



Departamento de Kinesiología

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Sistematización Jornadas sobre Perspectiva de Género en la Educación Superior

...en busca de una perspectiva de Escuela y su incorporación al currículo de pregrado de kinesiología.

Escuela de Kinesiología
Departamento de Kinesiología
2021

Coordinación general

Jame Rebolledo Sanhueza,
Profesora Asistente.
Paulina Martínez Alcayaga, Ayudante
Alumna.
Nicole Muñoz Osorio, Ayudante
Alumna.

Dirección de Escuela

Pablo Quiroga Marabolí

Dirección de Departamento

Homero Puppo Gallardo

Colaboradoras/es

Marcela Antúnez Riveros
Alvaro Besoain Saldaña
Giovanni Olivares Péndola

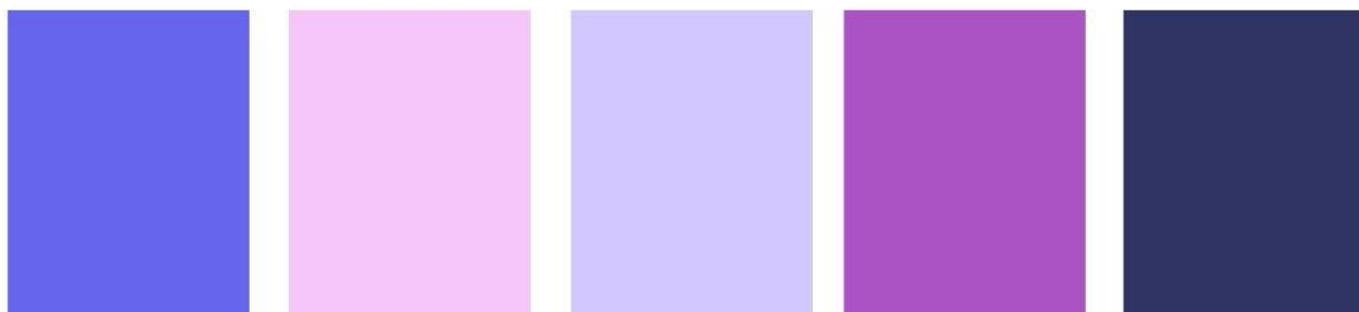
Expositores/as

Denisse Quijada Sánchez
Pilar Navarro Cerda
Verónica Aliaga Castillo
Francisca Crispi Galleguillos
Rodrigo Lara Quinteros
Paulina Larrondo Valderrama

Colaboración en difusión

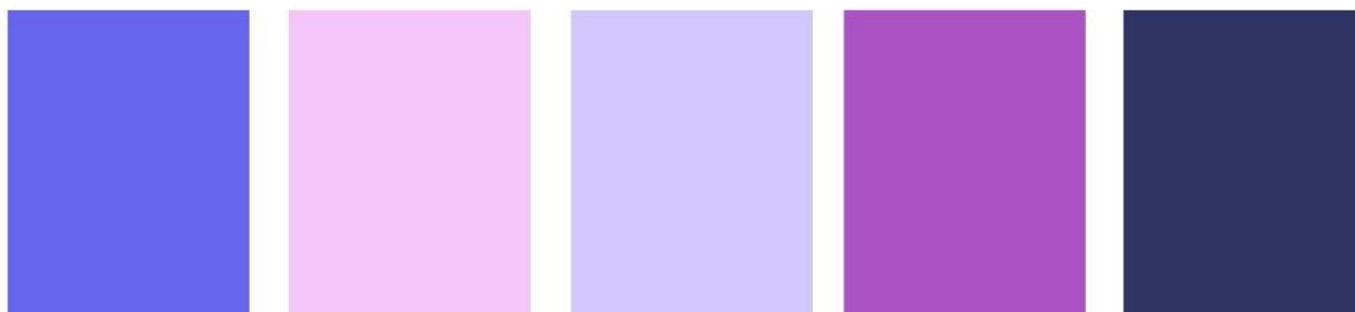
Homero Puppo Gallardo, Académico
Mónica Manríquez Hizaut,
Académica
Rodrigo Rojo Castro, Académica
Camila Barrios Troncoso, Estudiante
Fernanda Jeldres Gallardo,
Estudiante
Gustavo Agurto Flores, Estudiante
Esteban Rodríguez Castillo,
Estudiante
Daniela Fuentealba Parra, Estudiante

ISBN: 978-956-404-514-6



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	3
DIAGNÓSTICO DOCENTES	5
DISEÑO DE LA JORNADA	14
DESARROLLO DE TEMAS TRABAJADOS	16
CAPÍTULO 1: Perspectiva de género	16
1.1 ¿Qué significa perspectiva de género?	17
1.2 El Género como mecanismo de construcción de inequidades.	19
1.3 ¿Qué es la interseccionalidad y cómo contribuye al análisis de género?	20
1.4 Educación en salud con perspectiva de género	21
CAPÍTULO 2: Conceptos claves de sexualidad y género.	24
2.1 Conceptos relevantes en las diversidades en materia de género.	25
2.2 Normativa para la promoción de derechos de las personas trans en el contexto universitario y nacional.	29
CAPÍTULO 3: Consentimiento Informado en el contexto clínico.	34
3.1 Aspectos éticos y legales del Consentimiento Informado en el ámbito clínico.	34
3.2 Cinco pasos para un buen consentimiento informado en el contexto clínico	37
CAPÍTULO 4: Brechas de género en la atención en salud.	40
4.1 ¿Cómo impacta el género en salud?	41
4.2 Evidencia sobre brechas de género en salud	43
CAPÍTULO 5: Masculinidades	47
5.1 Masculinidades	47
5.2 Erradicar el sexismo a través de un lenguaje inclusivo	50
CAPÍTULO 6: Violencia de género	54
6.1 ¿Qué es la Violencia de Género?	56
6.2 Violencia Intrafamiliar	57
EVALUACIÓN DE LAS JORNADAS	60
APRENDIZAJES Y DESAFÍOS	61
CONCLUSIONES	64
REFERENCIAS	65



INTRODUCCIÓN

El Modelo Educativo de la Universidad de Chile considera dentro de sus principios orientadores la equidad e inclusión valorando los espacios para el desarrollo de la autonomía, empoderamiento cívico avalando la formación integral de los estudiantes, de esta forma la universidad constituye un espacio permanentemente abierto a la diversidad social y valórica. (Universidad de Chile, Modelo Educativo, 2018)

La Institución ha asumido un compromiso con la igualdad de género, comenzando con diagnósticos de brechas e impulso de políticas universitarias antidiscriminatorias que garanticen la igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres. El año 2018, se desarrolló un importante movimiento estudiantil y social a nivel de la Universidad, que implicó la creación de la Dirección de Igualdad de Género (DIGEN- Central) fortaleciendo la institución ya existente desde el 2013 (Oficina de Igualdad de Oportunidades de Género de la Vicerrectoría de Extensión y Comunicaciones). En la Facultad de Medicina, se desarrolló un proceso participativo que permitió la definición de los lineamientos generales de la actual DIGEN-Salud, que tiene por uno de sus objetivos promover la educación con perspectiva de género.

Dentro de la carrera de Kinesiología, se han desarrollado instancias concretas para generar una visualización de la perspectiva de género y sus consecuencias en la labor docente. De esta forma se realizaron jornadas de presentaciones sobre temas de género e inequidades en salud y jornadas de reflexión con participación bi-estamental. En esta última instancia se identificaron algunos aspectos claves donde se evidenciaban brechas o situaciones de sexismo o trato discriminatorio, por ejemplo, en pasos prácticos entre estudiantes y en algunas situaciones de presentación de casos clínicos estereotipados. A raíz de esto, tomando en cuenta el actual contexto, y la necesidad de revisar ciertas prácticas normalizadas, finalizando el año 2019, se desarrollan, revisan y aprueban en el Consejo de Escuela dos documentos: "Protocolos para pasos prácticos seguros" y "Recomendaciones sobre casos clínicos con Perspectiva de Género", los cuales no tuvieron la posibilidad de ser socializados correctamente en la comunidad académica en forma amplia y participativa dado el proceso social que vivimos al finalizar octubre 2019 y posteriormente la situación de pandemia. A mediados del 2020, el Consejo de Escuela y la Comisión de Currículum de la Escuela de Kinesiología, deciden ampliar esta distribución de documentos, y encargar a la profesora Jame Rebolledo S., la coordinación y planificación de una jornada de educación interna en perspectiva de género.

Para la correcta y provechosa implementación de ésta y otras estrategias, y desde la perspectiva del trabajo académico diario, tomando en consideración la definición entregada por la OIT acerca de la transversalización de la perspectiva de género: "Transversalizar la perspectiva de género es el proceso de valorar las implicaciones que tiene para los hombres y para las mujeres cualquier acción que se planifique, ya se trate de legislación, políticas o programas, en todas las áreas y en todos los niveles. Es una estrategia para conseguir que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, al igual que las de los hombres, sean parte integrante en la elaboración, puesta en marcha, control y evaluación de las políticas y de los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que las mujeres y los hombres puedan beneficiarse de ellos igualmente y no se perpetúe la desigualdad. El objetivo final de la integración es conseguir la igualdad de los géneros", es necesario transversalizar la perspectiva de género en toda la formación universitaria que permea los

espacios en los cuales se desarrolla el itinerario de nuestros estudiantes, Considerando espacios para la formación, institucionalización de la perspectiva de género y potencial investigación (Buquet Corleto, 2011). Esta propuesta de actividades busca desarrollar un proceso de diálogo para la incorporación de la perspectiva de género al currículo de pregrado. Y, ¿Por qué es importante tomar acciones? En primera instancia, la educación con perspectiva de género promueve espacios seguros para desarrollarnos como personas y profesionales, lo que puede favorecer ambientes de aprendizajes inclusivos y más significativos para los y las estudiantes, sumado a esto es un mecanismo que promueve la educación como derecho humano y asegura la calidad desde la transversalización de género (Verge, 2020).

Además, la formación de calidad en el marco de equidad e inclusión es un compromiso declarado en el modelo educativo de la Universidad de Chile. El modelo educativo es un marco de referencia para “concebir, articular y gestionar la formación” (p.8) y sus principios orientadores son: Formación integral de las personas, pertinencia educativa, equidad e inclusión y calidad educativa. Se entiende por equidad e inclusión la “posibilidad efectiva de acceso y participación de una educación de calidad que promueva el derecho a conocer, investigar, criticar, proponer y participar en la construcción del conocimiento, el desarrollo de la ciudadanía y la formación profesional y personal en un contexto de amplia diversidad” (p.22). La noción de equidad parte del reconocimiento de las desigualdades y supone la atención diferenciada según necesidades y condiciones para lograr el principio de igualdad de oportunidades. Asumir el compromiso por la equidad en la docencia implica reconocer las desigualdades sociales de la comunidad educativa y promover un ambiente diverso y respetuoso, que además es provechoso para el aprendizaje; “la interacción entre estudiantes diversos en el marco de un clima social protegido promueve niveles más complejos de pensamiento y aprendizajes” (Bowman 2010, 2011; Sebastián, 2007, citados en el Modelo Educativo U. de Chile).

Por otro lado, la calidad educativa es un desafío cambiante de acuerdo al contexto social, nacional e internacional, “la Universidad de Chile reconoce el particular el valor de la diversidad para sustentar procesos educativos de calidad”, ya que en la diversidad está “el potencial de desafiar las creencias adquiridas, en una etapa crítica del desarrollo personal, produciendo importantes impactos en los ámbitos de aprendizaje, desarrollo cognitivo, pensamiento complejo, participación cívica, responsabilidad social, desarrollo de la democracia y reducción de los prejuicios raciales” (p.25).

Por tanto, en nuestro rol docente, y en búsqueda de cumplir con los principios antes mencionados, debemos levantar los consensos y discusiones necesarias para diagnosticar nuestras brechas y proponer de manera colectiva los cambios necesarios en las metodologías docentes, programas y plan de formación.

ANTECEDENTES

En los años 2012 y 2013, el entonces rector de la Universidad, Víctor Pérez Vera, conformó la Comisión de Igualdad de Oportunidades de Género y la Oficina de Igualdad de Oportunidades de Género, instancias que realizaron un estudio llamado “**Del Biombo a la Cátedra**” (disponible [aquí](#)) donde se describen los principales avances en materia de equidad de género en la Universidad de Chile desde su fundación, y al mismo tiempo, detectó situaciones de discriminación y brechas significativas entre hombres y mujeres en distintos campos del quehacer universitario, llegando a las siguientes observaciones:

- La segregación horizontal y vertical por sexo en los diversos estamentos, expresada en la desigual proporción de académicos y académicas en la Universidad, en general, y en las distintas Facultades y áreas de conocimiento. También destaca la concentración de mujeres en determinadas plantas funcionarias y su menor acceso a los niveles más altos de la jerarquía académica y a los puestos directivos.
- La segregación horizontal por sexo en el estudiantado de pre y postgrado, que reproduce estereotipos de género y se traduce en la “masculinización” de las carreras científicas y tecnológicas y en la “feminización” de las carreras sociales y de salud. Dada las características del mercado laboral, lo anterior impactará los ingresos futuros de las estudiantes.
- Las brechas salariales por sexo, que se expresan en los distintos estamentos, jerarquías y plantas, y que sitúan a las mujeres académicas y funcionarias en situación de desventaja en relación con sus pares varones.
- La desigualdad de trato y las conductas de acoso sexual, que afectan principalmente a las mujeres, tanto a las que trabajan como a las que estudian en la Universidad.
- La ausencia de políticas de corresponsabilidad que faciliten la conciliación entre la vida familiar y el desempeño estudiantil o laboral.

Desde este estudio se realizaron recomendaciones sobre la necesidad de políticas de corresponsabilidad y prevención del acoso. Este último fue el punto central de la movilización estudiantil del año 2018, que detonó en la Facultad de Derecho y se extendió al resto de la Universidad y a otras universidades (Montenegro, 2018; Reyes-Housholder, 2019).

Como consecuencia de las movilizaciones estudiantiles del mayo feminista de 2018, fue necesario realizar una reflexión al interior de la carrera para visibilizar la situación que enfrenta Kinesiología en materia de educación sexista, conductas abusivas, discriminatorias e inequidades de género. Esto con el fin de mantener las buenas relaciones que hemos construido en los distintos estamentos, y que todos y todas conozcamos cómo actuar ante situaciones que podrían ser potencialmente problemáticas y levantar información de utilidad para una co-construcción de una convivencia adecuada en el contexto universitario y los espacios que la conforman.

De las actividades Triestamentales realizadas en el marco de la movilización feminista en nuestra universidad, en mayo 2018, se desprenden las siguientes recomendaciones:

- Desarrollo del proceso de inducción y trabajo conjunto en los campus clínicos. Se proponen estrategias a nivel local y más centrales. Entregar herramientas en ramos clínicos respecto al trato con enfoque de género.
- En ajuste curricular, revisar los contenidos y fomentar la educación no sexista desde primer año de manera transversal en toda la universidad. Ramos como introducción a la Kinesiología y de la línea de salud pública son espacios relevantes. Pero no debe ser sólo de un ramo, debe ser parte de las prácticas.
- Socialización obligatoria del protocolo de acoso en profesores/as y estudiantes.
- Socialización de la perspectiva de género en el día a día entre pares.
- Evaluar la implementación de otros organismos, con mejor capacitación, para la implementación del protocolo (que no sea la DAEC).
- Dinámicas de retroalimentación para los *role play* desde la escuela, así recibir orientación respecto a los roles de género.
- Que el protocolo incluya a campos clínicos, mientras tanto, revisar que los campos clínicos donde asisten los/as estudiantes cuenten con protocolos vigentes y que sean de conocimiento de los estudiantes.
- Establecer políticas de la escuela respecto a enseñanza de valores de equidad, igualdad, etc.

El informe de sistematización completo puede descargarse [aquí](#).

Luego de las acciones antes mencionadas, es que se desarrollan los documentos: “Protocolos para pasos prácticos seguros” y “Recomendaciones sobre casos clínicos con Perspectiva de Género”, los cuales fueron difundidos, a mediados del 2020, por medio de infografías en correos masivos. Y se planifica para el segundo semestre una jornada de formación interna sobre perspectiva de género. Se acuerdan los siguientes elementos: diagnóstico, diseño, temas y productos esperados que se describen a continuación.

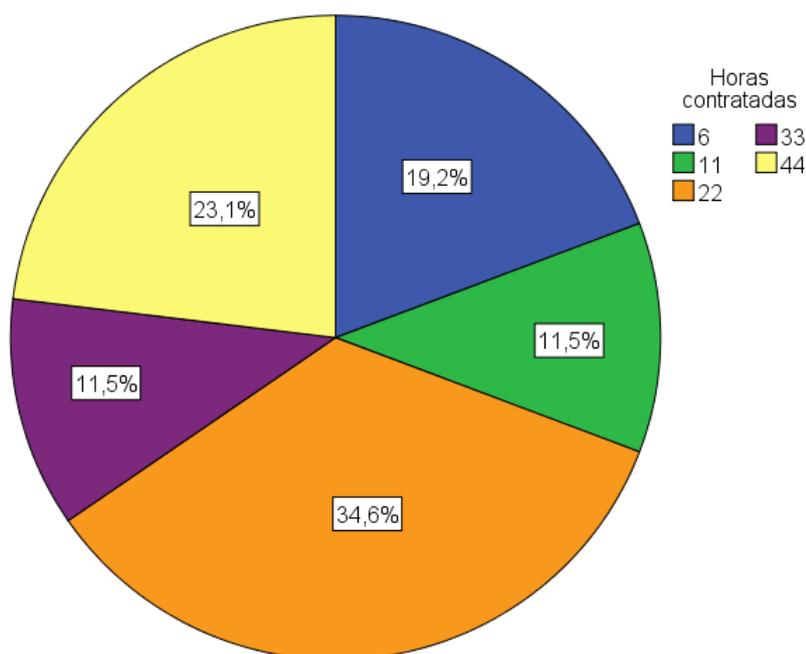
DIAGNÓSTICO DOCENTES

Se realizó un diagnóstico a docentes con los objetivos de 1) Identificar el nivel de conocimiento sobre temas de género del equipo docente, y 2) Identificar las áreas de interés para la transversalización de la perspectiva de género en el aula y en el plan de formación de kinesiología. Éste se aplicó con un instrumento diseñado a partir de otras encuestas. Se presenta a continuación la síntesis de los resultados.

Caracterización de participantes

La encuesta fue respondida por 26 docentes, 22 contratados por el Departamento de Kinesiología y 4 docentes de la Escuela de Kinesiología, lo que representa el 39,4% del total de docentes. Respecto a las horas contratadas existe heterogeneidad con los porcentajes representados en el gráfico 1.

Figura 1. Porcentaje de número de horas contratadas de participantes (n=26).



Fuente: Elaboración propia.

- El 53,8% se identificó en el género femenino y el 46,2% en el masculino. Llama la atención la menor participación masculina, pues son mayoría en el claustro.
- El promedio de edad fue de 44 años (mínimo 29, máximo 65 años), y el 69,2% tiene más de 10 años de experiencia en docencia universitaria.
- Finalmente, el 19,2% (n=5) señala que tiene formación en perspectiva de género.

Parte I. Nivel de conocimiento temas de género.

¿Considera que tiene conocimientos para incorporar los siguientes aspectos en su planificación de estrategias docentes?

