



Universidad de Concepción
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Sociología

**SESGOS DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN DE SALUD ONCOLÓGICA DEL
HOSPITAL DR. GUILLERMO GRANT BENAVENTE DE CONCEPCIÓN**

**GENDER BIASES IN ONCOLOGICAL HEALTH CARE AT THE HOSPITAL DR.
GUILLERMO GRANT BENAVENTE DE CONCEPCIÓN.**

Tesis para optar al grado de Magíster en Investigación Social y
Desarrollo

Por: Fabiola Toro Aguayo
Profesor guía: Alejandra Brito Peña
Profesor co-guía: Mercedes Carrasco

Concepción, Noviembre, 2022



Se autoriza la reproducción parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi familia por su apoyo incondicional en todos los procesos de mi vida, a mis amigos, especialmente a los hermanos Quiroz Vásquez que me acompañaron y apoyaron en este desafío. A mi docente Dra. Alejandra Brito y al Servicio de Oncología del Hospital Guillermo Grant Benavente por la posibilidad de realizar mi estudio, principalmente al equipo que fue observado y a los pacientes que permitieron realizar este proyecto. Además, quiero agradecer a la Universidad San Sebastián por entregarme la formación académica y la posibilidad de poder contribuir en la preparación de nuevos profesionales en esta hermosa carrera de Enfermería.

Principalmente mi agradecimiento a Dios y a la vida por darme la oportunidad de vivir el cáncer y todas sus repercusiones saliendo sana y así poder compartir mi historia de vida, haciendo que mi desempeño como enfermera sea más integral y holístico.



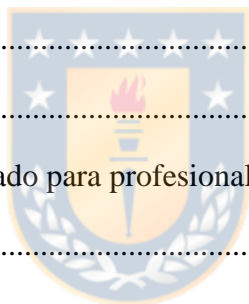
TABLA DE CONTENIDO

Contenido

Agradecimientos.....	III
Tabla de contenido.....	IV
Introducción.....	- 1 -
Antecedentes.....	- 3 -
1.Situación epidemiológica a nivel mundial del cáncer.....	- 4 -
1.1 Mortalidad	- 4 -
2. Situación epidemiológica del cáncer en Chile.....	- 9 -
2.1 Mortalidad.....	- 9 -
2.2 Incidencia	- 15 -
2.4 Distribución geográfica.....	- 19 -
2.5 Egresos hospitalarios.....	- 22 -
2.6 Carga de enfermedad.....	- 24 -
2.7 Factores y conductas de riesgo en cáncer.....	- 25 -
Relevancia	- 26 -
Problema de investigación.....	- 28 -
Marco teórico referencial.....	- 33 -
1.1 Modelo de sexo único	- 33 -
1.2 Modelo de dos sexos o dimorfismo sexual	- 34 -
2. Sexo y género.....	- 36 -
3. Género y construcción del cuerpo.....	- 37 -
3. Género y salud	- 39 -
4. Sesgos de género en salud.....	- 40 -
4.1 Género como categoría de análisis.....	- 41 -

4.2 Tipos de sesgos de género en salud.....	- 42 -
4.3 Salud pública y sesgos de género.....	- 45 -
Objeto teórico de estudio.....	- 48 -
Diseño metodológico.....	- 49 -
Supuesto de investigación.....	- 50 -
Pregunta de investigación.....	- 51 -
Objetivos.....	- 51 -
Objetivo general:.....	- 51 -
Objetivos específicos:.....	- 51 -
Diseño y estrategia metodológica.....	- 51 -
1.1 Fuentes y técnicas de levantamiento de información.....	- 53 -
1.2 Aspectos éticos de la investigación.....	- 54 -
1.3 Diseño muestral.....	- 55 -
1.4 Área de estudio y población.....	- 56 -
1.5 Unidad de análisis:.....	- 57 -
1.6 Unidad de observación:.....	- 57 -
1.7 Análisis de datos.....	- 64 -
1.8 Descripción del espacio de producción de prácticas.....	- 64 -
Atención en unidad de policlínico.....	- 65 -
Atención en unidad de hospitalizados.....	- 67 -
1.9 Criterios de observación.....	- 69 -
Resultados.....	- 71 -
Prácticas de atención a usuarios diagnosticados con cáncer.....	- 71 -
Omisión/distancia emocional al miedo/temor en la atención.....	- 71 -
1.1. Funcionario respecto al usuario.....	- 71 -

1.2 Diversidades en la atención del funcionario ante preocupaciones de imagen corporal de usuarios.	- 77 -
1.3. Manejo de emociones en atención con foco en el cuidador o cuidadora	- 80 -
El rol de los cuidadores, su interacción con el funcionario y roles de género	- 82 -
3.1 Rol visible del cuidador o cuidadora.....	- 83 -
3.2 Rol invisibilizado de los cuidados.....	- 85 -
3.3 Roles de género vinculado a los cuidados.....	- 86 -
Género y sesgos surgidos de las prácticas de atención	- 89 -
4.1 El enfoque androcéntrico y el abordaje de las dimensiones biopsicosociales durante la atención	- 90 -
Conclusiones.....	- 96 -
Referencias bibliograficas	- 102 -
Anexos	- 108 -
Anexo 1: Consentimiento informado para profesionales.....	- 108 -
Anexo 2: Pauta de observación.....	- 110 -
Anexo 3: Bitácora de campo.....	111



Tablas

Tabla 1: Causas de muertes a nivel mundial por nivel de ingresos, 2012 (en miles)	-5-
Tabla 2: Número estimado de muertes por cáncer al 2018	-7-
Tabla 3: Mortalidad a nivel mundial según localización principal del cáncer y nivel de desarrollo económico, 2012.....	-8-
Tabla 4: Mortalidad por ciertos Tumores Malignos. Tasas crudas por 100.000 habitantes. Chile 1997-2015.....	-11-
Tabla 5: Diez causas oncológicas más frecuentes según registros de egresos hospitalarios en ambos sexos y todas las edades. Chile, 2010-2016.....	-12-
Tabla 6: Egresos hospitalarios según grupo de edad. Chile, 2010 a 2016. (Número de egresos y porcentaje entre paréntesis. Columna “total” equivale a la suma de los valores y promedio del período entre paréntesis).....	-24-
Tabla 7. Caracterización de la muestra.....	-57-58-
Tabla 8. Caracterización de la muestra en relación con el paciente.....	-58-61-
Tabla 9. Caracterización de la muestra en relación con el funcionario.....	-61-63-

Figuras

Figura 1: Tasa bruta de mortalidad por cáncer (C00-C97) y por enfermedades circulatorias (100-199) observada y estimada 1997-2021.....	-10-
Figura 2: Tasa de mortalidad (por 100.000 habitantes) para Cáncer y Enfermedades del Aparato Circulatorio según sexo. 2015-2016.....	-13-
Figura 3: Mortalidad por ciertos tumores malignos en hombres. Chile 2015. Tasa cruda por 100.000 habitantes.....	-14-
Figura 4: Mortalidad por ciertos tumores malignos en mujeres, Chile 2015.....	-15-
Figura 5: Estimaciones de incidencia de cáncer en hombres. Chile 2003-2007. (Tasa bruta de incidencia por 100.000 habitantes).....	-16-
Figura 6: Estimaciones de incidencia de cáncer en mujeres. Chile 2003-2007. (Tasa bruta de incidencia por 100.000 habitantes).....	-17-
Figura 7: Estimaciones de incidencia de cáncer en hombres y mujeres según edad. Chile 2003-2007 (Tasa bruta de incidencia por 100.000 habitantes).....	-18-

Figura 8: Estimaciones de incidencia en hombres según regiones. Chile 2003-2007. (Tasa bruta de incidencia por 100.000 habitantes).....-20-

Figura 9: Estimaciones de incidencia en mujeres según regiones. Chile 2003-2007. (Tasa bruta de incidencia por 100.000 habitantes).....-21-



INTRODUCCIÓN

El presente proyecto se dirige a identificar posibles sesgos de género presentes en la atención en salud, específicamente en el área oncológica. Se dio preferencia a este grupo de patologías por la relevancia epidemiológica que presenta hoy en día a nivel mundial y nacional.¹

Se propone como el modelo androcéntrico se ha extrapolado hacia la atención de mujeres sin incorporar aspectos relevantes de su anatomía, fisiología y aspectos biopsicosociales relevantes al género femenino conllevando a sesgos de género en la atención de salud (Valls 2011).

Teniendo en cuenta que ya en el 2015 se creó la unidad de género a nivel ministerial cuyo objetivo es “contribuir a que todas las políticas, programas, documentos y acciones del Ministerio de Salud, incorporen perspectiva de género y derechos humanos, favoreciendo así la igualdad y equidad entre mujeres y hombres y la efectiva realización de los derechos en salud de la población”².

A pesar de lo anterior aún existe una invisibilización de las características biológicas que determinan el ciclo vital de la sociedad (Beauvoir, Segundo sexo 2001).

Las mujeres presentan una incidencia más alta de morbilidad y discapacidades durante la vida que los hombres, sobre todo porque acumulan muchas más enfermedades crónicas que los hombres (Valls-Llobet C. 1991).³

El modelo androcéntrico en el cual hasta el día de hoy predomina en la formación y práctica profesional del equipo de salud ha conllevado a mantener a la mujer a la sombra del hombre sin permitir la visibilidad de las diferencias entre ambos sexos y las repercusiones que tiene

¹ Plan Nacional del Cáncer 2018-2028

² <https://www.minsal.cl/unidad-de-genero/>

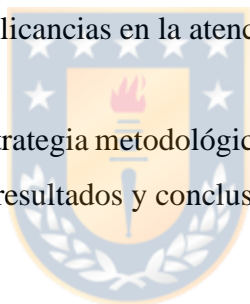
³ Valls-Llobet, C. Aspectos de la Morbilidad Femenina Diferencial. Informe De Situación Quadern Caps.1991;16:8-32.

el género a la hora de hablar de la multiplicidad de roles que repercuten directamente en la salud de las personas.

La presente Tesis está dividida en presentar primeramente los antecedentes de la realidad oncológica a nivel mundial y nacional, mostrando tasas de incidencia y mortalidad que podrán visibilizar la realidad del cáncer en la sociedad.

En el siguiente apartado se tratará el problema de investigación mostrando el marco referencial en el cual se basará esta Tesis. Destacando distintas líneas referenciales en relación con la temática propuesta tales como: Modelo de sexo único; Modelo de dos sexos y su carácter epistemológico y político; Sexo y género como referentes en la construcción del binomio sexo/género y la construcción del cuerpo en base a estos conceptos e influencia en la misma y para finalizar esta base epistémica se mostrarán lineamientos de Tipos de sesgos de género en salud y sus implicancias en la atención en salud.

Luego se desarrollará el Diseño y estrategia metodológica con sus aspectos éticos y análisis de datos, mostrando finalmente los resultados y conclusiones.



ANTECEDENTES

Actualmente a nivel nacional el cáncer corresponde a la segunda causa de muerte, siendo la primera en algunas regiones de nuestro país. La proyección indica que esta enfermedad se posicionara como primera causa de muerte en el próximo decenio, afectando principalmente a las mujeres, constituyendo la primera causa de años de vida saludables perdidos (AVISA).

Teniendo en cuenta que aproximadamente el 40% de los cánceres se relacionan con estilos de vida no saludables y factores de riesgo modificables tales como: consumo y exposición de tabaco, obesidad, alcoholismo, exposición de sustancias tóxicas y agentes infecciosos. (1-2). Las estrategias que se deben tomar para abarcar la prevención, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados al fin de la vida, no solo competen al Ministerio de Salud, sino también al Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio del deporte, Ministerio de educación, Ministerio del Medio Ambiente, Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID) y el Ministerio de Ciencias y Tecnologías, entre otros. Es importante a la vez destacar la importancia de la participación de diversas organizaciones de la sociedad civil, tales como: universidades, fundaciones, centros de investigación, consejos consultivos, organizaciones de pacientes y otras organizaciones no gubernamentales (ONGs) relacionadas con la temática de cáncer.

La Organización mundial de la Salud (OMS) ha entregado líneas estratégicas para implementar planes nacionales orientados a controlar el cáncer, enfatizando en la promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento de alta calidad, alivio del dolor y cuidados paliativos, seguimiento, investigación científica y vigilancia epidemiológica. (3)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) a su vez, ha puesto énfasis en la aplicación de programas de relevancia regional, como el cáncer cervicouterino y en la operacionalización ejecutiva de planes locales.

