 Félix Abraham:** Primeras cirugías de “transformación genital” bajo el diagnóstico de travesti homosexual.
- **1949 David Cauldwell:** Concepto de “transexualismo” como una manifestación de psicosis.
- **1960 Harry Benjamin:** La Transexualidad se convierte en un diagnóstico legítimo, independiente de la homosexualidad y del travestismo.
- **1980:** La transexualidad entró en las listas de las psicopatologías con la publicación del DSM-III, desde entonces lo único constante han sido los cambios.

DISFORIA DE GÉNERO Y PSIQUIATRÍA			
Table 1. Overview of the diagnostic terms, codes, sections and main changes of gender identity diagnosis across different DSM versions.			
DSM version	Diagnostic term (and code)	Section	Main changes
DSM-III (1980)	Transsexualism (302.5x) GIDC (302.60)	Psychosexual disorders	First descriptive, symptom-based diagnosis for transsexualism
DSM-III-R (1987)	Atypical GID (302.85) Transsexualism (302.50) GIDC (302.60) GIDAANT (302.85) GIDNOS (302.85)	Disorders usually first evident in infancy, childhood, or adolescence	Inclusion of a childhood diagnosis Inclusion of GIDAANT New placement in section: Disorder usually first evident in infancy, childhood, or adolescence
DSM-IV (1994)/ DSM-IV-TR (2000)	GID in adolescents or adults (302.85) GIDC (302.6) GIDNOS (302.6)	Sexual and gender identity disorders	Placement in the new section 'sexual and gender identity disorders' Adoption of the single diagnosis of GID that applied to children, adolescents, and adults Criteria became more similar for boys and girls
DSM-5 (2013)	GD in adolescents or adults (302.85) GD in children (302.6) Other specified gender dysphoria (302.6) Unspecified gender dysphoria (302.6)	Gender dysphoria	Name change and different placement into new GD section Narrower criteria for children Broader criteria for adults Focus on distress/dysphoria as the clinical problem and not on identity per se

GD, gender dysphoria; GID, gender identity disorder; GIDAANT, gender identity disorder of adolescence and adulthood, nontranssexual type; GIDC, gender identity disorder of childhood; GIDNOS, gender identity disorder not otherwise specified.

A lo largo de los años, ha habido cambios en la definición de transexualidad, en los criterios diagnósticos, en dónde se le ubica en los manuales diagnósticos, etc. En el DSM-III, se ubica dentro del apartado de “Desórdenes psicosexuales”, para posteriormente ser reubicados en el apartado de “Trastornos

de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia” en el DSM-III-R y, por último, con la aparición del DSM-IV y sus posteriores revisiones, estos fueron ubicados dentro del apartado de “Trastornos Sexuales y de la Identidad Sexual”. Hoy en día, se ha llegado en el DSM-V al término disforia de género con el afán de despatologizar la identidad trans y dejar de incluirla dentro de una categoría de trastornos y enfocarse específicamente en el distrés o disforia como un problema clínico y no en la identidad de género como un problema per sé.

Disforia de género

Algunas personas trans viven con un estado de insatisfacción general, derivada del hecho de tener la vivencia permanente de ser alguien que su cuerpo no expresa plenamente. Esto puede ser reforzado o fundamentado en experiencias de violencia y discriminación, familiares, institucionales y sociales. Estas personas, que están en estado de sufrimiento por causa de su vivencia trans, son quienes presentan disforia de género. Por lo tanto, algunas personas trans tienen disforia, no todas las personas trans tienen disforia de género.

Contexto vulnerado y vulnerable para personas trans

Si ser trans no es patológico, ¿por qué hablamos de la identidad trans en salud? A raíz de que hay un contexto que es vulnerado y es vulnerable para las personas trans.

La Organización Panamericana de la Salud, el año 2010, refiere que existen problemáticas producto del aislamiento, exclusión social y la invisibilización de las personas trans, teniendo además poco acceso a los sistemas de salud. Algunas de estas problemáticas son:

- Riesgo contagio ITSs
- Sufrimiento físico y psíquico relacionado a situaciones de negligencia y violencia intrafamiliar
- Sufrimiento físico y psíquico relacionado al bullying en el ambiente escolar
- Ansiedad y depresión
- Uso de drogas lícitas e ilícitas
- Suicidio: Tasas de intento de suicidio de entre 23 a 47% en jóvenes Trans (Testa et al., 2012). La ideación e intentos de suicidio es de hasta siete veces mayor entre jóvenes LGBT que entre sus contrapartes heterosexuales (Diamond, 2013). Más del 50% de adolescentes TRANS ya han intentado suicidarse antes de cumplir 20 años (Maki Wesell, 2015)

En cuanto a la realidad chilena, la Encuesta T., realizada el año 2017 por la Asociación Organizando Trans Diversidades (OTD), muestra que el 56% de las personas trans ha tenido algún intento suicida y el 84% tuvo su primer intento antes de los 18 años.

GRÁFICO 15| ¿Ha intentado suicidarse?

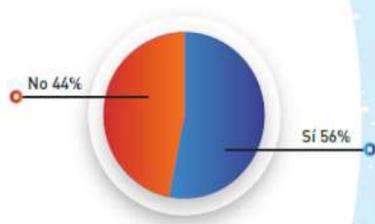
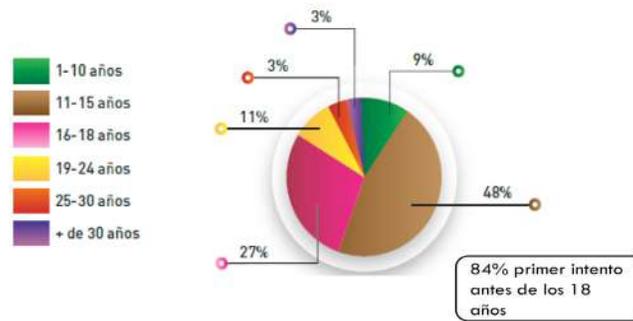


GRÁFICO 16| Tramo etario en que ocurrió el primer intento de suicidio



El contexto vulnerable se va a ver influenciado por múltiples experiencias de violencia a las que se ven enfrentadas las personas. En el XV Informe Anual de Derechos Humanos de la Diversidad Sexual y de Género en Chile, publicado por el MOVILH en Marzo del 2017, se detalla el número de denuncias o casos por discriminación basados en la orientación sexual o la identidad de género. Ha existido un aumento de las denuncias desde el año 2012, porque es cuando emerge la Ley Zamudio. El año 2016 hubo un total de 332 denuncias o casos.

Categorías / Año	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	TOTAL
Asesinatos	5	0	2	0	2	4	0	0	1	3	3	4	5	3	4	36
Agresiones perpetradas por civiles	8	8	2	9	9	4	3	5	5	13	20	13	29	45	40	213
Atropellos policiales	5	4	1	0	3	2	0	6	2	5	6	6	3	0	3	46
Discriminación laboral	2	2	3	1	1	10	9	3	9	13	9	10	12	16	32	132
Discriminación educacional	1	0	4	5	4	3	4	4	6	6	10	5	17	18	13	100
Movilizaciones homofóbicas	5	1	5	6	3	7	9	30	22	46	25	19	43	48	37	306
Discriminación / exclusión institucional	6	21	5	7	3	9	16	9	4	18	19	15	26	33	79	270
Marginación de espacios públicos y privados	1	6	6	6	5	7	4	2	35	9	9	10	11	19	19	149
Discriminación comunitaria	0	4	2	3	6	2	8	4	11	11	12	17	9	31	56	176
Declaraciones homo o transfóbicas	9	15	8	19	12	9	9	58	42	57	33	42	80	43	48	484
Discriminación en medios	6	5	8	2	1	0	3	3	1	5	2	2	2	2	1	43
	48	66	46	58	49	57	65	12	13	186	148	143	237	258	332	1955

MOVILH. Marzo, 2017 XV Informe Anual de Derechos Humanos de la Diversidad Sexual y de Género en Chile (Hechos 2016)

Transitar – Intervenciones afirmativas

¿Cómo acompañamos desde la salud a las personas que quieran realizar un tránsito en este contexto vulnerable? Mediante las intervenciones afirmativas.

El tránsito es una experiencia personal, es la persona la que transita y nosotros la acompañamos, por lo tanto, van a haber distintas maneras de transitar, de acuerdo a las distintas subjetividades personales y es una decisión del usuario y es él quien decide de qué manera será su tránsito, pudiendo ser este un tránsito social, que puede incluir cambios en apariencia, pronombre, nombre; o un tránsito médico-corporal (hormonas, cirugías).

El tránsito social tiene que ver con cómo la persona irá expresando su identidad de género mediante lo que socialmente entendemos como género masculino o femenino. Esto se ve conjugado con las atribuciones de género que hace el entorno: Nosotros atribuimos el género de una persona en base a lo que vemos, por lo tanto, mi expresión de género va a ir en directa relación con qué es lo que el otro atribuye. Es así que se va jugando en lograr un equilibrio entre lo que la persona desea expresar

y lo que el resto está atribuyendo a su género, existiendo una necesidad de expresar algo y que el resto entregue atribuciones que sean concordantes con la expresión identitaria.

El acompañamiento debe ser desde una postura afirmativa. Se puede hacer psicoterapias afirmativas, para lo que hay que ser psicólogo o psiquiatra entrenado, pero la postura afirmativa es un estilo de acompañamiento que puede hacer cualquier persona. La postura afirmativa implica en primer lugar, ser autocrítico, saber que ser cisgénero y/o heterosexual implica un privilegio social y que se conlleva una serie de prejuicios, reconociendo los estereotipos de género propios de vivir en una sociedad heteronormativa y binaria y preguntándose cómo nos hacemos cargo de eso.

En segundo lugar, se pueden crear espacios que sean afirmativos y mostrar visiblemente que hay diversas opciones de ser que son válidas: proveer información, literatura y material visual (ejemplo: imágenes homoparentales, bandera de la diversidad sexual en el box), que incorpore la diversidad como posibilidad válida de ser. Y en tercer lugar, usar un lenguaje afirmativo. En resumen, una postura afirmativa, es decir: ser de la manera que tú eres está bien y yo te voy a acompañar a que tú puedas vivir de esa manera.

Un terapeuta afirmativo habla en diversas instancias acerca de su postura afirmativa LGBTI+: colegas, potenciales clientes, familia y amigos; conoce la Red LGBTI disponible en su comunidad, combate la opresión heteronormativa (del resto y propia); reconoce que cada persona tiene una historia única, una personal manera de enfrentarse a descubrirse a sí mismo y mostrarse a los demás; reconoce las diferencias entre orientación sexual e identidad de género, usa la terminología correcta; pregunta ante las dudas y se involucra en actividades de participación social.

TABLE 3 Anxiety and Depression t Scores by Sex and Sample

	Transgender (n = 77)	Controls (n = 77)
Depression	50.1	48.4
Anxiety	54.2 ^a	50.9
Depression by gender ^b		
Natal boys	49.8 (trans-girls)	48.0
Natal girls	50.8 (trans-boys)	48.5
Anxiety by gender		
Natal boys	53.7	51.1
Natal girls	55.3	50.8

Olson et al. (2016)

¿Por qué trabajar desde la postura afirmativa?

Se ha visto que los índices de ansiedad y depresión en aquellas personas que son intervenidas desde la postura afirmativa se asemejan a los de las personas que no son transgénero.

Puntos clave

1. Múltiples teorías que dan cuenta de un mismo fenómeno: La construcción identitaria es única, personal y subjetiva.
2. Las identidades de género(s) dan cuenta de la insuficiencia para entender una realidad que desborda las coordenadas construidas por nuestra cultura.
3. La identidad no se diagnostica, el concepto de Disforia de Género sólo hace referencia a algunas personas que sufren a causa de la vivencia Trans.
4. Existen distintas maneras de Transitar, no todes realizan un tránsito "médico-corporal".
5. Los saberes médicos patologizaron una realidad identitaria-cultural, es fundamental el rol activo en su despatologización.

MÓDULO II

→ PROCESO DE TRANSICIÓN HORMONAL: NUEVA EVIDENCIA DESDE LA ACADEMIA

Expositora: Dra. Cecilia Pereira Rico

Endocrinóloga, Hospital San Juan de Dios y Universidad de Chile. Endocrinóloga de personas Trans.

Resumen

La identidad sexual está conformada por el sexo biológico, la identidad de género, la orientación sexual y la expresión de género, todos estos pudiendo estar situados en un punto intermedio o transitar entre lo completamente masculino y lo completamente femenino, haciéndose necesario cuestionar el modelo binario actualmente imperante. Es en este transitar, donde algunas personas con variabilidad de género pueden tener el deseo de adecuar características físicas a los roles que culturalmente se han asociado a lo masculino o lo femenino. A lo largo de la historia se han creado distintos procesos tanto médicos y quirúrgicos que buscan entregar bienestar biopsicosocial a las personas, en pro de aliviar alguna molestia que puedan presentar en el camino al reconocimiento pleno de su identidad. En los procedimientos médicos se reconoce la terapia de supresión hormonal, que busca suprimir el desarrollo puberal en el adolescente y la producción endógena de hormonas sexuales, como también la terapia de reemplazo hormonal cruzada, la cual tiene como objetivo la inducción de los caracteres sexuales secundarios del sexo deseado. Se hace fundamental contar con profesionales con experiencia en el tema y servicios de salud que cuenten con las prestaciones específicas para la población trans, de tal forma que en caso de querer acceder a una adecuada atención en salud, no se encuentren barreras institucionales que sean el punto de inflexión a la hora de tener un libre acceso en salud.

Palabras clave: Identidad de género, derechos humanos, terapia de supresión y reemplazo hormonal cruzado.

Introducción

La asistencia a personas trans que experimentan una transición y deseen adecuar caracteres físicos según estándares sociales y personales con la ayuda de intervenciones médico y/o quirúrgicas, debe ser acompañado por un equipo multidisciplinario en donde se evalúe la evolución de la persona desde una perspectiva biopsicosocial.

El usuario o usuaria debe participar en el proceso completo y siempre en la toma de decisiones, tras una información correcta por parte del equipo clínico. A grandes rasgos el proceso evolutivo consta en tres pilares fundamentales y no obligatorios: evaluación por equipo de acompañamiento psicosocial, evaluación endocrinológica y terapia hormonal, y cirugías (de readecuación genital- feminización de la voz, mastectomía, etc).

En la evaluación de las personas trans, es aconsejable seguir los estándares internacionales de la *World Professional Association for Transgender Health WPATH*, organismo que articula los parámetros y las instrucciones en forma de consenso internacional. La comúnmente llamada segunda fase del tránsito: terapia hormonal, se debería llevar a cabo en unidades especializadas, siendo un elemento



muchas veces importante para algunas personas trans, tanto para la evolución anatómica como también psicológica. Las hormonas contribuyen a optimizar el proceso de vida real en el género identitario, pudiendo mejorar la calidad de vida y llegar a limitar comorbilidades de salud mental que pueden surgir, secundarias al estigma que aún persiste en la sociedad actual.

La elaboración de este apunte responde a la necesidad de material educativo que informe respecto a los procesos de atención en salud a personas trans, para una atención sanitaria integral en los servicios de salud. Este documento es acorde a las guías clínicas internacionales que ha elaborado la medicina basada en la evidencia a la fecha de julio 2018.

Para la comprensión del contenido, recordar un par de términos:

Transmasculino (TMH) es una persona anatómicamente con genitales femeninos pero con identidad de género masculina, adoptando actitudes, conductas y aficiones culturalmente asociadas al rol del hombre binario, o bien con tendencia a éste último, en nuestra sociedad.

Transfemenina (THM) es una persona anatómicamente con genitales masculinos pero con identidad de género femenina, adoptando actitudes, conductas y aficiones culturalmente asociadas al rol de la mujer binaria, o bien con tendencia a esta última, en nuestra sociedad.

La identificación de la variabilidad de género se manifiesta desde la etapa pre puberal sobre el 85% de los casos y se describen reportes donde el 20% de las personas que acuden a la consulta ya recibían terapia hormonal previa al primer encuentro médico, es decir, de forma automedicada.

Por otro lado, y a modo de contextualizar la realidad nacional, frente a la no existencia de una red asistencial completa que ofrezca las prestaciones específicas en salud a personas trans, muchas veces se producirá un uso y abuso hormonal no supervisado, el cual no cuenta con los controles y cuidados pertinentes, siendo esto último, absoluta responsabilidad de los cuerpos de salud pública.

Valoración endocrinológica e intervención hormonal:

Historia clínica completa, hábitos de vida, antecedentes familiares de neoplasias, enfermedad cardiovascular precoz y fenómenos tromboticos, intervenciones quirúrgicas. Desarrollo puberal e historia sobre función gonadal. Empleo de terapias de reemplazo hormonal anteriormente (nombre, dosis del fármaco y duración del tratamiento). Métodos empleados para eliminar caracteres sexuales secundarios: depilación, electrolisis, plastias, etc. Hábitos, haciendo énfasis en el tabaco por mayor riesgo cardiovascular. Durante la entrevista observar el lenguaje autorreferencial de la persona, evaluando el apoyo familiar y social que posee.

Es necesario en esta primera evaluación descartar alteraciones de origen hormonal adyacentes como hiperplasia suprarrenal congénita, tumor virilizante, resistencia androgénica, cromosomopatías, agenesia testicular o hipogonadismo.

En la exploración física, caracteres sexuales secundarios (estadios de Tanner), exploración mamaria, genital, antropometría y cifras de presión arterial. Auscultación cardiopulmonar, exploración abdominal, signos de insuficiencia venosa crónica. Índice cintura/cadera y bioimpedanciometría, siempre que sea posible.



Se recomienda análisis bioquímico general, perfil hepático, perfil lipídico completo, ácido úrico, antígeno prostático específico, hemograma, cariotipo, solo si existe sospecha clínica, estudio hormonal basal considerando FSH y LH, estradiol, testosterona, prolactina, Vitamina D y metabolismo de Calcio y Fósforo, además de función renal y tiroidea. En caso de toma no supervisada de hormonas sexuales, se intentará proceder a un periodo de lavado de al menos un mes, previo a la realización de las exploraciones complementarias.

Evaluación inicial según rango etario:

Infancia

Se describe la posibilidad de inicio de la variabilidad de género desde los 3 a 5 años, requiriendo muchas veces un acompañamiento psicosocial para la transición, tanto a nivel personal, familiar y social. A causa de esto se aconseja (no con carácter imperativo) la evaluación por un profesional de salud mental previo al paso de otras especialidades. Es en esta etapa donde participa también la endocrinología infantil, para el seguimiento clínico del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. Es común que algunas personas trans puedan comenzar a manifestar una disforia de género a nivel de los estadios II de Tanner, producto de la aparición de caracteres sexuales secundarios en el cuerpo humano, lo cual debe ser detectado por el profesional de endocrinología pediátrica a través de un constante seguimiento clínico.