Tabla 1. Nivel de Conocimiento

Aspectos	Nivel de conocimiento	% (n)
Conceptos relacionados con la diversidad sexual	Carezco de conocimientos en ese aspecto	7,7 (2)
	Poseo conocimientos para entenderlo	53,8 (14)
	Tengo suficiente conocimiento como para utilizarlo en mi trabajo cotidiano	23,1 (6)
	Tengo suficiente conocimiento para liderar el trabajo en este aspecto	15,4 (4)
	No sabe / No Responde	0,0 (0)
Conceptos relacionados con los marcos de análisis de género en salud	Carezco de conocimientos en ese aspecto	11,5 (3)
	Poseo conocimientos para entenderlo	46,2 (12)
	Tengo suficiente conocimiento como para utilizarlo en mi trabajo cotidiano	30,8 (8)
	Tengo suficiente conocimiento para liderar el trabajo en este aspecto	7,7 (2)
	No sabe / No Responde	3,8 (1)
Conceptos relacionados con los marcos de análisis de género en salud	Carezco de conocimientos en ese aspecto	34,6 (9)
	Poseo conocimientos para entenderlo	38,5 (10)
	Tengo suficiente conocimiento como para utilizarlo en mi trabajo cotidiano	15,4 (4)
	Tengo suficiente conocimiento para liderar el trabajo en este aspecto	7,7 (2)
	No sabe / No Responde	3,8 (1)
Interpretación de datos con perspectiva de género	Carezco de conocimientos en ese aspecto	50,0 (13)
	Poseo conocimientos para entenderlo	26,9 (7)
	Tengo suficiente conocimiento como para utilizarlo en mi trabajo cotidiano	11,5 (3)
	Tengo suficiente conocimiento para liderar el trabajo en este aspecto	7,7 (2)
	No sabe / No Responde	3,8 (1)

Dinámicas de género en programas de salud	Carezco de conocimientos en ese aspecto	53,8 (14)
	Poseo conocimientos para entenderlo	19,2 (5)
	Tengo suficiente conocimiento como para utilizarlo en mi trabajo cotidiano	15,4 (4)
	Tengo suficiente conocimiento para liderar el trabajo en este aspecto	7,7 (2)
	No sabe / No Responde	3,8 (1)
Promoción de desarrollo de metodologías docentes con perspectiva de género	Carezco de conocimientos en ese aspecto	50,0 (13)
	Poseo conocimientos para entenderlo	23,1 (6)
	Tengo suficiente conocimiento como para utilizarlo en mi trabajo cotidiano	15,4 (4)
	Tengo suficiente conocimiento para liderar el trabajo en este aspecto	7,7 (2)
	No sabe / No Responde	3,8 (1)
Herramientas de metodologías de enseñanza-aprendizaje con perspectiva de género	Carezco de conocimientos en ese aspecto	50,0 (13)
	Poseo conocimientos para entenderlo	23,1 (6)
	Tengo suficiente conocimiento como para utilizarlo en mi trabajo cotidiano	19,2 (5)
	Tengo suficiente conocimiento para liderar el trabajo en este aspecto	0,0 (0)
	No sabe / No Responde	7,7 (2)
Análisis de género para planificación docente teniendo en cuenta el entorno temático u organizacional del aula	Carezco de conocimientos en ese aspecto	46,2 (12)
	Poseo conocimientos para entenderlo	23,1 (6)
	Tengo suficiente conocimiento como para utilizarlo en mi trabajo cotidiano	15,4 (4)
	Tengo suficiente conocimiento para liderar el trabajo en este aspecto	7,7 (2)
	No sabe / No Responde	7,7 (2)
Datos	Carezco de conocimientos en ese aspecto	50,0 (13)

sensibles al género y herramientas para recopilarlos	Poseo conocimientos para entenderlo	30,8 (8)
	Tengo suficiente conocimiento como para utilizarlo en mi trabajo cotidiano	7,7 (2)
	Tengo suficiente conocimiento para liderar el trabajo en este aspecto	7,7 (2)
	No sabe / No Responde	3,8 (1)
Estrategias que aborden las dinámicas de género en los procesos de planificación de metodologías de enseñanza aprendizaje	Carezco de conocimientos en ese aspecto	53,8 (14)
	Poseo conocimientos para entenderlo	19,2 (5)
	Tengo suficiente conocimiento como para utilizarlo en mi trabajo cotidiano	19,2 (5)
	Tengo suficiente conocimiento para liderar el trabajo en este aspecto	0,0 (0)
	No sabe / No Responde	7,7 (2)

Fuente: Elaboración propia.

Parte II. Nivel de confianza para abordar temas de género y sexualidad

Tabla 2. Nivel de confianza para hablar sobre los temas descritos

Aspectos	Nivel de conocimiento	% (n)
Conversaciones familiares temas sobre género y sexualidad	Nada confiado/a	0,0 (0)
	Poco confiado/a	7,7 (2)
	Confiado/a	42,3 (11)
	Muy Confiado/a	50,0 (13)
	No sabe / No responde	0,0 (0)
Hablar de temas de igualdad de género con colegas hombres	Nada confiado/a	0,0 (0)
	Poco confiado/a	3,8 (1)
	Confiado/a	53,8 (14)
	Muy Confiado/a	42,3 (11)
	No sabe / No responde	0,0 (0)
Hablar de temas de igualdad de género con colegas mujeres	Nada confiado/a	0,0 (0)
	Poco confiado/a	15,4 (4)
	Confiado/a	34,6 (11)

	Muy Confiado/a	50,0 (11)
	No sabe / No responde	0,0 (0)
Hablar de temas de igualdad de género con estudiantes de pregrado	Nada confiado/a	0,0 (0)
	Poco confiado/a	15,4 (4)
	Confiado/a	42,3 (11)
	Muy Confiado/a	42,3 (11)
	No sabe / No responde	0,0 (0)
Hablar de temas de sexualidad con estudiantes de pregrado	Nada confiado/a	3,8 (1)
	Poco confiado/a	23,1 (6)
	Confiado/a	30,8 (8)
	Muy Confiado/a	42,3 (11)
	No sabe / No responde	0,0 (0)
Hablar de temas de igualdad de género con usuarios/as y sus familias	Nada confiado/a	0,0 (0)
	Poco confiado/a	7,7 (2)
	Confiado/a	50,0 (13)
	Muy Confiado/a	38,5 (10)
	No sabe / No responde	3,8 (1)
Hablar sobre sexualidad con usuarios/as y sus familias	Nada confiado/a	0,0 (0)
	Poco confiado/a	15,4 (4)
	Confiado/a	46,2 (12)
	Muy Confiado/a	34,6 (9)
	No sabe / No responde	3,8 (1)
Tratar con amigas temas relacionados con el género y la sexualidad	Nada confiado/a	0,0 (0)
	Poco confiado/a	7,7 (2)
	Confiado/a	42,3 (11)
	Muy Confiado/a	46,2 (12)
	No sabe / No responde	3,8 (1)
Tratar con amigos temas relacionados con el género y la sexualidad	Nada confiado/a	0,0 (0)
	Poco confiado/a	7,7 (2)
	Confiado/a	53,8 (14)

	Muy Confiado/a	38,5 (10)
	No sabe / No responde	0,0 (0)
Explicar a niñas y niños el desarrollo de la sexualidad y el género	Nada confiado/a	0,0 (0)
	Poco confiado/a	19,2 (5)
	Confiado/a	57,7 (15)
	Muy Confiado/a	23,1 (6)
	No sabe / No responde	0,0 (0)
Conversar sobre la orientación sexual	Nada confiado/a	0,0 (0)
	Poco confiado/a	23,1 (6)
	Confiado/a	42,3 (11)
	Muy Confiado/a	34,6 (9)
	No sabe / No responde	0,0 (0)
Conversar sobre identidad y expresión de género	Nada confiado/a	0,0 (0)
	Poco confiado/a	38,5 (10)
	Confiado/a	26,9 (7)
	Muy Confiado/a	34,6 (9)
	No sabe / No responde	0,0 (0)
Abordar las necesidades de salud considerando la discriminación de género	Nada confiado/a	0,0 (0)
	Poco confiado/a	26,9 (7)
	Confiado/a	46,2 (12)
	Muy Confiado/a	26,9 (7)
	No sabe / No responde	0,0 (0)
Necesidades de salud de personas que se identifican desde la disidencia de género	Nada confiado/a	15,4 (4)
	Poco confiado/a	30,8 (8)
	Confiado/a	38,5 (10)
	Muy Confiado/a	15,4 (4)
	No sabe / No responde	0,0 (0)
Necesidades de salud de hombres homosexuales	Nada confiado/a	3,8 (1)
	Poco confiado/a	34,6 (9)
	Confiado/a	38,5 (10)

	Muy Confiado/a	23,1 (6)
	No sabe / No responde	0,0 (0)
Necesidades de salud de mujeres homosexuales	Nada confiado/a	7,7 (2)
	Poco confiado/a	30,8 (8)
	Confiado/a	34,6 (9)
	Muy Confiado/a	26,9 (7)
	No sabe / No responde	0,0 (0)

Fuente: Elaboración propia.

Parte III. Áreas prioritarias

Respecto a la pregunta, "En una escala del 0 al 10, ¿Cuál es su percepción sobre la importancia de incorporar la perspectiva de género en la formación universitaria de kinesiología?" el 50% de las personas considera que incorporar la perspectiva de género en kinesiología es muy importante (10).

Y respecto a la inclusión de ciertos temas con perspectiva de género las percepciones se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 3. Percepción sobre inclusión de temas con perspectiva de género en kinesiología.

Aspectos	Inclusión de temas	% (n)
Inequidades de género en la formación	Si	76,9 (20)
	No	23,1 (6)
	No sabe/No responde	0,0 (0)
Inequidades de género en la salud de las personas	Si	84,6 (22)
	No	15,4 (4)
	No sabe/No responde	0,0 (0)
Género y discapacidad	Si	96,2 (25)
	No	3,8 (1)
	No sabe/No responde	0,0 (0)
Cuerpo y rehabilitación	Si	100,0 (26)
	No	0,0 (0)
	No sabe/No responde	0,0 (0)
Género como Determinante social de salud	Si	80,8 (21)
	No	11,5 (3)
	No sabe/No responde	7,7 (2)
Cuidados y dependencia	Si	88,5 (23)
	No	7,7 (2)
	No sabe/No responde	3,8 (1)
Deporte y género	Si	73,1 (19)
	No	23,1 (6)
	No sabe/No responde	3,8 (1)
Abuso sexual y violencia	Si	88,5 (23)

de género	No	11,5 (3)
	No sabe/No responde	0,0 (0)
Consentimiento informado	Si	96,2 (25)
	No	0,0 (0)
	No sabe/No responde	3,8 (1)
Acoso sexual en el ámbito laboral	Si	92,3 (24)
	No	7,7 (2)
	No sabe/No responde	0,0 (0)
Inequidad de género en el campo laboral	Si	88,5 (23)
	No	11,5 (3)
	No sabe/No responde	0,0 (0)
Pasos prácticos entre estudiantes	Si	84,6 (22)
	No	7,7 (2)
	No sabe/No responde	7,7 (2)
Pasos prácticos en campo clínico	Si	76,9 (20)
	No	11,5 (3)
	No sabe/No responde	11,5 (3)

Fuente: Elaboración propia.

DISEÑO DE LA JORNADA

La siguiente jornada fue diseñada para promover la formación interna de docentes de aula durante el año 2020. La propuesta fue aprobada por la Comisión de currículo de la Escuela de Kinesiología y el Consejo de Escuela.

Objetivo general:

Sensibilizar sobre la importancia de la perspectiva de género y adoptar consenso sobre los cambios necesarios para la formación de pregrado de profesionales de kinesiología.

Objetivos específicos:

1. Comprender la importancia de la perspectiva de género en la educación superior.
2. Identificar las consecuencias de las inequidades de género en la formación de salud, tanto para el desarrollo personal como para la salud de la población.
3. Identificar buenas prácticas y generar consensos para transversalizar el enfoque de género en el plan de formación de kinesiología.
4. Difundir documentos de consenso a todos los actores del plan de formación.

Temas por desarrollar:

En esta primera fase se discutirán temas relevantes que debemos manejar en el ámbito académico, enfocado principalmente al trabajo con docentes de aula (no clínico) y actividades con estudiantes. Se propone desarrollar las siguientes temáticas:

- Perspectiva de género.
- Perspectiva de género en la educación.
- Conceptos claves sobre sexualidad y género.
- Brechas e inequidades de género en salud.
- Estudios de masculinidades
- Género y kinesiología.

Una vez avanzada esta fase, contaremos con información útil para planificar actividades con similares objetivos, pertinentes al contexto de la formación clínica en centros de atención de salud.

Tabla 4. Itinerario de las jornadas

Fecha	Tema	Invitado/a
Octubre, 21 16:30	Perspectiva de género. Perspectiva de género en la educación superior y salud.	Denisse Quijada, socióloga, equipo DIGEN Salud.
Noviembre, 3 10:00	Conceptos claves sobre <i>sexualidad y género</i> .	Pilar Navarro, psicóloga con formación en Sexualidad.
Noviembre, 11 16:30	Actividad con estudiantes y docentes Consentimiento clínico: aspectos normativos y éticos del ejercicio profesional.	Verónica Aliaga, kinesióloga, magíster en Bioética.

Noviembre, 26 16:00 a 17:30	Brechas de género en salud.	Francisca Crispi, médica, académica Escuela de Salud Pública.
Diciembre, 10 11:30 a 13:00	Estudios de masculinidades.	Rodrigo Lara, psicólogo Núcleo Masculinidades en Salud, DIGEN
Diciembre, 16 11:30 a 13:00	Actividad docentes y estudiantes: "Violencia de género: rol del profesional de Salud".	Paulina Larrondo, psicóloga, DIGEN
Marzo	Difusión en la comunidad, principalmente docentes.	Trabajo de difusión interna

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5. Productos esperados al finalizar las jornadas

Nombre	Descripción
Diagnóstico sobre el nivel de manejo docente sobre temas de género.	Línea base cuantitativa y cualitativa sobre temas de género, realizada a partir de la encuesta inicial y temas consultados, trabajados o pesquisados en las jornadas realizadas.
Diagnóstico de las áreas de interés para la transversalización de la perspectiva de género.	Identificación de las áreas o temas de interés para transversalizar la perspectiva de género en la formación de kinesiología.
Dossier con temas tratados, conceptos claves, nuevas interrogantes.	Documento de sistematización de la jornada que contenga diagnósticos antes mencionados, contenido de las jornadas y material de consulta adicional.
Propuesta de mediano y largo plazo para el desarrollo de actividades específicas para transversalizar la perspectiva de género en la educación.	Diseño de una propuesta de estrategias y acciones a implementar para promover la perspectiva de género en la formación de kinesiología.

Fuente: Elaboración propia

DESARROLLO DE TEMAS TRABAJADOS

A continuación, se presentan los temas trabajados en las jornadas, profundizando en algunos conceptos claves y ofreciendo material complementario para revisar. Cada apartado se basó en las presentaciones realizadas por las personas invitadas y en otras fuentes documentales que fueron citadas.

CAPÍTULO 1: Perspectiva de género

Invitada: Denisse Quijada Sánchez

Video de la sesión: <https://youtu.be/U3089Fj7CYc>



¿Cómo citar este capítulo?

Quijada D. (2020). Perspectiva de Género y su aplicación en la educación superior y salud. En Rebolledo, Martínez, Muñoz (Ed). *Sistematización Jornadas sobre Perspectiva de Género en la Educación Superior*. (p. 16-23) Departamento y Escuela de Kinesiología, Universidad de Chile.

Conceptos claves de la sección

- **Feminismo(s):** El feminismo no tiene una única definición, pero se puede comprender como un movimiento político que ha recorrido distintas corrientes a lo largo de la historia, muchas de las cuales todavía subsisten en la actualidad. Todas estas corrientes tienen en común:

a) el principio de **igualdad de derechos de la mujer y el hombre**, b) un carácter humanista que consiste en creer que "**todas las personas valemos en tanto seres humanos igualmente diferentes e igualmente semejantes**", c) un **cuestionamiento al poder patriarcal**, con el posicionamiento de la premisa: "**lo personal es político**", afirmación que cuestiona la separación generada por el patriarcado entre la **esfera pública**, reservada a los hombres para el ejercicio del poder, y la **esfera privada**, reservada a las mujeres en su rol de esposas y madres, d) una filosofía de vida centrada en la **armonía y la felicidad por sobre la acumulación de riquezas**, e) una **crítica al disciplinamiento y el control de los cuerpos de las**

mujeres, f) la **conceptualización de la categoría del género**, que tiene su sustrato en el sexo de nacimiento que es el sustrato natural, pero se construye por la suma de características, comportamientos, valores, roles y funciones que se le asignan y que mantienen el sexismo en la sociedad (Vacca y Coppolecchia, 2012).

- **Patriarcado:** El patriarcado es un **sistema político y cultural que institucionaliza la superioridad sexista de las características del género masculino sobre lo femenino** (posiciones de poder, toma de decisiones, valoración del trabajo productivo sobre el reproductivo, dominio del espacio público), constituyendo así aquella estructura que opera como mecanismo de dominación ejercido sobre las mujeres, basándose en una fundamentación biologicista. Esta ideología, por un lado, **se construye tomando las diferencias biológicas entre hombres y mujeres como inherentes y naturales**. Y por el otro, mantiene y agudiza estas diferencias postulando una **estructura dicotómica de la realidad y del pensamiento** (Vacca y Coppolecchia, 2012).
- **Androcentrismo:** El androcentrismo es la **visión del mundo que sitúa al hombre como la norma de la sociedad**. Esta concepción de la realidad parte de la idea de que la mirada masculina es la única posible y universal, por lo que se generaliza para toda la humanidad, sean hombres o mujeres. El androcentrismo **conlleva la invisibilidad de las mujeres y otras identidades, y de sus mundos**.
- **Sexo Biológico:** En materia de estudios de género, se refiere a las diferencias fisiológicas, sociológicas y anatómicas, alude a la **diferencia biológica de los cuerpos**.
- **Género:** A grandes rasgos, se entiende como **sexo socialmente construido, vinculado con los roles y ocupaciones**, y que de una conceptualización binaria se atribuyen a hombres y mujeres. El género no es una categoría estática.

Para Joan Scott (1990); *“Es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género, es una forma primaria de relaciones significantes de poder en la sociedad”*.

Dicho por la Organización Panamericana de la Salud-OPS (1995); *“La construcción cultural que asigna, jerárquicamente en las esferas públicas y privadas, formas de comportamiento y de roles a mujeres y hombres sobre la base de su diferenciación sexual”*.

Por lo tanto, se puede concluir que el género es el **conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de actividad humana, por lo que las personas desarrollan su identidad femenina o masculina desde patrones sociales, culturales y personales**. Un ejemplo de esto es que, en muchas sociedades, las mujeres ocupan el espacio privado y el trabajo doméstico mientras que los hombres el espacio público y el trabajo remunerado.

1.1 ¿Qué significa perspectiva de género?

Metodología y mecanismos que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres, que se pretende justificar con base en las diferencias

biológicas entre mujeres y hombres, así como las acciones que deben emprenderse para actuar sobre los factores de género y crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad de género (definición en uso de gobierno mexicano).