La Organización para la cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) desde las

perspectivas de políticas públicas, ha indicado criterios fundamentales para la implementación y buen funcionamiento de los Planes Nacionales de Cáncer. Ha puesto énfasis en asegurar los recursos y uso adecuado de ellos, en la calidad técnica de la enfermedad, en la implementación de sistemas de mejora continua y en el seguimiento de metas para monitorizar los procesos. (4)

En el año 2020 se construyó la nueva estrategia nacional de salud para el periodo 2021-2030, que incluye los indicadores del Plan Nacional del Cáncer y su plan de acción 2018-2028. Éstos tienen como fundamentos los enfoques de Derecho, Equidad, Determinantes sociales, Intersectorialidad, Curso de vida, *Género*, Interculturalidad y Promoción de la Salud. Cuyo propósito es priorizar en la agenda pública al cáncer como un problema de salud prioritario a lo largo de la historia natural de la enfermedad.

La OPS ha enfatizado en un alineamiento según las recomendaciones de la OMS para el control del cáncer, incluyendo aspectos jurídicos y políticos de su implementación. (5) Considerando las realidades de América Latina y el Caribe, se han realizado esfuerzos específicos para ciertos tipos de cáncer, como los desarrollados durante la infancia (6) o el cáncer cervicouterino. (7-8)

Es importante conocer la realidad de ciertos indicadores tales como incidencia y mortalidad relacionados con el Cáncer para poder vislumbrar el impacto a nivel biopsicosocial que tiene esta enfermedad en el patrón salud enfermedad.

1.SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA A NIVEL MUNDIAL DEL CÁNCER

1.1 Mortalidad

Según la Agencia para la Investigación de Cáncer (IARC) el cáncer se ha convertido en una de las principales causas de muertes a nivel mundial.

En el 2016 el cáncer correspondió al 16% de muertes a nivel mundial, proyectándose un crecimiento significativo para el 2020.

Al no existir una mejora sustancial del control del cáncer, se espera que la cifra de

defunciones aumente a 13,1 millones de muertes a nivel mundial para el año 2030. (9)
De acuerdo con el nivel de desarrollo medido como Producto Interno Bruto (PIB), en los países con mayores ingresos el cáncer corresponde a la segunda causa de muerte, mientras que los países con menores ingresos esta patología corresponde a la tercera causa de muerte. (Tabla 1)

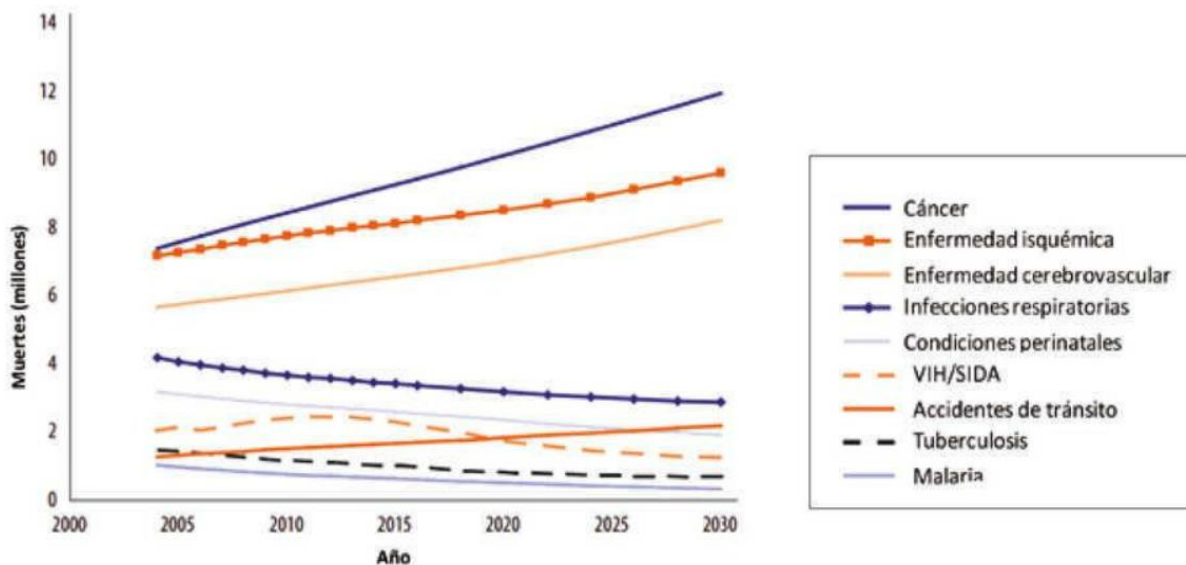
Tabla 1: Causas de muertes a nivel mundial por nivel de ingresos, 2012 (en miles)

	En todo el mundo			Países de bajos y medianos ingresos			Países de altos ingresos		
	Ranking	Muertes	%	Ranking	Muertes	%	Ranking	Muertes	%
Enfermedad cardiovascular	1	17.513	31%	1	13.075	30%	1	4.438	38%
Neoplasma maligno	2	8.204	15%	3	5.310	12%	2	2.894	25%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	3	6.431	12%	2	6.128	14%	7	303	3%
Enfermedades respiratorias	4	4.040	7%	4	3.395	8%	3	645	6%
Lesiones involuntarias	5	3.716	7%	5	3.212	7%	5	504	4%
Infecciones respiratorias	6	3.060	5%	6	2.664	6%	6	396	3%
Enfermedades digestivas	7	2.263	4%	7	1.748	4%	4	515	4%
Diabetes mellitus	8	1.497	3%	8	1.243	3%	9	254	2%
Lesiones voluntarias	9	1.428	3%	9	1.185	3%	10	243	2%
Enfermedades genitourinarias	10	1.195	2%	10	935	2%	8	260	2%
Deficiencias nutricionales	11	559	1%	11	534	1%	14	25	0%
Anomalías congénitas	12	556	1%	12	515	1%	13	42	0%
Condiciones maternas	13	296	1%	13	193	0%	16	3	0%
Enfermedades musculoesqueléticas	14	216	0%	14	158	0%	12	58	1%
Otras neoplasias	15	193	0%	15	116		11	77	1%
Todas las causas		55,843			44,172			11,671	

Fuente: World Health Organization Global Health Observatory y Data Repository. Mortality and Global Health Estimates 2012

Según las proyecciones para el año 2030 realizadas por la OMS, se espera que descendan las muertes por enfermedades transmisibles, mortalidad materna, neonatal y relacionadas con factores nutricionales, mientras que aumentan sostenidamente las defunciones por enfermedades no transmisibles y las defunciones por lesiones y accidentes. (Gráfico 1)

Gráfico 1: Proyección número de muertes en el mundo por diversas causas 2004-2030



Fuente: Traducido en base a World Health Organization. Causes of death. In: WHO. The global burden of disease. Geneva: WHO Press; 2004.p. 8-26

La estimación realizada por la IARC en el año 2018 muestra la distribución de muertes a nivel mundial según sexo. El mayor porcentaje de muertes estimadas (54.9%) ocurrieron en Asia Oriental, con una población de 1.6 billones, correspondiente al 22% de la población mundial. Europa corresponde al continente que le sigue en porcentaje de muertes por causa oncológica con un 21.5% de muertes por cáncer. (Tabla 2)

Tabla 2: Número estimado de muertes por cáncer al 2018

	Muertes		
	Hombres	Mujeres	General
África oriental	94.731	136.237	230.968
África central	30.852	37.911	68.763
África del Norte	96.874	81.880	178.754
África del Sur	30.106	31.564	61.670
África Occidental	63.968	89.364	153.332
Asia Oriental	2.136.217	1.320.517	3.456.734
Asia Centro-sur	619.488	547.695	1.167.183
Asia Sudoriental	345.482	285.708	631.190
Asia Occidental	130.276	91.681	221.957
Caribe	34.354	28.721	63.075
América Central	57.609	61.559	119.168
América del Norte	367.738	330.528	698.266
América del Sur	253.762	236.753	490.515
Europa central y oriental	385.301	314.145	699.446
Europa del Norte	146.289	127.334	273.623
Europa del Sur	246.579	175.475	422.054
Europa Occidental	307.423	240.932	548.355
Australia/Nueva Zelanda	33.374	25.873	59.247
Melanesia	4.375	4.882	9.257
Micronesia	370	262	632
Polinesia	472	366	838

Fuente: GLOBOCAN 2018

Al analizar los cánceres más comunes según sexo estos se distribuyen de la siguiente manera:

- Hombres: El cáncer de pulmón es el más común a nivel mundial, independiente del nivel de desarrollo del país. En las regiones con ingresos medios o bajos predominan los cánceres: de pulmón (682.000 muertes), hígado (440.600 muertes) y estómago (363.300 muertes). (10)
- Mujeres: el cáncer de mama es el más diagnosticado, independiente del nivel de desarrollo del país. En los países con ingresos altos, la principal causa de muerte por cáncer es a causa del cáncer de pulmón (209.900 muertes), le sigue el cáncer de mama (197.600 muertes). En los países con ingresos medios o bajos el orden de mortalidad es inverso. (10)

Tabla 3: Mortalidad a nivel mundial según localización principal del cáncer y nivel de desarrollo económico, 2012

Nivel	Muertes por cáncer	
	Hombres	Mujeres
Mundial	Pulmón, Bronquios y Tráquea 1.098.700	Mama 521.900
	Hígado 521.000	Pulmón, Bronquios y Tráquea 491.200
	Estómago 469.000	Colon y Recto 320.300
Países con ingresos altos	Pulmón, Bronquios y Tráquea 416.700	Pulmón, Bronquios y Tráquea 209.900
	Colon y Recto 175.400	Mama 197.600
	Próstata 142.000	Colon y Recto 157.800
Países con ingresos medios o bajos	Pulmón, Bronquios y Tráquea 682.000	Mama 324.300
	Hígado 440.600	Pulmón, Bronquios y Tráquea 281.400
	Estómago 362.300	Cérvico Uterino 230.200

Fuente: GLOBOCAN 2012 en *Rising Global Cancer Epidemic, 2017*. IARC

Se prevé que en América Latina la mortalidad por cáncer aumente en un 106% en los próximos años. La transición epidemiológica propia de los países que se enfrentan al proceso de desarrollo económico implica aumentos en el riesgo de padecer determinados tipos de cáncer como el de mama, próstata u otros propios de las economías no industrializadas. (11)

1.2 Incidencia

En América Latina, se prevé que la incidencia de cáncer se incrementará en un 91% en los próximos años. (12)

Se proyecta que para el año 2030 se registrarán 21,7 millones de nuevos cánceres asociados principalmente a los factores de riesgo y envejecimiento de la población. (13)