Adolescencia

El o la adolescente debe estar bien informado/a de todo el proceso hormonal, tanto de los efectos físicos, efectos deseados y también de los adversos, considerando todo el cambio psicológico que este proceso puede implicar para la persona. Además, al ser menor de edad debe contar con un consentimiento de los tutores. Finalmente, debe ser un/a endocrinólogo/a con experiencia que pueda acompañar no sólo en el seguimiento hormonal, sino que también en los cambios biopsicosociales de la transición. A su vez debe tener acompañamiento por salud mental.

Adulthood

Si bien como se mencionó la variabilidad empieza en su mayoría en la niñez y adolescencia, muchas personas consultan una vez alcanzados los 18 años. De igual manera debe ser evaluado por un endocrinólogo con experiencia y estar bien informado sobre los cambios y riesgo del tratamiento hormonal y tener un acompañamiento por salud mental.

Intervención hormonal

Hasta hace poco tiempo eran innumerables los criterios para poder dar inicio a la terapia hormonal cruzada. Sin embargo, hoy en día se ha facilitado el proceso. Se debe iniciar conversando con la persona quien debiera tener un tiempo prolongado identificándose en el género deseado (sin ser requisito obligatorio); conciencia adecuada para dar el consentimiento del proceso que se llevará a cabo; edad adecuada, que dependerá del contexto socio cultural y legal, debido a que, por ejemplo, en Chile, la inducción de caracteres sexuales secundarios del género deseado recomienda iniciar desde los 18 años, siendo distinto por ejemplo el caso de Holanda, país en donde este proceso se puede comenzar desde los 16 años; y finalmente la evaluación por salud mental: (recomendación de experta) lo que se frecuenta en la experiencia clínica es que la gran mayoría de las personas trans que llegan a consultar han pasado por experiencias adversas a causa del contexto social que aún se experimenta, siendo situaciones que muchas veces en endocrinología no se tienen las herramientas suficientes para poder ayudar y acompañar, teniendo en cuenta que las hormonas pueden producir



cambios en el estado de ánimo y el objetivo es una salud integral, tanto física como mental, es que siempre se aconseja el acompañamiento por profesionales de salud mental, describiéndose una buena recepción por parte de usuarios y usuarias.

Los dos objetivos principales de la terapia hormonal son reducir la concentración de hormonas endógenas y, por tanto, las características sexuales secundarias del sexo biológico (genético), así como reemplazar éstas por aquellas propias del sexo de identificación, empleando en principio terapia hormonal similar a la de los pacientes hipogonadales. Sin embargo, es necesario aclarar el escenario según el caso particular para cada persona, puesto que la desaparición total de estas características no siempre es posible. En las personas trans femeninas no es posible revertir el desarrollo del esqueleto si se ha completado la maduración puberal, tampoco hay respuesta completa en la eliminación del vello facial, feminización de la voz, ni siempre se consigue un desarrollo mamario del grado deseado; por el contrario la cirugía feminizante obtiene resultados estéticamente adecuados y funcionales.

En las personas trans masculinas es más sencillo conseguir caracteres del sexo deseado y, sin embargo, la genitoplastia masculinizante no logra por ahora resultados estéticos y funcionales totalmente satisfactorios según los estereotipos sociales. El efecto máximo en determinados aspectos puede que no se manifieste hasta después de dos o tres años de terapia. La herencia influye en la respuesta de los tejidos diana a la terapia hormonal, con una gran variabilidad en caso a caso, y no se pueden superar los efectos administrando dosis suprafsiológicas. Finalmente, la elección del preparado hormonal, método de liberación y dosificación, debe ajustarse al principio de mínimo riesgo para la salud y máxima eficacia.

Supresión de la pubertad o terapia de supresión hormonal

Es la primera fase en llevarse a cabo, la cual será utilizada desde los estadios II a III de Tanner y que tiene como principal objetivo la detención del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. A nivel hipotalámico se libera mediante estímulo pulsátil la hormona liberadora de gonadotropina humana (GnRH), que estimula a la glándula hipofisaria para la secreción de LH y FSH, hormonas que actúan a nivel gonadal produciendo los esteroides sexuales.

Los análogos de GnRH son fármacos que básicamente se caracterizan por alterar el estímulo pulsátil a nivel hipotalámico – hipofisario, que finalmente con una estimulación crónica van a llegar a frenar los pulsos de FSH y LH, de tal forma inhibir la producción de esteroides sexuales y así lograr la detención de los caracteres sexuales secundarios. Otro mecanismo es el uso de progestágenos, que inhiben la producción de FSH y LH, mismo tratamiento que se utiliza en una pubertad precoz.

Los análogos de GnRH son efectivos, reversibles, de escasos efectos adversos, en contraste a un alto costo económico. Por otro lado, los progestágenos no son tan efectivos, presentando mayor número de efectos adversos (empeorando aspectos anímicos), pero de bajo costo económico. Posterior a finalizar la etapa puberal, e idealmente habiendo frenado el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, continúa la segunda fase hormonal: terapia de reemplazo hormonal, induciendo los caracteres sexuales deseados.

En el caso del adulto trans femenino, uno puede frenar la producción endógena de esteroides sexuales, idealmente con análogos de GnRH o progestágenos. En el caso del trans masculino, con el uso de testosterona es suficiente para frenar la producción de estrógenos.

Terapia hormonal cruzada

El objetivo de esta segunda etapa hormonal es inducir los caracteres sexuales secundarios del sexo deseado, mediante la administración de las hormonas correspondientes según el caso. Como se mencionó anteriormente, en el caso de Chile se inicia desde los 18 años.

Terapia hormonal cruzada en personas trans femeninas:

Es más compleja que en trans masculinos. La combinación de compuestos que suprimen la producción endógena de andrógenos o su acción, junto con la administración de estrógenos es la terapia más eficaz. El objetivo es eliminar el crecimiento del vello sexual, inducir la formación de mamas y una distribución femenina de la grasa corporal.

Los estrógenos son aconsejables vía oral o transdérmicos. El empleo de estrógenos transdérmicos y estrógenos no sintéticos vía oral va a permitir monitorizar sus concentraciones. Las concentraciones de estradiol deberían mantenerse en los valores medios normales de una mujer pre menopáusica o en el límite superior de la fase folicular normal para cada laboratorio de referencia, junto a unas concentraciones de testosterona total en los límites inferiores femeninos.

Como se comentó, las dosis iniciales que se utilizan de estrógeno no son suficientes para suprimir el eje y, por tanto, se mantendrá el supresor hormonal, siendo idealmente el análogo de GnRH. Sin embargo, no está determinado bajo consenso un tiempo exacto de por cuánto tiempo mantener el supresor puberal.

En cuanto a la farmacología a emplear en personas trans femeninas, existen variadas opciones:

- **Anti andrógenos:** Análogos de GnRH, espironolactona, ciproterona (en Europa se está utilizando bastante porque tienen un costo menor que los análogos), medroxiprogesterona (recordar efectos adversos a nivel del estado anímico), finasteride y flutamida (estos dos últimos tienen altos reportes de automedicación, e incluso hay datos de que aumentan los niveles de GnRH).

- **Estrógenos:** Oral, transdérmicos e inyectables. Es más cómodo el oral, se recomienda utilizar la vía transdérmica en personas mayores de 40 años y/o si existen factores de riesgo cardiovascular. El estrógeno a utilizar es el 17 beta estradiol. Cabe destacar que el Etinilestradiol (el de uso clásico en anticonceptivos) no está recomendado por altos efectos protrombóticos en las dosis requeridas para estos casos.

Finalmente, en caso de que la persona desee una gonadectomía, ya no será necesaria la terapia antiandrogénica.

Terapia hormonal cruzada en personas trans masculinas

Es un proceso más sencillo desde el punto de vista farmacológico, puesto que cuando se llega a la dosis plena de testosterona, es posible suspender el análogo y, en general, no tienen más menstruación. De todas formas, si hay escaso sangrado (spotting) uno puede dejar un progestágeno, método que en la gran mayoría de las ocasiones no es necesario utilizarlo.

El objetivo en los hombres trans es detener la menstruación e inducir virilización, incluyendo un patrón de vello sexual y un morfotipo masculino e hipertrofia del órgano eréctil. La terapia hormonal también conlleva un aumento en la masa muscular, un descenso de la masa grasa y un incremento de la libido.

Los preparados androgénicos más frecuentemente empleados, son los ésteres de testosterona administrados de forma intramuscular o en gel de aplicación tópica. El objetivo será mantener

las concentraciones de testosterona total dentro de los valores de referencia para la población masculina cisgénero. El efecto virilizador de los andrógenos y su capacidad de inhibición de las gonadotropinas permite el no tener que utilizar de forma obligada fármacos conocidos como bloqueadores (inhiben producción propia de hormonas sexuales), en muy raras ocasiones hay que recurrir a utilizar análogos de GnRH o progestágenos si persiste la menstruación.

El tratamiento androgénico debe mantenerse tras la cirugía genital a dosis adecuadas para evitar sofocos y pérdida de masa ósea.

Riesgos

La terapia hormonal cruzada a priori presenta los mismos riesgos que la terapia hormonal sustitutiva en pacientes hipogonadales, aunque el empleo de dosis supra-fisiológicas que se requiere en muchas ocasiones puede conllevar un mayor riesgo de complicaciones. Los riesgos y efectos secundarios del tratamiento hormonal pueden aumentarse a causa del tabaquismo, obesidad, vejez, cardiopatías, hipertensión, trastornos de la coagulación, neoplasias y algunas anormalidades endocrinológicas. Por lo tanto, el o la profesional con el o la usuaria deben considerar en conjunto el balance entre beneficios y riesgos.

- **Densidad mineral ósea.** No existe mucha información en la literatura acerca del riesgo de fractura en estos casos, pero la suspensión del tratamiento supervisado tras la gonadectomía es un factor de riesgo para la aparición de osteoporosis. En los trans masculinos el efecto protector de la testosterona parece mediado por la conversión periférica a estradiol, mientras que en trans femeninas los estrógenos exógenos preservan la densidad mineral ósea. Las personas trans femeninas parten con una mala DMO, probablemente por otros efectos como baja exposición al sol o poca actividad física.

- **Enfermedad cardiovascular.** La evidencia no es categórica sobre la repercusión de la terapia hormonal en la enfermedad cardiovascular. Se debe siempre tomar consciencia del riesgo tromboembólico, sin embargo, no es una contraindicación para detener la terapia, es sólo un riesgo con la intención de prevenir complicaciones.

- **Neoplasias.** Existen pocos casos descritos de cáncer hormonodependiente en personas trans, sin embargo, la probabilidad de aparición se incrementa con la duración de la exposición de la terapia hormonal cruzada y la edad de la persona. Los estudios en población general sugieren que la terapia estrogénica a medio plazo no incrementa el riesgo de cáncer de mama, no obstante, la recomendación es realizar cribado de cáncer de mama con el mismo protocolo nacional que para una mujer cisgénero. Por otro lado, aunque no parece existir un mayor riesgo de desarrollar patología prostática en trans femeninas, igualmente se sugiere cribado según protocolo de salud nacional.

Seguimiento

Será más exhaustivo durante el primer año de terapia hormonal. En un inicio se realiza seguimiento cada 3 a 6 meses el primer año y, posteriormente, semestral de por vida, con exámenes de laboratorio en cada control y densitometría ósea cada 2 a 3 años.



MÓDULO II

Mesa de diálogo: Atención de Salud en Diversidad Sexual, Diferentes miradas dentro y fuera del box de atención.

→ HERRAMIENTAS QUIRÚRGICAS PARA LA TRANSICIÓN

Expositora: Dra. Melissa Cifuentes Arévalo

Uróloga-uroginecóloga. Cirujana reconstructiva de pelvis femeninas. Hospital Van Buren y Universidad de Valparaíso. Cirujana de personas Trans desde 2008.

Resumen

Una de las aristas importantes de la transición de algunas personas trans es la cirugía reconstructiva. Existen distintas herramientas para ayudar a el o la usuaria a cumplir las expectativas personales con respecto a este proceso. En Chile, las técnicas se han desarrollado de la mano de profesionales que buscan abrir espacios transdisciplinarios para poder dar respuesta desde el área médica a estas demandas. Se debe tener siempre presente que la cirugía es una de las alternativas que ayudan al proceso pero en ningún caso es la regla para toda la población trans. Se busca que cada técnica quirúrgica se ajuste a las necesidades de cada usuario/a, buscando no protocolizar el sistema para evitar que se patologice la prestación. Este proceso de aprendizaje de la técnica se ha dado con mucho respeto y dedicación en pos de seguir avanzando para ofrecer en la cirugía, respetando siempre las decisiones personales y sólo a quien lo requiera, la libertad absoluta para expresar su identidad de género.

Palabras clave: Cirugía reconstructiva, Transición, Red de Salud

Sabemos que en las personas trans existe una discordancia entre su sexo físico o genital y su sexo psíquico o su identidad de género. El sexo psíquico no es modificable, la identidad de género no puede ser alterada ni con psicoterapia, ni con medicamentos ni con terapia de reconversión que a todas luces es una práctica terrible. Por tanto, si sabemos que existe esta discordancia entre lo físico y lo psíquico y que este último no es modificable y que hay ciertas personas que sí les puede provocar disconfort esta diferencia, la cirugía si podría ser una de las alternativas para aminorar una parte de esta incomodidad.

Sexo psíquico (identidad de género): No es modificable.
Modificaciones físicas son una posible salida a estas discordancias.

¿Para todos/as? No es para todos. Entonces ¿para quiénes? Para quienes así lo soliciten
¿Cuáles son las modificaciones físicas o corporales? Aquellas que produce la terapia hormonal y aquellas que produce la cirugía.

Plastia genital: No es cambio de sexo. Es la adaptación de genitales al sexo psíquico.
El sexo psíquico irrenunciable, no corresponde al genital.



1. Cirugía de retiro de gónadas nativas

Orquiectomía

Es el retiro de las gónadas del género natal, es la cirugía más "standard", pero no hay ninguna cirugía que se haga a demanda, no hay nada que se imponga. Sin embargo, estas dos cirugías son altamente recomendables, porque una orquiectomía en una trans femenina va a evitar el paso del bloqueo de su eje nativo, y al evitar la presencia de testosterona, la terapia hormonal se simplifica, disminuyendo las dosis requeridas y los riesgos asociados. Por tanto, a excepción de otras, ésta podría ser una cirugía incentivada por los equipos de salud para una persona que quiera transitar "completamente". Si la persona trans luego va a desear una cirugía de vaginoplastia, es recomendable entonces realizar una orquiectomía por vía escrotal con la más mínima incisión posible para evitar alterar la irrigación del tejido escrotal, puesto que se ocuparía éste para realizar luego una neovagina.

Histerectomía y Salpingooforectomía bilateral (SOB)

Esta cirugía contempla la extirpación de úteros y ovarios. Es más barato y hace menos riesgosa la terapia de reemplazo hormonal masculinizante, pudiéndose realizar a través de las vías que conocemos para histerectomía: abdominal, laparoscópica o vaginal. Con la salvedad que en muchos casos no es tan sencillo, puesto que muchas veces es una vagina que no ha sufrido, en muchos casos, la función del paso de una cabeza de un neonato. Distinto es cuando se trabaja quirúrgicamente con una vagina de una mujer múltipara de varios partos vaginales por ejemplo. El o la cirujana -ginecóloga que se enfrenta al primer tipo de paciente- debe manejar varias alternativas quirúrgicas, puesto que si no se logra realizar por vía vaginal, debe intentarse por vía laparoscópica, y si aun así no funciona, se tendría que decidir por vía abdominal.

2. Cirugía para modificaciones faciales

Procedimientos relativamente recientes, descritos y popularizados a partir de la época de los 80 por el Dr. Douglas Ousterhout en San Francisco, California.

Se basaron en estudio de cráneos secos de hombres y mujeres de la colección de cráneos de la Universidad de San Francisco en los cuales inicialmente se encontraron diferencias importantes en la proyección frontal entre ambos géneros.

Esta es de las cirugías novedosas, pero son alternativas que deben estar a disposición cuando un o una paciente trans lo necesita. Estas cirugías parten de un estudio en San Francisco, California. Donde se tomaron medidas cefalométricas de cráneos femeninos y masculinos multiplicado por mil. Y luego se establecieron patrones de las características faciales femeninas y masculinas.

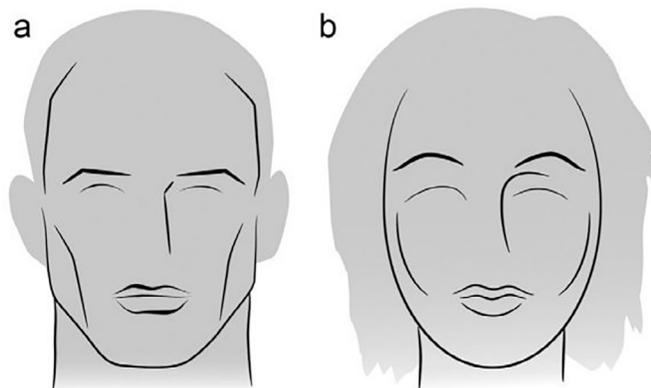
¿Cuáles son las características que se definieron?

- A. Contorno facial
- B. Línea de implantación capilar
- C. Contorno o proyección de la frente
- D. Forma y relación del mentón con el resto de la cara
- E. Contorno de las cejas
- F. Forma de labio superior



A. Contorno facial

Se determinó que es fácil dibujar un perímetro facial que se reconoce como masculino y femenino. En esta charla, así como en el presente manual, no se busca defender la heteronorma en absoluto, ni el sistema binario de ver la sexualidad, pero se exponen los rasgos anatómicos que -como sociedad- se ha asociado a lo masculino (letra a) o femenino (letra b). Las características femeninas son más bien anchura en pómulos con una forma más bien oval, y en su mentón una forma de triángulo invertido en las mujeres.



B. Línea de implantación capilar

También sigue un patrón femenino, de tipo arciforme, o masculino con dos entradas (o con forma de "M"). Para las personas trans, ésta es una cirugía muy sencilla de realizar, pero para ello debe haber alguien que las asesore y que les explique.



C. Contorno o proyección de la frente

Una persona trans femenina puede llegar a presentar una frente con patrón hundido y mayor protrusión de las cejas, rasgo más bien masculino, y realizándose una cirugía con modificación de la frente se reseca un segmento óseo, se modela en el exterior y se vuelve a implantar, consiguiendo un contorno frontal con un patrón femenino.