La perspectiva de género permite:

- Tener en cuenta la diferente exposición y vulnerabilidad, riesgos diferentes relacionados con las ocupaciones, roles y estereotipos de género.
 - Analizar en salud los diferentes riesgos a los que se exponen hombres y mujeres según la cultura, ocupación, seguridad social, etc.
 - Por ejemplo, en el ámbito de la kinesiólogía y ergonomía, no suele considerarse al momento de realizar diagnósticos la doble carga laboral a la que están expuestas las mujeres, pues se les pregunta por vida laboral pero no por vida doméstica. Esto impide establecer diferencias en los factores de riesgo en mujeres, invisibilizando problemas o lesiones que pueden provenir de la sobrecarga por el trabajo doméstico, teniendo como consecuencia la mantención de la patología y sus síntomas en el tiempo.
 - A su vez, hay mayor riesgo de desarrollar enfermedades asociadas a la falta de actividad física en mujeres. Por ejemplo, si se le preguntara a hombre y mujer, con el mismo cargo en el mismo trabajo, si pueden tomarse 20 minutos después del trabajo para realizar una actividad tan sencilla como caminar, el hombre suele responder que sí puede hacerlo, mientras que la mujer responde que no puede, pues debe llegar al hogar a realizar tareas de limpieza, crianza, entre otros.
 - También es posible observar la sexualización en las tareas manuales de distintos trabajos, donde se destina a las mujeres para tareas de motricidad fina mientras que los hombres para tareas de fuerza.
- Observar las diferencias en los comportamientos y estilos de vida de hombres, mujeres y disidencias.
 - Por ejemplo, el consumo de alcohol es más prevalente en hombres que en mujeres, por lo que suelen ser ellos quienes protagonizan más actos de violencia callejera y accidentes de tránsito asociados a estados de ebriedad.
 - En la kinesiólogía pediátrica, comúnmente los cuidados siempre son atribuidos a las madres, y poco se enseña sobre la corresponsabilidad. En las ocasiones en que los padres son responsables del cuidado se les felicita, como si no fuera su responsabilidad.
- Apreciar las diferencias en la autonomía, autoestima y reconocimiento social.
 - Estas diferencias junto con la carga de cuidados pueden significar menos oportunidades para el autocuidado. Como se mencionó con anterioridad, cuando se realiza una sugerencia de aumento de actividad física, muchas mujeres señalan que no pueden incorporar hábitos como caminar 20 minutos u otras actividades después de la jornada laboral, mientras que los hombres aceptan sin problemas.
- Apreciar las diferencias en redes sociales de apoyo en la sociedad o participación en política.

- Por lo anterior se impulsan los temas de paridad, para ir igualando la participación de hombres y mujeres en las decisiones políticas.

1.2 El Género como mecanismo de construcción de inequidades.

Género no es sinónimo de mujer ni de feminismo, sino que es uno de los ejes primarios sobre los que se organiza la sociedad y la vida social. Por tanto, es una categoría articuladora del análisis, que nos muestra cómo dos funciones complementarias en la economía tienen distinto peso social. Por ejemplo, si analizamos el rol del trabajo, veremos que hay inequidades en el ámbito laboral atribuidas a los roles de género. Para comprender esta construcción de inequidades es importante diferenciar el trabajo reproductivo y productivo.

- **Trabajo reproductivo:** Se refiere a las actividades de cuidado y tareas domésticas. No es remunerado y se considera fundamental para el funcionamiento de la economía, pues reproduce y mantiene la fuerza de trabajo, no obstante, es desvalorizado socialmente, sobre todo en economías de tipo capitalistas.
- **Trabajo productivo:** Corresponde al trabajo remunerado, y tiene mayor valoración ya que está asociado a la elaboración de mercancías o capital. Históricamente ha sido realizado por hombres, pues se les ha atribuido el rol de proveedores. Si bien con el paso de las décadas las mujeres han logrado ser partícipes en el trabajo productivo, lo han hecho reproduciendo los roles relacionados al cuidado del colectivo humano, como, por ejemplo, el servicio, cuidado, educación de niños, niñas y personas en situación de dependencia.

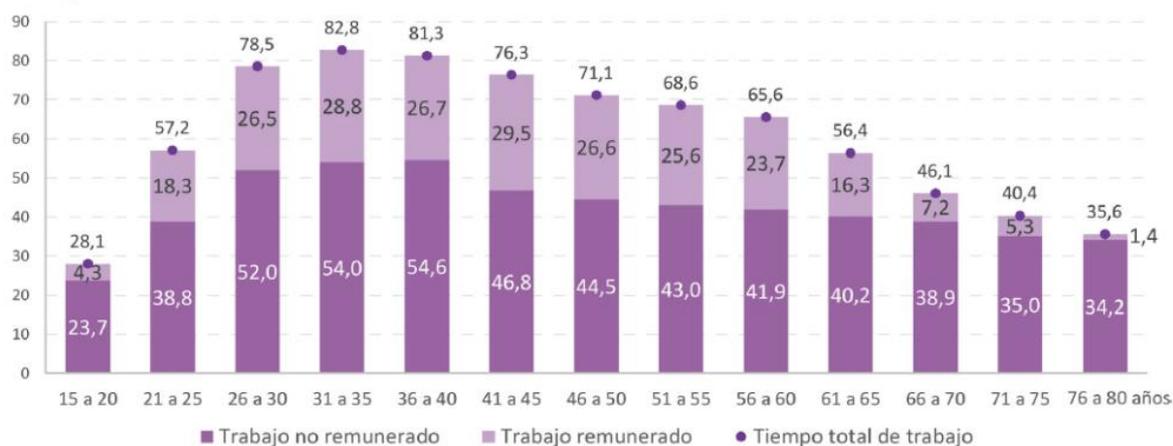
En la organización social es esperable que, a lo largo del ciclo de vida, las horas semanales promedio trabajadas remuneradamente sean pocas al principio de su ciclo, aumentando progresivamente, hasta alcanzar un nivel alto y relativamente permanente en la etapa productiva-reproductiva (adultez media), para finalmente disminuir las horas y casi desaparecer del mercado laboral hacia al final del ciclo. Para la contabilización del trabajo remunerado se considera el tiempo semanal de trabajo en la ocupación y actividades relacionadas, y para la contabilización del trabajo no remunerado se considera el tiempo para autoconsumo de bienes, labores domésticas y de cuidados no remunerados para el propio hogar o para apoyo a otros hogares, según la Clasificación de Actividades de Uso del Tiempo para América Latina y el Caribe (CAUTAL) (CEPAL, 2016).

Si analizamos las horas promedio de trabajo remunerado y no remunerado diferenciadas por sexo en Chile para el año 2015 (Gráfico 1), podemos ver que, si bien en ambas curvas se presenta el patrón esperado para el trabajo remunerado, no ocurre igual con el trabajo no remunerado, pues el cuidado y los roles domésticos son más bien constantes en todo el ciclo de vida, para ambos sexos.

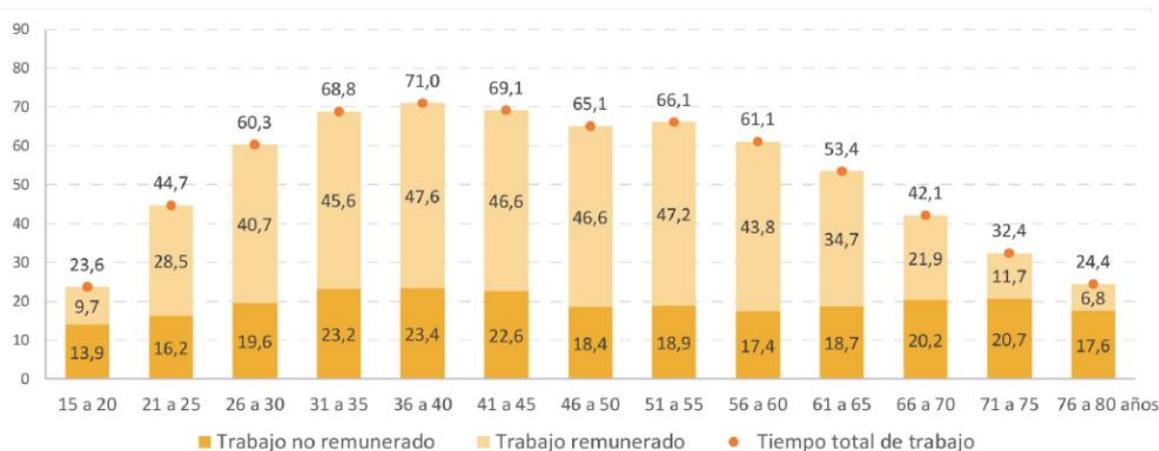
Al comparar el promedio de horas, las mujeres desempeñan menos tiempo de su vida en el trabajo remunerado, más horas de trabajo no remunerado y más horas promedio total de trabajo en relación con los hombres, especialmente en el tramo de 26 a 40 años.

Figura 2. Horas promedio de trabajo remunerado y no remunerado diferenciados por sexo y tramo etario.

A. Mujeres



B. Hombres



Fuente: Cooperativa de economía feminista desbordada. Estudio Crisis Sistema de Pensiones con mirada feminista (2020). Utilizando datos de Encuesta nacional del uso del tiempo 2015. Disponible [aquí](#).

Si analizamos estos datos desde la perspectiva de género, podemos interpretar que esta diferencia en la dedicación promedio de horas semanales a ambos tipos de trabajo se debe a los roles que se consideran propios de lo femenino. Esta diferencia, se considera una inequidad dado que acarrea consecuencias injustas y evitables. Por ejemplo, 1) menores ingresos y muchas veces falta de ingresos económicos, con esto menor acceso a seguridad social y seguro de salud, 2) menor capacidad de ahorro en el sistema previsional de capitalización individual, y, por lo tanto, mayor posibilidad de pobreza en la vejez, 3) menor disponibilidad de tiempo libre, lo que podría explicar la mayor prevalencia de sedentarismo (actividad física en tiempo libre) en el caso de las mujeres, la mayor prevalencia de depresión, entre otras.

1.3 ¿Qué es la interseccionalidad y cómo contribuye al análisis de género?

Interseccionalidad es una herramienta para la justicia de género, pues permite el análisis, el trabajo de abogacía y la elaboración de políticas, que abordan múltiples discriminaciones y nos ayuda a entender la manera en que conjuntos diferentes de identidades influyen sobre el acceso que se pueda tener a derechos y oportunidades, contribuyendo al privilegio u opresión (Association for Women's Rights in Development (AWID), 2004).

Comienza con la premisa de que la gente vive identidades múltiples, formadas por varias capas, que se derivan de las relaciones sociales, la historia y la operación de las estructuras de poder. Las personas pertenecen a más de una comunidad a la vez, por lo que pueden experimentar opresiones y/o privilegios de manera simultánea (AWID, 2004).

Aunque todas las mujeres y personas de las disidencias de alguna u otra manera sufren discriminación de género, existen otros factores como la raza, el color de piel, la edad, la etnicidad, el idioma, la ascendencia, la orientación sexual, la religión, la clase socioeconómica, la capacidad, la cultura, la localización geográfica y el estatus como migrante, indígena, refugiada, desplazada, niña o persona que vive con VIH/SIDA, en una zona de conflicto u ocupada por una potencia extranjera, que se combinan para determinar la posición social de una persona.

El análisis interseccional tiene como objetivo revelar las variadas experiencias que resultan de la conjunción de diferentes tipos de identidad y exponer las discriminaciones o desventajas que se dan como consecuencia de la combinación de estas identidades, en los distintos contextos históricos, sociales y políticos. Por ejemplo, la forma en que el capitalismo, patriarcado, la desigualdad de clases y otros sistemas de discriminación van creando desigualdades que estructuran las posiciones relativas de las mujeres. Por ejemplo, una mujer afrodescendiente pobre no tiene el mismo trato ni beneficios que una mujer blanca pobre, o pueden observarse mujeres exitosas y reconocidas en el ámbito profesional, pero que sufren violencia intrafamiliar.

1.4 Educación en salud con perspectiva de género

Considerando que es imposible separar la educación del contexto social e histórico en que se inserta, surge la necesidad de que la perspectiva de género, y específicamente la educación no sexista se haga presente tanto a nivel curricular como en los procesos de enseñanza y aprendizaje.

Si bien el desarrollo académico tiene la tendencia errónea de asociar el género solo con las mujeres y asumir que hacer estudios con perspectiva de género exige solamente la inclusión y distinción de la variable sexo, debemos recordar que el género es una categoría relacional, que impacta en las relaciones de poder. Por tanto, es necesario incorporar el análisis de esta variable en los procesos formativos, metodológicos y relacionales en el aula. Por ejemplo, cuidar el trato en clase no realizando chistes sexistas, evitar prejuicios y estereotipos sobre las formas de ser o pensar de hombres o mujeres.

En la educación en salud, se puede observar el género en al menos tres dimensiones:

- **Androcentrismo:** Considerado usualmente como la **aplicación de una perspectiva masculina o del hombre como una norma universal** que tiene la posibilidad de

permea la investigación, la educación y la práctica en ciencias y salud, pues considera que estudiar al varón es sinónimo de estudiar al ser humano.

Se pueden observar, por ejemplo, diversos estudios que utilizan muestras solo de hombres para resultados que luego universalizan al cuerpo de las mujeres, y cuerpos intersex. Además, en el estudio de anatomía en aula, se observa una predominancia de selección de muestras cadavéricas de cuerpos masculinos, por sobre los femeninos o trans, mientras que en los libros anatómicos las imágenes utilizadas son casi en su totalidad masculinos, reduciendo el cuerpo femenino solo a la muestra de órganos sexuales y reproductivos.

Otra consecuencia del androcentrismo en salud es la minimización de la sintomatología de las mujeres en enfermedades, lo que va en desmedro de su tratamiento. Esto se observa, por ejemplo, en las mutuales de seguridad, las cuales suelen no reconocer enfermedades laborales de las mujeres, sino que le atribuyen preexistencia, asociado a la maternidad u origen doméstico, por lo que no reciben el tratamiento ni beneficios correspondientes.

- **Desarrollo de atención en salud con perspectiva de género estereotipada para hombres, mujeres y disidencias:** Esto está relacionado con las creencias sobre los roles de género de las y los trabajadores de la salud al tratar a sus usuarios/as. En el caso de que su perspectiva se encuentre sesgada y estereotipada, podría conllevar riesgos importantes en la atención y cuidado de usuarios/as.

Un ejemplo de esto es que algunos/as profesionales de la salud escuchan menos la sintomatología de las mujeres, pues se les califica de hormonales o histéricas, sobre todo si se trata de pacientes policonsultantes.

Otro ejemplo de atención en salud estereotipada ocurre al no comprender la necesidad de la población objetivo, como ocurre con personas del grupo LGBTIQ+¹, las cuales se analizan bajo estándares ideales heterosexuales, pudiendo no tomar en cuenta aristas importantes para la atención.

- **Género como una determinante social de la salud (DSS):** Si bien género corresponde a un DSS estructural, hay cierta confusión en cómo abarcarlo en la educación en salud, pues se tiende a reducir a su análisis sólo como sexo biológico, omitiendo factores socio antropológicos.

El género como dimensión cultural, permitió analizar el sistema social y económico, y revelar el impacto del género en la salud de la población, por ejemplo, en la dificultad de acceso a salud, o desarrollo de trastornos que están vinculados a los roles de los hombres y mujeres esperados por la estructura social.

¹ Sigla que se utiliza para referirse a personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans, Intersex, queer, y el + refiere a las nuevas formas de autoidentificación de algunos grupos. Tiene otras versiones como LGBT, LGBTI, posiblemente vinculado al momento de su uso.

Posicionamiento de la UNESCO sobre la igualdad de género:

- UNESCO afirma que la igualdad de género no solo es un Derecho Humano fundamental, sino también es necesario para la creación de sociedades sustentables y pacíficas.
- De la misma manera se señala que la participación total y equitativa de las mujeres es vital para asegurar un futuro sostenible, porque:
 - Los roles de género son creados por la sociedad y se aprenden de generación en generación.
 - Los roles de género son constructos sociales y se pueden cambiar para alcanzar la igualdad y la equidad entre las mujeres, los hombres y las personas de disidencia sexual.
- Empoderar a las mujeres es una herramienta indispensable para hacer avanzar el desarrollo y reducir la pobreza.
- Las desigualdades de género socavan la capacidad de niñas y mujeres de ejercer sus derechos.
- Es fundamental asegurar la igualdad de género entre niños y niñas, y asegurar las mismas oportunidades para acceder a la educación.

CAPÍTULO 2: Conceptos claves de sexualidad y género.

Invitada: Pilar Navarro Cerda

Video de la sesión: <https://youtu.be/HMGkAaC1sCw>



¿Cómo citar este capítulo?

Navarro, P. (2020). Conceptos claves sobre Sexualidad y Género. En Rebolledo, Martínez, Muñoz (Ed). *Sistematización Jornadas sobre Perspectiva de Género en la Educación Superior*. (p.24-33) Departamento y Escuela de Kinesiología, Universidad de Chile.

Conceptos claves de la sección

Binarismo sexo-genérico: El binarismo de sexo-género asume una correspondencia entre sexo y género basada en la corporalidad y, fundamentalmente, en la genitalidad. Por ello, concibe sólo dos sexo-género posibles, legitimando sólo a hombres y mujeres cisgénero, limitando la multiplicidad de posibilidades de identidades y cuerpos en el mundo. El binarismo de sexo-género sustenta el cuerpo cis como la norma. La cisonormatividad posiciona a las personas cis en una situación de privilegio con relación a las no cis, como, por ejemplo, las personas trans quienes viven discriminación y ataques a su integridad y vida (Bodenhofer, 2019).

Heteronormatividad: La heteronormatividad es concebida por Granados (2002) como la ideología sexual que aprueba y prescribe la heterosexualidad como una asignación "natural", y procede de la diferencia biológica asociada a la reproducción de la especie. Esta creencia comprende la asignación de modelos de género binarios, es decir, de un modelo de masculinidad a los hombres, y uno de feminidad a las mujeres, sustentándose en los mismos preceptos esencialistas-biologicistas (Serrato, 2015).

Monogamia: Es una convención social (y elección personal) de formar parejas amorosas exclusivas y comúnmente de larga duración. La mayoría de las personas adoptamos la monogamia de forma automática, como un patrón para establecer objetivos personales en las relaciones, elegir pareja, evaluar las relaciones, y juzgar las relaciones de los demás.

“Aceptamos la premisa social de que la monogamia no es una cuestión de elección o preferencia, sino algo «natural» o incluso una fuerza «supernatural» en sí misma; una mezcla de física y magia. Simplemente se trata de lo que «ocurre de forma natural» en las «buenas» relaciones y cómo «se supone que deberían ser».” (Etxebarria, 2016, p.89).

Para nuestra sociedad, la relación estable y monógama tiene valor social, y posiciona a las personas como adulta, deseable y respetada. Y comúnmente, el no tener una relación monógama les define como una persona inmadura, defectuosa, dañada, o egoísta, no merecedora de confianza y, posiblemente, incluso peligrosa.

Aun cuando la monogamia supone lo “bueno”, en la mayoría de los casos es una ilusión y frecuentemente existen engaños e infidelidades en este tipo de relaciones. Con esto no se quiere negar que muchas personas que escogen la monogamia son felices y satisfechas viviendo en matrimonios/relaciones monógamas permanentes o en secuencia (Etxebarria, 2016).

Al ser la monogamia la forma hegemónica y validada por la sociedad, trae consigo el reconocimiento y apoyo social y legal; expresado en matrimonios, pensiones, seguros de vida, de salud, incluso ofertas de viajes o planes telefónicos y por tanto un nivel de seguridad y estabilidad que otros enfoques alternativos no tienen.