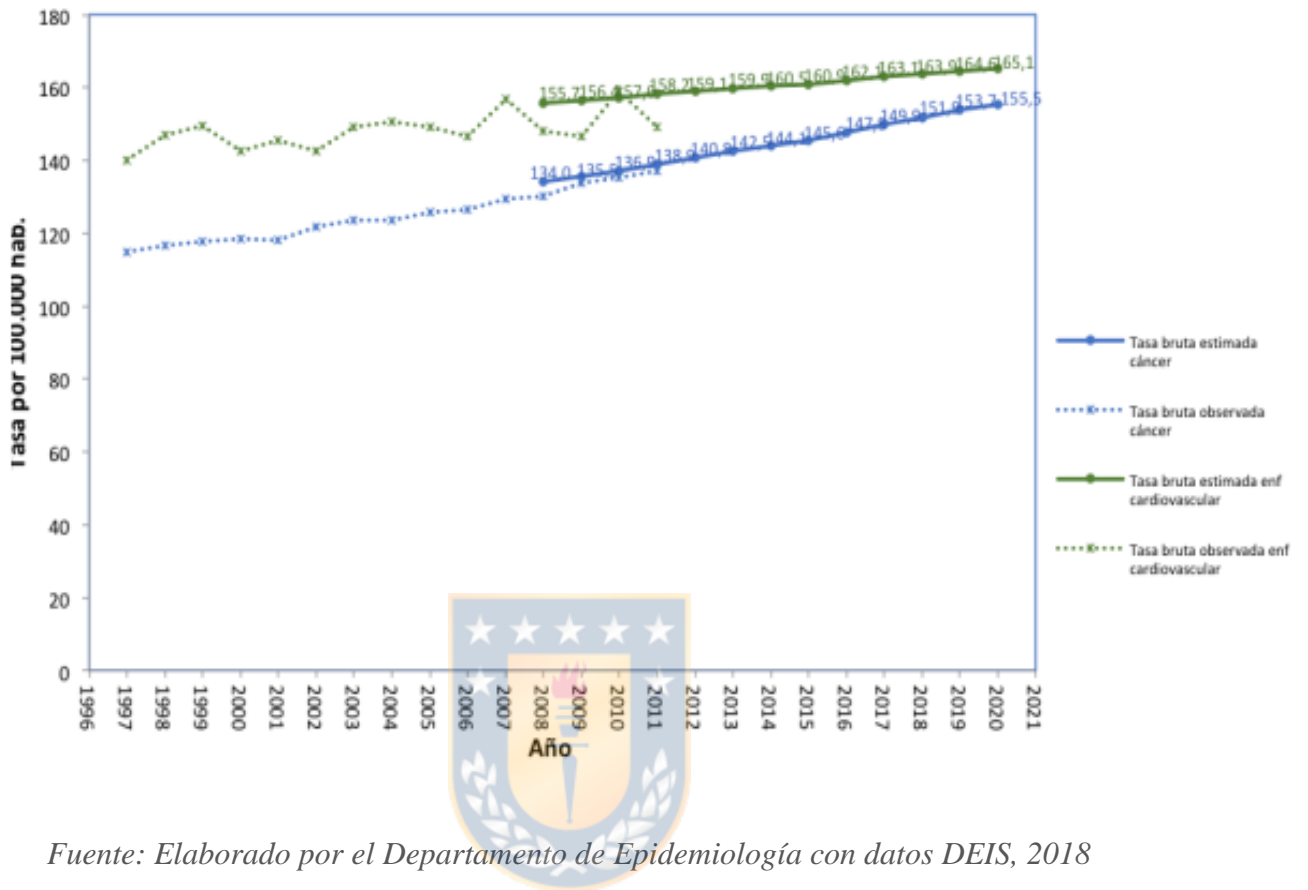
El riesgo de desarrollar un cáncer aumenta significativamente con la edad. Por lo anterior al menos el 40% de los nuevos cánceres a nivel mundial se diagnostican en la población mayor de 65 años. Producto del envejecimiento de la población, se estima que el porcentaje vaya en aumento. Los países con ingresos más altos serán los primeros afectados, seguidos por los países con ingresos medios o bajos.

2. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER EN CHILE

2.1 Mortalidad

Se espera que para el año 2023 el cáncer corresponda a la primera causa de muerte en Chile, ya que cada año mueren más personas a causa de una patología oncológica. En la actualidad la primera causa de muerte corresponde a patología cardiovascular. (Figura 1)

Figura 1: Tasa bruta de mortalidad por cáncer (C00-C97) y por enfermedades circulatorias (100-199) observada y estimada 1997-2021



Fuente: Elaborado por el Departamento de Epidemiología con datos DEIS, 2018

Desde el año 1997 el DEIS expone un aumento progresivo de muertes por cáncer. Incrementándose de 115 muertes por cada 100.000 habitantes (1997), a 143 muertes por cáncer cada 100.000 habitantes en el 2015. (Tabla 4)

Tabla 4: Mortalidad por ciertos Tumores Malignos. Tasas crudas por 100.000 habitantes.

Chile 1997-2015

Causa	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total
Total	115,0	116,6	117,7	118,7	118,1	121,6	123,8	123,7	125,9	126,5	129,5	130,2	133,8	135,5	137,3	140,0	139,5	140,4	143,1
Labio, de la cavidad bucal y de la faringe	1,0	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1	1,3	1,2	1,2	1,2	1,4	1,5	1,6	1,2	1,4
Esófago	4,7	4,4	4,9	4,8	4,6	4,7	4,7	4,4	4,7	4,1	4,4	4,1	4,1	3,8	4,0	3,6	3,6	3,6	3,7
Estómago	2,0	1,9	2,0	1,9	1,8	1,9	1,9	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9	1,8	1,9	1,8	1,8	1,8
Intestino delgado	0,2	0,2	0,1	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3
Colon	5,2	4,6	5,3	5,6	5,6	5,5	6,1	6,2	6,4	6,6	6,7	7,2	7,5	8,0	8,2	8,9	9,3	9,7	10,3
Recto	1,4	1,5	1,7	1,6	1,9	1,9	2,0	2,0	2,2	2,2	2,4	2,4	2,5	2,5	2,6	2,6	2,6	3,0	2,7
Ano y del conducto anal	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Hígado y de las vías biliares intrahepáticas	4,7	5,0	4,3	4,1	4,0	4,5	4,9	4,7	5,0	5,3	5,4	5,9	5,8	5,8	6,1	6,7	6,3	6,8	7,1
Vesícula biliar	7,5	7,6	7,7	8,3	7,5	8,2	8,3	8,0	8,3	8,0	8,7	8,4	8,1	7,8	8,1	8,0	7,6	7,3	7,3
Otras partes y de las no especificadas de las vías biliares	4,0	3,8	4,0	3,7	3,6	3,7	3,9	3,0	2,8	3,0	2,7	2,5	2,6	2,4	2,5	2,4	2,2	2,2	1,9
Páncreas	4,1	4,4	4,8	4,5	4,6	5,2	5,6	5,6	5,4	5,6	5,8	6,3	6,3	6,5	6,4	6,9	7,2	7,4	7,5
Laringe	0,9	0,9	0,8	0,7	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,8	0,9	0,8	0,8	0,9	0,7	0,9	0,8
Tráquea, de los bronquios y del pulmón	12,0	12,0	12,1	12,3	12,9	13,0	12,7	13,8	14,1	14,7	15,2	14,6	15,0	15,6	16,1	16,4	17,2	17,1	17,3
Huesos y cartilagos articulares	0,9	0,8	0,8	0,7	0,7	0,8	0,8	0,9	0,8	0,7	0,7	0,8	0,8	0,7	0,7	0,8	0,7	0,6	0,7
Melanoma maligno de piel	0,8	0,8	0,9	1,0	0,9	0,9	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	1,1	1,1	0,8	0,8	1,1	1,2
Otros tumores malignos de la piel	0,6	0,7	0,7	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8	0,9	0,7	1,0	1,0	1,3	1,4	1,2	1,4	1,2	1,3	1,3
Mama	6,0	6,6	6,5	6,7	6,6	6,7	6,8	6,8	7,2	7,0	7,0	7,4	8,0	7,6	7,9	7,9	8,0	8,1	8,5
Cuello del útero	9,8	9,6	9,5	8,8	8,6	7,9	8,4	8,3	8,2	8,1	7,6	7,5	7,6	6,7	6,7	6,6	6,3	6,0	6,8
Cuerpo del útero	1,3	1,2	1,1	1,3	1,4	1,2	1,2	1,4	1,2	1,5	1,7	1,6	1,9	2,0	1,8	2,0	2,2	2,1	2,2
Parte no especificada del útero	1,2	1,4	1,3	1,3	1,2	1,5	1,3	1,1	1,3	1,0	1,2	1,1	1,3	1,1	1,4	1,0	1,2	1,6	1,5
Ovario	3,4	3,9	3,8	4,4	4,4	3,8	4,1	4,0	4,5	4,5	4,2	4,1	4,4	4,9	4,7	4,4	4,7	4,3	4,8
Próstata	15,4	16,4	16,3	16,8	16,7	17,3	18,7	18,4	18,8	19,6	20,0	20,2	20,9	22,7	22,7	23,7	23,4	23,3	23,5
Testículo	1,3	1,2	1,4	1,4	1,2	1,3	1,4	1,2	1,2	1,0	1,1	1,0	1,4	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1	1,2
Riñón, de la pelvis y de las vías urinarias	2,7	3,2	2,8	2,7	2,9	2,9	2,9	3,2	3,6	3,3	3,6	3,6	3,8	3,8	3,8	4,4	4,1	4,6	4,6

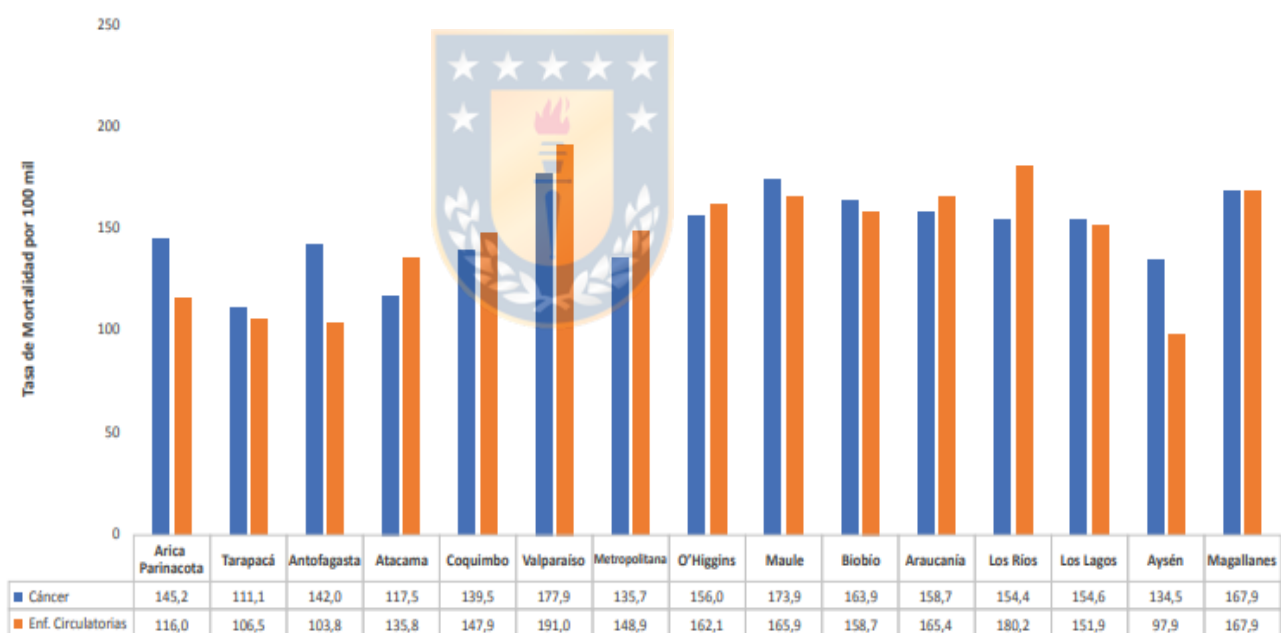
Fuente: DEIS-MINSAL, 2018

Causa	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total	Total
Vejiga urinaria	1,6	1,5	1,6	2,0	1,9	2,0	1,9	2,1	2,5	2,2	2,3	2,3	2,3	2,7	2,4	2,3	2,5	3,1	3,0
Meninges, del encéfalo y de otras partes del SNC	1,2	1,5	1,4	1,5	1,7	1,6	1,6	2,0	1,8	1,7	2,1	2,3	2,3	2,6	2,6	2,4	2,6	2,6	2,6
Glándula Tiroides	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,7	0,5	0,6	0,7	0,6	0,7	0,7	0,6	0,7
Tumor maligno de otros sitios, de sitios mal definidos y secundarios	1,4	1,6	2,0	1,9	1,8	1,8	1,7	1,8	1,9	1,9	1,6	1,8	1,6	1,6	1,6	1,6	1,3	0,6	0,6
Tumor maligno de sitios no especificados	3,6	4,0	3,6	3,6	3,9	3,7	3,8	3,7	4,1	4,1	4,7	4,6	5,0	4,6	4,8	4,4	4,6	5,1	5,1
Enfermedad de Hodking	0,4	0,3	0,5	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4
Linfoma no Hodkin	2,6	2,8	2,9	2,9	3,0	3,2	3,3	3,1	3,3	3,5	3,3	3,3	3,5	3,6	3,6	3,4	3,5	3,5	3,4
Mieloma múltiple y tumores malignos de células plasmáticas	1,7	1,8	1,9	2,1	1,9	2,2	2,3	2,4	2,3	2,3	2,3	2,2	2,3	2,4	2,5	2,6	2,6	2,7	2,7
Leucemia	3,3	3,4	3,5	3,4	3,7	3,7	3,9	3,7	3,6	3,7	3,9	3,8	3,6	3,7	3,8	4,0	4,3	4,2	4,2
Tumor maligno primario de sitios múltiples independientes	0,3	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,7	0,5	0,8	0,6	1,2	0,8	0,0	0,0
Resto de tumores malignos	5,0	4,6	4,1	4,2	4,6	4,5	4,3	4,5	3,9	4,4	4,3	4,8	4,2	4,2	5,2	4,6	4,9	4,3	4,8