D. Forma y relación del mentón con el resto de la cara (Mandibuloplastia o cirugía ortognática)

La mandíbula masculina tiene forma triangular con su base en la parte más ancha del mentón y la mandíbula femenina tiene forma triangular pero su base es la línea de los pómulos. En algunas personas trans -femeninas sobretodo- esta característica les causa angustia, principalmente a aquellas que han tenido acceso tardío a terapias hormonales. Ésta podría ser una alternativa.

En la siguiente imagen se observa cómo una chica que tenía características faciales masculinas, con una cirugía que es bastante sencilla y de breve duración, consigue un patrón femenino.



E. Contorno de las cejas

F. Forma de labio superior

Las personas que quieren un labio superior marcadamente femenino o masculino podrían querer modificarlo, si así lo desean, con ácido hialurónico. Lo importante es hacer un manejo racional de la técnica, siempre con asesoría y consejería adecuada y que parta siempre de la necesidad de él o la paciente, y no influir en esta importante decisión personal.

3. Cirugía para modificaciones de voz o tiroplastia

En la mayoría de los casos, entre el 60% y hasta 80% - según la serie que se estudie-, se puede modificar con terapia fonoaudiológica. Cuando esto no es suficiente y solo después de intentar con terapia fonoaudiológica, habiendo agotado este recurso, se puede ofrecer una terapia de tiroplastia, en este caso en particular a trans femeninas que quieran agudizar su voz. La cirugía puede ser abierta o laparoscópica.

A. Cirugía Abierta

Se busca reimplantar las cuerdas vocal e insertarlas más arriba para dejarlas más tensas y así lograr que vibren a una frecuencia de sonido que socialmente identificamos como femenino.

B. Cirugía laparoscópica

Se realiza la primera y luego la segunda sutura dejando las cuerdas vocales mecánicamente más cortas. Vibrando en sonido femenino.

4. Cirugía de mamas

A. Cirugía Masculinizante

Esta es una cirugía que técnicamente es considerada de alta dificultad, los cirujanos de mamas por mucha empatía que sientan con la causa trans no siempre están preparados para hacer mastectomías masculinizantes, puesto que no es una mastectomía oncológica ni una mastectomía de un hombre que tiene excesivo crecimiento ganglionar, si no que es una mama más o menos desarrollada con areola, pezón y surco mamario, la cual debe ser extirpada con la menor cantidad de cicatrices posibles.

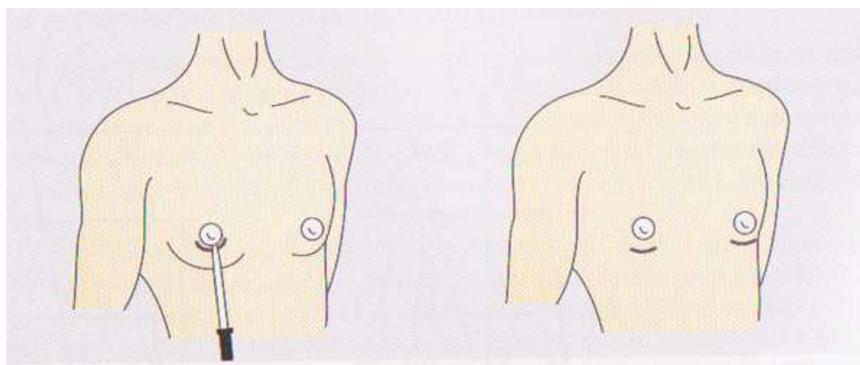
Idealmente conseguir una adecuada exéresis, retirar el exceso de piel, retirar el surco o pliegue mamario - típicamente femenino - y reubicar estéticamente y sensitivamente el complejo areola-pezón. De esto se comenzó a hablar hace recién 20 años. Anteriormente se aplicaba la mastectomía radical, se trataba como si fuera cáncer.

En ocasiones para un paciente trans masculino las mamas son un emblema de lo que es sentirse extraño. En la expe-



riencia clínica, la mayoría de ellos las cubren con vendaje compresivo que debe ser muy doloroso e incómodo. Es un día tremendamente esperado por ellos: el día que los llaman, porque les toca en la lista de espera para mastectomía.

Generalmente, se describen mamas ptósicas, son mamas que han sido comprimidas por mucho tiempo y que tiene necesidades estéticas diferentes a una mastectomía convencional. Hay 2 ó 3 estudios que demuestran cómo una mama - pequeña, mediana o grande- debería ser sometida a uno u otro abordaje para disminuir el riesgo de cicatrices. Las más recomendables para mamas pequeñas y medianas son las incisiones semicirculares que no desinserte la unidad areola-pezón y que tienen muy buenos resultados por ser algo más sencillas. La otra técnica en mamas pequeñas son las incisiones transareolares. Para mamas más grandes es recomendable la técnica de incisiones circulares concéntricas y/o técnicas con extracción de piel.



La otra técnica en mamas pequeñas son las incisiones transareolares. Para mamas más grandes es recomendable la técnica de incisiones circulares concéntricas y/o técnicas con extracción de piel.

5. Cirugía genital

A. Genitoplastía feminizante o Vaginoplastía

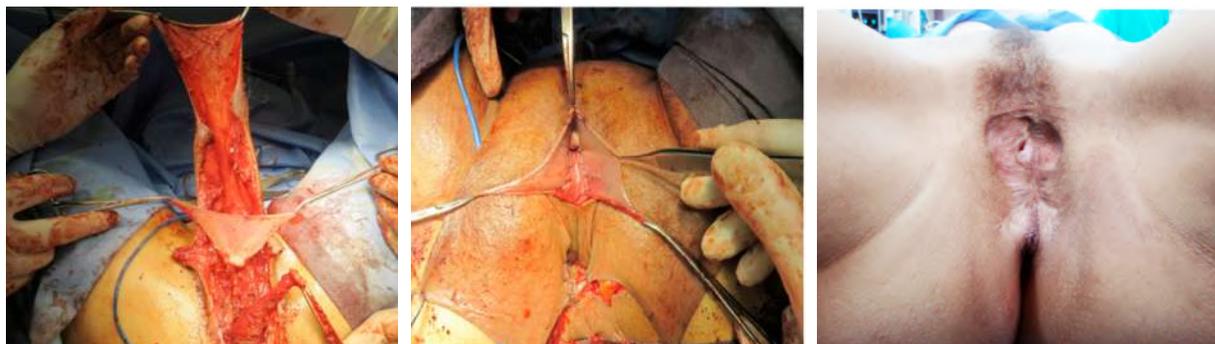
Respecto a la cirugía genital, la vaginoplastía, es una cirugía que pretende eliminar todo tejido eréctil - propiamente masculino - y obtener genitales externos de aspecto femenino con una vagina amplia y que preserve la función y la sensibilidad sexual. Normalmente se realiza una vaginoplastía con técnica del Dr. Guillermo MacMillan, y que posteriormente se dilata con proceso de calibración, que dura algunos meses, pero finalmente siendo una vagina de genitales externos armónica y que se puede dilatar hasta 15-16 cm de largo con 34 mm de diámetro, es decir una vagina anatómica, funcional y sensitivamente muy adecuada, puesto que son mujeres trans que consiguen el orgasmo en la gran mayoría de las veces. La experiencia personal (Dra. Melissa Cifuentes) es de 32 casos, Dr. MacMillan lleva más de 400 a la fecha.

Vaginoplastía con técnica "Chonburi Flap":

En esta fotografía se puede observar un colgajo preanal para el piso de la neovagina, una expansión escrotal para la cúpula y un segmento del prepucio que será el clítoris que formará una estructura muy femenina, tiene el nombre de "Chonburi Flap". Se conserva el complejo nervioso dorsal, con sus dos arterias y su vena.



Este momento es el más difícil de la técnica quirúrgica, puesto que se aborda en un espacio virtual, disecando un plano entre la próstata y uretra como límites por anterior, el recto como límite posterior, y sin dañar ninguna de las estructuras descritas, es técnicamente muy complejo. Acá se está exteriorizando la estructura "Chonburi".



Vaginoplastía de rescate con intestino:

Hay veces que los/as pacientes tienen resultados adversos post operatorio. En la imagen se observa la zona genital de una paciente trans femenina que ha perdido su neovagina, por lo que se ofrece una neovagina con sigmoide, reseccionando el as sigmoideo y anastomosándose a la zona perineal.

La dilatación es imprescindible para una neovagina funcional.

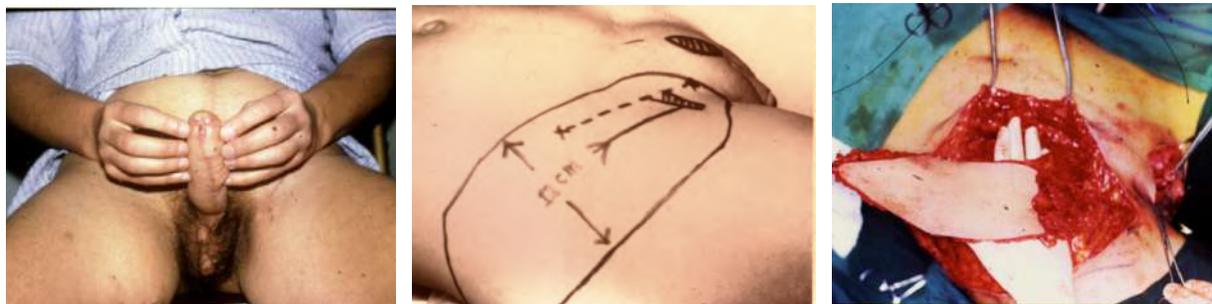
B. Genioplastía masculinizante o Metaidoplastía y Faloplastía

Existen dos técnicas de genioplastía masculinizante para crear un mini falo, una es con colgajo (Faloplastía) y otra es con expansión máxima del clítoris, hipertrófico (Metaidoplastía). Los colgajos pueden ser locales o a distancia.

Faloplastía

Éste es el colgajo que se utiliza en el Hospital Carlos Van Buren, de la arteria circunfleja iliaca externa que se pediculiza, se pasa a través de un túnel subcutáneo y se proyecta. Esto también se puede hacer con microcirugía de la arteria y vena radial. Es una cirugía que tarda varias horas, siendo una uretra funcional.

Se consigue un falo de un diámetro más considerable, con una uretra cómoda - puede orinar de pie- sin embargo este pene no es eréctil y requiere para ello una prótesis bastante cara.



Metaidoplastía

Requiere un clítoris hipertrófico y se requieren una o dos cirugías para conseguir un mini falo, que a diferencia del anterior sí es eréctil, erógeno y sensitivo. Es un falo que tiene hasta 8 centímetros de largo, por lo tanto la penetración que se puede lograr es limitada y es muy importante que el paciente trans masculino sepa esto antes de entrar al programa quirúrgico. El escroto se puede llenar con grasa autóloga.



Si bien son penes pequeños la apariencia es bastante anatómica. La mayoría de los pacientes quedan muy conformes con la apariencia.

Fotografía: Paciente con una metaidoplastía logrando orinar.

Antecedentes históricos en Chile

En el contexto nacional se lleva una trayectoria de 40 años operando, por lo que la cirugía trans en Chile no es nueva. Ha habido periodos buenos como éste. Hace 2 a 3 años que se está operando 15 personas al año, porque se cuenta con cierto grado de respaldo por parte del hospital y del servicio de salud. Sin embargo, hay períodos largos de 3 a 4 años con prohibiciones ministeriales de operar, con los argumentos de ser una cirugía costosa económicamente, difícil y hasta "antinatural".

Realidad de la Red de Salud Chilena

La realidad de Chile es desconocida, sin saber la epidemiología actual. Quien expone se encuentra en la realización de una encuesta orientada hacia los y las cirujanas que ofrecen prestaciones en salud específicas para la población trans, siendo actualmente 6 especialistas. Éstas fueron las respuestas:

Hospital La Serena: Histerectomía, vaginoplastía, metaidoplastía.

Hospital El Salvador: Mastectomía, vaginoplastía, faloplastía con colgajo radial.

Hospital Van Buren: Histerectomía, mastectomía, faloplastía con colgajo local, metaidoplastía, mandibuloplastía, feminización vocal.

Hospital Higuera: Histerectomía, mastectomía, vaginoplastía, metaidoplastía.

Hospital Osorno: Histerectomía, mastectomía, vaginoplastía, metaidoplastía.

A continuación se expone el detalle de las cirugías a la fecha de Julio de 2018:

Hospital	Fuente	Neovaginas realizadas	Metaidoplastías o Faloplastías realizadas	Lista de espera neovagina	Lista de espera neofalo
H. de La Serena	S. Soler	15	1	14	5
H. Salvador	J. Hiriat	3	2	2	0
H. Van Buren	Mac Millan, M. Cifuentes	250	40	40	30
H. Higuera	R. Baeza	26	5	8	3
H. Osorno	M. Gjuranovic	8	3	3	2
Total Nacional		302	51	67	40

Palabras finales

Los y las cirujanos tenemos el aprendizaje de protocolizar y normar. Pero protocolizar una prestación quirúrgica tiene sus utilidades: disminuye los riesgos, aumenta las tasas de seguridad, aumenta la cobertura y para eso está hecho. Sin embargo, este tipo de prestaciones quirúrgicas de las personas trans no son protocolizables, ya se ha dicho durante el curso: no se puede pretender como en una industria transformar una persona trans y más aún si la vamos a introducir en este sistema heteronormado en que la sexualidad se vive en blanco y negro. Debemos resistir tal tentación y sentarnos a escuchar qué es lo que la persona trans quiere expresar y ayudarlos/as dentro de las herramientas que tenemos, con cirugía y sólo cuando ellos/as la necesiten, a expresar esa persona, esos deseos. Mi mensaje final sería, así como cada una de las personas cisgénero han tenido la libertad absoluta para expresar su sexualidad, también así la deben tener las personas trans.



MÓDULO III

→ EDUCACIÓN SEXUAL PARA LA ESCUELA DE HOY: UNA DEUDA PENDIENTE.

Expositor: Dr. Ramiro Molina Cartes

Profesor Titular Universidad de Chile. Médico, Ginecobstetra, MSc Public Health, Johns Hopkins University. Doctor en Medicina, Universidad de Chile.

Resumen

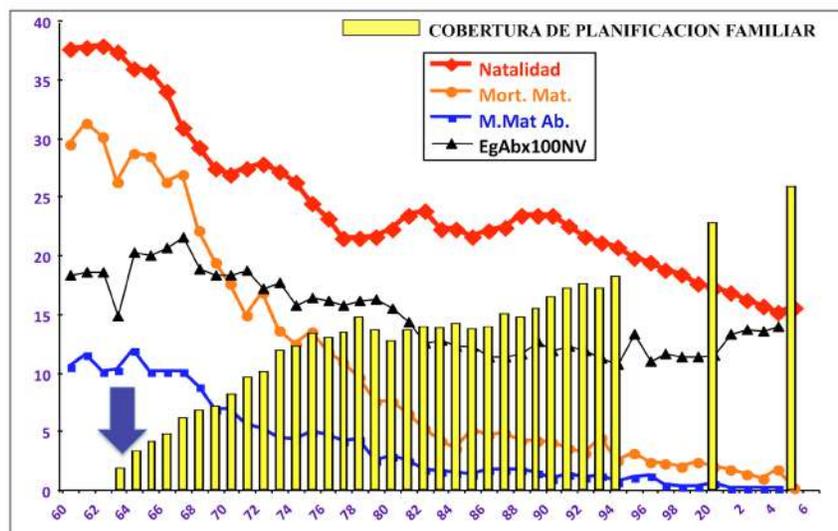
La educación sexual no ha sido impartida en Chile de forma sistemática en el sistema escolar público ni privado. Si bien la Ley 20.418 establece la obligatoriedad de impartirla en los colegios, el reglamento de ésta no lo respalda, por lo que se constituye como "letra muerta". Los estudios han demostrado cómo la implementación de políticas de educación y de planificación familiar modifican el patrón demográfico en un país, como la fecundidad global y adolescente, muerte materna y aborto. Chile está al debe en esta materia, con políticas que no se comparan a las de países desarrollados, relegando la educación sexual y los derechos sexuales y reproductivos a un eslabón poco prioritario en políticas educacionales y sanitarias.

Palabras clave: Educación sexual, Embarazo adolescente, Aborto, Fecundidad, Planificación familiar.

Entre 1960 y 2006 se observan cambios demográficos importantes en Chile, tras la implementación de la planificación familiar en 1963: disminución brusca de la natalidad. Se produce inmediatamente después una disminución de la mortalidad por aborto, así como, posteriormente, la disminución de la tasa por mortalidad materna.



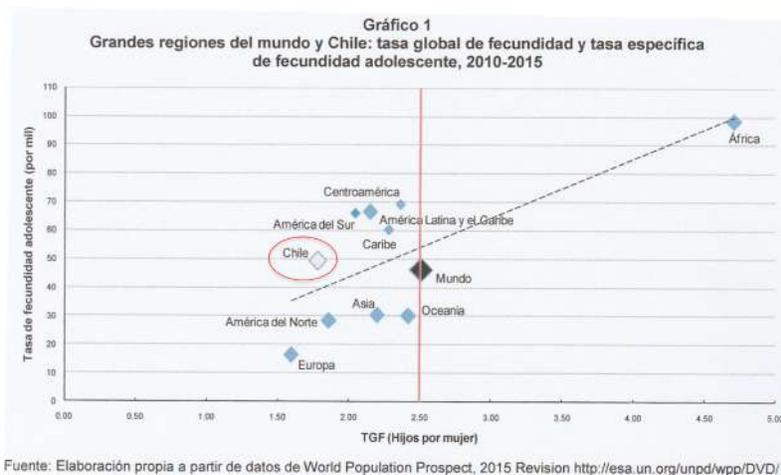
Planificación familiar, Mortalidad Materna, por Aborto y Natalidad. Chile 1960-2006



DR. R.M.C. FAC. MED. U. DE CHILE 2007



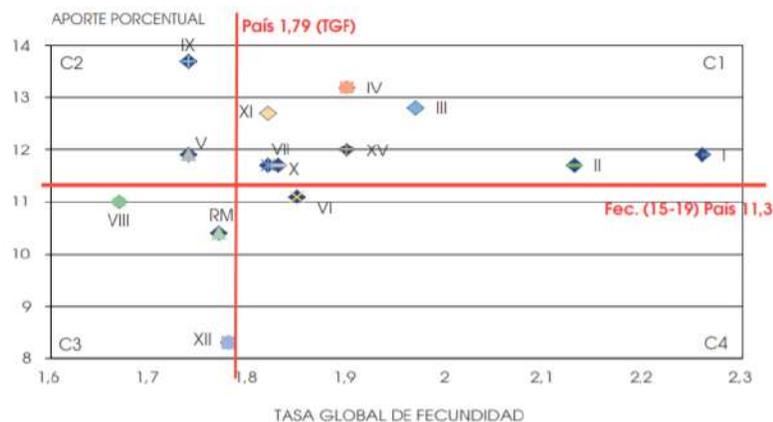
Al visualizar la tasa de fecundidad general y la tasa específica de fecundidad adolescente (entre 15 y 19 años), entre 2010 y 2015 en Chile, se observa cómo se produce un quiebre con disminución de la tasa de fecundidad general, pero con una tasa de fecundidad adolescente siempre mayor a ésta y con una disminución más lenta. Si se compara respecto a otras regiones del mundo, Chile se sitúa en un escenario similar al resto de América del Sur, pero con tasas de fecundidad específica adolescentes sobre las de América del norte y Europa.