Diversidad sexual: Conceptualización que aparece en el horizonte de las luchas de las políticas sexuales a comienzos del milenio, por parte de organizaciones sociales y activistas que participan activamente por la visibilización y legitimación de las identidades LGBT (lésbicas, gays, bisexuales, trans). Podríamos decir que la agenda de derechos humanos del nuevo milenio se caracteriza por la demanda de reivindicación y reconocimiento a los derechos de la diversidad (diversidad de culturas, etnias, pueblos, y también sexualidades). Habitualmente este concepto funciona como “paraguas” para referenciar bajo su nombre a identidades, sexualidades y géneros que, históricamente, han sido estigmatizados. Su uso, entonces, es político. La diversidad sexual se inscribe en una dimensión más abarcativa: la sexualidad, y en este sentido, representa a la humanidad (Pedrido-Nanzur, 2017).

2.1 Conceptos relevantes en las diversidades en materia de género.

Un aspecto relevante que la perspectiva de género introduce es el reconocimiento de la diversidad en la sexualidad, y el reconocimiento de ciertas formas de ser y sentir que son más válidas que otras en culturas como la nuestra, donde las ideologías hegemónicas son el **binarismo sexo-genérico**, la **heterosexualidad** y la **monogamia**.

Para la Organización Mundial de Salud Sexual (World Association for Sexual Health, 2009) la sexualidad es un “aspecto fundamental de la condición humana, presente a lo largo de la vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vivencia y se expresa por medio de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, funciones y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se vivencian o expresan siempre. La sexualidad recibe la influencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, así como religiosos y espirituales”. Por tanto, cuando hablamos de sexualidad no solo se refiere al acto coital, o a las identidades de género, sino todo lo anterior y las relaciones o vínculos que establecemos con otros/as en un contexto histórico determinado.

Cuando hablamos de **diversidad sexual** comúnmente se piensa en personas de la comunidad LGBTIQ (Lesbianas, Gays, bisexuales, Trans, Intersex, Queer), no obstante, en la diversidad sexual estamos incluidas todas las personas con nuestras formas de identificarnos, relacionarnos, expresarnos, sentir y amar.

Introducir la perspectiva de género en nuestra comprensión de la sexualidad implica, en primer lugar, valorar la diversidad y para esto se requiere tomar consciencia de nuestro propio lugar, hacer una reflexión sobre nuestros saberes y creencias más profundas, como decía Pilar Navarro “comprender la huella mental que el modelo cultural nos ha impregnado” e identificar la posición que tenemos en la sociedad y cómo posicionarnos en el lugar de otros que viven diversas identidades y estamos en disposición de escuchar.

Para comprender cómo la sexualidad tiene lugar en nuestra identidad usaremos la Galletita de jengibre del Género (por su juego de palabras en inglés GenderBread).

Figura 3. GenderBread “galleta del género” para representar el género en la identidad de las personas.



¿Sabes cómo se configura la identidad de las personas?

Identidad de Género
Es con qué género te identificas en tu personalidad y mente. Cómo te sientes y reconoces independiente del sexo biológico.

Orientación Sexual
Es el sentir afecto, atracción emocional y/o sexual por otra persona; con la(s) cual(es) se es capaz de mantener relaciones íntimas y sexuales.

Sexo Biológico
Características de células reproductivas u órganos sexuales que difieren a los individuos de una especie.

Expresión de Género
Es como tú demuestras tu género (según las características sociales), en tu manera de vestir, comportarte e interactuar.

Departamento de Kinesiología
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Elaborado por estudiantes de Kinesiología
Ayudantía Salud Pública 2020

Fuente: Elaboración propia, basada en GenderBread (Killermann, 2017)

La sexualidad se expresa en nuestro sexo biológico, identidad de género, orientación sexual y expresión de género. A continuación, profundizamos estas dimensiones.

El **sexo biológico**, se reconoce como el sexo asignado al nacer, principalmente se determina por los genitales, hormonas y/o cromosomas, y si bien en términos estadísticos lo más representativo son los genitales pene/escroto y vulva. También existe un grupo denominado intersex. Las personas intersex nacen con caracteres sexuales que no se corresponden con el binarismo de sexo; ser intersex está relacionado con las características biológicas del sexo y no tiene que ver con la orientación sexual o la identidad de género de las personas. En la actualidad, para las personas nacidas como intersex no se recomienda asignar un sexo quirúrgicamente hasta que la persona pueda expresar su identidad y voluntad, en este proceso les niños intersex y sus familias deben recibir el asesoramiento y el apoyo

adecuados, también por parte de sus pares (Campaña Naciones Unidas por la Igualdad y Libertad, 2017).

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 (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales (Muntarhorn & Onufer, 2007).

Es posible observar personas **cisgénero** que se reconocen en el binarismo de femenino/masculino, y personas **transgénero** en las cuales hay una discordancia entre el sexo asignado al nacer y la propia autodefinición de su identidad (Campaña Naciones Unidas por la Igualdad y Libertad, 2017). En algunos casos las personas trans mantienen una comprensión binaria sexo-genérica y por tanto pueden tomar la decisión de modificar su anatomía para transitar de un sexo a otro, generalmente se llamarán como *mujer trans* (hombre a mujer) u *hombre trans* (mujer a hombre). De modo más reciente, muchas personas trans, en cuestionamiento de la definición de quienes son a partir de los genitales, y en cuestionamiento del binarismo, han defendido otras formas tales como, género neutro (ni masculino, ni femenino), género fluido (que transita y fluye entre uno y otro), *gender queer* (que no se identifica con ninguno en particular, es más cuestiona esas categorías).

Un aspecto relevante es no confundir la transexualidad con el **travestismo**. Este último, tiene relación al uso de vestimentas distintas a las del sexo con que se identifican las personas con fines no relacionados a la identidad de género, sino sólo por placer o curiosidad. Así también se diferencia el **transformismo**, como una expresión artística donde una persona asume para un espectáculo un rol o identidad de género distinta a la que le corresponde.

También se ha discutido sobre la diferencia entre transgénero y transexual, aludiendo si la persona ha transitado en lo corporal hacia el otro género o no. Hoy en día esta diferenciación no tiene relevancia, pues hay personas trans que aceptan su cuerpo, y no tienen deseos de modificar sus genitales, por ejemplo, para vivir conformes en su identidad, así como también hay personas que sí eligen modificar su cuerpo y se han visto favorecidos con los avances en la medicina y especialidad de kinesiología pelvipereineal que facilitan estos cambios.

En junio de 2018, la OMS deja de considerar la “transexualidad” como un trastorno mental y de comportamiento. A menudo las personas trans experimentan con mayor prevalencia ansiedad o depresión, producto de la incomprensión y discriminación social y no de su condición.

La **orientación sexual** se refiere a la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género, así como a la capacidad mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas (Muntarhorn & Onufer, 2007).

La **expresión de género** es la forma en que manifestamos nuestro género mediante nuestro comportamiento y nuestra apariencia. La expresión de género puede ser masculina, femenina, andrógina o cualquier combinación de las tres. Para muchas personas, su expresión de género se ajusta a las ideas que la sociedad considera apropiadas para su

género, mientras que para otras no (...) La expresión de género de una persona no siempre está vinculada con su sexo biológico, su identidad de género o su orientación sexual (Campaña Naciones Unidas por la Igualdad y Libertad, 2017).

En salud debemos reconocer que la atención en salud debe ser desde un marco de derechos humanos. Existen instrumentos internacionales que nos orientan sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género (Muntarbhorn & Onufer, 2007) que refuerza el compromiso con los DDHH y reconocen que la orientación sexual y la identidad de género son esenciales para la dignidad y la humanidad de toda persona y no deben ser motivo de discriminación o abuso.

2.2 Normativa para la promoción de derechos de las personas trans en el contexto universitario y nacional.

En materia de normativas universitarias y legislación nacional, existen instrumentos legales que permiten garantizar el trato no discriminatorio y promover espacios libres de violencia y discriminación. A continuación, se presentan los principales instrumentos que todo profesor/a de la Universidad de Chile debe conocer.

a. Reconocimiento de la identidad de género en la Universidad de Chile: Decreto Mara Rita.

El decreto que lleva por nombre “Decreto Mara Rita” de la Universidad de Chile, es un documento que permite a personas trans pertenecientes a la comunidad universitaria utilizar su nombre social en registros, documentos y comunicaciones para efectos internos, ámbitos curriculares, extracurriculares y también laborales. Mara Rita Villarroel Oñate fue una importante activista trans y escritora, estudiante de Literatura Hispanoamericana y Pedagogía de nuestra Universidad. Este documento lleva su nombre en su honor.

Para hacer **efectivo el uso de nombre social** en las distintas instancias, la persona debe realizar una solicitud formal de manera escrita a Rectoría, Prorectoría, Dirección de Igualdad de Género, Dirección de Recursos humanos, Dirección Jurídica o directamente donde cumples tus funciones, ya sea de estudiante o funcionario.

Esta solicitud debe contar con una **declaración jurada notarial** que “afirme la individualización legal y nombre socialmente reconocido que le identifica, de conformidad a su identidad de género” y que además contenga una **solicitud y autorización a la Universidad de Chile para utilizarlo en todo trámite interno de la institución**. Con el fin de asegurar que quien realiza la solicitud es la persona que lo requiere, se solicita firma notarial **o de alguna autoridad universitaria que posea la calidad de ministro/a de Fe en la unidad correspondiente**. Finalmente, junto a este documento deberá presentar fotocopia de Cédula de Identidad firmada.

Sumado a esto, es necesario destacar que el respeto hacia la identidad de género de una persona está asociado a un trato no discriminatorio en cualquier evento que se desarrolle en la Universidad. Por lo que, además de utilizar su nombre social, corresponde que sea tratado acorde a su identidad de género por parte de la comunidad en todo ámbito y en cualquier actividad.

Para la difusión del Instructivo de solicitud de cambio a nombre social, DIGEN Central preparó la siguiente infografía.

Figura 4. Infografía sobre uso de nombre social en la Universidad de Chile.

UNIVERSIDAD DE CHILE

USO DEL NOMBRE SOCIAL EN LA U. DE CHILE

Con la aprobación del instructivo **Mara Rita** las personas trans que estudian o trabajan en la U. de Chile pueden utilizar su **nombre social** en registros, documentos y comunicaciones para efectos internos, en ámbitos curriculares, extracurriculares y laborales.

¿Qué trámite debes hacer para usar el nombre social acorde a tu identidad de género?
Presentar una solicitud escrita en Rectoría, Prorectoría, Dirección de Igualdad de Género, Dirección de Recursos Humanos o Dirección Jurídica, o directamente en el organismo donde estudias o cumples funciones.

¿QUÉ DOCUMENTOS NECESITAS?

- ✓ Fotocopia de cédula de identidad por ambos lados, firmada.
- ✓ Una declaración jurada* que incluya:
 - ✓ Individualización legal y el nombre socialmente reconocido acorde a tu identidad de género.
 - ✓ Solicitud y autorización a autoridades y personal de la Universidad a utilizar tu nombre social en todos sus espacios.
 - ✓ Firma notarial o de una autoridad universitaria que posea calidad de Ministro/a de Fe en tu Unidad.

Una vez listas las adecuaciones en los registros, el nombre social podrá ser utilizado en:

- ✓ Lista de asistencia a clases.
- ✓ Pruebas y exámenes.
- ✓ Correos electrónicos institucionales y plataformas electrónicas como u-cursos, ucampus o mi.uchile.
- ✓ Tarjeta Universitaria Inteligente (TUI).
- ✓ Comunicaciones institucionales, candidaturas y cualquier fuente de información institucional.

El cambio de nombre no afecta registros y documentos oficiales emitidos para efectos externos de la Universidad, donde corresponde utilizar el nombre legal mientras el cambio registral no sea oficial.

Trato no discriminatorio:
Es deber de la comunidad universitaria garantizar un trato adecuado a todas las personas, conforme a su identidad de género, incluyendo todas las actividades académicas, extra académicas, laborales, trato protocolar, inscripción y participación en cursos libres, de formación general y deportivos, entre otras actividades.

* Esta declaración es solo para verificar que quien realiza la solicitud corresponde a la persona solicitante.

Fuente: DIGEN Central, Universidad de Chile. Resumen de la normativa sobre uso de nombre social en la Universidad de Chile.

b. Reconocimiento de la identidad de género en salud: Circular 21, orientaciones para la atención de personas trans.

La Circular N°21 se desarrolla con el fin de reiterar y profundizar la orientación de la atención en Salud hacia la homogeneización de la comunicación y trato hacia personas trans y de diversidad sexual dentro de todos los establecimientos de la Red de Salud. Esto refuerza la Circular N°34 sobre la atención con enfoque de equidad en salud y derechos humanos y ciudadanos.

El MINSAL ha dispuesto ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA ACTUALIZAR O ELABORAR PROTOCOLO DE TRATO Y REGISTRO PARA PERSONAS TRANS, EN EL MARCO DE LA CIRCULAR N° 21 (descargar [aquí](#)) cuyo objetivo es “Disminuir las inequidades, brechas y barreras en la atención de salud de personas trans, específicamente en los ámbitos de **trato y registro**, de acuerdo a lo indicado en la Circular N° 21, leyes y tratados que resguardan el derecho a la atención digna, de calidad, equitativa y sin discriminación”.

El **nombre registral/legal** corresponde a aquel que se le asigna al nacer, en relación con su sexo biológico, es decir, hombre o mujer. Relacionado con la inscripción de nacimientos en el Registro Civil. Mientras que el **nombre social**; es el nombre por el cual la persona se siente identificada, en base a su identidad de género, y con el cual espera ser reconocida e identificada en los instrumentos públicos y privados que acreditan su identidad.

Algunos elementos básicos que deben contener los protocolos de atención con perspectiva de género son respecto a la identificación y registro de las personas.

Identificación de la persona

Los centros de atención primaria y especialidades deben considerar el uso de nombre social y el género de la persona. Se debe informar sobre la existencia de esta circular y consultar a la persona cómo prefiere ser tratada e inscrita (identidad de género y nombre social).

Variable Sexo (hombre “H” - mujer “M” – Intersex “I”).

Variable Género, con las categorías Femenino – Masculino – Femenino Trans “FT” – Masculino Trans “MT”.

Registros

Todo registro (ficha clínica, órdenes médicas, exámenes, estadísticas, etc.) debe contener en **primer lugar el nombre legal y en segundo lugar el nombre social** con el cual se identifica la persona. La identificación verbal durante toda atención debe ser a través del nombre social. En caso de que la persona haya hecho el cambio de nombre y sexo registral en el Registro Civil se utilizará su nuevo nombre registral.

Orientaciones para una atención centrada en un trato digno y no discriminatorio.

Para proporcionar una atención centrada en el trato digno y no discriminatorio hacia las personas trans, MINSAL propone que los equipos de salud deben procurar cumplir con las siguientes medidas, en cada una de las etapas de atención:

- Utilizar siempre un lenguaje formal e inclusivo de género.
- En sala de espera, se debe llamar a todos (as) los (as) usuarios (as) por el nombre social o identitario con el cual la persona se siente identificada evitando de esta forma, llamar a la persona trans por el nombre registral que no corresponda a su identidad de género.
- Consignar en registro de admisión, ficha clínica u otro sistema de registro, el nombre social de la persona, con el propósito de disminuir las posibilidades de que sea llamada por su nombre registral. Usted puede preguntar; ¿Cómo es tu nombre?, ¿Cómo te gusta que te digan? o ¿Qué pronombres prefieres?
- Siempre preguntar a la persona como quiere ser llamada (nombre registral o social), si el nombre entregado no coincide con el nombre de su cédula de identidad o el registrado en la ficha clínica, box de atención o en cualquier otro espacio, debe primar siempre el nombre entregado por la persona.
- Conservar en todos los casos, una atención cordial, en especial si los requerimientos de información o atenciones de salud son en favor de niños o niñas, considerando las mismas atenciones en cuanto a solicitar el nombre social, cuando se manifieste o se presuma una discordancia entre lo observado y lo registral, manteniendo siempre el respeto y cordialidad necesaria.
- En caso de hospitalización, consultar a la persona si se siente cómoda en el sector designado según su identidad de género, o si prefiere que se le traslade a otra sala.
- No realizar gestos o expresiones no verbales que pudiesen afectar la dignidad de la persona trans.
- Se debe considerar relevante durante la anamnesis, consignar los antecedentes de tratamientos hormonales, antecedentes quirúrgicos y/o uso de implantes o algún evento de la experiencia de vida de la persona siempre que sea pertinente a la atención.

En particular, algunas recomendaciones que podemos considerar para la atención kinésica de personas trans son:

- El examen físico de una persona trans puede ser un momento de ansiedad y malas experiencias. Usted puede consultar, ¿Cómo te sientes respecto al examen físico?, ¿Qué se puede hacer para ti más cómodo este proceso?
- Recuerde que el consentimiento informado es un proceso obligatorio en todas las intervenciones. Este proceso puede ser aún más importante para las personas trans, para aumentar la confianza y seguridad en la intervención kinésica.
- Siempre usar lenguaje inclusivo y neutro respecto al cuerpo, y consultar sobre la corporalidad de la persona trans solo si es atingente al tratamiento.
- Conocer sobre prácticas de ocultamiento de genitales, uso de fajas y otros tratamientos que pueden afectar la salud física de las personas, como, por ejemplo, el uso continuo de fajas o adhesivos que irritan la piel.

c. Reconocimiento de la identidad de género en Chile: Ley de identidad de género.

Ley de Identidad de Género

La ley N° 21.120, entró en vigor el 27 de diciembre del 2019, reconoce y da protección al derecho a la identidad de género, dando facultad a toda persona a solicitar la rectificación de su identidad de género y nombre registral, involucre o no modificaciones en su apariencia o función corporal.

El derecho a la identidad de género comprende los siguientes **principios** que deben ser seguidos por los órganos del Estado.

- Principio de la no patologización, derecho de toda persona trans a no ser tratada como enferma.
- Principio de la no discriminación arbitraria, garantiza que ninguna persona sea víctima de discriminación bajo las medidas establecidas en la ley N°20.609.
- Principio de confidencialidad, derecho a que se resguarde el carácter reservado de antecedentes considerados sensibles, bajo lo establecido en la ley N°19.628 sobre protección de la vida privada.
- Principio de la dignidad en el trato, se debe respetar la dignidad intrínseca de las personas, y tiene derecho a recibir un trato amable y respetuoso.
- El principio del interés superior del niño garantiza a todos los niños, niñas y adolescentes la máxima satisfacción en el ejercicio y goce pleno y efectivo de sus derechos y garantías.
- Principio de la autonomía progresiva, todo niño, niña o adolescente podrá ejercer sus derechos por sí mismo, en consonancia con la evolución de sus facultades, su edad y madurez. El padre, madre, representante legal o quien tenga legalmente el cuidado personal del niño, niña o adolescente deberá prestar orientación y dirección en el ejercicio de los derechos que contempla esta ley.

Sobre la solicitud de rectificación de sexo y nombre registral, deberá contener el o los nombres de pila con los que la persona pretende reemplazar con los actualmente registrados, así como la petición de rectificar los documentos con que se hubiera identificado a la persona ante el Servicio de Registro Civil e Identificación.

Con todo, quienes manifiesten la voluntad de no modificar sus nombres de pila, podrán mantenerlos, siempre que ellos “no resulten equívocos respecto de su nuevo sexo registral”. El cambio de sexo y nombre registral está disponible para personas mayores de 14 años. En el caso de niños y niñas menores de 14 años, se estableció un programa de acompañamiento, en el cual los/as niños/as y sus familias podrán acceder a los programas de acompañamiento profesional ofrecidos por entidades con personalidad jurídica sin fines de lucro, acreditadas por la autoridad competente. Las acciones que contemplen los programas de acompañamiento profesional deberán ser diseñadas por el Ministerio de Desarrollo Social, en colaboración con el Ministerio de Salud.