Fuente: DEIS-MINSAL, 2018

Cuando se analiza a nivel regional la mortalidad por cáncer, existen 7 regiones en las que la tasa por cáncer supera a la tasa de mortalidad por patología cardiovascular, las cuales corresponden a: Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Maule, Biobío, Los Lagos y Aysén. (Figura 2)

Figura 2: Tasa de mortalidad (por 100.000 habitantes) para Cáncer y Enfermedades del Aparato Circulatorio. 2015-2016

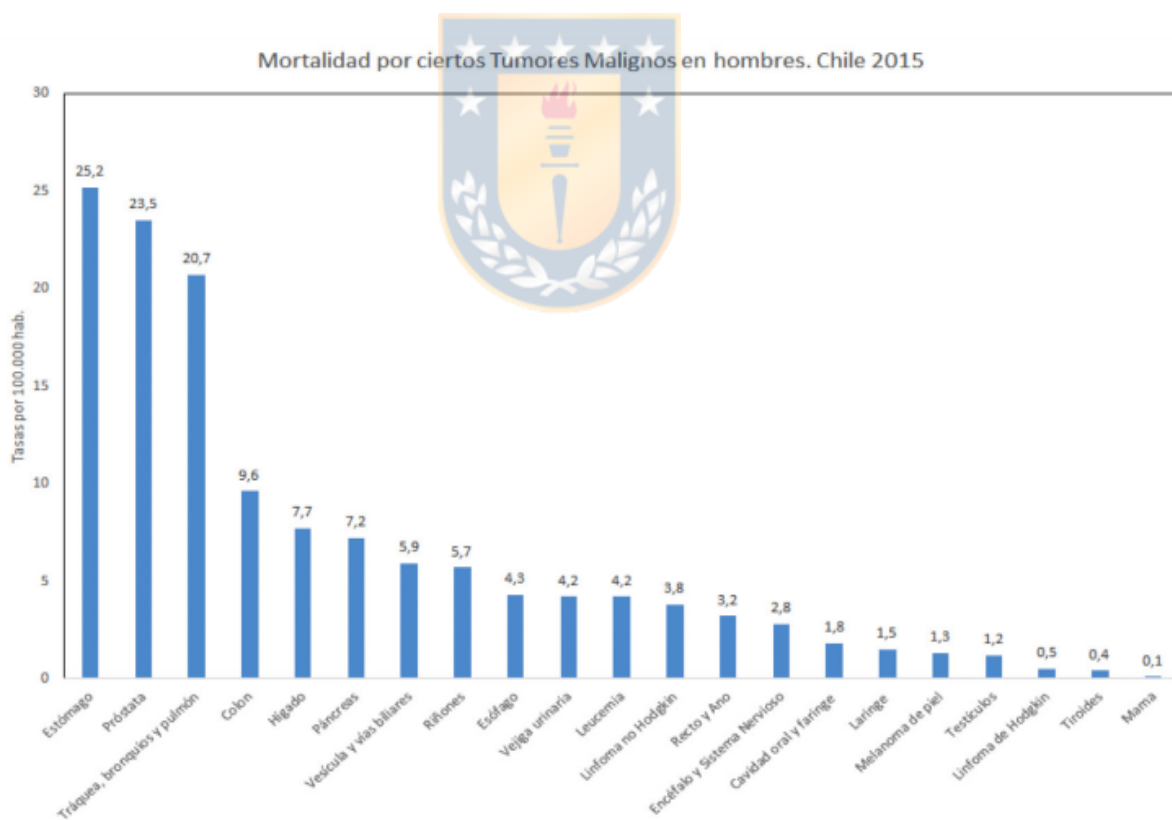


Fuente: DEIS-MINSAL, 2018

En el 2015 se encontró que las principales causas de muertes según sexo correspondieron a lo siguiente:

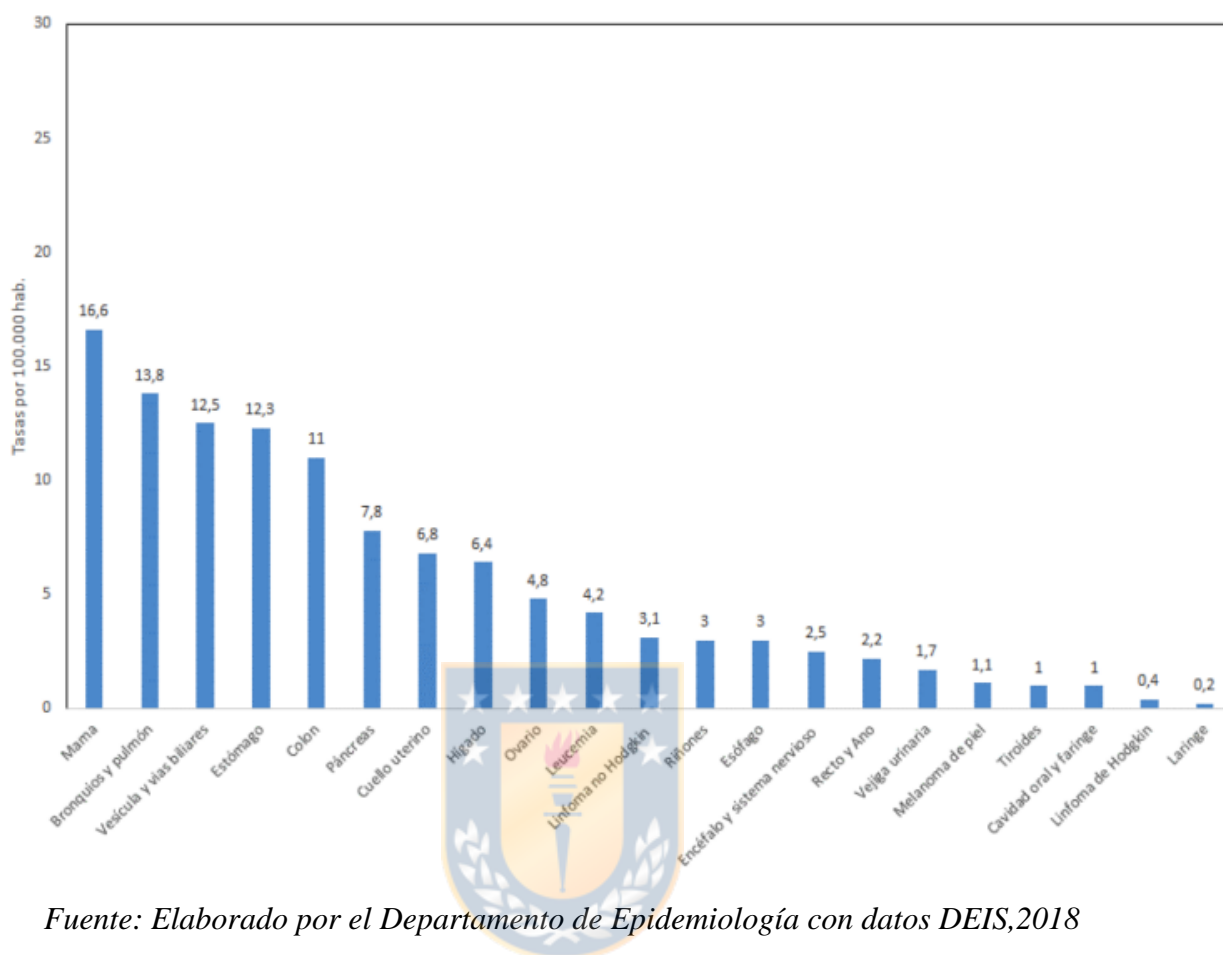
- Hombres: Cáncer de estómago, con 2.247 muertes (25.2 por cada 100.000 habitantes), cáncer de próstata con 2.097 muertes (23.5 por 100.000) y de pulmón con 1.845 muertes (20.7 por cada 100.000 habitantes. (Figura 3)
- Mujeres: El cáncer de mama lidera con 1.511 muertes (16.6 por cada 100.000 habitantes), seguido por el cáncer de pulmón con 1.262 muertes (13.8 por cada 100.000 habitantes. (Figura 4)

Figura 3: Mortalidad por ciertos tumores malignos en hombres. Chile 2015. Tasa cruda por 100.000 habitantes



Fuente: Elaborado por el Departamento de Epidemiología con datos DEIS,2018

Figura 4: Mortalidad por ciertos tumores malignos en mujeres, Chile 2015.



Fuente: Elaborado por el Departamento de Epidemiología con datos DEIS, 2018

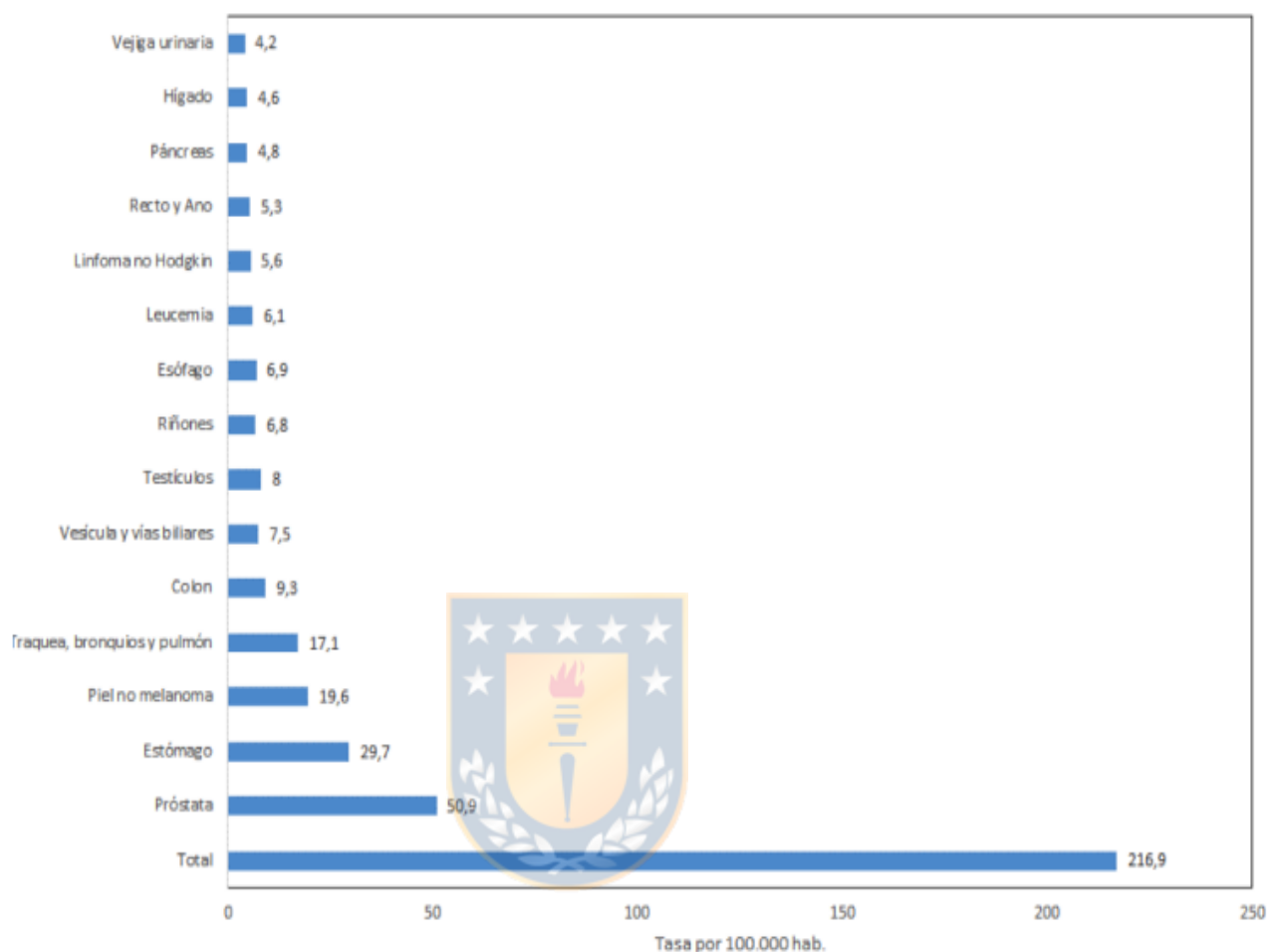
2.2 Incidencia

Para el quinquenio 2003-2007 a nivel nacional la tasa bruta estimada para el total de cáncer fue de 216.9 por 100.000 habitantes. Según sexo correspondió a:

Hombres: tasa de 216.9 por 100.000 habitantes. Las tasas más altas correspondieron a cáncer de próstata, estómago, piel no melanoma, tráquea, bronquio y pulmón, colon y testículo. (14) (Figura 5)