La tasa global de fecundidad adolescente también muestra un patrón diferente entre las distintas regiones de Chile. La mayoría se encuentran en el cuadrante donde ambas tasas están por sobre la media, y solo unas pocas, como la RM, la VIII y XII se encuentran en el cuadrante donde ambas están bajo la media.

La comparación entre los países en desarrollo y los desarrollados, en relación al inicio de la primera relación sexual, no muestra mayores diferencias. Sin embargo, las diferencias son abismantes al analizar el uso de métodos anticonceptivos en la 1° relación sexual, donde es mucho mayor en países desarrollados respecto a los en desarrollo.

GRÁFICO 7: Aporte porcentual de las adolescentes de 15-19 años y tasa global de fecundidad, según región, 2015



Elaborado con nacimientos por edad de la madre y población femenina estimada por edades, 2015.
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística (INE)

Chile es el país con menor tasa de aceptación de los Ministros de Educación respecto a educación sexual en colegios entre el 2008 y 2011.

Existen conceptos que antes de la implementación de la planificación familiar (década del '60), no se manejaban, como es el caso del embarazo no deseado producto del coito sin método anticonceptivo y las consecuencias que podrían presentarse, como el aborto o el maltrato infantil e infanticidio.

El Riesgo relativo de que el embarazo termine en aborto provocado por adolescentes es mayor cuando la primera relación sexual es antes de los 12-14 años (5,68) y el primer embarazo entre los 13 y 15 años (4,25).

En un estudio, donde se buscó identificar el impacto de la intervención en nivel de atención primaria de salud respecto a las tasas de aborto provocado, tras 3 años de seguimiento, se determinó que en el consultorio que recibió intervención y se realizó, además, un trabajo en terreno, hubo una disminución de la tasa de 52,8, seguido por un 22 en aquel consultorio que sólo recibió intervención en APS, sin seguimiento en terreno. Por otro lado, aquel que no recibió intervención, tuvo un aumento de la tasa en 35,5.

Educación sexual como base de la Salud Sexual y Reproductiva. Aporte a la educación chilena.

La experiencia en educación sexual que existe en Chile parte en 1980, donde se han realizado cursos, presenciales inicialmente, para profesores/as, madres, padres, alumnos y alumnas.

Se realizó un estudio que consideró varios colegios donde se realiza seguimiento en los distintos niveles, donde se comparan aquellos con y sin intervención en salud sexual y reproductiva. Se evaluó el impacto tras el seguimiento en porcentaje de embarazos por cursos, y los resultados son diametralmente diferentes, con una clara mayor disminución en los intervenidos.

Las tasas de embarazo a nivel nacional mostraron un impacto de disminución del 36,6% en aquellos que fueron intervenidos, mientras que los no intervenidos, sólo evidenciaron una disminución del 4,5%.

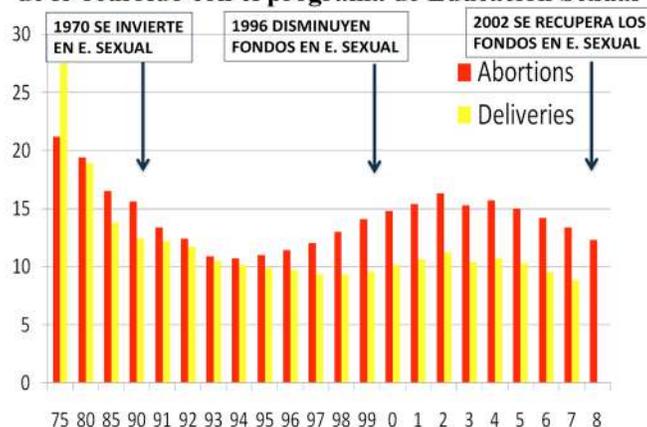


Al comparar la forma de término del embarazo en este estudio, el aborto provocado bajó a 13,8 en los intervenidos y -9 en los no intervenidos, sin embargo, en este estudio aparece una forma "nueva" de término de embarazo previamente no visualizada antes del estudio, que corresponde al "aborto obligado" (bajó en -3,4 en los intervenidos, mientras que los no intervenidos aumentó 10,3).

Dr. Dan Apter, encargado del Programa de Educación Sexual, muestra la experiencia en Finlandia al invertir estatalmente en programas de educación sexual en el año 1970: se observa la disminución tanto de partos como de embarazo. Tras la disminución de la entrega de fondos en 1996 para el

programa, se evidencia un aumento significativo en la tasa de aborto, la que nuevamente disminuye al reinyectarse los fondos el año 2002.

Experiencia relatada por Dr. Dan Apter de Finlandia de lo ocurrido con el programa de Educación Sexual



En Chile, al año 2016, existían 3.024.627 estudiantes y 230.142 docentes según registros del MINEDUC. El desafío era capacitar a los profesores de todo Chile respecto a educación sexual en un plazo de 2 años, a través de la vía online de autoaprendizaje.

Respecto al marco legal en Chile.

Artículo 1, párrafo 4 de la Ley 20.418 "...Los establecimientos educacionales reconocidos por el Estado deberán incluir dentro del ciclo de Enseñanza Media un programa de educación sexual, el cual, según sus principios y valores, incluya contenidos que propendan a una sexualidad responsable e informe de manera completa sobre los diversos métodos anticonceptivos existentes y autorizados, de acuerdo al proyecto educativo, convicciones y creencias que adopte e imparta cada establecimiento educacional en conjunto con los centros de padres y apoderados".

Si bien la Ley 20.418, que fija la obligatoriedad de la educación sexual en los colegios (fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad) fue aprobada en enero de 2010, no cuenta con el respaldo económico para la implementación de educación sexual, pues en el Reglamento, para su implementación en el año 2013, no contempla dentro de sus artículos la Educación Sexual, dejando la Ley en letra muerta.

Por esta razón y ante la ausencia formal de educación en los programas escolares, se monta un programa de Educación Sexual de autoaprendizaje online, que es único en Latinoamérica, creado por la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en conjunto con la Vicerrectoría de Asuntos Estudiantiles y Comunitarios de la misma casa de estudios. Su nombre es CESOLAA (Curso de Educación Sexual Online de Auto-Aprendizaje) y es gratuito (Página: www.educacionsexual.uchile.cl).

MÓDULO III

→ INVESTIGACIÓN CON ENFOQUE DE GÉNERO Y APLICACIÓN A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Expositora: Teresa Valdés Echenique

Socióloga, especialista en estudios de género. Ex investigadora de FLACSO-Chile, CEDEM. Coordinadora del Observatorio de Género y Equidad. Ex Asesora en Género de la Ministra de Salud y Jefa de la Unidad de Género del Ministerio de Salud (2014-2018).

Resumen

Considerar los determinantes sociales de la salud para abordar la investigación resulta imprescindible. Es necesario analizar las formas complejas en que interactúan los factores biológicos y sociales para entender cómo funciona el género en su relación con la salud.

Debe abordarse la salud con un enfoque social que se haga cargo del contexto sociocultural, de las pautas de comportamiento y valores, el lugar asignado a mujeres y hombres que ha marcado su salud y desarrollo considerando políticas públicas en salud que se hagan cargo de dichos determinantes y que apunten a la igualdad fundadas. La no consideración de un enfoque de género tiene consecuencias en los diagnósticos y en las políticas de salud hacia las mujeres y las niñas.

Palabras clave: Género, sexismo, enfoque de género, investigación.

¿Hasta qué punto la salud es una responsabilidad social y no sólo una responsabilidad individual? La aproximación del marco teórico de la temática de género en salud es a través de la visión de los determinantes sociales en salud.

Determinantes sociales de la salud (socioeconómicos, culturales y ambientales):

Se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud. Se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Son objetos de políticas públicas, son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas. Considerar sólo los riesgos individuales de enfermar para realizar intervención no contribuye suficientemente a la mejora en la salud.



En este esquema no figuran las relaciones de género, que es más profundo que las diferencias de sexo que definen acceso a recursos de poder: económico, social, político y simbólico.

El género como determinante social de la salud:

Las desigualdades de género **están presentes en la sociedad en todo ámbito y repercuten en la vida de las personas**. Las organizaciones y programas (como salud) se estructuran en jerarquías basadas en el género y traen consecuencias perjudiciales para mujeres, jóvenes y niñas, en especial por la división sexual del trabajo y por los mandatos culturales diferenciados para hombres y mujeres.



Estas desigualdades se reflejan ampliamente en diversos ámbitos, **desde pautas de alimentación discriminatorias** hasta su extremo: **la violencia contra las mujeres**.

Este modelo trae consecuencias en la salud mental de las mujeres, que se concentra en problemáticas como la **depresión y neurosis**, mientras que en los hombres, destacan problemas como el **alcoholismo y la drogadicción**. Son formas diferenciadas de adaptación a una cultura negativa para unas y otros.

Para hablar de salud se debe considerar el concepto de género y para su análisis se deben considerar las condiciones en que se ven inmersas todas las personas, pues éstas, y por ende, el género, tienen impacto directo en la salud. Estas condiciones son, entre otras:

GÉNERO: DETERMINACIONES QUE IMPACTAN LA SALUD 



Fuente: Presentación M. Isabel Matamala

La información estadística como la esperanza de vida al nacer y la tasa de mortalidad infantil por sexo dan cuenta tanto de la biología como de la cultura.

Respecto a la esperanza de vida al nacer se observa que las mujeres “viven más que los hombres”, y se señala que “son más resistentes las mujeres”, pero la investigación con perspectiva de género revela una “sobremortalidad masculina” que no se explica por motivos biológicos. Si bien, respecto a mortalidad infantil (menores de 1 año), se observa que es mayor en hombres que en mujeres, lo que abre el debate respecto a una condición constitutiva biológica que lo explique, las diferencias de mortalidad posteriores no se pueden explicar en esos términos.

Mortalidad por causa según sexo 2011

CAUSAS	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*
Todas las causas	94.985	5,5	50.539	5,9	44.446	5,1
Tuberculosis	232	1,3	160	1,9	72	0,8
Enfermedad por VIH/SIDA	472	2,7	386	4,5	86	1,0
Esófago	683	4,0	438	5,1	245	2,8
Estómago	3.237	18,8	2.146	25,1	1.091	12,5
Vesícula, de otras partes y no especificadas de las vías biliares	1.834	10,6	546	6,4	1.288	14,8
Tráquea, bronquios y pulmón	2.780	16,1	1.722	20,2	1.058	12,1
Mama	1.358	7,9	11	0,1	1.347	15,5
Enfermedades hipertensivas	3.488	20,2	1.425	16,7	2.063	23,7
Enfermedades isquémicas del corazón	7.197	41,7	4.438	52,0	2.759	31,7
Cirrosis hepática y otras enfermedades del hígado	4.077	23,6	2.798	32,8	1.279	14,7
Accidentes de tránsito	2.116	12,3	1.673	19,6	443	5,1
Otros accidentes de transporte	105	0,6	84	1,0	21	0,2
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (Suicidios)	2.027	11,8	1.657	19,4	370	4,2

Fuente: DEIS-MINSAL



Al analizar las causas de mortalidad (no infantil) se evidencian importantes brechas de género que no son explicables por la biología, sino que por causas de origen cultural. Algunos ejemplos donde prima sustancialmente la mortalidad en los hombres son tuberculosis, VIH/SIDA, cirrosis hepática, enfermedades isquémicas del corazón, accidentes de tránsito, suicidio, entre otras, las que están ligadas a la cultura, cultura, a los mandatos masculinos, a las prácticas culturales y pautas de consumo, no a la constitución biológica propiamente tal.

La prevalencia de sintomatología depresiva evidencia nuevamente una marcada brecha de género, predominando ésta en el sexo femenino (26,3% mujeres, versus 9,1% en hombres), relacionada nuevamente con mandatos y pautas culturales. Sin embargo, esta brecha varía en regiones específicas del país, como es la Región de La Araucanía, lo que permite ver la presencia de otros determinantes de la salud que se combinan con el género.

Las causas de egresos hospitalarios por traumatismos, envenenamiento y otras causas externas muestra una vez más diferencias de género predominante en hombres, y se puede apreciar un origen netamente cultural. En relación a la prevalencia de la violencia intrafamiliar, el 38,8% de las mujeres, entre 15 y 49 años, según la Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales (Ministerio del Interior, 2017), ha sufrido violencia en el contexto de pareja. La violencia sexual denunciada ante la Fiscalía, se concentra en niñas menores de 14 años. Ésta no es una patología, es una práctica aceptada culturalmente en cuanto a la sexualidad y el poder masculino sobre las mujeres y las niñas. La violencia de género también muestra diferencias entre comunas, lo que nuevamente evidencia el carácter multifactorial de los determinantes sociales.

Género y Salud:

Cuando se intenta comprender las diferencias relacionadas con la salud entre mujeres y hombres es necesario analizar las formas complejas en que interactúan los factores biológicos y sociales. En las ciencias de la salud, la biología tiene más influencia en las diferencias entre hombres y mujeres que en las diferencias entre ricos y pobres, o entre grupos de castas. Sin embargo, los factores determinantes de carácter social exacerban las vulnerabilidades biológicas.



Investigación y perspectiva de género:

La preocupación al momento de realizar investigación es cómo el prejuicio basado en el género puede influir en la comprensión misma de las diferencias y los procesos biológicos, naturalizando o "biologizando" elementos que pertenecen a otras dimensiones (relación entre la cuantía de óvulos, que es limitada y en cierto periodo, versus los espermatozoides, cuya producción es continua en el tiempo, y se relaciona socialmente al comportamiento sexual-reproductivo que se define para cada género, por ejemplo).

Legitimar la relación entre enfermedad y debilidad con características biológicas de las mujeres, constituye una práctica sexista.

Ejemplos: Las experiencias biológicas de la menstruación y la menopausia se describen como procesos de producción desperdiciada y signos de deterioro biológico. La "histeria" es otro ejemplo que habla de la medicalización exagerada y el concepto de fragilidad que se asigna a las mujeres, lo que impacta en la vida de éstas.

El conocimiento del cuerpo, conceptos de salud y enfermedad dependen de los diversos contextos y se construyen culturalmente. Los sistemas médicos suelen reproducir las mismas desigualdades y jerarquías que se visualizan en una sociedad, al naturalizarlas y normalizarlas mediante hechos e imágenes acerca del cuerpo.

La investigación convencional a menudo define género sencillamente como un conjunto de roles sociales. Aislar el análisis de género de otros ámbitos de la política social y destacar exclusiva o excesivamente los roles, conduce a llevar los esfuerzos de intervención a los cambios de comportamiento en el ámbito individual, y no al cambio en las políticas públicas, en el ámbito social. Para hacer investigación en salud con enfoque de género, es relevante considerar al género en tanto relaciones de poder que interactúan con la biología, para determinar las diferencias en cuanto a necesidades, capacidades y tratamiento, lo que exige concentrar sistemáticamente la atención en el sesgo, la desigualdad e injusticia resultantes. Cuando no hay razón biológica verosímil que explique los diferentes resultados estadísticos de salud, se debe considerar que la discriminación social es la principal sospechosa de causar resultados de salud "poco razonables". El reconocimiento de que las diferencias se mantienen debido a la discriminación social exige que las medidas para lograr la equidad en salud se concentren en políticas que promuevan resultados iguales.

Sesgos de género en el contenido de la investigación:

1. Los problemas de salud que afectan de manera particular o predominantemente a las mujeres han recibido menos atención y fondos que la investigación sobre los problemas de salud que predominan principalmente entre los hombres (ejemplo: fibromialgia o incluso violencia de género, respecto a su prevalencia y consecuencias para la salud física y mental).



2. Las investigaciones sobre la salud ocupacional y los reglamentos de seguridad se enfocan principalmente en los riesgos para la salud del empleo formal, donde predominan los hombres. La salud ocupacional no reconoce las consecuencias de las diferencias entre los lugares de trabajo de mujeres y hombres y entre sus responsabilidades. Debido a los estereotipos de género, la reproducción se considera un ámbito propio de la mujer y se descuida la salud reproductiva de los hombres relacionada con la exposición laboral.

3. Falta de reconocimiento de la interrelación de factores sociales. Ejemplo: el aumento de infección por VIH en niñas y mujeres, asociado a las relaciones de poder por razón de género (dificultades de las mujeres para exigir que sus compañeros adopten prácticas sexuales seguras), lo que confluye a su vez con factores como la pobreza.

Sesgos de género en el proceso de investigación:

1. No recopilación sistemática de datos desglosados por sexo en todos los proyectos de investigación o sistemas de datos de mayor alcance.

2. Falta de métodos sensibles a la dimensión de género (no pueden captar las diferentes dimensiones de la disparidad). Metodologías cualitativas son más recomendables.

3. Representación desbalanceada de mujeres y hombres en los ensayos clínicos. Falta de perspectiva de género con exclusión de las mujeres de las poblaciones estudiadas y cuyos resultados se consideran universalmente válidos y aplicables a las mujeres. Interpretar los resultados de investigación basados en estudios de modelos masculinos y sin pruebas convincentes de su aplicabilidad a las mujeres tiene consecuencias perjudiciales para ellas. Ejemplos claros se dan en la esquizofrenia, en la epidemiología cardiovascular –los síntomas del ataque cardíaco difieren mucho entre los hombres y las mujeres y rara vez son destacados en los libros de medicina.

4. Desequilibrio de género en los comités de ética, el financiamiento de la investigación y los órganos consultivos, así como el trato diferencial de las científicas, también contribuyen al sesgo de género en la investigación. La sub-representación y el trato diferencial de las científicas reflejan la jerarquía de género generalizada, que se traduce en oportunidades de ascenso, sueldo y solicitud de fondos para investigaciones y becas posdoctorales.

MÓDULO III

→ ATENCIÓN MÉDICA NO SEXISTA: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

Expositoras:

Dra. Gabriela Piriz Etcheverry

Doctora en Ginecología por la Universidad de la República, Magíster en Políticas Públicas y Género por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, México. Coordinadora del Departamento de Salud Sexual y Reproductiva de la Red de Atención de Primer Nivel del Área Metropolitana de la Administración de Servicios de Salud del Estado de Uruguay.