Si bien esta ley es un avance, especialmente en aspectos legales, las organizaciones de defensa de derechos de las personas trans han continuado el debate sobre esta ley, porque por ejemplo no considera menores de 14 años, omite la diferencia entre sexo y género, no reconoce la identidad “trans” como categoría y mantiene el binarismo femenino - masculino.

CAPÍTULO 3: Consentimiento Informado en el contexto clínico.

Invitada: Verónica Aliaga Castillo

Video de la sesión: <https://youtu.be/ziZi5i69Cx0>



¿Cómo citar este capítulo?

Aliaga, V. (2020). Consentimiento Clínico: Normativa y ética del ejercicio profesional. En Rebolledo, Martínez, Muñoz (Ed). *Sistematización Jornadas sobre Perspectiva de Género en la Educación Superior*. (p.34-39) Departamento y Escuela de Kinesiología, Universidad de Chile.

Conceptos claves de la sección

Consentimiento informado: Dentro del contexto clínico, corresponde al proceso en que todo profesional tratante debe comunicar al paciente, de acuerdo con los antecedentes de que dispone, la situación o condición de salud que lo afecta, su diagnóstico de la misma, los tratamientos disponibles para su recuperación o para la mejor mantención de su vida, el pronóstico previsible, las posibles complicaciones o riesgos y costos personales y pecuniarios que implican dichos tratamientos y, en general, toda situación que considere relevante para que éste tenga conocimiento de su situación, de sus posibilidades de recuperación y de los eventuales riesgos que corre. Esta información se proveerá en forma oportuna y comprensible para quien la recibe, teniendo en cuenta la edad de la persona, su condición personal, capacidad de comprensión y su estado emocional (Decreto 31, MINSAL 2012).

3.1 Aspectos éticos y legales del Consentimiento Informado en el ámbito clínico.

Se presenta la siguiente interrogante y posibles respuestas: ¿Qué es el consentimiento informado?

- Una formalidad que hay que cumplir para resguardarnos frente a una eventual denuncia o demanda.
- Una obligación que hay que cumplir porque la ley así lo indica.
- Una práctica que permite mejorar la relación terapéutica.
- Una práctica que permite la expresión de la autonomía de las personas.

- e) Una práctica que permite demostrar el respeto a los valores, principios y derechos de las personas.

¿Existe más de una alternativa correcta? Efectivamente todas las alternativas son correctas de algún modo, dependiendo de la perspectiva desde la cual se mira. Durante mucho tiempo este proceso de consentimiento informado era una formalidad que había que cumplir para resguardarse frente a eventuales denuncias, considerando el consentimiento como una formalidad cumplida y que permitiría tener alguna herramienta para defenderse frente a esta denuncia. También es una obligación que hay que cumplir porque la Ley 20.584 así lo indica.

Desde una reflexión mayor, nosotros tenemos y podemos ejecutar una misma práctica con una motivación o razón distinta. Algunas personas lo hacen para defenderse de demandas, otros por cumplimiento de la ley, unos porque entienden que se favorece una relación terapéutica y otros porque entienden que es una práctica que respeta los valores, los principios y los derechos de todas las personas. Para la gran parte de las decisiones en la vida se sitúa lo que se denomina moralidad, es decir, el conjunto de principios y valores colectivos que nos une como sociedad y que las sociedades contemporáneas toman la forma explícita de la ley.

Entonces en un segundo nivel reflexivo, además de cumplir con la ley, el consentimiento informado es útil porque facilita o promueve una buena alianza terapéutica, donde al momento de entregar la información, debe asegurarse que la persona la comprende, se proponen tratamientos, se discuten y se toman decisiones en conjunto, se favorece una efectiva relación terapéutica y que, en consecuencia, promueve una mayor adherencia al tratamiento y mejores resultados.

En un siguiente nivel, en lo que se denomina **ética profesional**, significa la búsqueda de la excelencia en el desempeño de mi labor profesional. En este caso, se pretende un mejor trabajo terapéutico, se toma en consideración la autonomía de las personas, porque las reconozco como un legítimo otro, como otro que tiene una biografía, un proyecto de vida, un sistema de valores y principios y merece respeto.

¿Cómo surge el consentimiento informado? Ante una situación que ocurrió el año 1908 en EE. UU., a raíz de un evento ocurrido en un hospital público en la ciudad de Nueva York. Mary Schlondorff fue internada debido a que padecía fuertes dolores abdominales, se descubre que tenía un tumor abdominal y el médico tratante le pide autorización para realizar una laparotomía exploradora para determinar si este tumor era maligno o benigno. Ella accede y deja muy en claro que cualquier procedimiento terapéutico debe ser consultado previamente con ella, dado que por su religión el tema de la cirugía era muy complicado, en términos de toma de decisiones.

Durante el examen el cirujano decide extirpar el tumor a pesar de que Mary había dicho explícitamente que no a cualquier procedimiento terapéutico. La explicación del médico fue que durante el examen tenía el tumor al alcance y era fácil de sacar. Días después de la cirugía, Mary tuvo una infección que le provocó la amputación de algunos de sus dedos y en ese momento ella decide demandar al hospital por lesiones graves por la amputación de sus dedos. Tuvo lugar un juicio en la corte de apelaciones de Nueva York donde el cirujano fue declarado culpable del delito de agresión con resultados de lesiones.

Y hasta ahí no se diferenciaba de otro juicio, no obstante, el Juez Benjamín Cardoso menciona en su sentencia por primera vez el **derecho a la autodeterminación** que tienen

las personas en el contexto de la atención de salud, dando paso al concepto de consentimiento informado en el ámbito clínico.

El Juez, más allá de sentenciar una simple demanda de una complicación con resultado de lesiones, se devuelve a la historia, da una mirada más profunda y centra su foco en el hecho de que el médico hizo una acción sin la autorización de la mujer y, peor aún, habiendo ella dicho expresamente que no hiciese ninguna intervención terapéutica, él aun así la hace y se complica. A partir de esto, surge lo que en ética clínica llamamos Doctrina Cardoso, que señala que “todo ser humano de edad adulta y en pleno uso de sus facultades mentales tiene derecho a determinar qué debe hacerse con su propio cuerpo”.

Este derecho entonces surge desde el ámbito jurídico, y después de este caso, en los distintos países del mundo se han instalado leyes que regulan el ejercicio profesional en el ámbito de la atención de salud y en la mayor parte de ellas está consagrado el consentimiento informado y, por lo tanto, **se entiende como una obligación legal de todos los profesionales.**

También este proceso ha ido acompañado de un cambio de paradigma que ha sido lento, y que en la ética clínica se conoce como el tránsito desde el paternalismo hacia la autonomía. En efecto, **el consentimiento informado es una expresión de autonomía**, y ¿por qué no existía antes?, porque el modelo paternalista no contempla la participación ni la opinión de las personas en la toma de decisión.

Tabla 6. Características del Paternalismo y la Autonomía.

Paternalismo	Autonomía
Atención vertical. El profesional toma la decisión (generalmente con buena intención). Usuario obedece sin cuestionamientos.	La persona usuaria tiene la posibilidad de opinar, de evaluar y decidir, por lo que toma relevancia el proceso de consentimiento informado.

Fuente: Presentación de Verónica Aliaga sobre Consentimiento Informado.

En Chile, en abril de 2012 se promulga la ley 20.584 (disponible [aquí](#)), que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención de salud. En el título II, denominado “Derechos de las personas en su atención de salud”, específicamente en el párrafo 7, que habla de la autonomía de las personas en su atención de salud y del **consentimiento informado**, establece en su artículo n°14 que toda persona tiene el derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud con las limitaciones establecidas en el artículo n°16 (aquellas intervenciones que aceleran o provocan la muerte) y se establece el derecho a **otorgar o denegar en forma libre, voluntaria, expresa e informada**, es decir, debe tener estas cuatro condiciones. La **libertad**, se diferencia de la voluntariedad, ya que no conlleva información necesariamente, sino que tiene la posibilidad. **Voluntaria**, es decidir sin presión externa. **Expresa**, es que tiene que decir que consiente, y hay una diferencia vital entre “lo expreso” y “lo presunto”, no se debe presumir que la persona está consintiendo si es que no te lo dice expresamente. Y es **informada** para lo cual será necesario que el profesional

tratante entregue la información adecuada suficiente y comprensible, es decir, usar un lenguaje apropiado para que la persona pueda comprenderlo adecuadamente.

Este **proceso** se efectuará por regla general en forma verbal, exceptuando en caso de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y en general para la aplicación de procedimientos que conlleven riesgo relevante y conocido para la salud, donde deberá necesariamente constatarse por escrito.

Podríamos preguntarnos y **¿en el ámbito de las intervenciones kinesiológicas?**, que obviamente son no quirúrgicas, que la mayor parte de las veces no son invasivas, donde la mayoría no conlleva un riesgo relevante conocido, entonces, ¿debe quedar por escrito? De acuerdo con la ley sería verbal, si dejamos de lado la mirada legal y nos ponemos en la mirada ética, el consentimiento informado sirve para identificar y respetar los mejores intereses de las personas en relación con su atención en salud, dándole a cada uno la oportunidad de decidir autónomamente sobre las intervenciones planificadas. Si es verbal o si es escrito, es cuestión de forma; desde la ética, significa reconocer el valor ético inherente de la autodeterminación sobre el cuerpo y por esto el consentimiento informado es un proceso y no la mera firma de un documento.

3.2 Cinco pasos para un buen consentimiento informado en el contexto clínico

En la discusión grupal entre docentes y estudiantes de kinesiología se definieron los “5 pasos para un buen consentimiento clínico en kinesiología”.

Tabla 7. Trabajo grupal sobre 5 pasos para el consentimiento informado en contexto clínico.

Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
<ol style="list-style-type: none"> 1. Primer acercamiento entre paciente-tratante: Conocerse entre los aliados que harán el consentimiento. 2. Explicación detallada y adecuada del proceso, que sea fácil de entender. 3. Resolver dudas, hacer comentarios al respecto. 4. Consentimiento formal (verbal o firma). 5. Considerar que la persona se puede arrepentir durante el proceso, reforzar la idea del consentimiento durante las sesiones. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contextualizar el tipo de usuario/a que firmará (pediátrico, adulto mayor con problemas de salud mental o cognitivo, adulto). 2. Se debe realizar en una relación de confianza entre Persona y Tratante. Para con esto permitir delimitar roles y que exista una comunicación fluida y directa. 3. Formular información clara, precisa y no excesivamente técnica sobre todo procedimiento y tratamiento a realizar. Evitando así dobles interpretaciones. 4. Dejar a disposición espacios para dudas y consultas mediante la entrega del 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dar información del procedimiento. 2. Comprobar comprensión del procedimiento por parte del paciente. 3. Explicitar consentimiento 4. Procedimiento como tal, continua evaluación de la decisión y resolución de dudas. 5. <i>Feedback</i> del paciente, considerar mantención o revocación del consentimiento.

	consentimiento e información necesaria para luego la firma de éste. 5. Debe dejarse en claro la voluntariedad de la firma de éste.	
--	---	--

Fuente: Elaboración propia basada en el trabajo de grupos.

Es importante, destacar que el consentimiento informado debe ser entendido como un proceso, que debe ajustarse al contexto y por tanto cambiar si el contexto cambia. Éste puede ser verbal y/o escrito, si es verbal siempre debe quedar consignado en la ficha clínica.

A continuación, se muestra una ilustración con una síntesis de los 5 pasos para el consentimiento informado en contexto clínico.

Figura 5. Infografía síntesis “5 pasos para el Consentimiento Informado en el Contexto Clínico”.

5 PASOS PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL CONTEXTO CLÍNICO

- 1 IDENTIFICAR EL CONTEXTO**

biopsicosocial de la persona y el contexto clínico y diseñar el proceso de consentimiento informado según estos. Esto implica considerar la edad del usuario, su capacidad de toma de decisión, adecuaciones para la comprensión, entre otras.


- 2 ESTABLECER RELACIÓN USUARIO-TRATANTE**

delimitar roles y dar lugar a una comunicación fluida y directa, generando un espacio de confianza y seguridad.


- 3 EXPLICITAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

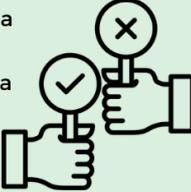
de forma escrita y/o verbal (según contexto), entregar información clara y precisa y comprobar la comprensión de esta.


- 4 GENERAR EL ESPACIO PARA LA TOMA DE DECISIÓN**

sobre el consentimiento por parte del usuario(a), y dar oportunidad de resolver dudas.


- 5 ACEPTACIÓN O RECHAZO DEL CONSENTIMIENTO**

En caso de ser aceptado, se da paso a la realización de los procedimientos antes explicados y queda establecida la posibilidad continua de mantención o revocación del consentimiento.



Fuente: Elaboración propia a partir de actividad realizada en la sesión sobre Consentimiento Informado en el Contexto Clínico. Contiene un resumen de los 5 pasos para el proceso de consentimiento.

CAPÍTULO 4: Brechas de género en la atención en salud.

Invitada: Francisca Crispi Galleguillos

Video de la sesión: <https://youtu.be/nF1RMkeLiGs>



¿Cómo citar este capítulo?

Crispi, F. (2020). Brechas de género en salud. En Rebolledo, Martínez, Muñoz (Ed). *Sistematización Jornadas sobre Perspectiva de Género en la Educación Superior*. (p. 40-46) Departamento y Escuela de Kinesiología, Universidad de Chile.

Conceptos claves de la sección

Determinantes sociales de la salud: La Organización Mundial de la Salud (2005) define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana".

El Marco Conceptual de los DSS propuesto por la OMS combina elementos de diversos modelos- En este marco se presentan dos grupos de determinantes organizados de forma didáctica, para la mejor comprensión en determinantes estructurales y determinantes intermediarios (De la Torre-Ugarte, 2014).

Determinantes sociales estructurales:

El primer grupo está constituido por aspectos relacionados con la estructura de la sociedad que determinan las desigualdades en salud. Es decir, son aspectos que pueden ofrecer a los grupos sociales mayor vulnerabilidad ante los problemas de salud o, por el contrario, mayores oportunidades para recuperar o mantener la salud. En este primer grupo se incluyen aspectos relacionados con el contexto socioeconómico y político, así como aspectos relacionados con los mecanismos que determinan la posición socioeconómica de los grupos sociales. Por ejemplo, los mecanismos sociales, económicos y políticos que generan, configuran y mantienen las posiciones socioeconómicas desiguales o la estratificación social, al asignar a los individuos diferente posición social y ésta, a su vez, determina las circunstancias materiales en que las personas viven y se desenvuelven. Cabe destacar que los

determinantes estructurales afectan la salud por medio de los determinantes intermedios (De la Torre-Ugarte, 2014).

Determinantes sociales intermedios: se refiere a las condiciones materiales en que las personas viven y se desenvuelven, circunstancias psicosociales o socioambientales, factores comportamentales y al sistema de salud (De la Torre-Ugarte, 2014).

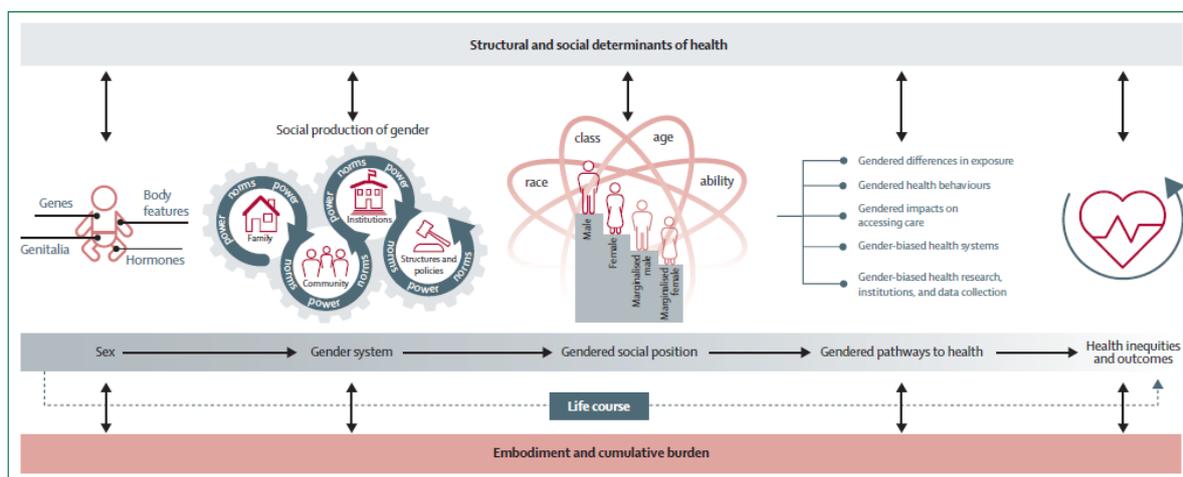
4.1 ¿Cómo impacta el género en salud?

El género además de ser una apreciación subjetiva de nuestra identidad es un sistema social complejo que estructura la experiencia vital de los seres humanos. Durante toda la vida el sistema sexo-género determina los roles que las mujeres y los hombres deben cumplir, y se distribuye el poder según esos roles, lo que genera que las mujeres históricamente tengan mucho menos poder económico, político y estatus social.

En esta distribución de poder se van sumando una serie de determinantes de nuestra salud. El género se reconoce como un Determinante Estructural de la Salud, define junto a la clase o posición social y la etnia, la estratificación social, y con esto las posibilidades de educación, el tipo de trabajo u ocupación e ingresos, y a su vez define a los determinantes intermedios a los que estarán expuestos.

Para analizar todas estas determinantes debemos recordar el concepto de interseccionalidad analizado previamente (Ver apartado 1 “Perspectiva de Género”), y podemos ver como en diferentes niveles se producen diferencias que culminan en inequidades en salud.

Figura 6. “Conceptual framework of the gender system and health”



Fuente: Heise, 2019. Esquema que representa los distintos niveles en que el sistema sexo-género impacta en la determinación de la salud de las personas a través del curso de vida.

La anterior figura nos permite entender cómo se generan esas brechas, desde que nacemos tenemos ciertos **genes**, algunas **características físicas**, genitales y hormonas que son distintas entre hombres y mujeres y la población intersex. Luego, en base al sexo biológico es que se genera la **producción social del género**, que parte desde las normas en la familia; a nivel comunitario, tenemos normas y estructuras de poder; en las instituciones y las políticas públicas también va a influir el sistema de género, que va a determinar una **posición social**

y **estratificación social** para las personas, en la cual los hombres de clase alta van a tener mayor poder económico, social, político, seguido de las mujeres de clase alta y luego los hombres de clase baja o grupos marginados. Así cada grupo tiene privilegios y oportunidades distintas, según el género y otros determinantes sociales.

Dentro del análisis del género, por un lado, vemos que las personas se someten a distintas **exposiciones**, por los distintos trabajos; podemos ver que hombres tienen más accidentes en el trabajo porque tienen más sobrecarga; mujeres por otro lado tienen más exposición a químicos por ejemplo en la industria de lavado, en la industria del tratamiento del cabello. También se diferencian en **conductas**, comúnmente las mujeres consumen menos alcohol y cigarro que los hombres. Además, influye en el **acceso a la salud**, por ejemplo, una mujer podría no acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, si siente que puede ser juzgada por su vida sexual, o no buscará ayuda frente a disfunciones sexuales, o bien los hombres no consultan a salud por considerarlo un signo de debilidad, lo que se traduce muchas veces en consultas tardías y, por tanto, peligrosas.