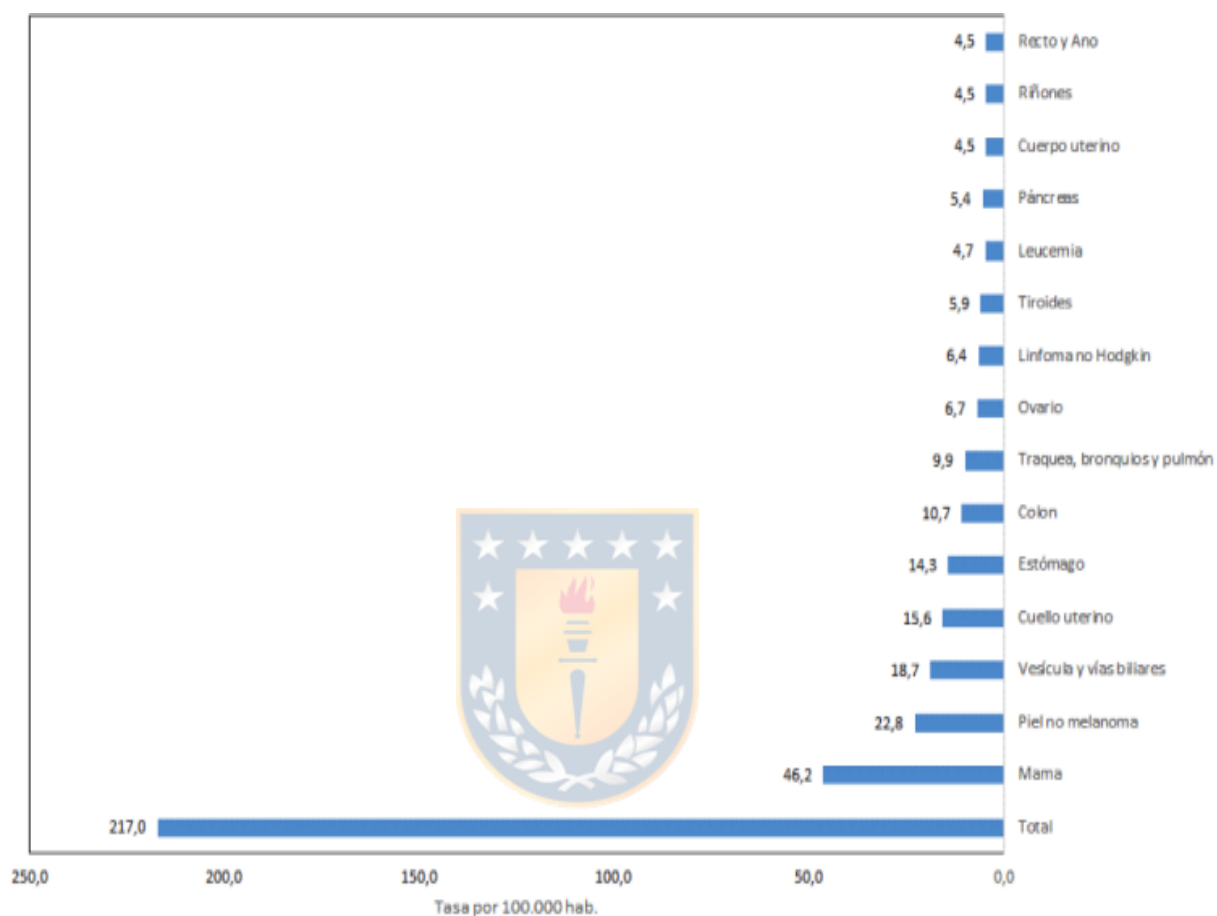
Mujeres: tasa 217 por 100.000 habitantes. Las tasas más altas correspondieron a cáncer de mama, piel no melanoma, vesícula biliar, cuello uterino, estómago y colon. (14) (Figura 6)

Figura 5: Estimaciones de incidencia de cáncer en hombres. Chile 2003-2007. (Tasa bruta de incidencia por 100.000 habitantes)



Fuente: Puesta al día de la Situación Epidemiológica del cáncer en Chile. Departamento de Epidemiología. MINSAL. http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/10/PUESTA_AL_DÍA_DE_SITUACIÓN_EPIDEMIOLOGÍA_DEL_CANCER_EN_CHILE_2018_DEPT_EPIDEMIOLOGIA_junio_2018.pdf.

Figura 6: Estimaciones de incidencia de cáncer en mujeres. Chile 2003-2007. (Tasa bruta de incidencia por 100.000 habitantes)

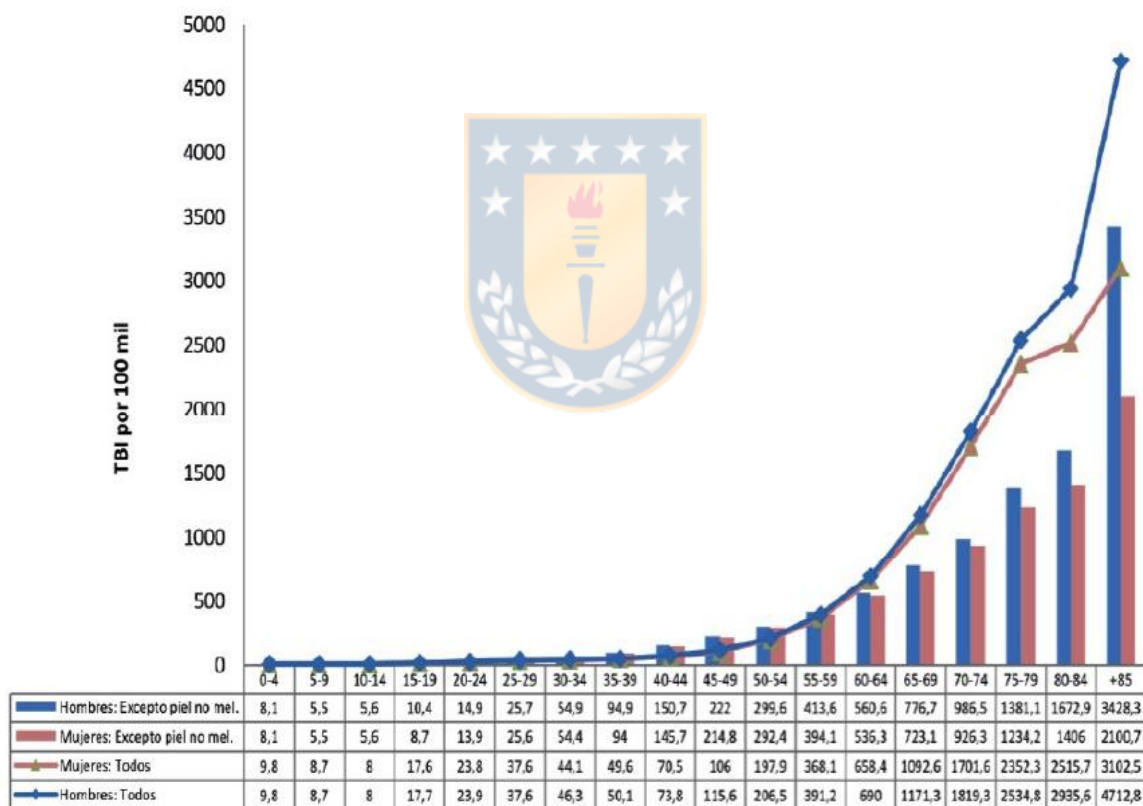


Fuente: Puesta al día de la Situación Epidemiológica del cáncer en Chile. Departamento de Epidemiología. MINSAL. http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/10/PUESTA_AL_DÍA_DE_SITUACIÓN_EPIDEMIOLOGÍA_DEL_CANCER_EN_CHILE_2018_DEPT_EPIDEMIOLOGIA_junio_2018.pdf.

2.3 Distribución por edad

El cáncer corresponde a una patología que se puede presentar a lo largo del ciclo vital, sin embargo, según los resultados de las estimaciones del “Primer informe de Registros Poblacionales de Cáncer de Chile del Quinquenio 2003-2007 (RCP), se puede observar que en ambos sexos el número de casos nuevos se incrementa de acuerdo como avanza la edad de la población. (Figura 7)

Figura 7: Estimaciones de incidencia de cáncer en hombres y mujeres según edad. Chile 2003-2007 (Tasa bruta de incidencia por 100.000 habitantes)



Fuente: Primer informe de Registros Poblacionales de Cáncer de Chile. Quinquenio 2003-2007. Elaborado por Departamento de Epidemiología con datos DEIS, MINSAL, 2012.

De acuerdo a un cálculo de sobrevida en la población adulta en personas mayores de 15 años realizado por 4 registros poblacionales de cáncer (RCP), diagnosticados entre 1998 y 2012 con seguimiento hasta el 2015, realizado en regiones de Antofagasta y Los Ríos, y las Provincias de Concepción y Biobío, se identificó como resultado que la sobrevida observada para el total de cánceres a 5 años era de 42.8% para ambos sexos (40% en hombres y 45.8% en mujeres) mientras que la sobrevida relativa era de 49.6% para ambos sexos (45.6% en hombres y de 53.9% en mujeres).

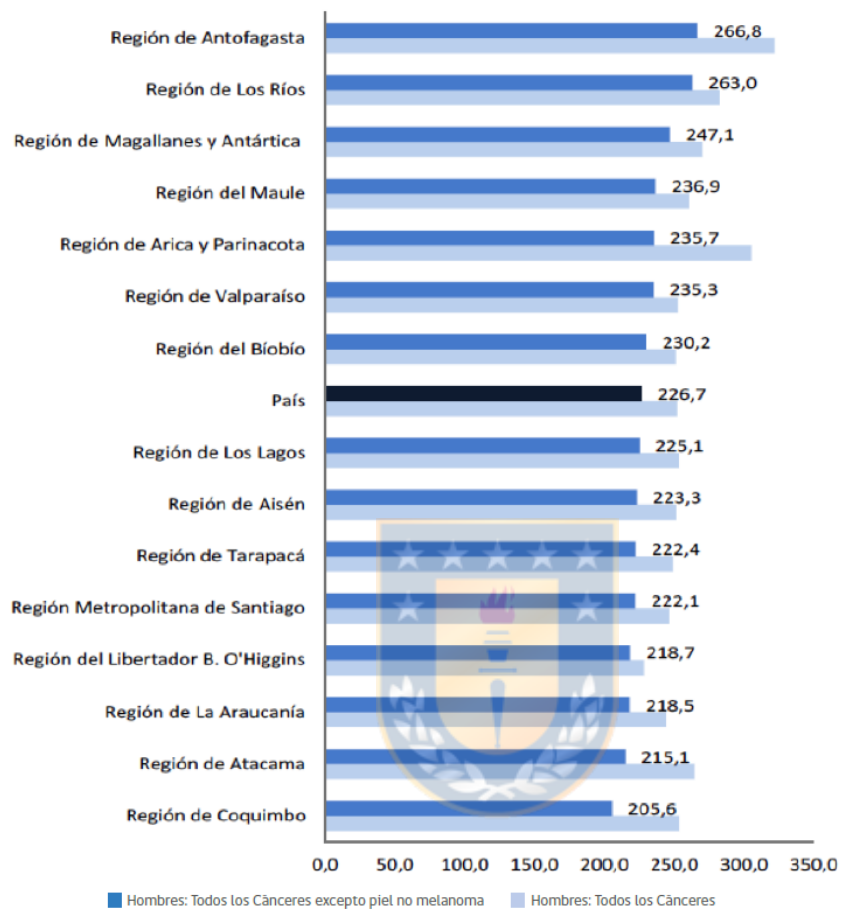
2.4 Distribución geográfica

Existen diferencias en las incidencias totales y específicas de cáncer según revela los RCP en las regiones del país.

La mayor incidencia de cánceres en el norte del país se debe probablemente a factores ambientales, como, por ejemplo, la exposición a arsénico. Así en las regiones del sur de nuestro país predominan los cánceres de los órganos digestivos. (15).