Ps. Ana Monza

Psicóloga, Magíster en Psicología y Educación por la Universidad de la República. Coordinadora del Área de Salud Mental de la Red de Atención de Primer Nivel del Área Metropolitana de la Administración de Servicios de Salud del Estado de Uruguay. Integrante del Departamento de Salud Sexual y Salud Reproductiva del mismo servicio.

Resumen

La atención no sexista en salud resulta fundamental en el ejercicio profesional de los trabajadores de la salud. Tanto desde una perspectiva ética como desde un enfoque de derechos humanos. La evolución constante de los derechos sexuales y reproductivos ha debido ir de la mano de cambios tanto en la práctica de atención como en la gestión de salud y en los marcos normativos. No considerar estos aspectos en la atención integral a la salud puede constituir un sesgo sexista muy perjudicial tanto para usuarias/os como para las y los profesionales y demás integrantes del equipo de salud.

Palabras clave: Atención médica, Sexismo

1º Caso

Usuaría: -"Hace 2 meses que no me llega la menstruación, estoy con vómitos y mareos"-

Doctor: - "¿Segura?"-

Usuaría: -"Sí"-

Doctor: -"¿Estabas buscando quedar embarazada?"-

Usuaría: -"Noooo!!!"-

Doctor: -"¿Tenés uno?"-

Usuaría: -"Tengo dos, dos"-

Doctor: -"Bueno ahora viene el tercero. Felicitaciones!"-

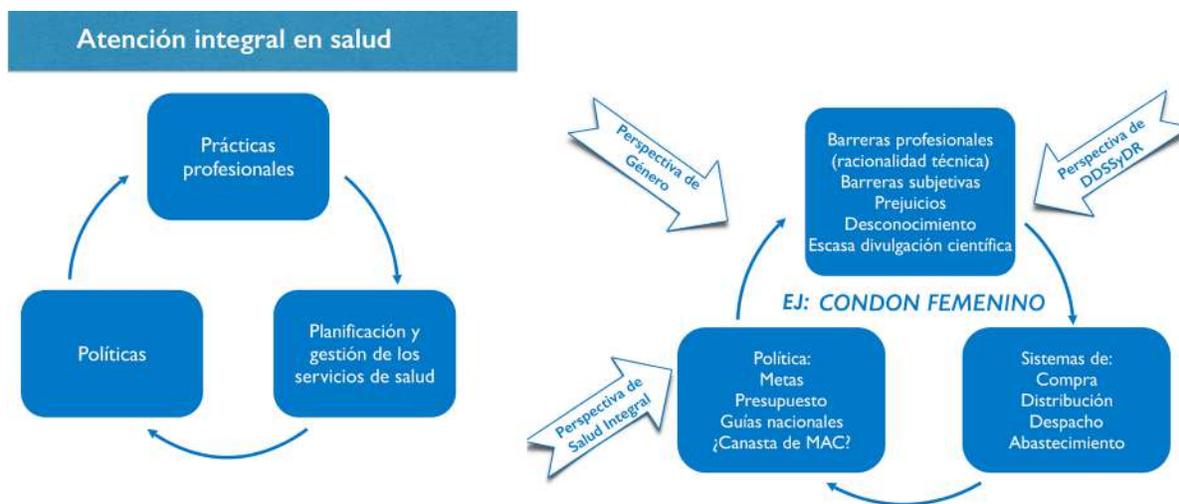
1. Marco conceptual

La atención no sexista en salud se sustenta en un campo conceptual, el cual es multifactorial, en continuo movimiento e interdisciplinario. Se basa en un contexto histórico que va mutando con el tiempo. El sustento teórico de la atención no sexista tiene una perspectiva de derechos humanos, los cuales son universales, interdependientes, inalienables. La integridad corporal, la capacidad de ser



persona, la igualdad, la diversidad y la dignidad. Cuando una persona solicita una atención en salud está ejerciendo un derecho. Y los profesionales de la salud somos instrumentos para ese ejercicio de derecho, que al proporcionar la atención solicitada, debemos respetar los principios mencionados.

Con el tiempo los paradigmas desde donde se plantea la atención no sexista, las políticas, la gestión y las prácticas directas, han evolucionado desde un enfoque de salud sexual y reproductiva centrado en el campo materno-infantil, basado en la mujer como un objeto de reproducción; hasta un enfoque de género y diversidad como es el que hoy se está trabajando. El marco ético se ajusta a los principios rectores de la salud: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. Todos estos se interrelacionan entre sí y se necesitan el uno al otro. El marco normativo da soporte y sustento a las prácticas de atención no sexista; pero debe tenerse el cuidado que no siempre es absoluto, ya que lo legal no es inherente a lo legítimo. Que existan leyes y marcos normativos es fundamental, pero se legitima en el momento en que los profesionales de la salud cambien sus prácticas en pro de ellos.



Los movimientos sociales por su parte, presionan y ayudan a avanzar o retroceder en estas normativas legales, estando en un vaivén permanente según la contingencia nacional. Tanto el marco ético como el de derechos humanos deben regir las transformaciones y revisión continua de los marcos referenciales y operativos.

Finalmente la atención integral de salud estará determinada por la relación que se forme entre las políticas, la planificación y gestión de los servicios de salud y las prácticas profesionales. Para lograr cambios efectivos, y llevar hasta los y las pacientes una mejor salud que responda a sus necesidades, deben estar en coordinación estos tres actores sin jerarquizar uno por sobre otro.

2. Atención sexista: la cultura del sexismo en la salud

La sexualidad es el estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, así como la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Comienza en el inicio de la vida y termina con la muerte.

Se encuentra sujeta a vivencias, educación, mandatos sociales. En tanto experiencia: es personal y subjetiva, es vincular y social. Se encuentra controlada por instrumentos sociales como la educación represora de los deseos y sensaciones físicas y afectos, mecanismos generadores de culpa, fundamentados en preceptos y dogmas (tabúes: pecado original; virginidad; sexo solo después del matrimonio; etc.). Normalización de la sexualidad fundamentada en la concepción del sexo con fines reproductivos, heteronormatizado o prohibición del placer. Principales agentes socializadores:

- Familia, Cuidadores/as, Iglesias
- Centros educativos
- Instituciones de salud

Todos estos componentes descritos llevan a un disciplinamiento (del cuerpo, de la sensibilidad, de la afectividad y los vínculos) y a la creación de una estructura de la sexualidad tal como la conocemos y, a partir de ahí, el consecuente control (legitimado e institucionalizado) del cuerpo. Así la sexualidad humana se constituye en un campo interdisciplinario, donde hay intervención social y política, pero por sobre todo es capturado por las disciplinas que buscan su "buen funcionamiento", como las áreas de la salud. Lo antedicho produce una visión desde la que se determina: el cuál, qué o cómo debe ser el buen funcionamiento de la sexualidad. El modelo dominante e instituido que encontramos, principalmente, en nuestro sistema de salud, el modelo hegemónico, heterosexual, heterocentrado y heteronormativo, que determina un paradigma sexista de la sexualidad.

Modelo hegemónico de la sexualidad: Modelo construido como el válido. Aprendido y aprehendido, volviéndose en un productor de subjetividad. Heterocentrado, reproductivo, falocéntrico, coitocéntrico, genitalizado. Se basa en los 3 pilares del sexismo.

1. Heterocentrismo - La heterosexualidad es la norma.
2. Heterosexualidad obligatoria - La heterosexualidad como modelo hegemónico de relacionamiento sexual y de parentesco.
3. Heteronormatividad - La heterosexualidad como institución social. Las normas garantizan y fortalecen su legitimidad en todos los ámbitos sociales.

2º Caso

Doctor: -"Son normales sus relaciones sexuales?"-

Usaria: -"Sí"-

- Médico pensando en una relación sexual heterosexual. Usaria pensando en un juguete sexual -

Las instituciones de salud estructuran el género, ya que en sus prácticas de atención miran a la mujer como objeto: "madre", "embarazada". Difícilmente se le legitima desde otras aristas, como desde lo sexual, el placer, etc. El hombre escasamente aparece. Las instituciones de salud lo estructuran, lo establecen, validan y perpetúan este modelo. A su vez, el género estructura a la institución de salud, la mujer tiene un rol en la salud de la familia como cuidadora de niños, adultos mayores y enfermos. Expulsa a los hombres, desde el área de la salud sexual y reproductiva, de la atención. Además, podemos sumar la intersección de otros ejes de desigualdad, orientación sexual, infantilización de las personas con discapacidad, clase, etnia, edad, etc.

La discriminación promueve estereotipos sexuales, establecidos en las diferencias sexuales, lo que conlleva a una desigualdad de la atención de salud. Esto corresponde al **sesgo sexista** en la atención de salud, lo cual tiene un apoyo en la evidencia, con investigaciones que lo demuestran tanto en la medicación, en la búsqueda del diagnóstico acertado, como en el esfuerzo terapéutico.

La práctica diaria demuestra las diferencias del esfuerzo terapéutico de pacientes en unidad de cuidados intensivos cuando es hombre y cuando es mujer: existe un mayor esfuerzo terapéutico en los hombres que en las mujeres, lo que constituye un ejemplo de aquello.

Otro ejemplo es el condón femenino, y la dificultad de la entrega de éstos por funcionarios a un hombre. No olvidar que la atención de salud es entregada por todo aquel que trabaje en un establecimiento de salud, no sólo profesionales de salud.

3. Impacto de la atención sexista a la salud de las personas

El impacto negativo que tiene la atención sexista en salud es múltiple y además es bidireccional, tanto hacia el paciente como hacia quienes ejercen la atención. La diferencia en este punto es que quienes entregan la atención de salud tienen la posibilidad de generar un cambio, quedando siempre la o el paciente en una situación de vulnerabilidad, al ser una relación asimétrica. Algunas de las consecuencias de este tipo de atención son:

Negación de la sexualidad:

- Cuando se habla de sexualidad, se hace desde lo represivo, el riesgo y la enfermedad.
- Falta de acceso a información de calidad.
- No se desarrolla el autocuidado ni la autoestima.
- Ambivalencia acerca de la sexualidad, de la capacidad de expresarse y de sentir placer: culpa, vergüenza, miedo, rechazo.
- Fomenta los mitos, tabúes, estigma y estereotipos.
- Mayor vulnerabilidad a embarazos no intencionales, violencia, infecciones, abuso.
- Mayor morbimortalidad.

¿Cuáles serían algunos comportamientos o cómo actuamos cuando tenemos el sesgo sexista en nuestra atención de salud?

- No indagar sobre la sexualidad, el placer o el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos.
- Considerar que no se necesita hablar del tema. Instalar la barrera, sin siquiera preguntar.
- Tomar decisiones sobre el otro u otra.
- No desarrollar mecanismos adecuados para la atención.
- Invisibilizar necesidades en derechos sexuales y reproductivos, haciendo diagnósticos tardíos.
- Ser parte del problema y no de la solución.
- Afrontar la atención anteponiendo principios personales, sesgando la escucha.
- Provocar que las personas retrasen o eviten consultar.



3º Caso

Doctora: -"Y...¿ desde cuándo está así de gorda usted? "-

Usuaría: -"Del último embarazo"-

Doctora: -"¿Qué edad tiene?"-

Usuaría: -"Tres años tiene mi hija"-

Doctora: -"¿Hace tres años que está así? ¿Y él que le dice?"-

Usuaría: (...)

Doctora: -"¿Y usted qué le dice a él?"-

Usuaría: -"Que trato, pero no puedo"-

4. Mejorando nuestras prácticas

Los paradigmas mutan y se modifican con la progresión de la sociedad. Hoy se toman otros conceptos para plantear nuevos paradigmas en derechos sexuales y derechos reproductivos, como lo son el género, la equidad, la integralidad, los derechos y la diversidad.

Estos paradigmas interpelan marcos interpretativos que han prevalecido en servicios y prácticas profesionales; promueven transformaciones culturales profundas; trastocan modelos que sostienen la formación profesional, el diseño de políticas y de servicios. Además intentan de-construir un modelo tradicional de atención sesgada y basada en estereotipos.

¿Por qué concretar estos cambios?

- Garantiza, protege, respeta y defiende los derechos sexuales y derechos reproductivos. Entiende estos derechos como derechos humanos.
- Legitima y da reconocimiento social de derechos y genera condiciones (sociales, culturales, subjetivas, políticas) para su ejercicio.
- Ubica el ejercicio de derechos como eje en la construcción de ciudadanía y profundización de la convivencia democrática.

Finalmente, es esencial recordar que lograr esta atención no sexista en salud va de la mano con que todos los actores confluyan hacia un mismo objetivo, tanto en prácticas como políticas y la planificación y gestión de salud. Éstas deben encontrarse en revisión constante, y evaluar su implementación y consecuencias. Los estigmas de estos cambios pueden caer tanto en pacientes como en las y los profesionales, y esto debe reconocerse con anticipación.



MÓDULO III

Mesa de diálogo: Acoso y violencia de género en la práctica médica: ¿Cómo transformamos los establecimientos de salud?

→ AVANCES Y DESAFÍOS DESDE EL COLEGIO MÉDICO EN ESTABLECIMIENTOS LIBRES DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Dra. Izkia Siches Pastén.

Médica internista, Universidad de Chile. Presidenta Colegio Médico de Chile.

Resumen

Las posiciones de poder dentro de la jerarquía patriarcal siempre han detenido el avance de mujeres líderes y el área médica no es la excepción. Este año, gracias al impulso de la ola feminista, se ha podido visibilizar esta problemática que se había mantenido hasta ahora en un silencio cómplice de forma histórica. Gracias a las demandas feministas y a mujeres en cargos de poder, se ha logrado progresar en el desarrollo de políticas públicas que permitan que las mujeres y las diversidades sexuales logren tener un espacio en la sociedad académica. Ésta ha sido una bandera de lucha para la Directiva actual, quienes en esta oportunidad, a través de la Dra. Siches, exponen los logros desde la conformación de la Comisión de Género y Salud del Colegio Médico, compartiendo a su vez los proyectos futuros con el sello de la perspectiva de género característico de su dirección.

Palabras clave: Mujer líder, Comisión de género, Colegio Médico

Llegué al Colegio Médico hace más de un año, fui presidenta del Consejo Regional Santiago, la primera presidenta en ambas entidades y me ha tocado vivir la transición de este gremio, pero también el impulso e impacto que han tenido las pequeñas transformaciones que venían dando antesala dentro de la propia medicina a este problema que nosotros invisibilizábamos. Muchas veces hablamos de "establecimientos con violencia", pero debemos admitir que estas entidades son inanimadas, por lo que éstas no son las culpables, si no las personas que la componen.

Los médicos y médicas hemos normalizado una cultura machista, y si bien es cierto que a muchas dirigentas nos ha tocado vivir la misoginia, este proceso nos compete a todas y a todos.

Este Colegio Médico era una estructura jerarquizada, muy clásica y machista que nunca había tenido dirigentas de alto rango, pero de a poco fuimos allanando el camino. Parte de la agenda antigua buscaba ocultar los problemas que se planteaban, incluso ridiculizando el trabajo constantemente, con "Oxigena2" vimos estas estructuras que estaban tan anquilosadas y que normalizaban un problema en el funcionamiento habitual. Había temas políticos y éticos, pero aún había un tema de género transversal en la gestión de nuestro trabajo. Era importante no perder la oportunidad de lograr incidir en acciones dentro del marco de la ola feminista, por lo que sumamos, dentro de nuestros ejes transversales, incorporar los determinantes de género, de diversidad sexual, tan ocultos en el currículum y con desconocimiento de los colegas. Con tanta contingencia e incendios, decidimos que la mejor estrategia era conformar un grupo de colegas convencidos y con el corazón puesto en esta agenda transformadora para que desarrollaran - dentro del gremio-, el tema de género como Comisión.



El día de la mujer se pensó para iniciar esta entidad que tiene carácter de incidir en políticas públicas y así hacernos cargo, transparentando lo que ocurre en la cultura médica que, desde mi punto de vista, no se había podido abordar a la fecha. La comisión ha realizado distintas gestiones; los que la conforman han realizado un tremendo trabajo, han incorporado sus miradas y no ha sido, por lo tanto, solamente la mesa directiva, si no que aquí hay un conjunto de personas elaborando un trabajo muy colectivo, rico y con buenos resultados a la fecha.

Comisión de Género y Salud

Conformación: Enero 2018

Actividades principales a la fecha:

- Evento Día internacional de la Mujer
- Campaña de Difusión Red Salud: #EnSaludTambién
- Evaluación de Protocolos de Acoso sexual
- Análisis Norma de Interrupción Voluntaria del Embarazo
- Circular de Objeción de Conciencia
- Circular Ley identidad de género
- Catastro policlínicos Trans
- Participación en Número Cuadernos Médico Sociales
- Curso formación de Género y Salud gratuito
- Capacitación preventiva UDELAM y Pregrado
- Encuesta catastro acoso sexual en Medicina a nivel nacional 2018

En nuestro Colegio existen diversas posiciones en los temas valóricos, y tal como tenemos médicos y médicas feministas a favor de la interrupción voluntaria del embarazo, tenemos a su vez organizaciones de médicos que son más conservadores y que esperan que el Colegio se movilice en una agenda pro-vida. Frente a esa contradicción, nosotros hemos apostado a que es difícil tomar una posición tan concreta en estos temas conflictivos, pero que sí podemos colaborar con la implementación de las leyes sin tener que tomar una posición valórica, porque también lo instruye la ética. No es labor del Colegio Médico decirle a la sociedad qué debe hacer en materia de aborto, eutanasia u otros, sino más bien entregar los elementos para que sea un debate ciudadano. A ese espacio nos hemos restringido y colaborado desde esa premisa.

Hemos hecho educación en torno a la objeción de conciencia, para que no se convierta en "obstrucción de conciencia". Se ha trabajado en el análisis de la Ley de Identidad de Género, donde se pudo hacer un avance sobre todo con las primeras declaraciones de la Sociedad de Pediatría, mucho más restringidas y opositoras al avance del proyecto de ley hasta hoy y que se enfrentan con una mirada mucho más propositiva actualmente. Se está trabajando, además, en un curso que es preventivo para erradicar las malas prácticas naturalizadas en la medicina: visibilizar prácticas como tomarle la cintura a la interna, mandarle un WhatsApp, tener grupos de WhatsApp entre colegas que normalizan la violencia de género etc.

Además, desde la comisión se ha realizado el catastro de policlínicos que dan atención a pacientes trans. Se ha entregado información a los clínicos para evitar malas prácticas del lenguaje hacia usuarios y usuarias trans, optimizando las interconsultas para evitar la revictimización en salud en esta población que ya sufre discriminación continua dentro de nuestros espacios.