Luego tenemos los **sesgos de género en el sistema de salud**, muchas veces entendemos la enfermedad como un estándar, sin considerar que tiene diversas presentaciones en hombres y mujeres. Dada la hegemonía de lo masculino, se estudia y enseña la presentación típica de los hombres, lo que produce diagnósticos inadecuados en las mujeres, como en el caso de las enfermedades cardiovasculares y el infarto, el cual se enseña como dolor opresivo en el pecho que se irradia a la mano como presentación típica; no obstante, en la población femenina la presentación del infarto es en su mayoría atípica, y puede tener características como dolor gastrointestinal, más difuso. Además, ha pasado que cuando una mujer llega con dolor al pecho al servicio de urgencia se suele pensar que es producto de un ataque de histeria, que es ansiedad, desde un prejuicio sobre la mujer sensible y exagerada, y se descarta que pueda ser un infarto y por tanto se la diagnostica más tardíamente y no se accede a tratamiento óptimos, ni oportunos.

Estos caminos del género llevan a inequidades en salud que son evitables y que tenemos que cambiar, a través de la adecuada formación de futuros estudiantes y también cuestionando a las instituciones y nuestras prácticas.

Las normas de género rígidas socavan la salud y el bienestar de todas las personas, independientemente de edad, sexo, género o entorno de ingresos. Si bien las inequidades de salud afectan tanto a mujeres como a hombres, debido al legado histórico de la injusticia hacia la mujer, las consecuencias de la desigualdad de género relacionadas con la salud recaen más sobre las mujeres, especialmente las mujeres pobres (Heise, 2019).

Aunque están profundamente arraigadas, las normas de género no están escritas en piedra, y se transforman, se han transformado bajo la presión social y las fuerzas de nivel macro y micro que promueven acciones bajo sus propias creencias y preferencias, independientemente de las normas prevalecientes, hasta que éstas van quedando atrás y son reemplazadas por otras, que idealmente serán basadas en los derechos humanos y en el respeto a la identidad y los valores individuales y colectivos.

4.2 Evidencia sobre brechas de género en salud

A continuación, se presenta una selección de artículos que busca mostrar alguna de la evidencia disponible en materia de equidad de género, en términos generales y en temas que

podrían ser de interés para la kinesiología. Para ello se realizó una búsqueda en los principales bases de datos con las siguientes palabras claves y sus combinaciones: “Gender analysis in health”; “Gender equity”; “Gender and health”; “Gender Inequality”; “Gender-specific needs”; “Transgender persons”; “Gender perspective”; “Sexism”; “Gender mainstreaming”. Cabe señalar que esta revisión es solo una selección breve de algunos artículos y no agota las publicaciones al respecto.

Existen muchos factores que impactan en la salud, desde la OMS se ha conceptualizado el modelo de Determinantes Sociales de la Salud, no obstante, otros estudios previos al modelo ya utilizan esta clasificación de los llamados Determinantes. Moss (2002) propone en su artículo, un modelo integral sobre los factores que influyen en la salud de la mujer, reconociendo aspectos geopolíticos y ambientales; culturales; vinculados a los roles en aspectos reproductivos y productivos y otros mediadores de salud, como el capital social, el acceso a servicios de salud, factores psicosociales, hábitos y la violencia.

Tabla 6. Modelo integral de factores que influyen en la salud de la mujer (Moss, 2002)

Contexto geopolítico	Sanciones, normas y cultura	Roles de mujeres en producción y reproducción	Mediadores relacionados con la salud	Resultados de salud
<p>Geografía</p> <p>Política y servicios</p> <p>Transporte</p> <p>Bienestar</p> <p>Empleo</p> <p>Salud</p> <p>Cuidados de la niñez</p> <p>Derechos de la mujer</p> <p>Salud de la mujer</p> <p>Derechos humanos</p> <p>Empleos</p> <p>Organizaciones</p> <p>Bancos</p> <p>Cooperativas de crédito</p> <p>Partidos políticos</p> <p>Abogacía</p> <p>Sindicatos</p>	<p>Discriminación</p> <p>Etnia (racismo)</p> <p>Género (sexismo)</p> <p>Edad (edadismo)</p> <p>Características sociodemográficas</p> <p>Edad</p> <p>Género</p> <p>Etnicidad</p> <p>Lugar de nacimiento</p> <p>Educación</p> <p>Estado civil</p> <p>Lengua</p>	<p>Hogares</p> <p>Estructura</p> <p>División de labores</p> <p>Propiedad</p> <p>Apoyo y cuidados</p> <p>Equidad de acceso a recursos: salarios, propiedades, otros recursos</p> <p>Roles en la comunidad</p> <p>Participación en el mercado laboral</p> <p>Lugar de trabajo</p> <p>Sector: formal, basado en el mercado</p> <p>Jerarquías, control, autoridad, discreción, segregación sexual o</p>	<p>Capital social / redes sociales/ apoyo</p> <p>Amistades</p> <p>Familia</p> <p>Compañeros de trabajo</p> <p>Otros vínculos</p> <p>Psicosocial</p> <p>Estrés</p> <p>Estado anímico</p> <p>Espiritualidad</p> <p>Servicios de salud</p> <p>Disponibilidad / uso</p> <p>Comportamiento</p> <p>Sexual</p> <p>Uso de sustancias</p> <p>Actividad física</p> <p>Dieta</p> <p>Anticoncepción</p> <p>Lactancia</p> <p>Consumo de tabaco y</p>	<p>Enfermedades crónicas</p> <p>Enfermedades infecciosas</p> <p>Discapacidad</p> <p>Funcionalidad</p> <p>Mortalidad</p> <p>Afecciones de salud mental</p>

		discriminación	alcohol	
			Violencia Acoso callejero Violencia de pareja / Intrafamiliar	

Fuente: Moss, 2002

Un estudio sobre equidad de género y actividad física en tiempo libre reportó que la mayor percepción de igualdad de género en la relación de pareja se asoció con mayores niveles de actividad física tanto para hombres como para mujeres (Annandale & Hammarström, 2015). Lo anterior es relevante a considerar si por contraparte vemos que existe una correlación entre el Índice de Desigualdad de Género (Gender Inequality Index - GII) y la prevalencia de obesidad en adultos. En países con alto grado de igualdad de género, las tasas de obesidad de hombres y mujeres son similares, pero a mayor desigualdad de género, mayor exceso de obesidad femenina. En nuestro país, la Encuesta Nacional de Salud muestra diferencias significativas en la prevalencia de obesidad (no así en sobrepeso, ni obesidad mórbida) entre mujeres (33,7%) y hombres (28,6%).

Incluso la situación de pandemia por COVID-19 ha mostrado efectos en aumentar la brecha de género, en materia económica y laboral, un estudio israelí estudia las consecuencias de la recesión económica que siguió al coronavirus, concluyendo que en el empleo y los ingresos de las mujeres se vieron más gravemente afectados que los de los hombres (Kristal & Yaish, 2020).

Un estudio en salud mental en 122 países mostró que, en aquellos países con altos niveles de inequidad de género, las mujeres tienen patología depresiva en mayor prevalencia que los hombres, sugiriendo que las mujeres se ven más afectadas mentalmente por la desigualdad de género que los hombres (Heise, 2019). Situación similar ocurre en nuestro país, en la encuesta nacional de salud (2016-17) un 25,7% de las mujeres reporta síntomas depresivos en el último año versus un 8,5% de los hombres.

Finalmente, otro dato analizado en la salud adolescente es el consumo de tabaco y alcohol, el cual, en la mayoría de los países, los hombres adolescentes tienen más probabilidades de fumar y beber que las niñas.

Un aspecto relevante que impone la cultura del género en nuestra sociedad es la influencia sobre nuestros cuerpos, para reflexionar sobre ellos ponemos a disposición una revisión (Heise, 2019) al respecto.

Panel 3. Normas de género y manipulación corporal (Heise, 2019, traducción propia).

Durante los últimos 20 años, el mundo ha visto un cambio sísmico en lo que se considera posible y deseable cambiar en nuestros cuerpos, particularmente en el Norte Global.

La manipulación del cuerpo es un medio clave para hacerse socialmente aceptable. Aunque las mujeres en general tienen más probabilidades de cambiar de cuerpo para ajustarse a las expectativas normativas, los hombres también son susceptibles a estas presiones. Los mensajes culturales sobre la insuficiencia de los cuerpos naturales han creado un mercado masivo para los procedimientos de alteración corporal. Marketing globalizado, los medios de comunicación son factores de riesgo causales de una mala imagen corporal, especialmente para jóvenes.

La exposición a los medios se ha relacionado con la alimentación en las niñas de Polonia y a la depresión y ansiedad en hombres homosexuales y bisexuales en los EE. UU. Las cirugías cosméticas preferidas implican alterar la apariencia de los genitales, la cara y características sexuales secundarias, como los senos y el cabello.

La literatura tiende a centrarse en el deseo de ser percibido como normal por los compañeros y de experimentar la armonía entre la propia imagen y el mundo circundante. Sin embargo, la manipulación corporal se enmarca de manera más apropiada como un problema social.

En las **sociedades patriarcales**, el cuerpo femenino en particular se convierte en la entidad donde se imponen las tradiciones y la cultura. De hecho, cuanto más descaradamente sexistas y patriarcales son las actitudes de las mujeres o los hombres, es más probable que las sociedades respalden la cirugía estética.

La manipulación quirúrgica de los genitales refleja fuertemente la influencia de las normas de género en los comportamientos que mantienen las expectativas del cuerpo basadas en valores, aun cuando los demás raramente ven los genitales. La cirugía labial ha aumentado considerablemente en los países ricos, en parte como resultado de la difusión de la pornografía. En los EE. UU. las mujeres negras, mayores o con mejor educación tenían más probabilidades de estar satisfechas con la apariencia de sus genitales que otras mujeres. Las alteraciones genitales en los hombres tienden a centrarse en el agrandamiento del pene y el desempeño sexual.

La recreación de la virginidad es otra área de intervención quirúrgica, los hímenes son importantes para demostrar la virginidad en entornos de todo el mundo donde se valora este rasgo, por ejemplo, en Turquía. Las niñas vulnerables de familias inmigrantes en Suecia también podrían estar en riesgo si sus familias cuestionan su virginidad, y los profesionales médicos están recibiendo cada vez más solicitudes para reparar el himen de las niñas.

La preocupación de las mujeres y los hombres por el peso y la musculatura tiende a reflejarse entre sí: las mujeres generalmente apuntan a ser más delgadas y pequeñas, y un análisis identifica "la delgadez como capital social" en Chile. Los hombres, por el contrario, tienden a estar más preocupados por la musculatura, y los hombres que pertenecen a minorías raciales y étnicas, especialmente aquellos que han internalizado puntos de vista hetero sexistas, parecen especialmente vulnerables a una imagen corporal

pobre. La anorexia puede tener efectos nocivos duraderos en la reproducción de una persona, al igual que los esteroides utilizados para el físico culturismo.

En todo el mundo, las mujeres están alterando sus senos: agradándolos con implantes en los EE. UU. (donde esta práctica se asocia con tasas elevadas de suicidio), aplanándolos en Camerún, cambiando el tamaño de las areolas en Holanda y reduciendo su tamaño en Brasil (donde la cultura de la playa puede hacer que las adolescentes deseen una cirugía de reducción de senos desde una edad temprana). La investigación en Francia e Italia mostró cómo la cirugía reconstructiva oncológica de la mama puede ser moldeada por ideas normativas sobre cómo deberían verse las mamas femeninas (y masculinas), creando oportunidades para que las cirugías solucionen estos supuestos problemas. Los defensores de las cirugías estéticas de todo tipo tienden a exagerar las necesidades médicas de la cirugía y subestiman los riesgos asociados.

Si los estándares de feminidad y masculinidad no fueran tan rígidos y manipulados a través de los medios y la publicidad, la gente no sentiría que necesita alterar sus cuerpos para hacerse aceptables. Las políticas de manipulación corporal, especialmente la alteración genital, exigen un lenguaje y estándares comunes para que los valores sociales clave con respecto a la igualdad de género, la protección infantil, la integridad corporal y la autonomía se puedan integrar en las pautas y procedimientos médicos.

CAPÍTULO 5: Masculinidades

Invitado: Rodrigo Lara Quinteros

Video de la sesión: <https://youtu.be/1XjNjJq2ufs>



¿Cómo citar este capítulo?

Lara, R. (2020). Estudios de Masculinidades. En Rebolledo, Martínez, Muñoz (Ed). *Sistematización Jornadas sobre Perspectiva de Género en la Educación Superior*. (p.47-53) Departamento y Escuela de Kinesiología, Universidad de Chile.

Conceptos claves de la sección

Sexismo: La idea de sexismo fue propiciada desde el feminismo internacional en la década del '60. Se refiere a la ecuación simbólica y política que pretende ordenar el mundo de acuerdo con la superioridad del varón en relación con la mujer. Es complementario al androcentrismo que generaliza “lo humano” como masculino, expulsando a las mujeres del mundo real y del universo simbólico (Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS)).

5.1 Masculinidades

¿Qué es la masculinidad? Así en singular, solemos pensar en las características que socialmente se atribuyen a los hombres, y a lo que se espera socialmente, por ejemplo; tener un trabajo bien remunerado, la preferencia de los deportes sobre las artes, no expresar más emoción que la euforia o la rabia, entre otras.

Así también muchas veces se piensa en el “ser humano” en una supuesta neutralidad con características de hombre, un hombre cisgénero, joven, no indígena, heterosexual y sin discapacidad.

La sociedad está pensada desde lo masculino, así también la ciencia, sin ir más lejos la racionalidad está asociada a lo masculino, mientras que la feminidad está asociada a las emociones. Por lo cual en la producción de conocimiento hegemónico el saber debe ser neutro, objetivo, y no da cabida a otros conocimientos fuera del método científico. Así también la educación tiene un tinte patriarcal, donde se naturaliza la violencia, el éxito sobre la salud

mental y las jerarquías y desvalorización de las prácticas de cuidado. Un ejemplo de la consecuencia de esto es la violencia en la prácticas de salud, como lo demuestra un estudio del Colegio Médico de Chile; el cual presentan resultados que evidencian cifras considerables de los 5 tipos de violencia (física, psicológica, sexual, simbólica y discriminación) con un componente de violencia de género considerable, al ser la población femenina la más afectada por casi todas las categorías de violencia (informe completo [aquí](#)).

La masculinidad hegemónica es el referencial con el que se socializa a los hombres, no obstante, no solo los hombres generan pautas de masculinidad, sino también las instituciones y la sociedad en general, más aún en un sistema patriarcal y económico centrado en la producción y en el individualismo.

Podemos reconocer en nuestras propias experiencias vitales que ni mujeres ni hombres calzan en estos idearios que hemos llamado hegemónicos de masculinidad, y esto se vincula con la diversidad de personas, y las lógicas binarias no dan cabida a esa diversidad.

Los primeros estudios de género se centraron en la mujer, para dar énfasis y nombrar las inequidades que este grupo vive. Los primeros estudios de masculinidades aparecen en los años 70 (Minello, 2002), y comienzan a develar los riesgos que implica el sexismo también para los hombres, dado que, si bien la masculinidad tiene privilegios, también implica costos, por ejemplo, los hombres se preocupan menos por su salud o pueden no reconocer sus problemas de salud, especialmente en materia de salud mental.

La noción de masculinidad hegemónica nos permite reconocer que existen otras masculinidades y no fijarnos en un rol tradicional y esencialistas. Existen diversas formas de masculinidad y no todas sus formas se encuentran en la misma posición de poder, pues la hegemonía implica otras masculinidades subordinadas. Por otro lado, debemos recordar que el género, y su vivencia, son un proceso, y los cambios sociales de los últimos tiempos en el mundo y en nuestro país nos llevan a repensar las masculinidades y los mandatos del género en general.

Raewyn Connell plantea 4 tipos de masculinidades, primero la **masculinidad hegemónica**, dominante según el modelo cultural, segundo la **masculinidad cómplice**, que puede ejercer menos violencia hacia las mujeres y a sí mismos pero que es cómplice, pues aún se beneficia del patriarcado y por tanto no cuestiona el modelo hegemónico, por ejemplo, el caso del trabajo doméstico, muchos varones ya no se desentienden de este trabajo pero lo asumen como una “ayuda”, lo que implica que la responsabilidad es de la otra persona, comúnmente mujer, y el beneficio del dividendo patriarcal en este caso es que los varones al no responsabilizarse tienen menor carga y más tiempo para hacer otras cosas, por tanto también es un privilegio. Un tercer tipo de masculinidad son las **masculinidades subordinadas**, las cuales no cumplen con el mandato de la heterosexualidad, y sufren el peso de la socialización de la masculinidad hegemónica, y son castigadas socialmente por la expresión de lo femenino, considerado como un ataque a esta masculinidad hegemónica que es profundamente anti homosexual. Y, en cuarto lugar, la **masculinidad marginada**, la cual se construye desde la interacción con otras categorías de opresión como la pobreza, la etnicidad, la discapacidad, entre otros, ya que el género no es la única matriz de análisis para observar las relaciones de poder, se debe mirar desde distintos lugares y comprender que no basta

con ser un hombre para inmediatamente estar en una posición de privilegio (ver apartado de interseccionalidad en tema 1).

7 P de las violencias de los hombres

Michael Kaufman (1999), identifica 7 características que explican la violencia en una sociedad patriarcal.

- 1) Poder patriarcal:** Los actos individuales de violencia de los hombres ocurren dentro de lo que he descrito como "la tríada de la violencia de los hombres". Esto es, ejercicio del poder de parte de los varones contra las mujeres, niños(as), contra otros varones y contra sí mismos. Desde la niñez, la violencia o amenaza de la violencia es el mecanismo más utilizado para mantener o demostrar el orden jerárquico. Por otro lado, esta tríada de violencia ocurre en un contexto que nutre la violencia, a través de la organización y las demandas de las sociedades patriarcales o dominadas por hombres (padres castigadores, burlas hacia la desviación de "lo masculino" o prohibición de las muestras de fragilidad "*los hombres no lloran*").
- 2) Percepción del derecho a los privilegios:** Reconocimiento de la posición de superioridad y de posesión del otro como derecho natural. No son sólo las desigualdades de poder que conducen a la violencia, sino una percepción consciente o a menudo inconsciente del derecho a los privilegios.
- 3) Permiso:** Reconocimiento del "permiso social" dada la posición y el ejercicio de la violencia. Es posible que la violencia no prevalezca si no existiera en las costumbres sociales, los códigos legales, la aplicación de la ley y ciertas enseñanzas religiosas, un permiso explícito o tácito para ejercerla. Por ejemplo, en Chile, recordemos que hace pocos años la prensa titulaba los femicidios como "La mató por amor" y un juez apeló a los celos como justificación y atenuante a la conducta de un hombre agresor. En nuestra sociedad la violencia no sólo es permitida; también se "*glamoriza*" y se recompensa (en el deporte, en el cine, en la literatura, en las guerras).
- 4) Paradoja del poder de los hombres:** Corresponde a "las experiencias contradictorias del poder entre los hombres", considera, las consecuencias, riesgos y presiones que supone la masculinidad que amenazan continuamente a los varones. Por ejemplo, hombres que construyen su identidad en torno al trabajo, y la pérdida de este implica un gran impacto en su salud mental. Otra expresión es la violencia hacia otros, considerados blanco, que sea físicamente más débil o vulnerable. Podría ser un niño, una niña o una mujer, o bien grupos sociales como hombres o mujeres homosexuales, o una minoría religiosa o social, o inmigrantes.
- 5) Armadura psíquica de la masculinidad:** La violencia de los hombres es también resultado de una formación de carácter típicamente basada en la distancia emocional respecto de otros. Solo en los recientes años algunos varones comenzaron a involucrarse en las instancias de crianzas y cuidado, lo que sin duda tendrá un efecto en esta censura a la vivencia libre de ciertas emociones. Pero aún en aquellas culturas patriarcales donde la presencia del padre es mayor, la masculinidad es codificada como un rechazo a la feminidad, es decir, un rechazo a las cualidades asociadas con los cuidados y el sustento emocional. Como resultado, en el desarrollo psicológico se

produce una habilidad disminuida para la empatía y la responsabilidad por la emocionalidad de las otras personas.