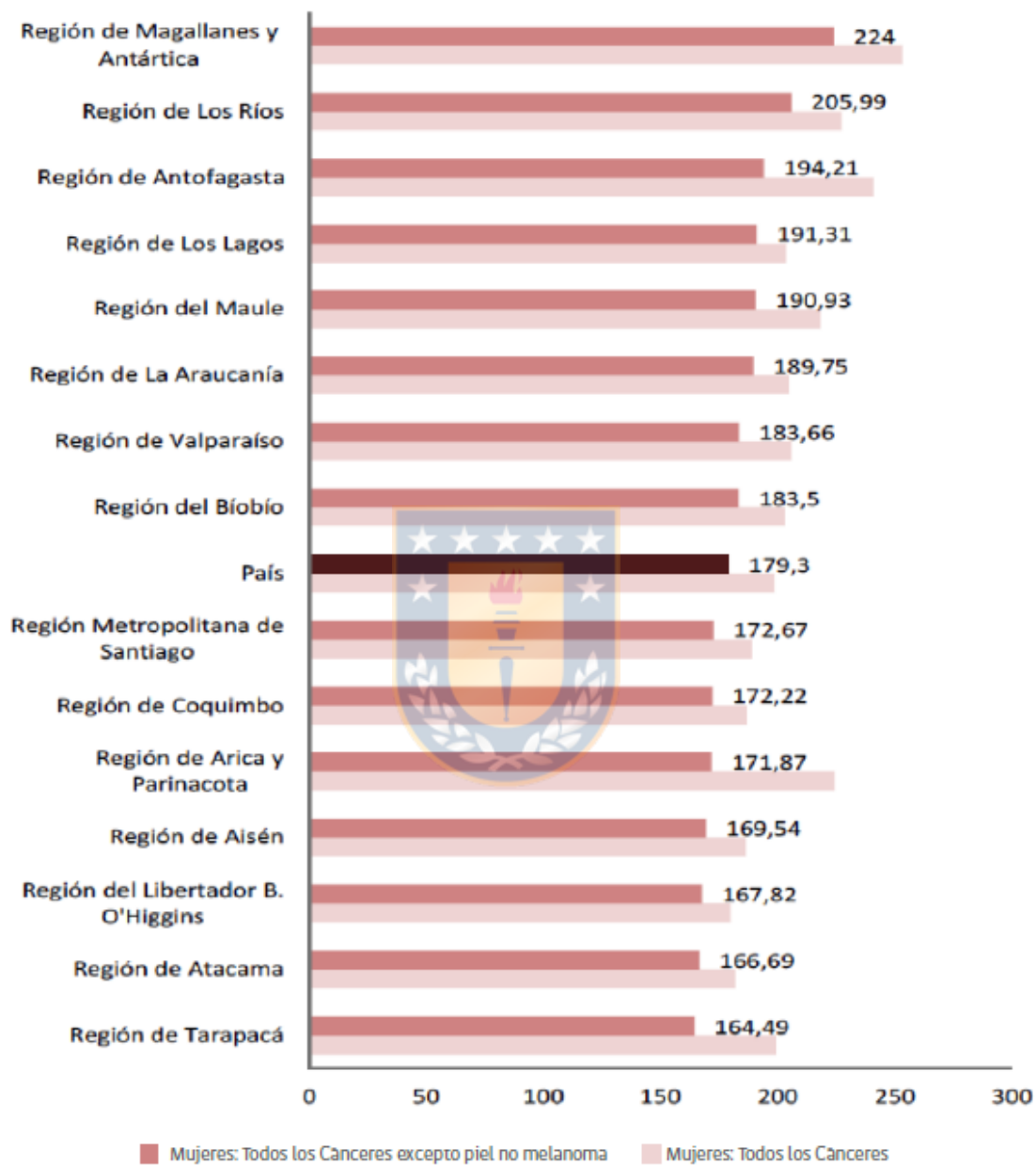
Existen diferencias a nivel de las distintas regiones a nivel nacional. En las regiones de Antofagasta y de Los Ríos quienes presentan la mayor incidencia a la tasa nacional son los hombres (Figura 8). En el caso de las mujeres, en cambio, las tasas más altas fueron en las regiones de Magallanes y Los Ríos. (14) (Figura 9)

Figura 8: Estimaciones de incidencia en hombres según regiones. Chile 2003-2007. (Tasa bruta de incidencia por 100.000 habitantes)



Fuente: Primer informe de Registros Poblacionales de Cáncer de Chile, Quinquenio 2003-2007. Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud.

Figura 9: Estimaciones de incidencia en mujeres según regiones. Chile 2003-2007. (Tasa bruta de incidencia por 100.000 habitantes)



Fuente: Primer informe de Registros Poblacionales de Cáncer de Chile, Quinquenio 2003-2007. Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud.

2.5 Egresos hospitalarios

A nivel hospitalario en el periodo 2010-2016 el total de egresos por todos los cánceres alcanzó 522.477. Dentro de las 10 causas más frecuentes de hospitalización por cáncer, en un periodo de estudio de 7 años, correspondieron al total de 260.444 egresos hospitalarios, representando aproximadamente la mitad de los egresos por cáncer (49,84%). La causa más frecuente correspondió a cáncer de mama con 52.650 egresos, seguido por la leucemia linfoblástica aguda, con 31.076 y el cáncer de estómago con 29.688 egresos. La cuarta causa de mayor frecuencia fue el cáncer de colon, y si se suma el cáncer de recto (décimo en frecuencia) suman un total de 41.681 egresos. Correspondiendo a ser la segunda causa de egreso el cáncer colorrectal.

Con relación al número de egresos totales en el periodo 2010-2016 las 10 causas más frecuentes según sexo corresponden a:

- Hombres: Alcanza 131.522 egresos hospitalarios y sus causas más frecuentes fueron, cáncer de próstata (24.611), cáncer de estómago (19.907), leucemia linfoblástica aguda (17.892) y el cáncer de colon (12.224). (Tabla 5)
- Mujeres: Acumulan un total de 164.223 egresos y sus causas más frecuentes fueron, cáncer de mama (52.189), cáncer de tiroides (20.488), cáncer de cuello uterino (16.946), cáncer de ovario (14.198) y leucemia linfoblástica aguda (13.184). (Tabla 5)

Tabla 5: Diez causas oncológicas más frecuentes según registros de egresos hospitalarios en ambos sexos y todas las edades. Chile, 2010-2016.

Masculino			Femenino		
Código	Diagnóstico	Total	Código	Diagnóstico	Total
C61	Tumor maligno de la próstata	24.611	C509	Tumor maligno de la mama, parte no especificada	52.189
C169	Tumor maligno del estómago, parte no especificada	19.907	C73	Tumor maligno de la glándula tiroides	20.488
C910	Leucemia linfoblástica Aguda (LLA)	17.892	C539	Tumor maligno del cuello del útero, sin otra especificación	16.946
C189	Tumor maligno del colon, parte no especificada	12.224	C56	Tumor maligno del ovario	14.198
C629	Tumor maligno del testículo, no identificado	11.983	C910	Leucemia linfoblástica Aguda (LLA)	13.184
C859	Linfoma no Hodgkin, no especificado	11.233	C189	Tumor maligno del colon, parte no especificada	12.834
C349	Tumor maligno de los bronquios o del pulmón, parte no especificada	10.716	C169	Tumor maligno del estómago, parte no especificada	9.781
C20	Tumor maligno del recto	9.013	C859	Linfoma no Hodgkin, no especificado	8.954
C679	Tumor maligno de la vejiga urinaria, parte no especificada	8.323	C349	Tumor maligno de los bronquios o del pulmón, parte no especificada	7.957
C64	Tumor maligno del riñón, excepto de la pelvis renal	5.620	C541	Tumor maligno del endometrio	7.708
Subtotal	Causas anteriores	131.522	Subtotal	Causas Anteriores	164.239
Subtotal	Resto	111.858	Subtotal	Resto	114.840
TOTAL		243.380	TOTAL		279.079

Fuente: DEIS, Ministerio de Salud

En relación con el rango etario los egresos hospitalarios totales por año disminuyeron en los menores de 15 años de un 13.05% en el 2010 a un 6,35% en el 2016. En cambio, en el rango de 15-64 años se eleva de un promedio de 52.7% a un 55.3% en los años mencionados. Y en grupo de 65 años y más sube de un 34.2% a un 38.3%. (Tabla 6)

Tabla 6: Egresos hospitalarios según grupo de edad. Chile, 2010 a 2016. (Número de egresos y porcentaje entre paréntesis. Columna “total” equivale a la suma de los valores y promedio del período entre paréntesis)

Grupo de edad	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
<15	9182 (13.05)	9490 (13.00)	6483 (8.97)	6012 (8.16)	6284 (8.40)	5410 (7.05)	5182 (6.35)	48043 (9.20)
15-64	37099 (52.72)	38069 (52.13)	39771 (55.02)	40840 (55.45)	40359 (53.96)	41973 (54.72)	45181 (55.34)	283292 (54.22)
65 y más	24083 (34.23)	25465 (34.87)	26028 (36.01)	26806 (36.39)	28152 (37.64)	29322 (38.23)	31286 (38.32)	191142 (36.58)
Total	70364	73024	72282	73658	74795	76705	81649	522477

Fuente: DEIS, Ministerio de Salud.

Los estilos de vida y factores de riesgo presentes en la población se asocian a la distribución de egresos hospitalarios según rango etario. Influenciados a la vez por el modelo de atención y las políticas y programas que garantizan el acceso, oportunidad, calidad y protección financiera a un grupo de cánceres correspondientes al 75% aproximadamente, incluidos en las Garantías explícitas en Salud (GES). Dando cuenta a un porcentaje que no se encuentra dentro de esta categoría, sin embargo, existen otros apoyos tales como, Pago por Prestaciones Valoradas (PPV), Ley Ricarte Soto para medicamentos de alto costo y el Auxilio Extraordinario.

2.6 Carga de enfermedad

Tradicionalmente la evaluación del estado de salud de las personas se ha centrado en indicadores tales como incidencia y mortalidad que limitan la información que puede influir en el patrón salud-enfermedad, ya que, a la vez pueden influir problemas de salud adicionales en la población de edad más avanzada, dónde se concentra la mayor cantidad de

defunciones, lo que limita la evaluación del deterioro de la calidad de vida y discapacidad desagregadas por sexo y edad. (16).

Lo anterior ha conllevado a determinar la necesidad de crear indicadores que midan otros aspectos que influyen en el estado de salud de la población, tales como el estado funcional y la calidad de vida. (17)

Ha sido necesario estudios que integran componentes esenciales, como por ejemplo los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA), indicadores que evalúa la pérdida de salud producto de la enfermedad, discapacidad y muerte, expresada en una medida común correspondiente al tiempo en años.

Los AVISA son la suma de los Años de Vida Perdidos por Muerte prematura (AVPM), en este caso por efecto del cáncer y los Años de Vida Vividos con Discapacidad (AVD), lo que permite una mirada más amplia de la vida de la población. (18)

En Chile durante los años 1996 (con información de los años 1992-1993) y el 2010 (con datos del 2007) se han realizado estudios de carga de enfermedad, con lo cual el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud ha utilizado información para calcular los AVISA.



2.7 Factores y conductas de riesgo en cáncer

El Nacional Cancer Institute (NCI) menciona que existen factores de riesgos directamente relacionados a la probabilidad de padecer cáncer tales como: exposición a determinados agentes y ciertas conductas como la alimentación poco saludable, inactividad física, obesidad, consumo de tabaco y alcohol, así también ciertos factores ocupacionales y ambientales. (19)

Se ha demostrado que un 30 a 40% de los cánceres son prevenibles, siendo los mayores factores de riesgo el tabaco, la dieta y composición corporal. (20)

RELEVANCIA

Existe una clara deuda en relación con la categoría de género como entidad inclusiva a la hora de actuar en los diversos campos de la salud, influyendo directamente en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y eficaz para ambos sexos.

El 30 de marzo del 2015 se creó la unidad de género ministerial, cuyo objetivo es “contribuir a que todas las políticas, programas, documentos y acciones del Ministerio de Salud, incorporen perspectiva de género y derechos humanos, favoreciendo así la igualdad y equidad entre mujeres y hombres y la efectiva realización de los derechos en salud de la población”.⁴

Hay que tener en cuenta que las investigaciones, guías clínicas y, por ende, las prácticas clínicas del equipo de salud están orientadas bajo un modelo androcéntrico extrapolado a la salud de las mujeres.

Actualmente el cáncer es un problema de salud a nivel mundial, que involucra una serie de determinantes sociales que hacen de esta patología un desafío multidisciplinar y una clara deuda social al manifestar cómo las diferencias sociales inciden tanto en el desarrollo de la enfermedad como en el tratamiento y pronóstico de las personas afectadas, sin tener en cuenta los sesgos de género que pudiesen estar presentes en la realidad oncológica.

Además de producir millones de muertes anualmente, esta enfermedad genera altos costos tanto a nivel económico como social, secundario a los costos en el tratamiento, sumado a la disminución en la productividad laboral tanto a nivel individual como familiar.