La comisión consta de 3 áreas también tratadas en este curso:

- Mujer y cuerpos feminizados en la práctica médica
- Diversidad sexual
- Género y Políticas Públicas

Nos juntamos en Enero con las 3 coordinadoras para pensar cómo hacemos para que el día de la mujer no sea lo tradicional, si no que fuera una denuncia de parte de las propias colegas frente a lo que estamos expuestas todos los días siendo estudiantes de medicina, internas y médicas. En medicina se ha feminizado mucho la carrera. Ahora yo hablo desde una posición de poder, pero estamos en pañales en todos los centros de salud, además existen pocas directoras de hospitales y directoras de servicios de salud. Nos falta mucho por recorrer.

En mi caso, me formé en la Universidad de Chile, universidad pública donde a mis compañeras les preguntaban en las entrevistas de beca si querían tener hijos, siendo discriminadas por su género, sobretodo en el área quirúrgica. Todavía falta abordar el resto de colegas que les toca lidiar con médicas y médicos misóginos, homofóbicos, xenófobos etc. Sin embargo, hoy en día hay otro nivel de tolerancia y eso es un avance. Los invito a leer el Número de Cuadernos Médico Sociales, que ya se encuentra en digital, con artículos promovidos y generados desde la comisión de Género y Salud, otro de los éxitos de este grupo.

Acceso a posiciones de poder

- Mujeres representan el 22% del parlamento, aún bajo el promedio regional, que es del 25%
- A nivel municipal: 41%alcaldesas gobiernan solo 16% de la población.
- 1/3 de las sociedades médicas están lideradas por una mujer.

Por otra parte, estoy en contra del proceso de habilitación, tengo una batalla permanente contra ello. Es absolutamente arbitrario, no se justifica para nada, las universidades no lo han retirado, por ello nosotros nos adelantamos y realizamos una entrevista, que está en proceso de estadificación, puedo contarles que los datos son reveladores. Si las universidades no se abren a anular este proceso o hacerlo por lo menos de forma objetiva, lo más probable es que luego surjan iniciativas legales para demandar a las universidades que caigan en estas prácticas discriminatorias.

Proceso habilitación universidades en concurso nacional CONISS

Preguntas comunes hacia médicas:

- Hijos
- Pareja
- Deseo de tener hijos

En temas sanitarios siguen siendo hombres mayoritariamente; tanto en las especialidades como en las cátedras: siguen siendo la mayoría decanos etc. Existen algunos espacios de luz, pero sigue siendo anecdótico. Hemos tenido que enfrentar temas comunicacionales dolorosos: me llegan las denuncias, los casos de acoso sexual y hemos intentado ir sistematizando. Actualmente, tenemos



una unidad de defensa laboral (UDELAM) dentro de la Fundación de Asistencia Legal (FALMED) que la hemos hecho transitar al colegio. Me toca participar directamente incorporando íconos, llamando a las colegas a denunciar, buscando que se evite en el proceso que sean señaladas por el equipo de salud, si no que sean acogidas por la comunidad médica. Tenemos hoy protocolos que deben pasar por procesos de revisión más acuciosos y estamos trabajando en ello.

La encuesta del 2016 de Residentes de Chile, ya hablaba de esta caricatura -que no es tan caricatura-, reflejando que médicos y médicas mantienen conductas de acoso en lo cotidiano, pero no nos quisimos quedarnos ahí: realizamos una encuesta de violencia de género a nivel nacional para evaluar la situación actual.



Encuesta Residentes Chile:

- 20% sufrió alguna forma de acoso sexual.
- 14% sufrió algún tipo de acercamiento intimidante (tocar cintura, hablar al oído, besos no deseados).
- 61% de los eventos se produjeron en el primer año de residencia.
- 20% en segundo año.
- 82% de los acosadores fueron hombres.

Fuente: Acoso laboral y sexual hacia residentes en Chile.

¿Cuáles son los desafíos futuros?

1.- Modificar el código de ética. Temas valóricos: aborto hoy día -explicitado en el código como una prohibición- pero está en proceso de cambio.

Código de Ética 2011

TITULO II: Deberes generales del Médico

Artículo 8: El respeto de la vida humana, desde su inicio y hasta su término, constituye el fundamento básico del ejercicio profesional médico. Toda intervención médica realizada durante los nueve meses de gestación, deberá velar siempre por el mejor interés de la madre y del hijo/hija.

2.- Modificación de estatutos, por la inclusión del género. Hoy les puedo contar con orgullo que existe paridad, por lo que ninguna de las listas puede tener menos del 40% de mujeres.

Asamblea nacional

Paridad en la lista de candidatos a elecciones.

Ninguno de los dos sexos podrá superar el 60% del total de candidaturas presentadas.

Colegio deberá contar con al menos 40% de representaciones del género minoritario, mujer u hombre.

Directiva de agrupaciones nacionales.

3.- Meterse en las instituciones, puesto que a veces ni las universidades tienen control sobre sus docentes. Se debe realizar un control de pares para que estas prácticas se erradiquen.

Educación, educación, educación

Pregrado

Postgrado

Staff

Protocolos de acoso sexual

Sanciones en tribunales de ética

Palabras finales

Asumimos una posición política a favor de las víctimas y no vamos a hacer defensa corporativa con los perpetradores. Sin embargo, hay que eliminar, a su vez, este clima de temor de que a "todos nos van a denunciar", porque todas las mujeres van a salir a la calle para realizar denuncias de forma gacnancial. Todavía se mantiene esta idea dentro de la comunidad de dirigentes y eso lo podemos transformar. Éste ha sido un trabajo que me enorgullece, es una de las actividades que demuestra que aunque sean pequeños pasos para el Colegio Médico, son pasos gigantes que quedan dentro de la institución. Los invito a continuar con el trabajo de la Comisión para que el día de mañana nuestro Colegio Médico sea cada vez más diverso, feminista, inclusivo y abierto a la realidad del Chile actual.



MÓDULO III

Mesa de diálogo: Acoso y violencia de género en la práctica médica: ¿Cómo transformamos los establecimientos de salud?

→ EQUIDAD DE GÉNERO EN LA ACADEMIA: EL CASO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Expositora: Carmen Andrade Lara

Socióloga, Magíster en Gobierno y Políticas Públicas de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Consultora de organismos internacionales, ex Subsecretaria y ex Ministra del SERNAM. Directora de Igualdad de Género de la Universidad de Chile.

Resumen

Tanto la legislación nacional como las políticas y protocolos contra el acoso sexual en instituciones universitarias son insuficientes y no logran aún dar respuesta a la gran cantidad de casos que se han hecho públicos en los últimos años. El caso de la Universidad de Chile es emblemático, pues ha sido pionera en realizar un diagnóstico y en desarrollar acciones para enfrentar este tipo de violencia de género. Realizó el primer estudio sobre acoso sexual en universidades chilenas, las primeras políticas universitarias de prevención y creó mecanismos de atención especializada de personas afectadas por violencia de género. Asimismo, conformó una Dirección de Igualdad de Género, encargada de diseñar y coordinar políticas y planes universitarios orientados a lograr equidad e igualdad de género a nivel institucional. Se configura como ejemplo de buena práctica universitaria en el desarrollo de distintas intervenciones dentro de su propia realidad.

Palabras clave: Universidad de Chile, Dirección de igualdad de Género, acoso sexual.



Se reconoce ampliamente que la Universidad de Chile ha sido pionera en abordar las inequidades en materia de género: grandes luchadoras por los derechos de las mujeres han sido parte de la institución, ha creado los primeros Centros de Estudios de Género, ha aprobado la feminización de los títulos académicos, entre otros. Así también, ha estimulado el desarrollo del pensamiento crítico acerca de los problemas y desigualdades sociales y de género existentes en el país. Sin embargo, cuando se cruza la puerta de la universidad, es decir, al mirar hacia adentro, el espíritu crítico respecto a su propia realidad se atenúa.

En general, ha prevalecido la idea de que las instituciones universitarias no son permeadas por las desigualdades de género. Dada la magnitud y amplia valoración de las tareas que cumplen (la generación de conocimiento, la formación de la élite), se tiende a ignorar que éstas reproducen las relaciones de asimetría de poder y las desigualdades entre hombres y mujeres de las sociedades patriarcales. Resulta contradictorio, porque por una parte generan conocimiento sobre las sociedades y por otra ignoran o invisibilizan lo que pasa en su interior.



Universidad de Chile:

- Primera en abordar inequidades de género.
- Primeras catedráticas.
- Destacadas líderes de movimiento de mujeres y feministas.
- Feminización de títulos.
- Aportes sustantivos a la generación de conocimiento y formación de estudiantes, a través de sus Centros de Estudios de Género

"A pesar de que la mayor parte de los avances en temas de género han salido de la producción académica de las universidades, no han sido estas instituciones las que han escogido la temática y sus procesos de institucionalización al interior de sus comunidades"

Buquet 2011

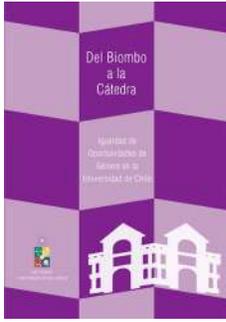
Con el propósito de conocer y abordar la situación de la equidad de género en la Universidad de Chile, se generó una primera comisión trisestamental de "Igualdad de Oportunidades", que realizó un diagnóstico preliminar y propuso crear un mecanismo institucional permanente encargado de profundizar el conocimiento e impulsar políticas y medidas antidiscriminatorias. Esto dio curso a la creación, en 2013, de la Oficina de Igualdad de Oportunidades de Género, mecanismo muy pequeño en su composición y presupuesto, lo que reproduce la tendencia de los mecanismos institucionales de género en los países que suelen partir siendo pequeños, con pocos recursos y reducidos equipos profesionales.

Creación de institucionalidad de Género

- 2012: Comisión trisestamental de igualdad de oportunidades.
- 2013: Oficina de igualdad de oportunidades de género (dependiente de la Vicerrectoría de Extensión y Comunicaciones).
- 2018: Dirección de Igualdad de Género (DIGEN) (Dependiente de Rectoría).
- 2017-2018: Mecanismos institucionales de género en facultades e institutos.
- 2018: Incorporación de estrategias, objetivos e indicadores de igualdad de género en el Proyecto de Desarrollo Institucional (PDI).

Para fundamentar las propuestas de políticas, la Oficina de Igualdad de Oportunidades realizó una investigación y publicó el libro "Del biombo a la cátedra: igualdad de Oportunidades de Género en la Universidad de Chile". Este texto permitió significar el proceso desde el ingreso de Eloísa Díaz, la primera médica chilena a la universidad, hasta lo que está pasando hoy día con la incorporación de las mujeres a la academia. El estudio diagnóstico demostró lo que ya se intuía: "Lo que pasa en Chile, pasa en la Chile". La socialización de sus contenidos se encontró inicialmente con escepticismo y resistencias en las distintas facultades, con comentarios del tipo: "¿Están seguras de los datos?", "ocurre en la Chile pero no en nuestra facultad", "las diferencias salariales no tienen que ver con el género tienen que ver con la productividad".





Los datos agregados mostraron que existe una participación casi igualitaria entre hombres y mujeres en la Universidad, sin embargo, al analizar por estamentos, se observa una clara presencia mayoritaria de mujeres en el estamento administrativo y una preocupante sub-representación en el cuerpo académico de pre y postgrado. Por áreas de conocimiento, ocurre de igual manera: hay concentración de mujeres en áreas asociadas a las ciencias sociales, las humanidades y la salud, y de hombres en áreas asociadas a las tecnologías, las ingenierías y las ciencias, que se corresponden con aquellas más precarizadas en el mercado laboral en el caso de las áreas feminizadas y aquellas con mayor prestigio social y retribución económica en el caso de las áreas masculinizadas.

Segmentación horizontal

Estamentos:

- Matrícula estudiantil paritaria: 55% funcionarias, 34% académicas,

Áreas de conocimiento:

- Pregrado: 85% alumnos en la Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas, 59% en la Facultad de Economía, 58% alumnos en la Facultad de Derecho, 68% alumnas en la Facultad de Ciencias Sociales.

- Postgrado: 31% doctoradas (41% en el país). Área tecnológica concentra matrícula masculina (79% en magíster, 83% en doctorados)

Asimismo, la realidad universitaria se encuentra muy marcada por la segmentación vertical, lo mismo que la actividad política o económica. A medida que se va avanzando en la escala jerárquica, las mujeres van desapareciendo evidenciándose su subrepresentación en la categoría de Prof. Titulares, en el Consejo de Evaluación, en el Consejo y el Senado Universitario.

Segmentación vertical

- Sub-representación femenina en todas las instancias de toma de decisiones.

- Menor presencia se acentúa en jerarquías superiores (9% de los académicos y 2% de las académicas. Prof. titulares).

- 32% mujeres postulantes a ascender a prof. Asociados y titulares.

- Concurso de iniciación e investigación: hombres representan 60% de postulantes y 64% de adjudicados. Sin investigadores responsables en 70% de proyectos presentados a concursos regulares.

Otro de los hallazgos del estudio, que rebatió ideas preconcebidas sobre la Universidad, se refiere a la existencia de brechas salariales por sexo en ambos estamentos, lo que ha sido ratificado por un estudio reciente (2018) realizado por la Vicerrectoría de Asuntos Económicos y Gestión Institucional. Es decir, ante trabajo similar o de igual valor, igual formación académica e igual jornada laboral, las mujeres ganan menos que sus pares varones.

Brechas salariales por sexo

Se explican por (datos agregados):

- Menores asignaciones de productividad y complementarias.

- Mayor proporción de académicas en unidades con menores remuneraciones y de académicos en unidades de remuneraciones más altas.

- Segmentación vertical.

- Discriminación directa.



Entre los elementos centrales que explican la segmentación vertical se encuentra el criterio de la meritocracia, factor crucial para ascender en la carrera académica. Así como las desigualdades sociales se estructuran en función de los ingresos económicos, las desigualdades universitarias refieren al prestigio asociado al conocimiento; lo que fija la posición en la estructura, en la carrera son los “méritos académicos” que se reconocen en múltiples símbolos de prestigio y de poder. Éste criterio invisibiliza las barreras de género al no tomar en cuenta que mujeres y hombres enfrentan responsabilidades distintas, asignadas culturalmente, dado que la reproducción social, con la sobrecarga de trabajo que implica, se define como función femenina. Sin embargo, el modelo de desarrollo de la carrera y de evaluación de productividad académica están contruidos de acuerdo al ciclo vital de los hombres; en tanto que en el caso de las mujeres, sus períodos de mayor productividad se ven afectados por la maternidad y la crianza.

Barreras de género en la carrera académica

- Alta demanda académica + Asignación cultural de responsabilidad de familiares.
- Modelo desarrollo de carrera y de evaluación de productividad ajustado al ciclo vital de los hombres.
- Los períodos de mayor productividad de las mujeres se ven afectados por la maternidad (no se considera en medición del desempeño).
- Para las mujeres, la formación hasta el doctorado y el ascenso en jerarquías toman más tiempo; limitaciones de pasantías de investigación y post doctorados.
- Altas exigencias también afectan a estudiantes, inexistencia de normas generales respecto a maternidad/paternidad estudiantil.
- Insuficiencia de oferta en cuidado infantil (criterios de priorización del sistema público, altos costos del sistema privado).

Las tensiones asociadas a la maternidad y las responsabilidades familiares afectan también a la/os estudiantes, a quienes con frecuencia se les considera sólo en este rol, ignorando si son madres/padres; y para estos casos no hay políticas universitarias que permitan compatibilizar roles familiares y estudiantiles, quedando al arbitrio de sus profesores otorgar o no facilidades para que logren conciliar ambas dimensiones.

Para atender estas problemáticas, una comisión triestamental, con activa participación del Movimiento de Madres y Padres Universitarios (MA-PAU), elaboró una Política de Corresponsabilidad Social en el Cuidado, que busca hacerse cargo precisamente de los obstáculos que enfrentan las mujeres para desarrollar su carrera en igualdad de condiciones. La propuesta contó con la aprobación unánime de los y las integrantes del Senado y del Consejo universitario.



Política de Corresponsabilidad social:

Líneas de Acción

- Instalación de salas cuna y jardines infantiles de JUNJI en campus universitarios.
- Adecuación de criterios de acceso de niños/as (desde el criterio de focalización asociado a vulnerabilidad social hacia la universalización considerando la educación inicial como derecho de niñas/os independiente de la situación socio laboral de sus familias).
- Nuevo reglamento estudiantil: incluye pre y postnatal, flexibilidad académica, entre otros.
- Modificaciones al reglamento que regula la carrera académica.



Otro tema que se investigó, a través de un inédito estudio realizado en 2016, fue el acoso sexual, que mostró que cerca del 15% de las y los integrantes de la Universidad ha sufrido acoso sexual en sus distintas manifestaciones, aunque las denuncias habían sido casi inexistentes. Fue muy sintomático que al consultar a los/as entrevistados/as si habían vivido situaciones de acoso, fueron muy pocas las personas que reconocieron haberlo experimentado, y que luego, al consultar por manifestaciones concretas de conductas que constituyen acoso, este porcentaje aumentó considerablemente.

Acoso sexual

En Universidad de Chile:

- **14,7%** ha sufrido acoso sexual.
- **21%** proporción de mujeres afectadas; **9%** proporción de hombres afectados.
- Escasas denuncias: desconocimiento de procedimientos, desconfianza en la institución, temor a consecuencias.

Estudio Dirección de Igualdad de género, 2016.

La proporción de personas afectadas por acoso sexual es muy superior en las mujeres, especialmente en las alumnas, quienes lo han vivido tanto por parte de sus profesores como de sus pares; incluso entre estudiantes. Se reportan frecuentes casos de conductas que constituyen delitos sexuales.

En materia de acoso sexual y discriminación de género, las Universidades suelen poner el foco de atención en la elaboración de Protocolos de Actuación para investigar y sancionar estas conductas. Sin desmerecer su importancia, cabe mencionar sus limitaciones, pues ellos operan una vez que el acoso ocurrió. La Universidad de Chile también cuenta con un Protocolo de Actuación, pero éste forma parte de una política global, cuyo foco es la prevención y que incluye acciones de sensibilización y campañas de información en las distintas unidades académicas, cursos de formación para estudiantes, un plan de capacitación para funcionarios/as, la creación de una Oficina de Atención a personas afectadas y de una Unidad Central Especializada para realizar las investigaciones. Esta propuesta fue también elaborada de manera participativa en una Comisión Triestamental, en la que tuvo destacada participación la Secretaría estudiantil de Género y Sexualidades (SESEGEN), y logró aprobación unánime del Senado y el Consejo Universitario.



Objetivo de la Política de Prevención

Erradicar el acoso sexual y reducir la violencia de género en la Universidad de Chile.

Líneas de acción de la Política

- Prevención y sensibilización.
- Formación y capacitación.
- Oficina de atención a personas afectadas.
- Desarrollo de marco normativo; y elaboración de Protocolo de actuación.
- Estudio e investigaciones.
- Creación de Unidad Especializada para realizar las investigaciones.
- Incidencia legislativa.