6) Olla psíquica a presión: Esta socialización de la masculinidad genera que numerosas emociones naturales sean descartadas como fuera de límites e inválidas. Aunque esto tiene una especificidad cultural, es bastante típico que los niños aprendan, a una temprana edad, a reprimir sentimientos de temor y dolor. Aunque este último ha cambiado en los últimos años, en algunos espacios se continúa celebrando una masculinidad estoica, y para muchos hombres, la única emoción que goza de alguna validación es la ira. De nuevo, la violencia se convierte en el medio para probar la masculinidad ante sí mismo y ante otros.

7) Experiencias pasadas, personales - sociales: Demasiados hombres en el mundo crecieron en hogares donde la madre era golpeada por el padre, y si bien no siempre esto se reproduce, existen patrones de violencias que implican modos legítimos de relacionarse. En muchas culturas, los niños crecen con experiencias de peleas, de hostigamiento y brutalidad. La mera sobrevivencia requiere, para algunos, aceptar e interiorizar la violencia como una norma de conducta.

Si bien en los últimos 20 años ha habido un cambio importante en la crianza de los niños y niñas y gracias a los movimientos feministas cada vez más personas reflexionan y actúan sobre estas prácticas y las creencias sexistas, es posible, que a pesar que en los entornos de mayor capital cultural la violencia en la infancia sea un problema en retroceso o con otras manifestaciones menos físicas, no ocurre lo mismo en todos los sectores sociales, y no es para nadie desconocido que las escuelas pueden ser espacios de mucha violencia, especialmente para niñas y niños que desafían el mandato de la masculinidad.

Para erradicar la violencia se debe derrocar el sexismo y las escuelas tienen un deber en la formación en educación sexual integral desde la infancia.

También en nuestras pautas de vinculación con niños y niñas podemos poner atención a los estereotipos de género y evitar prácticas sexistas en la socialización de la masculinidad de niños y niñas, por ejemplo:

- No asumir que todos los niños son heterosexuales, o atribuir “coquetería” a las conductas amables de las niñas.
- Permitir la expresión y reconocimiento de todas las emociones. Educar sobre las emociones, la importancia de reconocerlas y comunicarlas.
- Incentivar la práctica de distintos deportes, y en esto las escuelas deben ser motor de la educación no sexista.
- Hay que reconocer que todos/as hemos sido educados con algún grado de sexismo, por tanto, hombres y mujeres lo reproducimos. Y si bien el varón se ha beneficiado históricamente de este orden social, el problema es el sexismo, ¡no los hombres!, por lo cual la responsabilidad de cambiar las relaciones de género es de todos, todas y todes.

5.2 Erradicar el sexismo a través de un lenguaje inclusivo

En español, el género gramatical se manifiesta en los sustantivos, adjetivos, artículos y algunos pronombres. En los sustantivos y adjetivos existe únicamente el morfema de género

masculino y el de género femenino. El género neutro se ha conservado en unas pocas palabras, como aquello, esto, eso, ello, alguien, algo y le o les.

Es importante no confundir el género gramatical (categoría que se aplica a las palabras), el género como constructo sociocultural (roles, comportamientos, actividades y atributos que una sociedad determinada en una época determinada considera apropiados para los seres humanos de cada sexo) y el sexo biológico (rasgo biológico propio de los seres vivos).

En español hay distintos mecanismos para marcar el género gramatical y el sexo biológico: a) terminaciones (chica/-o), b) oposición de palabras (padre-madre) y c) el determinante con los sustantivos comunes en cuanto al género (el/la estudiante, este/esta representante). También hay palabras específicas (sustantivos epicenos) que tienen un solo género gramatical y designan a todas las personas independientemente del sexo biológico (la víctima, la persona).

Recomendaciones para un lenguaje inclusivo

Estas orientaciones ofrecen una serie de estrategias para emplear un lenguaje inclusivo en cuanto al género. Las estrategias pueden aplicarse a todo tipo de situación comunicativa, oral o escrita, formal o informal, con un público tanto interno como externo. Para el adecuado uso de estas recomendaciones tener en cuenta:

- Tener en cuenta el tipo de comunicación (sea oral o escrita) y su finalidad, además del contexto y el público;
- Procurar que el mensaje, oral o escrito, sea claro, fluido y conciso, y que los textos escritos sean legibles;
- Tratar de utilizar diferentes estrategias combinadas a lo largo del mensaje, oral o escrito.

1. Evitar expresiones discriminatorias

1.1 Emplear las formas de tratamiento adecuadas e igualitarias.

- Emplee la forma del cargo correspondiente al género con el que se identifica la persona.
- No agregue la palabra “mujer” a la profesión. Ejemplo: Recibió el premio una científica (y no “una mujer científica” o “una científico mujer”)
- Refiérase a todas las personas de forma coherente (en el uso de nombre, apellido, tratamiento o profesión). Ej. Hemos invitado a Laura (profesora) y al profesor Pérez. Lo correcto, es decir: “Hemos invitado a la profesora Laura Parra y al profesor Juan Pérez”.

1.2 Evitar expresiones con connotaciones negativas o que perpetúen estereotipos de género.

- Por ejemplo, “las mujeres son mejor escuchando”, “los hombres reconocen pocos colores”. Estas creencias estereotipan y son solo producto de una socialización sexista.
- No asuma en sus ejemplos la heterosexualidad de las personas, o los proyectos de vida de las mujeres respecto a la maternidad, o que a los hombres les gusta el deporte, etc.
- Para saber si estamos utilizando expresiones discriminatorias podemos invertir el género. ¿Sueña extraño?

2. Visibilizar el género cuando lo exija la situación comunicativa

2.1 Emplear pares de femenino y masculino (desdoblamiento).

- Bienvenidos y bienvenidas; un cordial saludo a todos y todas.

2.2 Explícite los grupos referenciados

- Hombres y mujeres
- Hombres, mujeres, personas trans, personas no binarias
- Niños, niñas, adolescentes y jóvenes

2.2 Emplear estrategias tipográficas

- Las estrategias tipográficas pueden ser útiles en las redes sociales u otros medios de comunicación, como por ejemplo usar “x”, “e”, o “o/a” en función de la audiencia y el mensaje. Evite usar “@” porque complica la lectura de pantalla que realizan aplicaciones utilizadas comúnmente por personas ciegas o con baja visión.
- Es posible utilizar la barra [/] o los paréntesis [()] para explicitar el femenino.

2.3 Emplear “hombres y mujeres” / “varones y mujeres”

- Cuando el sentido de la situación comunicativa así lo requiera, podemos emplear “hombres” / “varones” y “mujeres” para hacer explícitos ambos grupos.

3. No visibilizar el género cuando no lo exija la situación comunicativa

3.1 Omitir el artículo ante sustantivos comunes en cuanto al género.

- Por ejemplo “Estuvieron presentes en la reunión los representantes de muchos países” reemplazar por “Participaron representantes de muchos países en la reunión”.

3.2 Emplear sustantivos colectivos y otras estructuras genéricas

- Ejemplo de sustantivo colectivo: la vicepresidencia, el estudiantado, el público, la audiencia, la infancia.
- Estructuras colectivas como “la comunidad”, “el cuerpo de”, “el equipo de”.
- Procesos en lugar de personas: Ejemplo en vez del evaluador/la evaluadora - la evaluación.

3.3 Usar la palabra “persona”

- Ejemplo, “La persona con un problema de salud”, en lugar de “el paciente”.
- Ejemplo, “Todos tienen derecho a un sistema de salud”. por “Todas las personas tienen derecho a un sistema de salud”.

3.4 Usar el pronombre relativo “quien(es)”, los pronombres indefinidos “alguien”, “nadie” y “cualquiera” y el adjetivo indefinido “cada” seguido de sustantivo común en cuanto al género.

- Ejemplo, “Ninguno/ningún alumno sabía...” reemplazar por “Nadie sabía...”.
- Ejemplo, “Todos los representantes recibirán una copia de la publicación”. reemplazar por “Cada representante recibirá una copia de la publicación.”

3.5 Usar adjetivos sin marca de género en lugar de sustantivos.

- Ejemplo: “el desempleo juvenil” reemplazar por “el desempleo de los jóvenes”
- Ejemplo: “los problemas de los vecinos” reemplazar por “los problemas vecinales”.

3.6 Omitir el agente o emplear construcciones con “se” impersonal (“se recomienda”), de pasiva refleja (“se debatirá”) o de pasiva perifrástica (“se va a elegir”)

- Ejemplo; “Los estudiantes deberán entregar el trabajo...”, “El trabajo deberá ser entregado...”

3.7 Usar el infinitivo y el gerundio

- Ejemplo; “Es necesario que el estudiante tenga una cuenta para acceder al portal...” reemplazar por “Es necesario tener una cuenta para acceder al portal”

Fuente: <https://www.un.org/es/gender-inclusive-language/guidelines.shtml>

CAPÍTULO 6: Violencia de género

Invitada: Paulina Larrondo Valderrama

Video de la sesión: https://youtu.be/8VhS_Ey3JOk



¿Cómo citar este capítulo?

Larrondo, P. (2020). Violencia de género ¿qué debo hacer como profesional de salud? En Rebolledo, Martínez, Muñoz (Ed). *Sistematización Jornadas sobre Perspectiva de Género en la Educación Superior*. (p. 54-59) Departamento y Escuela de Kinesiología, Universidad de Chile.

Conceptos claves de la sección

Violencia contra las mujeres: Las Naciones Unidas (1993) definen la violencia contra la mujer como todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada.

Violencia de género: Según la CEPAL, corresponde al ejercicio de la violencia que refleja la asimetría existente en las relaciones de poder entre varones y mujeres, y que perpetúa la subordinación y desvalorización de lo femenino frente a lo masculino.

Tipos de Violencia: En la Convenio de Estambul (2011), se definen los siguientes:

- **Violencia física:** Es una acción generada de manera voluntaria, que ocasiona daños no accidentales a la integridad física de una persona mediante el uso de la fuerza física, mediante golpes, bofetadas, empujones, entre otros, o material, es decir, sirviéndose de objetos. Tiene como fin fundamental generar un impacto directo en el cuerpo y consecuencias físicas tanto externas como internas.
- **Violencia psicológica:** Es daño a la salud mental de otra persona mediante lo que puede ser humillaciones, discursos de odio, discriminación, desvalorización, insultos,

aislamientos, amenazas de abandono, encierros en lugares inapropiados, celos y control excesivo, entre otros.

- **Violencia sexual:** Es un acto sexual completado o intentado en contra de la voluntad de una víctima o cuando una víctima es incapaz de consentir debido a su edad, enfermedad, incapacidad, influencia del alcohol u otra droga. Puede envolver fuerza física, amenaza a la misma, uso de armas, coacción, intimidación o presión. Además, como ustedes se dan cuenta, es bastante más explícita, no, incluye tocar los genitales intencionalmente, el ano, la ingle, los senos, en contra de la voluntad de la víctima o cuando la víctima está incapacitada para consentir. Incluye todo lo que tiene que ver con voyerismo, exhibicionismo, exposición no deseada a la pornografía y puede ser cometida por extraños, amigos, miembros de la familia o por la pareja íntima.
- **Violencia económica:** Es cuando alguien se apropia del dinero que ganó la mujer o la persona de la disidencia sexual con su trabajo. También consiste en la negación, condicionamiento, extorsión de los recursos económicos para el hogar común. Un ejemplo de esto es darse cuando un jefe de familia, por ejemplo, no deja que la mujer trabaje o que genere ingresos propios.
- **Violencia simbólica:** Es una violencia que no es dirigida contra una persona en particular sino, por ejemplo, contra las mujeres o contra las disidencias. Esto se puede dar a través de la publicidad sexista, por ejemplo, en lo cual se promueven estereotipos que desvalorizan a la mujer, o también cuando las instituciones desvalorizan a las mujeres sistemáticamente a través de ciertas prácticas. La violencia simbólica suele estar normalizada, por lo que no la vemos como que es violencia directamente, por lo que hay que visibilizarla, pues sí constituye una forma de desvalorización.
- **Violencia digital:** Es un nuevo tipo de violencia que se da a través de, por ejemplo, las redes sociales o los servicios de mensajería, y tenemos el ciberacoso, el "cyberbullying", también el "sexting" sin consentimiento, etcétera.
- **Tráfico humano:** Significa el reclutamiento, transporte, transferencia, albergue o recepción de personas, mediante la amenaza o el uso de la fuerza u otras formas de coerción, secuestro, fraude, engaño, abuso de poder o de una posición de vulnerabilidad o de dar o recibir pagos o beneficios para lograr el consentimiento de una persona que tiene control sobre otra persona, con fines de explotación. La explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución de otros u otras formas de explotación sexual, trabajo o servicios forzados, esclavitud o prácticas similares a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos humanos. En el caso del tráfico de mujeres, suelen ser traficadas y luego obligadas a prostituirse en condiciones de esclavitud.
- **Prácticas tradicionales dañinas:** Son prácticas discriminatorias que las comunidades y las sociedades realizan de manera regular y durante períodos tan extensos que terminan por considerarlas como aceptables como es, por ejemplo, la mutilación genital femenina o también el matrimonio infantil.

Introducción

En Latinoamérica, ya en los años 70, las agrupaciones feministas de mujeres problematizaron la violencia en la pareja, sobre todo la violencia sexual y el derecho al aborto, como una demanda de Derechos sexuales. Y el año 81, en el primer encuentro feminista de Latinoamérica, se instaura hacia todo el continente el día internacional contra la violencia hacia las mujeres y niñas, el 25 de noviembre, la fecha fue elegida en conmemoración del brutal asesinato de Patria, Minerva y María Teresa Mirabal, activistas políticas de República Dominicana, crimen cometido en 1960 por orden del dictador Rafael Trujillo.

Existe a nivel internacional diversos tratados en materia de derechos humanos a los cuales podemos apelar en la lucha contra la violencia. Como, por ejemplo:

- Declaración Universal DDHH, 1948.
- Pacto Internacional DESC. Pacto Internacional DD Civiles Políticos, 1966.
- Convención Americana sobre DDHH, 1969.
- Convención eliminación todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979.
- Convención contra la tortura, 1984.
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994.
- Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, “Convención de Belem do Pará”, 1994.
- Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing, 1995.
- Convención contra la delincuencia organizada transnacional, 2000.
- Consenso de Montevideo, 2013.
- Convención contra la delincuencia organizada transnacional, 2000, y Protocolo prevenir, reprimir y sancionar trata personas, especialmente mujeres y niños(as).
- Principios Yogyakarta sobre orientación sexual e identidad de género, 2006.
- Resolución ONU que condena la violencia y la discriminación por orientación sexual e identidad de género, 2014.

6.1 ¿Qué es la Violencia de Género?

Se refiere a la violencia que se ejerce contra las mujeres por el hecho de ser mujeres (en el rol que la sociedad atribuye al género). Esto es, todas las formas de violencia que perpetúan el control sobre las mujeres, o que imponen o restablecen una condición de sometimiento para las mujeres. Constituye, así, **la expresión más extrema de la desigualdad y la opresión de género**. El término describe un tipo de violencia de carácter social, lo que significa que su explicación no se encuentra en los genes ni en la psique masculina, sino en los mecanismos sociales que hacen de la diferencia sexual el sustento de la subordinación de las mujeres (Castro, 2016).

“En la red chilena hablamos de violencia hacia las mujeres y las niñas. Creemos que existe violencia machista hacia las mujeres y las niñas basada en esta baja valoración que la sociedad y las instituciones establecen en contra de las mujeres y las niñas y que producto de ella también se generan otras formas de violencia hacia otras identidades de género. Las principales afectadas de la violencia patriarcal y machista son las mujeres y las niñas y también esta violencia afecta a otras personas que tienen otras identidades, como pueden ser los niños varones, como pueden serlo también las disidencias sexuales y cualquier persona que tenga un cuerpo feminizado, racializado y que sufra discriminación de opresión y

violencia por parte de aquellas personas que se consideran con un mayor poder en relación a estas identidades y este cuerpo que se considera de menor valor que es el cuerpo feminizado” (Silvana del Valle, 2020. En Boletín GÉNERO EN SALUD. Vol.5)

Se habla de violencia machista como origen de la violencia de género o contra las mujeres, dado su origen al mandato de la masculinidad (Hegemónica, patriarcal), debemos agregar, por tanto, que esto no supone una lucha contra los hombres, sino más bien contra el androcentrismo y el mandato de la masculinidad, pues como señala Rita Segato (2018) “la primera víctima del mandato de la masculinidad son los mismos hombres, hay una violencia intragénero - hoy hablamos de bullying -, y la violencia contra las mujeres se deriva de la violencia contra los hombres ... para no perder su título de participación en el estatus masculino” y por otro lado este mandato de la masculinidad ha demostrado “que los lleva a la muerte prematura en muchos casos y a una dolorosa secuencia de probaciones de por vida” (Segato, 2018, p.46).

6.2 Violencia Intrafamiliar

En materia jurídica, en el contexto nacional, la ley sobre Violencia Intrafamiliar (VIF) es una de las pocas herramientas jurídicas que permiten a las mujeres víctimas de violencia denunciar a su agresor y solicitar protección por parte de la institucionalidad, siendo el Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género el organismo encargado de velar por su cumplimiento.

Desde el Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, se orienta a las mujeres que han vivido o viven experiencias de violencia, en el marco de lo establecido por la Ley VIF. Para ello se otorgan las siguientes orientaciones, asegurando a las mujeres una respuesta inmediata y segura:

¿Qué hacer si soy víctima o testigo de violencia?

- Es importante que cada vez que vivas un episodio de violencia, hagas la denuncia correspondiente en Carabineros, PDI o Fiscalía.
- Llama gratuitamente al 1455[+] para pedir orientación sobre qué es mejor hacer dependiendo de las características de cada caso. Toda la información que nos entregues será confidencial.
- Si presencias un episodio de violencia donde la vida de una mujer puede estar en riesgo, llama de inmediato a Carabineros al 149 o al 133 o a la PDI al 134.

¿Cómo apoyar a una mujer que vive violencia?

- Respeta, escucha, acompaña y no juzgues a una mujer que vive violencia.
- Las redes más cercanas pueden transformarse en el apoyo y la contención necesaria, para que la mujer pueda salir del círculo de la violencia.

¿Quieres denunciar?

- Hazlo en la Comisaría más cercana de Carabineros, PDI o Fiscalía.

Ley de Violencia Intrafamiliar

La Ley 20.066 define la Violencia Intrafamiliar (VIF) como “todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica de quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge del ofensor

o una relación de convivencia con él. En este último caso, la violencia intrafamiliar hacia la mujer implicaría todo maltrato, físico y/o psicológico, por parte de su cónyuge o conviviente”.

En el ámbito clínico, ¿Se considera necesaria la pesquisa y detección de la violencia de género en la atención clínica y ambientes de aprendizaje?