Las estadísticas actuales muestran mayor incidencia en hombres que en mujeres, sin embargo, se estima que para el siguiente decenio el Cáncer corresponda a la primera causa de muerte en Chile y de Años de Vida Saludable Perdidos (AVISA), repercutiendo primero en la población femenina (Plan Nacional del Cáncer 2018-2028). Lo que hace cuestionar ¿Existe un sesgo de género en el diagnóstico y tratamiento de cáncer en la población femenina? Teniendo en cuenta que, de acuerdo con las características biopsicosociales del género femenino las mujeres tienen mayor riesgo de desarrollar una patología oncológica frente a la exposición de algunas sustancias nocivas.

Al destacar la diversidad de variables que inciden en el desarrollo de la enfermedad

⁴ Resolución Exenta N°136 del 30 de marzo de 2015. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile

oncológica, es importante la unión de las diversas disciplinas para enfrentar esta realidad epidemiológica, que evidencia la asociación del cáncer y las siguientes determinantes de la salud⁵: nivel socioeconómico, nivel educacional, condiciones laborales, calidad de recursos básico como el agua y diversos servicios sanitarios, factores de riesgo como la mal nutrición o estilos de vida no saludables, además de condiciones estructurales asociadas a políticas públicas, socioeconómicas, culturales y medioambientales.

A través de la realidad fisiológica de la mujer versus la realidad oncológica actual se pretende identificar la existencia de sesgo de género en problemas de salud comunes a mujeres y hombres, como lo es el cáncer. Y a la vez analizar si existen sesgos de género en relación con diagnósticos y/o en el esfuerzo terapéutico frente a enfermedades padecidas por hombres y mujeres bajo la mirada propuesta por Ruiz-Canteros. Clarificando las diferencias anatómicas y psicosociales que pudiesen interferir en las diferencias sintomáticas entre ambos sexos.



⁵ *Los determinantes sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile*

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Actualmente en el sistema de salud existe una clara deuda en relación con la categoría de género como entidad inclusiva a la hora de actuar en los diversos campos de la salud, influyendo directamente en el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y eficaz para ambos sexos.

El 30 de marzo del 2015 se creó la unidad de género ministerial, cuyo objetivo es “contribuir a que todas las políticas, programas, documentos y acciones del Ministerio de Salud, incorporen perspectiva de género y derechos humanos, favoreciendo así la igualdad y equidad entre mujeres y hombres y la efectiva realización de los derechos en salud de la población”⁶.

La relación entre sexo biológico, construcción social de género y patrón salud-enfermedad, es compleja. Seguramente por las similitudes de las enfermedades en ambos sexos, o quizás por la falta de registro de las diferencias en la sintomatología de ambos sexos. La perspectiva de género busca transparentar estas diferencias y lograr la equidad en la atención en salud, que debiese tener su base en las investigaciones libres de sesgos de género extrapoladas en la formación de las diversas ramas de la medicina.

Las mujeres presentan una incidencia más alta de morbilidad y discapacidades durante la vida que los hombres, sobre todo porque acumulan muchas más enfermedades crónicas que los hombres (Valls-Llobet C. 1991).⁷

El desarrollo de las mujeres está influenciado en gran medida por la falta equidad de género en salud que repercute directamente en el mayor tiempo durante su vida de estar con sintomatologías que alteran su grado de bienestar.

La interacción continua entre el individuo y su entorno, tanto materia viva como inerte genera la historia de vida de cada ser. Así el espacio del tiempo y sus variaciones a nivel

⁶ <https://www.minsal.cl/unidad-de-genero/>

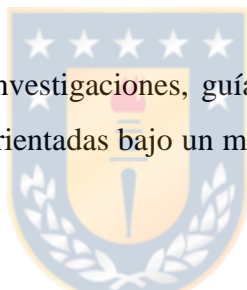
⁷ Valls-Llobet, C. *Aspectos de la Morbilidad Femenina Diferencial. Informe De Situación Quadern Caps.1991;16:8-32.*

ambiental y terrestre ha conllevado a cambios radicales a nivel biológico, incidiendo en la variación epidemiológica del patrón salud-enfermedad de la población, sin tener en cuenta las variables de género y biológicas que otorgan las diferencias corporales en una sociedad politizada.

El contexto biopsicosocial que entrega particularidades al cuerpo de la mujer y a su forma de vivir, tiene implicancias en su patrón salud-enfermedad, bajo un modelo biomédico que se sustenta bajo una visión androcéntrica, que conlleva a mantener ocultas las particularidades del género femenino.

El desarrollo de las mujeres está influenciado en gran medida por la falta equidad de género en salud que repercute directamente en el mayor tiempo durante su vida de estar con sintomatologías que alteran su grado de bienestar.

Hay que tener en cuenta que las investigaciones, guías clínicas y, por ende, las prácticas clínicas del equipo de salud están orientadas bajo un modelo androcéntrico extrapolado a la salud de las mujeres.



Actualmente el cáncer es un problema de salud a nivel mundial, que involucra una serie de determinantes sociales que hacen de esta patología un desafío multidisciplinar y una clara deuda social, al manifestar cómo las diferencias sociales inciden tanto en el desarrollo de la enfermedad como en el tratamiento y pronóstico de las personas afectadas, sin tener en cuenta los sesgos de género que pudiesen estar presentes en la realidad oncológica.

El avance de la tecnología ha modificado ámbitos a nivel físico y hábitos de la vegetación y ganado, modificando estilos de vida a lo largo del paso del tiempo. Y tal cómo lo mencionaba Rachel Carson, “Permitimos que caiga la mortal lluvia química como si no hubiera otra alternativa”, impactando a corto, mediano y largo plazo en la calidad de vida de todo el entorno involucrado.

Además, de producir millones de muertes anualmente, la enfermedad oncológica genera altos costos tanto a nivel económico como social, secundario a los costos en el tratamiento,

sumado a la disminución en la productividad laboral tanto a nivel individual como familiar.

Las estadísticas actuales muestran mayor incidencia en hombres que en mujeres, sin embargo, se estima que para el siguiente decenio el cáncer corresponda a la primera causa de muerte en Chile y de Años de Vida Saludable Perdidos (AVISA), repercutiendo primero en la población femenina (Plan Nacional del Cáncer 2018-2028). Lo que hace cuestionar ¿Existe un sesgo de género en el diagnóstico y tratamiento de cáncer en las mujeres? Teniendo en cuenta que, de acuerdo con las características biopsicosociales del género femenino, las mujeres tienen mayor riesgo de desarrollar una patología oncológica frente a la exposición de algunas sustancias nocivas.

Los países que se encuentran en procesos de desarrollo económico están mostrando la realidad de cambios epidemiológicos en su población, incrementando el riesgo de adquirir tipos de cáncer propios de economías no industrializadas tales como: cáncer de mama, próstata, entre otros. La realidad del caso de América Latina es que la mortalidad secundaria a causa oncológica aumentara en un 106% en los próximos años, siendo la primera causa de muerte estimada para el año 2023 a nivel nacional, afectando los años de vida perdidos por discapacidad principalmente en la población femenina⁸. Los años de vida saludables perdidos (AVISA) corresponde a un indicador de la carga de la enfermedad correspondiente a la medida de las pérdidas de salud ocasionadas por las consecuencias mortales y no mortales de las enfermedades y lesiones en una población⁹.

Al destacar la diversidad de variables que inciden en el desarrollo de la enfermedad oncológica, es importante la unión de las diversas disciplinas para enfrentar esta realidad, que evidencia la asociación del cáncer con las siguientes determinantes de la salud : nivel socioeconómico, nivel educacional, condiciones laborales, calidad de recursos básico como el agua y diversos servicios sanitarios, factores de riesgo como la mal nutrición o estilos de vida no saludables, además de condiciones estructurales asociadas a políticas públicas, socioeconómicas, culturales y medioambientales.

⁸ Programa Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud. Chile, 2018-2028

⁹ Pereira C, Joaquín. Medición de salud y carga de enfermedad. Manual de dirección médica y gestión clínica: Diaz de Santos; 2006. p. 112 - 132.

Se pretende identificar la existencia de sesgo de género en problemas de salud comunes a mujeres y hombres, como lo es el cáncer. Y a la vez analizar si existen sesgos de género en relación con diagnósticos y/o en el esfuerzo terapéutico frente a enfermedades padecidas por hombres y mujeres bajo la mirada propuesta por Ruiz-Canteros, clarificando las diferencias anatómicas y psicosociales que pudiesen interferir en las diferencias sintomáticas entre ambos sexos.

Las desigualdades de género muchas veces invisibilizadas en la sociedad, ha conllevado a la construcción de cuerpos politizados enmascarando su repercusión en el patrón salud enfermedad. Las diferencias biológicas como psicosociales de la mujer tiene repercusión directa e indirectamente en su continuo de salud-enfermedad. La estandarización en la atención médica y no médica del equipo de salud a cargo de la población desvalora información relevante a la hora de pesquisar de forma oportuna sintomatología relevante y de programar cuidados que pueden incidir en un tratamiento óptimo según las necesidades individualizadas de la persona que consulta.

En la historia del cáncer desde su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, inclusive en la etapa terminal, existen variables relevantes en el afrontamiento de la patología oncológica que a la vez está directamente relacionada con determinantes sociales de salud, incluyendo a la vez las características propias del género.

En este decenio donde va en aumento la incidencia de Cáncer en la población femenina es importante visibilizar cómo los sesgos de género se hacen presente en la atención de salud oncológica por parte del equipo médico y no médico y de qué manera estos pueden repercutir en las mujeres diagnosticadas con cáncer.

Durante mi recorrido como Enfermera en Servicios de Oncología, en conjunto como Docente adjunta en la formación de futuros profesionales del área de Enfermería ha surgido mi interés por investigar cómo los sesgos de género en la atención de salud se hacen presentes en el continuo salud-enfermedad.

Como mujer y enfermera en el área oncológica estoy expuesta a sustancias citotóxicas¹⁰ a diario. En este recorrido he sido diagnosticada de Cáncer en dos oportunidades a lo largo de mi recorrido profesional, lo cual me ha inspirado en indagar en relación con esta temática, con la finalidad de contribuir en la visibilidad de género a la hora de diferenciar características relevantes de la construcción del cuerpo femenino y sus repercusiones a nivel de salud integral.

Destacando que cada día son más los afectados por diversos tipos de Cáncer, convirtiéndose en una de las principales causas de muerte a nivel mundial¹¹.



¹⁰ Sustancia que elimina células, como las cancerosas. Estos medicamentos pueden impedir que las células cancerosas se dividan y crezcan, y pueden disminuir el tamaño de los tumores. (NIH. National Cancer Institute)

¹¹ Estimaciones informadas por la IARC (Agencia para la Investigación en Cáncer).

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

Históricamente las diferencias de género precedieron a la de sexo, definido en un paradigma androcéntrico sustentado en bases sociales y políticas.

Laqueur (1994) realiza una referencia histórica en relación con la construcción del cuerpo presentando dos modelos: el modelo de sexo único y el modelo de dos sexos o dimorfismo sexual.

Se presentan ambos modelos con la finalidad de vislumbrar, como esta visión androcéntrica ha marcado la base en el patrón salud-enfermedad tanto de mujeres como de hombres y en la formación biomédica del personal de salud. Destacando la importancia de poder identificar bajo que mirada prestan atención de salud el equipo médico y no médico.

1.1 Modelo de sexo único



El modelo de sexo único viene desde la antigüedad griega y se mantiene hasta el siglo XVII, sus principales exponentes corresponden a Galeno y Aristóteles. (21)

Modelo sustentado en donde la interpretación del cuerpo era en relación con sus significados culturales, otorgando a la vez un rango social. Así el sexo correspondía a una categoría sociológica y no ontológica generadora de estatus y poder.

Galeno en el siglo II d.C. desarrolló el modelo más aceptado y duradero de la identidad estructural, aunque no espacial, de los órganos reproductores masculinos y femeninos. Demostró finalmente que las mujeres eran esencialmente hombres en los cuales una falta de calor vital -de perfección- se había traducido en la retención, en el interior, de las estructuras visibles en el hombre (genitales). Destacando que las diferencias entre ambos sexos, era la perfección y poder de uno (hombre) y la imperfección y debilidad del otro (mujer). (22)

Aristóteles en su postura filosófica insistió en los dos sexos, masculino y femenino. Pero insistió también en que las características que distinguían la virilidad eran inmateriales y, como naturalista, discutió las distinciones orgánicas entre los sexos, produciendo un discurso según el cual una sola carne podía clasificarse, ordenarse y distinguirse según lo requirieran las circunstancias particulares. El filósofo definía al hombre como la causa eficiente de la generación entregando la forma, en contraparte la mujer representaba la causa material entregando la materia.