El tratamiento de las investigaciones por acoso sexual se enfrentó a las insuficiencias de los propios reglamentos universitarios y de la legislación nacional, que afectan a todas las universidades estatales. Como es sabido, en Chile se cuenta con una ley que tipifica y sanciona estas prácticas en el ámbito laboral. Sin embargo, no están reguladas en el contexto educativo y los instrumentos para investigarlas, contemplados en el Estatuto Administrativo -los sumarios- no son pertinentes a la complejidad de las situaciones que se investigan. Los/as investigadores no son especialistas en materia de violencia de género, no estaba tipificado el acoso en las relaciones profesor-estudiante, no existía equilibrio entre los derechos que puede ejercer la persona que denuncia y la que es denunciada, puesto que las afectadas quedaban absolutamente fuera del proceso. Respecto a las relaciones entre estudiantes, en el Reglamento Universitario -que por cierto es bastante antiguo- se sancionaban distintas conductas, por ejemplo, el plagio, la vulneración de los emblemas de la Universidad, pero nunca se planteó que la violencia sexual era una conducta sancionable.

Por ello, fue necesario partir por la modificación del reglamento estudiantil y paralelamente, para adecuar a la legislación, la Universidad de Chile logró que, en el marco del debate sobre la nueva ley de universidades del Estado, se aprobara un nuevo procedimiento para investigar el acoso sexual en las universidades públicas. Esta modificación permite equilibrar los derechos de quienes denuncian con los derechos de las personas inculpadas. Asimismo, se tipifica y reconoce la existencia de acoso sexual entre cualquier integrante de la comunidad universitaria, incluyendo la relación entre profesores-estudiantes.

Adicionalmente, se trabajó en conjunto con los colectivos estudiantiles de diversidad sexual y se elaboró una propuesta orientada al reconocimiento del nombre social de las personas trans en toda la documentación interna de la Universidad y de su identidad social en la toma de ramos deportivos. Esta propuesta se materializó en una circular de la rectoría, que dio inicio a la implementación de estas medidas para ir de este modo erradicando toda forma de discriminación hacia las personas de la diversidad sexual.

Reconocimiento de nombre social de estudiantes trans

- Circular de rectoría.
- Cambios administrativos y del sistema de información (carnet de biblioteca, U campus).
- Respeto a la identidad social en prácticas deportivas.

Las políticas desarrolladas en el período han sido elaboradas de modo participativo a través de la constitución de comisiones triestamentales: la Comisión de Igualdad de Género, la Comisión de Prevención del Acoso Sexual, la Comisión de Cambios normativos, entre otras. Es así cómo, si bien como decíamos la Oficina de Igualdad de Oportunidades era un mecanismo institucional pequeño, logró establecer alianzas y articular sus acciones con una amplia y diversa gama de actores universitarios: la Federación de estudiantes (FECH), la Federación de Funcionarios/as (FENAFUCH), el Senado universitario, la Asociación de trabajadores/as a honorarios, las Secretarías de Género y Sexualidades de la FECH y de diversas facultades, los Colectivos de la Diversidad Sexual, las académicas feministas, el Movimiento de Madres y Padres Universitarios, las representantes del grupo de académicas "Ana Hederra" de la Facultad de Derecho, los Centros de Estudios de Género. Contar con respaldo de la comunidad universitaria y de sus diversas organizaciones fue sin lugar a dudas un elemento fundamental, que dio fuerza y legitimidad y permitió la puesta en marcha de las iniciativas elaboradas.



Con este camino recorrido, a comienzos del año 2018 se estimó que la Oficina de Igualdad de Género, para aumentar su incidencia y visibilidad, debía transformarse en una Dirección dependiente de la Rectoría. Se constituyó así la Dirección de Igualdad de Género (DIGEN), y un Consejo Asesor integrado por los/as vicerrectores/as. La conformación de este Consejo constituye la primera oportunidad, en más de 170 años de historia de la universidad, en que se congrega a las máximas autoridades a participar en el análisis y el diseño de las políticas de igualdad, lo que indudablemente genera condiciones favorables para impulsar la transversalización de la perspectiva de igualdad de género en todo el quehacer de la Universidad de Chile. Asimismo, se empiezan a constituir diversos mecanismos locales de género en las distintas facultades e institutos que adquieren forma de Direcciones, Comisiones triestamentales, encargadas, entre otras, lo que va ampliando y descentralizando las acciones.

La movilización feminista que irrumpió en las Universidades a lo largo de Chile, se encontró, por una parte, con un plan ya iniciado en la Universidad de Chile, que había sido construido con participación estudiantil, y, por otra, con voluntad política de las autoridades universitarias, quienes manifestaron su acuerdo con el fondo de las demandas. Todo ello facilitó el diálogo y permitió llegar a acuerdos sustantivos. De este modo, el movimiento impulsó a la Institución a profundizar, acelerar y mejorar lo que se venía haciendo en el ámbito de la igualdad de género, estableciéndose, entre otros:

- La realización de una campaña comunicacional de prevención del acoso sexual en todos los campus.
- La creación de una Unidad de Investigaciones especializada y de servicios de defensoría que acompañen a las denunciantes durante todo el proceso.
- La instalación de un Observatorio de Violencia y Desigualdades de Género, que genere información sistemática y que haga seguimiento a los planes.
- La modificación del Protocolo de Actuación para mejorar su implementación y adecuarlo a los cambios de la ley de universidades estatales.
- La creación progresiva de Unidades de género en todas las facultades.
- La instalación de una unidad de salud mental en el Servicio Médico Estudiantil (SEMDA) para atención especializada de personas afectadas por violencia.

El movimiento interpeló también a la Universidad para asumir un desafío mayor: avanzar en la erradicación del sexismo en la educación. Se trata de una demanda histórica del feminismo frente a la cual se han registrado sólo avances parciales. Hoy, sin embargo, el impacto de la "ola feminista" ha obligado a las universidades a plantearse críticamente el tema de la reproducción de los modelos patriarcales. Se trata de un desafío que va más allá del uso de lenguaje inclusivo o del equilibrio de autores y autoras en las bibliografías. Apela a una transformación profunda de la institucionalidad y de la construcción cultural universitaria. "Cómo ocurre en otras formas de discriminación de grupos, los mecanismos que transmiten y mantienen la desigualdad permanecen invisibles y, sobre la base de la igualdad formal, se asume que las desigualdades de niveles académicos o personales proceden de características individuales, no de unas formas de organización social que las producen y reproducen sistemáticamente" (Subirats, 2016). La educación no sexista cuestiona no sólo las formas sino las bases sobre las cuales se estratifica a los integrantes de la Universidad, implica transformar los contenidos y las prácticas educativas que se desarrollan en el aula y fuera de ella, la formación de profesores, las interacciones cotidianas. Preparémonos para esa disputa, que no es sólo técnica sino político-técnica.



MÓDULO III

Mesa de diálogo: Acoso y violencia de género en la práctica médica: ¿Cómo transformamos los establecimientos de salud?

→ ANÁLISIS DE PROTOCOLOS DE ACOSO SEXUAL UNIVERSITARIOS Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD NACIONAL

Expositora: Dra. Valentina Pantoja de Prada

Médica General de Zona. Delegada Subred Cordillera SSMSO. Integrante Fundación Margen y Comisión de género y Salud Colegio Médico A.G

Resumen

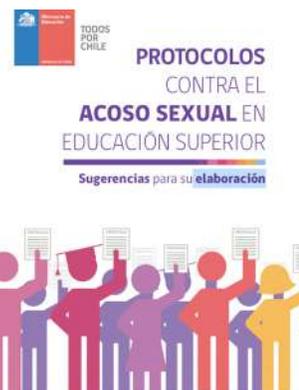
El acoso sexual es una conducta de naturaleza sexual que afecta a la dignidad de la persona y resulta ofensiva para quien la recibe. Puede incluir comportamientos físicos, verbales o no verbales indeseados y ofensivos para la persona que es objeto de ellos, afectando seriamente la igualdad de oportunidades y trato en el trabajo. Éste se ha encontrado arraigado y normalizado en nuestra sociedad durante décadas. El acoso sexual se puede presentar en diferentes contextos, incluyendo la educación universitaria y médica en particular. Frente a esto, varias instituciones universitarias y servicios de salud han generado protocolos de acoso sexual, regulando las relaciones y normando la respuesta frente a estas situaciones.

Palabras clave: Protocolos, Acoso sexual, Universidades, Servicios de Salud.

La violencia y discriminación de género ha estado en la palestra nacional e internacional desde hace unos años por su hegemonía transversal a todo determinante social. Siendo lamentablemente visibilizado gracias a la crudeza y la frecuencia con que se presenta en cada arista de la sociedad, haciéndolo ineludible al acontecer mundial.

Actualmente en Chile, el movimiento feminista, que toma fuerza desde las universidades, señala que esta temática debe ser también confrontada de forma interseccional a nivel institucional. Entendiendo esto, la Comisión de Género y Salud del Colegio Médico levantó un proyecto de recopilación y evaluación de protocolos universitarios y de servicios de Salud. La recopilación se realizó a través de Ley de Transparencia, con el fin de evaluar los recursos que posee cada institución a la hora de enfrentar el Acoso Sexual, el Abuso Sexual y la Disminución Arbitraria cómo violencias de género, enmarcados en el abuso de poder.

Se reconoce que desde el MINEDUC existe un documento creado el 2016 para determinar sugerencias en la creación de herramientas contra el acoso sexual universitario llamado "Protocolos contra el acoso sexual en Educación Superior. Sugerencias para su elaboración". Existe a su vez un instructivo presidencial realizado el 2015 y reafirmado el 2018 para la regulación de reglamentos de Acoso sexual a nivel Servicios de Salud. (DFL) Ambos documentos se tomaron como referencias para contrastar con los actuales protocolos de las instituciones a evaluar.



Durante el trabajo investigativo se logró recopilar el 100% de los reglamentos de los Servicios de Salud nacionales (ello por el Decreto con fuerza de ley que así lo exigía). Sin embargo, a la fecha de entrega de datos preliminares en el I Curso de Género y Salud, se estimó que el 30,5% de las universidades que imparten medicina no tenían aún protocolo de acoso sexual aún.



Se evaluaron las temáticas que todo protocolo debiese tener en su estructura general y los procedimientos a seguir de una denuncia. Se consideró que en la estructura de un reglamento debe explicitar una buena atención a través de los canales de denuncia adecuados, luego debe abrirse una investigación interna donde primen las medidas cautelares garantizadas a la presunta víctima, una vez realizado el veredicto deben imponerse las sanciones al victimario y las medidas de reparación a la víctima. Todo ello debe estar contenido y explicitado en cada protocolo de acoso sexual.

Evaluación protocolos de acoso sexual universitarios

Para la evaluación de protocolos universitarios se tomó en cuenta el instructivo del MINEDUC y el "Manual de autoaprendizaje, legislación y procedimientos de aplicación", de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Con ello, se determinaron los puntos importantes que debiera tener todo reglamento de acoso sexual, separándolos en 8 grandes tópicos:

1. Definición de Acoso Sexual
2. Postura institucional
3. Alcances y objetivos
4. Atención a víctimas
5. Medidas cautelares
6. Sanciones
7. Reparación
8. Prevención de acoso sexual

A cada uno de estos tópicos se les consideró de acuerdo a un grado:

Muy Adecuado (MA), Adecuado (AD), Insuficiente (INS) y Ausente (A) en la materia.

Tabla comparativa de protocolos de acoso sexual universitarios

Universidad	Definición explícita de acoso sexual	Postura de institución	Alcances y objetivos	Promoción del buen trato y prevención de acoso sexual	Medidas cautelares a presunta víctima.	Atención de víctimas	Sanciones	Reparación a víctimas
Universidad 1								
Universidad 2								
Universidad 3								
Universidad 4								
Universidad 5								
Universidad 6								
Universidad 7								
Universidad 8	MA	MA	AD	AD	INS	INS	INS	INS
Universidad 9	MA	MA	MA	MA	MA	MA	INS	AD
Universidad 10	INS	A	AD	A	A	MA	A	INS
Universidad 11	INS	INS	INS	INS	A	INS	MA	AD
Universidad 12	MA	MA	MA	MA	MA	MA	A	A
Universidad 13	MA	AD	AD	AD	MA	MA	MA	INS
Universidad 14	AD	INS	AD	AD	AD	AD	A	A
Universidad 15	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	INS
Universidad 16	MA	AD	MA	AD	A	INS	AD	A
Universidad 17	INS	A	INS	INS	INS	INS	INS	INS
Universidad 18	MA	MA	MA	MA	MA	AD	INS	MA
Universidad 19	AD	INS	MA	A	INS	AD	MA	A
Universidad 20	A	AD	INS	A	A	INS	INS	INS
Universidad 21	MA	MA	MA	MA	MA	MA	INS	MA
Universidad 22	AD	INS	AD	AD	A	INS	INS	A
Universidad 23	MA	MA	INS	AD	AD	AD	INS	AD

Sujeto a posibles cambios por periodo de evaluación

Las casillas en blanco dan cuenta de las 7 universidades que a la fecha de la presentación de datos preliminares aún no entregaban sus protocolos de acoso sexual. Destaca a su vez varios ítems en rojo, donde no existe en esa materia en particular explicitada en el reglamento.

Evaluación de protocolos de acoso sexual en los Servicios de Salud

Para los protocolos de los Servicios de Salud, se contrastó con los Instructivos presidenciales, es decir con los Decretos con Fuerza de Ley (DFL), los cuales determinan que cada servicio debe tener un protocolo que incluya la materia de acoso sexual. Además se tomó como guía el protocolo del Poder Judicial y de Contraloría. Para la segunda tabla se determinaron los siguientes 9 puntos:

1. Regulación de reglamento bajo leyes actuales como marco normativo/jurídico.
2. Definición de acoso sexual y discriminación arbitraria.
3. Propósito, compromiso institucional y/o valores institucionales.
4. Principios orientadores.
5. Tiempos de denuncia explicitados.
6. Atención de denuncias.
7. Acciones de prevención de acoso sexual.
8. Medidas cautelares o resguardo a la presunta víctima.
9. Determinación de sanción.

Tabla comparativa de protocolos de acoso sexual de Servicios de Salud nacional.

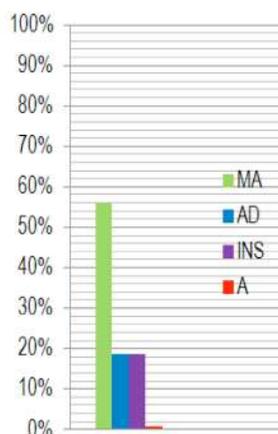
Servicio Salud	Regulación de reglamento bajo leyes actuales como Marco normativo/Jurídico	Definición de acoso sexual y discriminación arbitraria	Propósito, Compromiso institucional y/o valores institucionales.	Principios orientadores	Tiempos de denuncia explicitados	Atención de denuncia	Acciones de prevención del acoso sexual	Medidas cautelares o resguardo a la presunta víctima	Determinación de Sanciones
Servicio de Salud 1	INS	AD	MA	AD	INS	AD	A	MA	A
Servicio de Salud 2	AD	MA	MA	AD	INS	MA	MA	INS	MA
Servicio de Salud 3	INS	INS	MA	AD	AD	MA	MA	MA	A
Servicio de Salud 4	MA	MA	MA	AD	MA	MA	A	AD	INS
Servicio de Salud 5	MA	MA	MA	AD	INS	AD	INS	MA	INS
Servicio de Salud 6	INS	AD	MA	AD	MA	MA	A	INS	INS
Servicio de Salud 7	AD	MA	MA	AD	MA	INS	A	AD	A
Servicio de Salud 8	INS	AD	MA	MA	INS	MA	MA	MA	A
Servicio de Salud 9	INS	INS	AD	INS	INS	INS	MA	AD	INS
Servicio de Salud 10	AD	AD	MA	INS	AD	MA	MA	INS	INS
Servicio de Salud 11	AD	AD	MA	AD	A	INS	MA	INS	A
Servicio de Salud 12	INS	AD	MA	INS	AD	MA	MA	INS	A
Servicio de Salud 13	AD	INS	MA	A	INS	AD	MA	INS	A
Servicio de Salud 14	AD	AD	MA	A	INS	MA	MA	INS	A
Servicio de Salud 15	INS	AD	MA	AD	AD	AD	MA	INS	AD
Servicio de Salud 16	MA	AD	MA	A	INS	AD	A	AD	A
Servicio de Salud 17	INS	AD	MA	AD	MA	MA	AD	MA	MA
Servicio de Salud 18	MA	MA	MA	AD	MA	MA	MA	INS	INS
Servicio de Salud 19	INS	AD	MA	AD	INS	INS	INS	MA	MA
Servicio de Salud 20	INS	AD	AD	AD	INS	INS	A	MA	A
Servicio de Salud 21	INS	AD	MA	MA	AD	AD	A	INS	MA
Servicio de Salud 22	AD	MA	AD	A	INS	AD	INS	MA	INS
Servicio de Salud 23	INS	INS	MA	AD	INS	INS	AD	AD	A
Servicio de Salud 24	INS	AD	A	A	INS	A	INS	A	A
Servicio de Salud 25	A	INS	MA	AD	INS	MA	INS	MA	INS
1. Servicio de Salud 26	INS	AD	MA	INS	MA	MA	INS	AD	MA
Servicio de Salud 27	AD	AD	MA	AD	AD	MA	AD	INS	MA
Servicio de Salud 28	INS	AD	MA	A	INS	INS	A	AD	INS
Servicio de Salud 29	AD	AD	INS	INS	INS	MA	INS	INS	INS

Sujeto a posibles cambios por periodo de evaluación

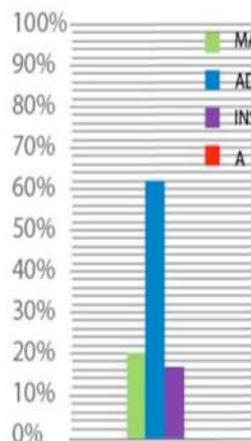
A continuación, se destacan algunos ítems:

En el tópico de Definición; se toma de referencia de acoso sexual y discriminación arbitraria del Código de Trabajo (anteriormente expuesta en el manual). Con ello, impresiona que los reglamentos de acoso sexual mantengan la línea homogénea con respecto a explicitar la definición.