La violencia tiene graves consecuencias en la salud mental y física de las mujeres. El daño psicológico, “presenta un deterioro, disfunción, disturbio, alteración, trastorno o desarrollo psicogénico o psicoorgánico que, afectando sus esferas afectivas y/o intelectual y/o volitiva, limita su capacidad de goce individual, familiar, laboral, social y/o recreativa” (Castex, 2005). Situaciones que sin duda influyen en la vida global y pueden ser pesquisadas en el contexto de la rehabilitación o atención kinésica.

La develación que realiza una mujer a un(a) profesional de salud, puede ser de forma reactiva o tardía, respecto a la temporalidad del delito, como también en forma directa o indirecta, dependiendo del sujeto a quien la víctima devela los abusos. También, se distingue la develación circunstancial, que implica una baja voluntad de la víctima por narrar y denunciar los abusos de los que es o fue víctima, y salen a la luz en forma accidental, por ejemplo, ante la evidencia de lesiones físicas en el contexto de la evaluación. En otro escenario, si en una visita domiciliaria a una persona en situación de dependencia, se pesquisa comunicación violenta, posibles golpes o daño psicológico hacia un integrante de la familia.

¿Qué debo hacer como profesional ante este hallazgo?

Es difícil establecer protocolos para todas las situaciones, no obstante, se debe considerar que como profesionales podemos promover por un lado una acción legal, presentando los antecedentes para que los tribunales de justicia tipifiquen el o los delitos, y/o también se puede realizar (o comenzar con) una intervención familiar / comunitaria, para que la familia tome acciones de cambio. El límite entre la intervención y la denuncia se debe evaluar de acuerdo con el nivel de riesgo, protección de las personas y al vínculo terapéutico.

El desafío es formar profesionales de salud con las herramientas para pesquisar la violencia y poder contener y acompañar a las personas, para de este modo cumplir con la primera acción en torno a la violencia; develar la violencia, romper el círculo de silencio.

Como profesionales de salud tenemos la obligación de realizar una denuncia, especialmente cuando no hay una red de protección que pueda establecer garantías de seguridad para la persona que está siendo víctima. Como profesionales de salud no se puede realizar la denuncia anónima, lo recomendable, es negociar con la persona, para acompañar el proceso con su consentimiento (sino comúnmente la denuncia no prospera), y activar las redes familiares, comunitarias y de otros profesionales de salud y sociales.

Las mujeres con discapacidad también pueden ser víctimas de violencia, sus experiencias han sido recogidas en un estudio de la Red Fundación Chilena para la Discapacidad (Red FCHD) que puede ser revisado [aquí](#). Y así también tribunales de familia y los espacios de denuncia deben contar con los recursos y medidas de accesibilidad para cursar estas denuncias.

Finalmente, es importante considerar el propio cuidado y para esto establecer redes de trabajo para quebrar el mandato del silencio de la violencia.

6.3 Estudio de Acoso en el Campus (2019)

La violencia sexual, y el acoso sexual como una de sus manifestaciones, se configuran como acto disciplinador de las mujeres, quienes se presentan como una amenaza al espacio masculino. El cuerpo de las mujeres representa un territorio a ser dominado y se simboliza como patrimonio de los hombres (Segato, 2003).

La violencia sexual atenta contra la autonomía, la libertad sexual y la dignidad de las personas, así como contra el derecho a desenvolverse en un ambiente seguro. Puede encontrarse en diversos espacios, desde el hogar hasta la calle, con magnitudes de ocurrencia y gravedad que varían según países y niveles socioeconómicos. Sus formas más conocidas ocurren en el espacio público (acoso callejero) y en contextos laborales, en el último tiempo también se ha identificado su ocurrencia en el espacio educativo.

La Dirección de Igualdad de Género de la Universidad de Chile (DIGEN) se ha propuesto generar conocimiento acerca de los diversos fenómenos que reproducen las desigualdades y la violencia de género en la Universidad.

El estudio revela que “al momento de realizar este estudio existía un importante porcentaje de personas acosadas de los tres estamentos que en un primer momento no reconocía haber sido víctima de acoso sexual (47%), lo que es coincidente con otros estudios en la materia (Larena y Molina, 2010: 206)”, lo que revela la necesidad de reflexionar sobre las situaciones de acoso sexual, tanto para reconocer la experiencia como para reflexionar sobre las prácticas de cada uno/a en su contexto ocupacional.

Más información y los resultados completos de este estudio lo puede encontrar en: <https://direcciondegenero.uchile.cl/project/acosoenelcampus/>



Figura 7. Fotografía frontis Facultad de Medicina Universidad de Chile donde dice sobre un cartel morado “Fin a la violencia patriarcal desde nuestra aula hasta el hospital”, intervención realizada por estudiantes de la Facultad en conmemoración del 8M del año 2021.

EVALUACIÓN DE LAS JORNADAS

Parte 1. Indicadores de gestión

Para evaluar el proceso realizado se evaluó participación e identificación de buenas prácticas. En el caso de la participación, esta fue menor a la meta del 40%. Y en cuanto a las buenas prácticas, este mismo documento contiene ideas, aprendizajes y buenas prácticas para la implementación transversal de género. No obstante, quedan pendiente el desarrollo de estrategias concretas para llevar al aula, pasos prácticos y otras instancias educativas.

Tabla 8. Evaluación indicadores de gestión

Nombre	Meta	Evaluación
Participación	Participación de al menos el 40% del claustro departamento-escuela (n= 26).	No cumplido Jornada 1: 16,7% (11) Jornada 2: 21,2% (14) Jornada 3: 15,2% (10) Jornada 4: 18,2% (12)
Identificación de Buenas prácticas	Al menos 10 buenas prácticas para implementar en la formación o bien para explorar su aplicación.	En proceso Se trabajará en jornada en base a casos. Buenas prácticas identificadas: 1. Análisis intersectorial de la salud. 2. Recomendaciones para atención de personas trans. 3. Consentimiento informado.

Fuente: Elaboración propia

Parte 2. Evaluación desde participantes.

En cada sesión se aplicó una evaluación de la actividad mediante 5 preguntas, el promedio de evaluación de cada jornada se presenta a continuación.

Tabla 9. Síntesis de evaluación de las jornadas.

Preguntas / Jornadas	En relación con la capacitación, en la escala de 1 a 7, ¿Qué le ha parecido...				
	P1. Calidad de los contenidos	P2. Tratamiento de los contenidos	P3. Aplicación de contenidos en sus funciones habituales	P4. Tiempo asignado	P5. Contribución al cumplimiento de los objetivos de la Jornada
Jornada 1: Perspectiva de Género.	7,0	6,8	6,0	5,2	6,6
Jornada 2: Conceptos claves en sexualidad y género.	6,9	6,3	7,0	6,7	6,1

Jornada 3: Brechas de género en la atención de salud.	7,0	6,9	6,7	6,9	7,0
Jornada 4: Estudio de las Masculinidades	6,3	6,7	6,8	6,7	6,9
Jornada 1 Encuentro Estudiantes y Docentes: Consentimiento informado.	7,0	6,9	6,9	7,0	7,0
Jornada 2 Encuentro Estudiantes y Docentes: Violencia de Género y rol profesional.	6,4	6,4	6,6	6,3	6,8

Fuente: Elaboración propia

APRENDIZAJES Y DESAFÍOS

En términos de la actividad realizada se identifican los siguientes aprendizajes y desafíos respecto a la **participación**:

- Los resultados del diagnóstico realizado con docentes deben considerarse con precaución pues solo representa al 39,4% del claustro docente. Llama la atención, que el mayor porcentaje de respuesta sea de mujeres siendo que son el grupo minoritario en el claustro. Nuevas estrategias se deberán tomar para promover la reflexión de todas las personas.
- A pesar del esfuerzo en la convocatoria; realizando videos con invitación desde estudiantes y docentes, variando los horarios y certificando las horas de dedicación, no se logró la meta del 40% de participantes. Algunas de las personas que manifestaron interés señalaron no poder asistir comúnmente por problemas de agenda. Nuevas estrategias podrían considerar reservar horarios con mucha anticipación, replicar las actividades en horarios diferentes, realizar estrategias asincrónicas si el objetivo lo permite.
- Es importante señalar que las personas participantes de las jornadas representan un grupo diverso de docentes, participantes de cursos en todos los dominios de la malla curricular, sin embargo, solo dos personas de la Comisión de Currículo participaron en la mayoría de las jornadas y solo una persona coordinadora de nivel.
- Los aspectos evaluados en las sesiones señalan un nivel óptimo de satisfacción. El aspecto más complejo fue el uso del tiempo, pues en algunos casos los 90 minutos de sesión no fueron adecuadamente manejados.

Respecto a los temas trabajados, de acuerdo con la evaluación realizada la calidad y tratamiento de los contenidos fue adecuada. Respecto al diagnóstico realizado se podría decir que se abordaron los temas de menor conocimiento para el equipo docente, aun cuando se requiere mayor profundidad en los temas que se describen a continuación,

- En relación con el nivel de conocimiento en temas de diversidad sexual y género la mayoría de quienes respondieron la encuesta refieren contar con conocimiento para entender el tema. Estos también fueron revisados en las primeras dos sesiones.
- En relación con el conocimiento para realizar análisis con perspectiva de género, ya sea de las dinámicas de género en salud o de los datos o indicadores, más del 50% refiere que no conoce cómo realizar un análisis en el marco de género. Si bien con los temas revisados en todas las sesiones, y en especial en la sesión sobre “brechas de género en salud”, se puede comprender como media el género y la cultura sexista en los resultados de salud, se requiere profundizar su discusión, rescatando las propias experiencias clínicas, vinculando el trabajo realizado en cada curso de pregrado, y así transversalizar el análisis de género.
- Respecto al conocimiento sobre metodologías, herramientas metodológicas y de planificación con perspectiva de género más de 50% de las personas responden no tener conocimientos al respecto. Las jornadas realizadas no abordaron estos aspectos, y si bien los temas vistos sirvieron para introducir la perspectiva de género, es necesario profundizar y convocar a otras expertas(os) en temas de pedagogía con perspectiva de género. En este sentido, la mesa de DIGEN conformada por diversas unidades académicas de la Facultad puede ser una instancia para trabajar orientaciones metodológicas sobre la perspectiva de género.

Respecto a los contenidos identificados como relevantes a transversalizar o bien incorporar en el currículum, se destaca lo siguiente:

- Si bien la mayoría de las personas que respondieron la encuesta refieren sentirse confiados en ambientes familiares, con compañeros/as de trabajo y con estudiantes para abordar temas de igualdad de género, respecto a la confianza para abordar temas de sexualidad hay mayor dispersión en las respuestas y algunas personas señalan estar nada o poco confiadas para abordar estos temas con estudiantes. Lo anterior se puede atribuir a la escasa educación sexual en nuestra sociedad y por lo tanto la necesidad de cerrar la brecha. Para lograr la equidad de género se requiere la promoción de derechos sexuales y reproductivos en todos los contextos, por lo tanto, es relevante que las personas a cargo de la formación universitaria estén preparadas para abordar temas de sexualidad en el contexto de la docencia universitaria desde un marco de derechos humanos.
- Existe consenso entre las personas participantes de las sesiones que la formación en salud debe considerar las diferencias de género que se dan y que generan inequidades, para ello se propone a) procesos de sensibilización crítica para los docentes, b) desarrollar un itinerario formativo para los estudiantes para instalar la perspectiva de género transversalmente. Se releva la necesidad de promover la corresponsabilidad de los cuidados, especialmente en casos de niños(as) o personas con dependencia funcional.
- Respecto a las necesidades de salud de las personas de la comunidad LGBTIQ+ en la encuesta realizada hay diversidad en cuanto a la confianza para abordar las necesidades particulares de salud y por tanto estos temas están fuera del currículum. En particular se podrían incorporar en el pregrado actividades para comprender la

situación en el acceso a la salud de la comunidad trans y fomentar un trato inclusivo y respetuoso, de acuerdo con las orientaciones que establece el Ministerio de Salud.

- Un tema central que se debe incorporar en la formación es la violencia de género en todas sus expresiones y en particular la formación en violencia contra la mujer y cómo aportar en el rol de profesional de salud desde el ámbito legal y comunitario. Incluyendo herramientas para la pesquisa para realizar preguntas sensibles, para acompañar y contener a las personas víctimas de violencia intrafamiliar o contra las mujeres.
- Relacionado a lo anterior se releva la necesidad de realizar continuamente difusión del Protocolo de Actuación sobre acoso sexual, acoso laboral y discriminación arbitraria en el estamento estudiantil, académico y funcionario. Y avanzar hacia conocer los protocolos de los campos clínicos, socializarlos con docentes clínicos, de supervisión y estudiantes.

CONCLUSIONES

La Escuela de Kinesiología con apoyo del Departamento de Kinesiología han asumido el compromiso de avanzar en una educación no sexista, y estar a la altura del compromiso con la justicia social y el pluralismo que caracteriza a la Universidad de Chile.

Este proceso de formación interna y reflexión docente ha sido positivo para continuar con la transversalización de la perspectiva de género, aun cuando continúa siendo un desafío promover la participación amplia de todo el claustro académico y docente, para lo cual se continuará trabajando, ya que se reconoce que la equidad de género consolida la democracia y crea condiciones necesarias y básicas para las relaciones sociales basadas en los derechos humanos.

Los aprendizajes y desafíos de este ciclo de jornadas estarán disponibles como insumo para el trabajo de continua mejora de la planificación curricular, tanto en los macroprocesos como en los micro procesos de la docencia en el aula y nuevos procesos de formación y reflexión se sumarán con estos objetivos.

Chile está cambiando, la sociedad exige mayor democracia y dignidad en todo ámbito de la vida. El profesorado universitario no debe hacer caso omiso a estas demandas, y la responsabilidad social y aspectos éticos que implican. En esta labor, el compromiso con la dignidad y los derechos humanos conlleva la revisión de las relaciones de poder que se constituyen y normalizan en nuestra sociedad, y problematizar los constructos de dominación, desigualdad y violencia que condiciona el sistema sexo/género y todos los dispositivos de poder en que tiene lugar la formación y la atención en salud.

REFERENCIAS

- Annandale E, Hammarström A (2015). Gender Inequality in the Couple Relationship and Leisure-Based Physical Exercise. PLoS ONE 10(7): e0133348. Doi: 10.1371/journal.pone.0133348
- Association for Women's Rights in Development (AWID). (2004). Derechos de las mujeres y cambio económico. Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica. Disponible en: https://www.awid.org/sites/default/files/atoms/files/interseccionalidad_-_una_herramienta_para_la_justicia_de_genero_y_la_justicia_economica.pdf
- Bodenhofer González, C. (2020). Estructuras de sexo-género binarias y cisnormadas tensionadas por identidades y cuerpos no binarios: Comunidades educativas en reflexión y transformación. Revista Punto Género, (12), pp. 101-125. doi:10.5354/0719-0417.2020.56250.
- Buquet Corleto, A. G. (2011). Transversalización de la perspectiva de género en la educación superior: Problemas conceptuales y prácticos. Perfiles educativos, 33(SPE), 211-225
- Campaña Libres e Iguales de Naciones Unidas. (2017). GLOSARIO. ONU. Sitio web: <https://www.unfe.org/es/definitions/>
- Consejo de Europa. (2011). Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Council of Europe Treaty Series Nº, 210. Disponible en: <http://www.mujiresenred.net/IMG/pdf/convenio-de-estambul-2011.pdf>
- CEPAL, (1996) Violencia de Género: Un problema de Derechos Humanos. Disponible en: <https://www.cepal.org/mujer/noticias/páginas/3/27403/violenciadgenero.pdf>
- Cooperativa de economía feminista desbordada. Estudio Crisis Sistema de Pensiones con mirada feminista (2020). Utilizando datos de Encuesta nacional del uso del tiempo 2015. Disponible: <https://cooperativadesbordada.com/la-crisis-del-sistema-de-pensiones-en-chile-una-mirada-desde-la-economia-feminista/>
- De la Torre-Ugarte-Guanilo, Mónica, & Oyola-García, Alfredo (2014). Los determinantes sociales de la salud: una propuesta de variables y marcadores/indicadores para su medición. Revista Peruana de Epidemiología, 18(1),1-6. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203132677002>
- Etxebarria, L. (2016). Más peligroso es no amar. Poliamor y otras muchas formas de relación sexual y amorosa en el siglo XXI. España: Penguin Random House.
- Heise, L., Greene, M. E., Opper, N., Stavropoulou, M., Harper, C., Nascimento, M., ... Rao Gupta, G. (2019). Gender inequality and restrictive gender norms: framing the

challenges to health. *The Lancet*, 393(10189), 2440–2454.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)30652-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(19)30652-x)

Kristal, T., & Yaish, M. (2020). Does the coronavirus pandemic level the gender inequality curve? (It doesn't). *Research in Social Stratification and Mobility*, 68, 100520.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rssm.2020.100520>

Kaufman, M. Las siete P's de la violencia de los hombres. [internet]
<https://michaelkaufman.com/articles-2/>

Killermann, S. (2017). Genderbread Person. Disponible en: <https://www.genderbread.org/>

Minello Martini, N. (2002). Masculinidades: un concepto en construcción. *Nueva Antropología*, XVIII (61), Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/159/15906101.pdf>

Montenegro, L. F. (2018). El feminismo se ha vuelto una necesidad: movimiento estudiantil y organización feminista (2000-2017). In *Anales de la Universidad de Chile* No. 14, pp. 261-291.

Moss, N. (2002). Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women's health. *Social Science & Medicine* 54(5), 649-661.
[https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(01\)00115-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00115-0)

Muntarhorn, V. & Onufer, S. (2016). Principios Yogyakarta. Introducción a los Principios de Yogyakarta. Sitio web: <https://yogyakartaprinciples.org/introduction-sp/>

Naciones Unidas. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Nueva York, Naciones Unidas, 1993.

Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. (2019). Definición del concepto de trata de personas. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/e4j/tip-som/Module_6_-_E4J_TIP_ES_FINAL.pdf

Organización Panamericana de la Salud (1995). Género y Salud. Una guía práctica para la incorporación de la Perspectiva de Género en Salud.
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2680:gender-equality-policy&Itemid=0&lang=es

Pedrido-Nanzur, V. (2017). Diversidad sexual. *Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina*. (DELS)

Reyes-Housholder, C., & Roque, B. (2019). Chile 2018: desafíos al poder de género desde la calle hasta La Moneda. *Revista de ciencia política* (Santiago), 39(2), 191-216.

Scott, Joan. (1990). El género una categoría útil para el análisis histórico. En Amelang y Nash (Comp.) *Historia y género, las mujeres en la Europa Moderna y Contemporánea*. Valencia: El Magnanim.

Serrato Guzmán, Abraham N., & Balbuena Bello, Raúl. (2015). Calladito y en la oscuridad. Heteronormatividad y clóset, los recursos de la biopolítica. *Culturales*, 3(2), 151-180.
Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-11912015000200005&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-11912015000200005&lng=es&tlng=es)

UNICEF. (2020). Prácticas Nocivas. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/protection/practicas-nocivas>

Vacca y Coppolecchia, (2012). Una crítica feminista al derecho a partir de la noción de "biopoder" de Foucault. Páginas de Filosofía, Año XIII, N° 16 (2012), pp. 60-75. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5037660>

Verge, T. (2020). Mainstreaming gender into the quality assurance of higher education programs. In Strategies for Supporting Inclusion and Diversity in the Academy. Palgrave Macmillan, Cham. p. 163-181.

Vicerrectoría de Asuntos Académicos, Universidad de Chile. (2018). Modelo Educativo de la Universidad de Chile. Santiago.

World Association for Sexual Health. (2009). Definiciones de trabajo de sexo, sexualidad, salud y derechos sexuales. En Salud sexual para el milenio (pp.157-158).



Departamento de Kinesiología

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