Definición de acoso sexual en Universidades que imparten la carrera de medicina

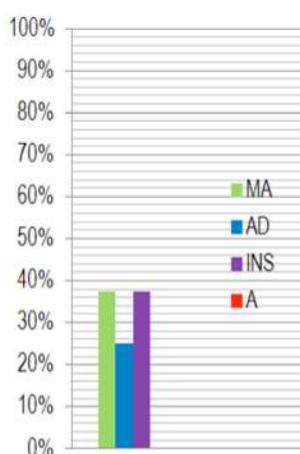


Definición de acoso sexual y discriminación arbitraria en los Servicios de Salud

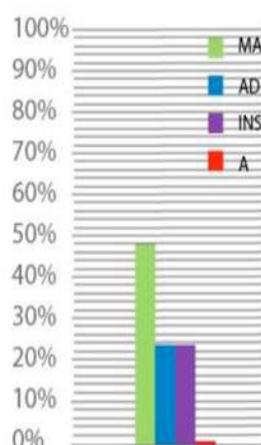


En el área de Denuncias, se puede observar que la mayoría de los protocolos destacan por una *Adecuada (AD)* o *Muy Adecuada (MA)* atención a la presunta víctima. Para ello se tomó en cuenta el número de canales de denuncia, siendo *Muy adecuado* cuando la institución cuenta con >2 formas de recibir denuncias, organismo/s receptor/es, apoyo psicológico y apoyo judicial. Esta materia está bien estipulada en las instituciones universitarias y servicios de salud; sin embargo, en la mayoría destaca que el número de canales es muy acotado y pocos reglamentos poseen más de 2 canales de denuncia, provocando una posible revictimización en el proceso.

Atención denuncias de acoso sexual en Universidades que imparten la carrera de medicina

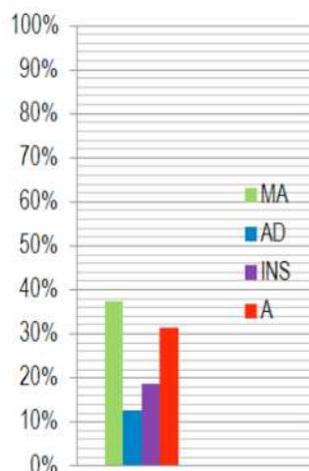


Atención denuncias de acoso sexual en los Servicios de Salud



Con respecto a los “Medidas de resguardo”, que son las medidas cautelares, existe casi 30% donde no se explicitan en los protocolos universitarios. Cabe recordar que estas medidas son impuestas durante la investigación interna y que no son medidas sancionadoras aún.

Medidas de resguardo en Universidades que imparten la carrera de medicina

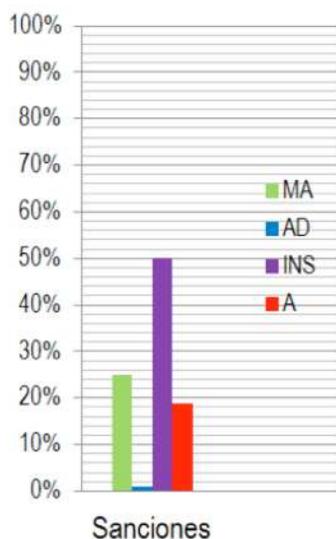


Medidas de resguardo en los Servicios de Salud

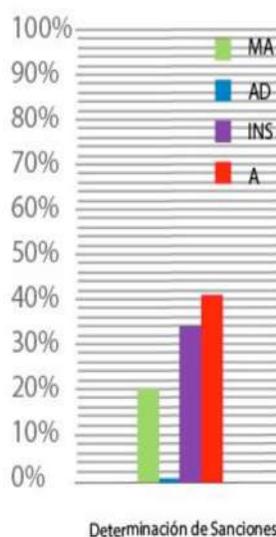


En "Sanciones", existen distintas penalidades que se pueden implementar al agresor, según el Código de Trabajo. Éstas pueden ser desde una nota de demérito en la hoja de día; una multa que debe ser sobre el 5% y menos del 20% del ingreso mensual; la suspensión temporal del empleo que puede ir desde 30 días hasta los 3 meses; y al final, la destitución, donde se pone fin al contrato. Llama la atención que varias instituciones no explicitan la sanción, puede ser que existan sanciones, pero no lo determina en el reglamento. Muchas veces, se hacía referencia para este tópico a otros protocolos internos, por lo que la persona que quiera buscar las sanciones de su protocolo, debe estar revisando varios reglamentos hasta lograr encontrarlas.

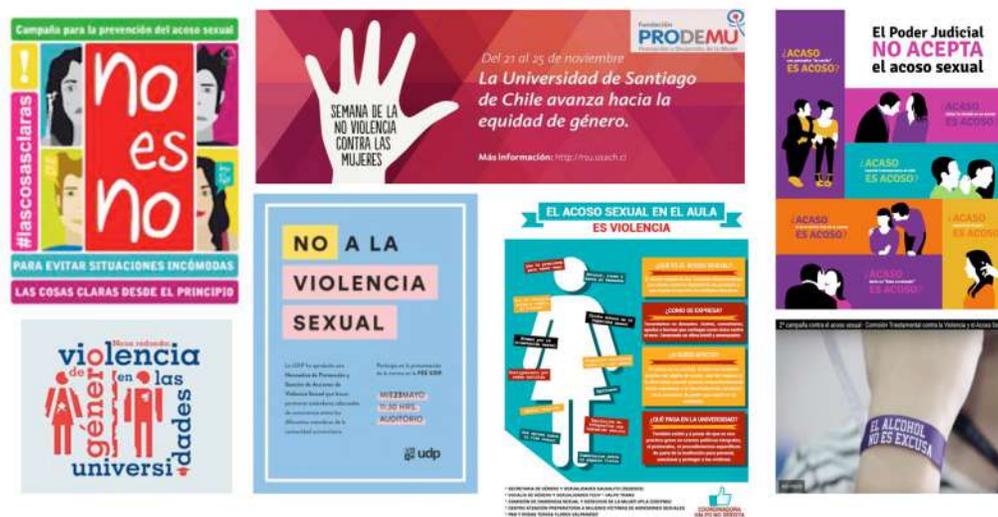
Sanciones frente a acoso sexual en Universidades que imparten la carrera de medicina



Sanciones frente a acoso sexual en los Servicios de Salud

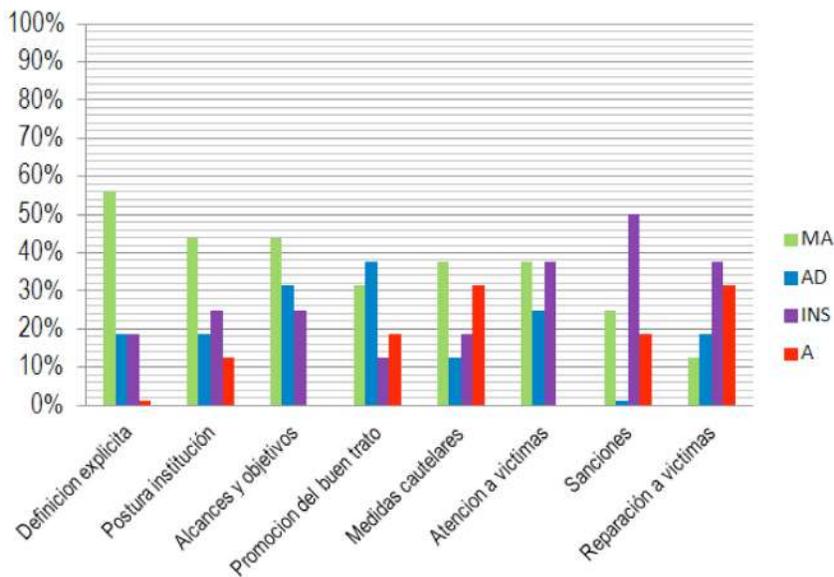


Por otra parte, se encuentra la prevención del acoso sexual, donde se evidencian varias campañas, sobre todo desde las universidades que se están organizando para abordar y prevenir este tema.



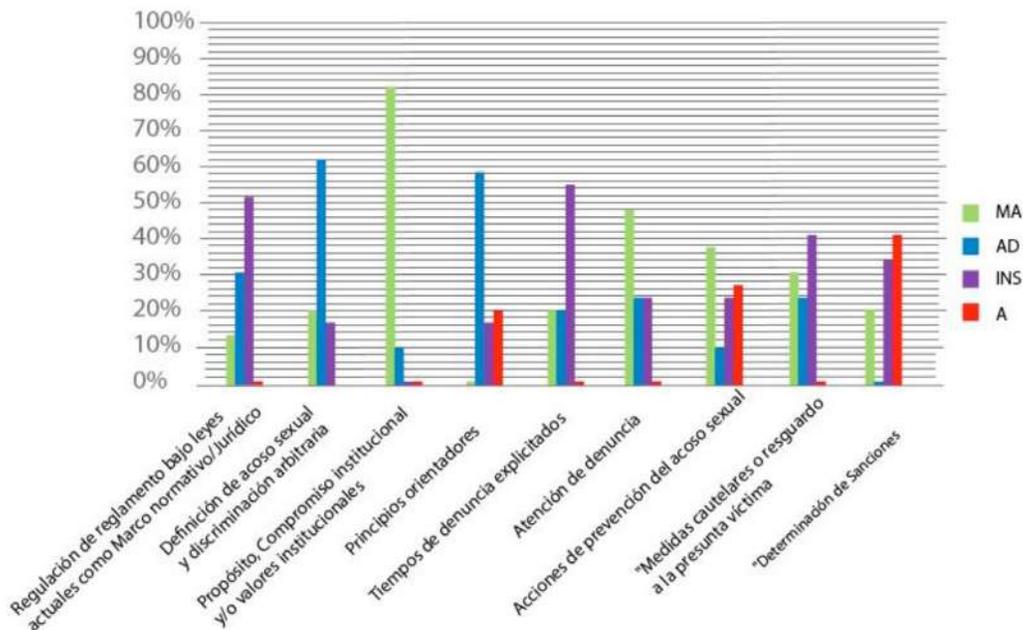
Panorama general de Las universidades que imparten la carrera de Medicina

Con todo esto, se logra observar el panorama general donde se puede observar que a medida que se avanza hacia los ítems de la derecha en ambas instituciones, la barra verde comienza a disminuir, y comienza la barra roja (de ítem ausente) a hacerse más aguda.



Sujeto a posibles cambios por periodo de evaluación

Panorama general de los Servicios de Salud

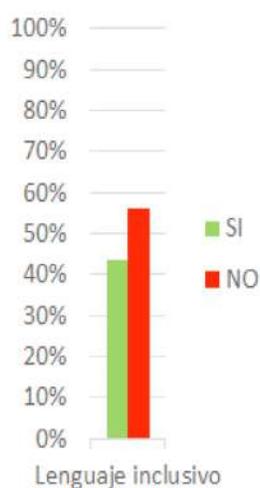


Sujeto a posibles cambios por periodo de evaluación

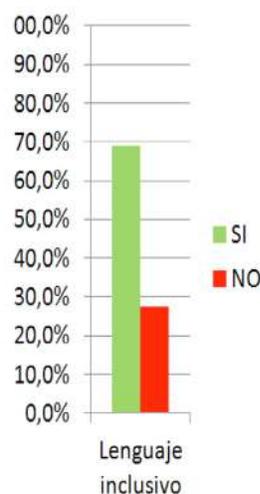
A pesar de este panorama, con ítems que estaban estipulados por MINEDUC, como Comisión se buscó incluir además el ítem de Lenguaje inclusivo dentro de los reglamentos, destacando que el Protocolo del MINEDUC está realizado el 2016 y utiliza un lenguaje inclusivo. Sin embargo, los protocolos universitarios que se recibieron están realizados en su mayoría el 2018, pero éstos no están escritos cómo tal. Una situación particular sucede en los protocolos de los servicios de salud, algunos bastante antiguos, realizados el 2012. Sin embargo, muchos de estos presentan en su reglamento un lenguaje inclusivo, tanto para hablar de la comunidad como de las autoridades. En ellos, el lenguaje inclusivo está presente en más del 60% de los reglamentos.

Para este tópico, se utilizó como referente la “Guía del lenguaje inclusivo”, del Consejo Nacional de la Cultura y las Artes, donde se aconseja la utilización de determinantes sin género para los protocolos. Sin embargo, la guía recomienda al mismo tiempo evitar el uso de “las/los”, el signo “@” y la barra inclinada: “/” para incluir a las mujeres. Ahora bien, los protocolos que destacaron en lenguaje inclusivo lo hacen con esas acepciones, y al igual que estas instituciones que lograron una aplicación lingüista inclusiva, se debe tener presente que la economía del lenguaje no debiese traspasar la importancia de que las personas se sientan involucradas.

Lenguaje inclusivo en Universidades que imparten la carrera de medicina



Lenguaje inclusivo en reglamentos del Servicio de Salud



Cabe destacar que ambos trabajos de investigación están en evaluación para la publicación, sin embargo, estos protocolos son reactivos al problema. Debemos considerar que la deconstrucción de la persona debe ser expandida a la deconstrucción social en cuanto a su ambiente laboral. No hay que olvidar que cuando hablamos de violencia de género tendemos a pensar en el abuso sexual o el acoso sexual propiamente tal, pero la violencia de género también puede llegar a ser muy sutil: El chiste machista en pabellón, el enviar fotos de compañeras en grupos cerrados de WhatsApp, el hacer la diferencia en la sala de clases o interrogar acerca de la planificación familiar a futuras becadas al momento de postular, son formas también de violencia de género. Por lo que debemos ser agentes de cambio cuando los acuerdos sociales se rompen. No basta con no ejercer el acoso sexual ni con no ser cómplices pasivos de ello. La tarea consiste en prevenir, detener cualquier forma de discriminación de género al primer indicio y que en caso que esté ocurriendo, sepamos qué hacer.

REFERENCIAS

→ BIBLIOGRAFÍAS OBLIGATORIAS ENTREGADAS POR CADA EXPOSITORA O EXPOSITOR PARA LA CHARLA.

Módulo I

1. “Introducción a conceptos básicos de género y al género como determinante social de la salud”

Gómez E. Curso Virtual Género y Salud: Marco Conceptual. Organización Panamericana de la Salud. 2011. Disponible en: https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/26236/mod_page/content/3/01_2010_Gomez_E_La_igualdad_de_genero_en_el_marco_de_DH_y_D.pdf

2. “Derechos Sexuales y Reproductivos: Desafíos en la práctica médica”

IPPF. Derechos Sexuales: Una declaración de IPPF. 2008. Disponible en: https://www.ippfwhr.org/sites/default/files/Sexual_Rights_Declaration_Spanish.pdf

3. “Género y Salud: Marcos teóricos desde el feminismo”

Varela, N. Capítulo 1: Qué es el feminismo?. Feminismo para principiantes. Buenos Aires, 2008. Disponible en: <https://mujerfariana.org/images/pdf/Varela-Nuria---Feminismo-Para-Principiantes.pdf>

4. Violencia de género: un problema de salud pública”

Segato, R. Contra pedagogías de la crueldad. 1ra ed, Ciudad de Buenos Aires. Prometeo Libros. 2018.

5. Mesa de diálogo: “Interrupción del embarazo en 3 causales”

5.1 Objeción de conciencia

Ministerio de Salud. Protocolo para la manifestación objeción de conciencia personal y para la objeción de conciencia invocada por instituciones en el marco de lo dispuesto en el artículo 119 ter del Código Sanitario. 2018. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/Protocolo_Objecion_Conciencia.pdf

5.2 Aplicando normativa a la realidad nacional

Gómez R. Clarificación de valores para la transformación de actitudes; una herramienta para el mejoramiento de la calidad de la asistencia a mujeres en situación de aborto. Rev Per Ginecol Obstet. 2009;55:240-247. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol55_n4/pdf/A05V55N4.pdf

Módulo II

6. “Conceptos básicos en Diversidad Sexual”

Rubio-Aurioles E, Wyle K. Sexual orientation matters in sexual medicine. J Sex Med 2008;5:1521-1533. Disponible en: http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2018/07/Anexo1_Sexualorientationmattersinsexualmedicine_-rubioaurioles2008.pdf

7. “Barreras de atención en salud hacia la población LGBTIQ+”

Montero, A. Guía de orientaciones y recomendaciones para la atención de adolescentes y jóvenes gays, lesbianas y bisexuales en el nivel primario de salud 2017. CEMERA. Disponible en: <https://www.cemera.cl/documentos/GUIA%20ORIENTACIONES%20Y%20RECOMENDACIONES%20ATENCIÓN%20EN%20SALUD%20%20%20%20%20GLB%202017.pdf>



8. “Identidad de Género y Proceso de Transición: Una perspectiva personal y social”

Eli Coleman, Walter Bockting, Marsha Botzer et al . Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género. 7ma Edición. 2011. Disponible en: www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Spanish.pdf

9. “Proceso de Transición hormonal: Nueva evidencia desde la Academia”

Sebastian E.E. Schagen, MD, Peggy T. Cohen-Kettenis, PhD, Henriette A. Delemarre-van de Waal, MD, PhD, Sabine E. Hannema, MD, PhD. Efficacy and Safety of Gonadotropin-Releasing Hormone Agonist Treatment to suppress Puberty in Gender Dysphoric Adolescents. J Sex Med 2016;13:1125e1132. Disponible en: http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2018/07/Anexo6_Eficaciadelasupresion-2016holanda_.pdf

10. **Mesa de diálogo:** “Atención de Salud en Diversidad Sexual, Diferentes miradas dentro y fuera del box de atención.

10.1 “Herramientas quirúrgicas para la transición”

Módulo III

11. Educación Sexual para la escuela de hoy: Una deuda pendiente

UNESCO, 2018, International technical guidance on sexuality education: Introduction page 12, Section 4: The evidence base for comprehensive sexuality education, pages 28-31. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ITGSE_en.pdf

12. Investigación con enfoque de género y aplicación a las políticas públicas

Sen, Gita, George, Asha & Östlin, Pirooska, 2005. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/165830>

13. **Mesa de Diálogo:** Acoso y violencia de género en la práctica médica: ¿Cómo transformamos los establecimientos de salud?

13.1 Avances y desafíos desde el Colegio Médico en establecimientos libres de violencia de género

13.2 Equidad de género en la academia: El caso de la Universidad de Chile

Godoy, Lorena y Mladinic, Antonio. Estereotipos y Roles de Género en la Evaluación Laboral y Personal de Hombres y Mujeres en Cargos de Dirección. Psykhe [online]. 2009, vol.18, n.2 [citado 2018-07-23], pp.51-64. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282009000200004&lng=es&nrm=iso. ISSN 0718-2228. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282009000200004>

13.3 Análisis de protocolos de acoso sexual universitarios y de Servicios de Salud nacional.

Ministerio de Educación (MINEDUC). Protocolos contra el acoso sexual en Educación Superior: sugerencias para su elaboración, 2016. Disponible en: <https://www.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/19/2018/05/acoso-sexual-educacion-superior.pdf>





Comisión de Género y Salud / Colegio Médico de Chile