El modelo de sexo único, sustentado en el modelo galénico repercutió en el pensamiento médico en el patrón salud enfermedad durante siglos. Así lo demuestra el modelo ginecológico que fundó Sorano de Éfeso médico del siglo II, cuyo pensamiento y formación se basó en Galeno. Modelo que marcó una fuente de alta tradición ginecológica durante los 15 siglos posteriores a su época.

Por otro lado, el anatomista inglés Helkiah Crooke a pesar de que identificó diferencias histológicas entre la matriz femenina y el escroto del aparato genital masculino termina, contradictoriamente, recayendo en las bases de Galeno. (23)

No obstante, el médico inglés Willian Harvey identifica que toda vida procede de un huevo, hallazgo que da un giro a la explicación de la generación. Harvey sustenta que el primordio femenino corresponde a la causa material y eficiente de la generación, abandonando la explicación Aristotélica. Hito que marca un paso crucial hacia el dimorfismo sexual. (24)

1.2 Modelo de dos sexos o dimorfismo sexual

En el siglo XVII surge la creación del modelo de dos sexos o dimorfismo sexual, el cual se define bajo un carácter epistemológico y un carácter Político. Desde el carácter epistemológico separa lo posible de lo imposible, el sexo biológico del género histriónico. (25)

La segunda parte de la explicación epistemológica la da Foucault a finales del siglo XX haciendo referencia a que "la relación de microcosmos a macrocosmos debería concebirse como garantía del conocimiento y límite de su expansión". Dicho de otro modo, la labor cultural que en el modelo de una carne había hecho el género se volcaba ahora en el sexo. (26)

El dimorfismo sexual definido desde el carácter político destaca como a finales del siglo XVII, las diversas corrientes intelectuales que hicieron posible la transformación del conocimiento humano denominada revolución científica - baconianismo, mecanicismo cartesiano, epistemología empirista, síntesis newtoniana- habían socavado radicalmente toda forma galénica de comprender el cuerpo en relación con el cosmos.

La medicina americana de los dos primeros tercios del siglo XIX estuvo todavía dominada por terapias esencialmente galénicas para restablecer el equilibrio natural, por otro lado, a principios del siglo XIX se observó en Francia un importante resurgimiento hipocrático.

En la segunda mitad del siglo XIX, la teoría celular permitió que se entendiera la concepción como fusión de dos células distintas, lo que apuntaba la posibilidad de que machos y hembras reconocibles fueran de algún modo proyecciones de productos germinativos radicalmente diferentes. Pero la revolución del ADN vino de nuevo a arrancar el sexo de la concepción; las hélices del ADN no dan soporte a una visión del dimorfismo sexual.

Sin embargo, a pesar de que el modelo ha cambiado radicalmente a lo largo del tiempo, la condición de inferioridad de la mujer se mantiene. Las repercusiones de un modelo que mantuvo a la mujer bajo el alero del hombre, destacando constantemente su "debilidad" frente al sexo masculino, mantiene hasta la actualidad sesgos en la formación de los profesionales de la salud, al no ser visibilizadas las diferencias entre sexos, asociadas a su género.

2. Sexo y género

El sexo y el género son construcciones sociales, respaldadas por planteamientos de orden cultural y psicológicos que han conllevado por décadas a normas de comportamiento “normalizadas” en un cuerpo que deambula en una sociedad “encasillada” por modelos estereotipados. Modelos que dirigen una subjetividad “sexuada” de las personas en una sociedad androcéntrica, donde las mujeres se sustentan o “las” sustentan bajo la sombra de la vulnerabilidad en la diversidad de sus roles.

Stoller (1968) ya en la década de los sesenta formula el término “género”, haciendo referencia a que:

“... es un término que tiene connotaciones psicológicas y culturales más que biológicas; si los términos adecuados para el sexo son varón y hembra, los correspondientes a género son masculino y femenino y estos últimos pueden ser bastantes independientes del sexo biológico.” (27)

Por su parte Foucault en su obra “La historia de la sexualidad”, afirma que el sexo: “Agrupa una mirada artificial, elementos anatómicos, funciones biológicas, conductas, sensaciones, placeres y permitió el funcionamiento como principio causal de esa misma unidad ficticia”. (28)

Por tanto, el sexo estaría entregado por la naturaleza al momento de la “construcción biológica de nuestro cuerpo” para que en el intercambio social la “cultura” lo dirija a un comportamiento “normado” por una sociedad que daría las pautas de comportamiento estandarizadas.(29) El binomio sexo-género fue creado en la década de los setenta por un grupo de feministas anglófonas, las que destacan como el comportamiento “normado” por una sociedad que subyace a la mujer y enaltece, por el contrario, al hombre ha conllevado a “aceptar” que la biología las hace nacer más débiles y desenvolverse en una cultura, que a la vez las hace vivir más vulnerables. (29)

El binomio sexo/género según Rubin (1975) corresponde a: “El sistema de relaciones sociales que transforma la sexualidad biológica en productos de actividad humana y en el

que se encuentran las resultantes necesidades sexuales históricamente específicas”. (30)

Witting (1980) en su libro *The Straight mind* define sexo y género como construcciones sociales y considera las actividades asociadas a lo femenino, la reproducción, el matrimonio y el cuidado de los hijos, como elementos coercitivos que condicionan socialmente a las mujeres. (31)

Así el Género entrega las ideas normalizadas, viviendo bajo comportamientos establecidos en la sociedad. Destacando la importancia de las interacciones humanas en la represión de un estatus. Ahora bien, siendo el género una “construcción social” ¿estamos verdaderamente reprimidos bajo una atadura sin fin?

Ya afirmaba Butler que:

“Al teorizar que el género es una construcción radicalmente independiente del sexo, el género mismo viene a ser un artificio libre de ataduras; en consecuencia, hombre y masculino podrían significar tanto un cuerpo femenino como uno masculino; mujer y femenino, tanto un cuerpo masculino como femenino.” (32)

La diversidad de roles que tiene la mujer según lo que espera la sociedad ha generado un impacto en la salud psíquica de estas, lo cual muchas veces no se incorporan a la hora de una atención por parte del equipo de salud, al ser vistas bajo un modelo androcéntrico.

3. Género y construcción del cuerpo

Las características biológicas determinan un ciclo vital en cada una de las personas. Ya Beauvoir (2001) en su obra *Segundo sexo* destaca como la anatomía y parámetros fisiológicos diferencian al “hombre y la mujer”. Diferencias que se superponen a lo socialmente instituido para el género “femenino y masculino”, que conllevan a un estado de salud y bienestar en distintos contextos para cada género. (33)

Beauvoir, expone como las diferencias sexuales a través de parámetros hormonales y

corporales determinan el soma de la mujer, entregándole características que socialmente conllevan a verla más “débil”¹².

Así, la biología característica de la mujer potenciado con su rol social las lleva a pasar mayor tiempo con patologías que alteran el bienestar físico, social y psicológico, abarcando numerosos periodos que no disponen de sus capacidades óptimas, interfiriendo en su desempeño social en la multiplicidad de sus roles. (34)

Turner (1994) relata como la antropología ha desarrollado una teoría en relación con el cuerpo, dando cuenta como en las sociedades premodernas el cuerpo es una superficie importante en la que las marcas de condición social, posición familiar, afiliación tribal, edad, sexo y condición religiosa pueden exponerse fácil y públicamente. (35)

Los binomios naturaleza-cultura y sexo-género, enfatizan cómo durante la evolución humana el hombre transforma la naturaleza en tecnología, generando cambios a nivel del cuerpo y comportamiento humano. Nietzsche ve la relación entre naturaleza y cultura, donde cada periodo da lugar a: “un ideal físico del hombre con un carácter especial que es también y simultáneamente un nuevo cuerpo”. (36)

La Teoría social en torno al cuerpo, data de como los amplios cambios sociales incluyen el crecimiento de la “cultura de consumo” luego de la postguerra y el alcance y avance del movimiento feminista y postmodernismo en las artes, adicionado al surgimiento de la biopolítica en la década del 80 por Foucault. (37) El filósofo francés ya daba cuenta de la gestión política sobre los cuerpos, dando a entender que éstos corresponden a un territorio político que ha sido controlado desde la modernidad en adelante dando paso a la “construcción jurídica del cuerpo”. (38)

¹² Por término medio, la mujer es más pequeña que el hombre, tiene menos peso, su esqueleto es más frágil, la pelvis es más ancha, adaptada a las funciones de la gestación y el parto; su tejido conjuntivo fija grasas y sus formas son más redondeadas que las del hombre; el aspecto general: morfología, piel, sistema piloso, etc., es netamente diferente en los dos sexos. La fuerza muscular es mucho menor en la mujer: aproximadamente, los dos tercios de la del hombre; tiene menos capacidad respiratoria: los pulmones, la tráquea y la laringe son también más pequeños; la diferencia de la laringe comporta igualmente la diferencia de voz. El peso específico de la sangre es menor en las mujeres: hay menos fijación de hemoglobina; por tanto, son menos robustas y están más predispuestas a la anemia. Su pulso late con mayor velocidad, su sistema vascular es más inestable: se ruborizan fácilmente. (Beauvoir, 2001, p.14).

El cuerpo pasa a definirse como una situación jurídica relacionado a un cuerpo hegemónico, con salud infatigable, excluyendo ciertas categorías de personas que se alejan de este patrón establecido. Otorgándole a los cuerpos derechos establecidos por un modelo social que tiene a la vez una deuda con los cuerpos que escapan a la “norma establecida” y a esta subjetividad jurídica, siendo muchas veces privados de derechos que permiten ser insertos en la sociedad. (39)

La diversidad de ciertos rasgos anatómicos tales como: “discapacitados”¹³, personas de color, mujeres, entre otros, son muchas veces ignoradas en cuanto a derechos establecidos en un modelo social diseñado hacia un ideal corporal, dirigido hacia el cuerpo masculino. Modelo social que ha dado las bases para las diversas disciplinas científicas, como en un modelo biomédico posiblemente sesgado bajo una visión androcéntrica.

3. Género y salud

Hasta la década de los noventa, los estudios realizados en hombres eran extrapolados hacia las mujeres sin tener en cuenta las particularidades de los cuerpos femeninos. (40)

Es relevante que los profesionales de la salud se familiaricen en relación con enfermedades que impliquen particularidades de género, que puedan interferir en el diagnóstico, tratamiento y experiencias de diversas enfermedades y sintomatologías propias de ciertas patologías. (41)

La mirada androcéntrica que ha conllevado esta construcción jurídica del cuerpo ha repercutido en los “sesgos de género” en la atención de salud. Ya Valls (2011) afirmaba que corresponde a una atención sesgada por una visión androcéntrica y carentes en una distinción de la morbilidad diferencial en mujeres. (42)

¹³ En Chile actualmente existe el Servicio Nacional de la Discapacidad que fue creado por mandato de la Ley N° 20.422 que establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad, normativa publicada en el Diario Oficial el 10 de febrero de 2010. (SENADIS. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Gobierno de Chile).

Desde la mirada del feminismo en pro de la defensa de los derechos de las mujeres debe extrapolarse hacia una exigencia en la igualdad de oportunidades dirigidas a la salud durante todo el ciclo vital. Visibilizando las diferencias a nivel de sexo y de género que deben incluirse en la morbilidad diferencial en la población femenina. Exigiendo potenciar una medicina que considere las diferencias de género dejando de lado la visión androcéntrica. (43)

4. Sesgos de género en salud

El concepto de Género se orienta a ser utilizado bajo dos formas, cómo categoría de análisis y como perspectiva. Al hablar de categoría de análisis se dirige a profundizar en el conocimiento de la realidad sexuada. (44)

En contraparte la perspectiva de género es una posición ideológica que toma en consideración y presta atención a las diferencias y relaciones entre mujeres y hombres en cualquier actividad o ámbito dados (Comisión Europea, 1998). Las diferencias en la forma de relacionarse de mujeres y hombres han sido la base epistémica en el conocimiento feminista. (45)

Harding (1996) propone tres corrientes epistemológicas para identificar los lazos entre feminismo y ciencia: el empirismo feminista, la epistemología del standpoint (punto de partida feminista) y el posmodernismo feminista. Estas corrientes tienen su orientación según a quién investiga, objeto o fenómeno de estudio, población o muestra y a la forma de resolver los sesgos sexistas y androcéntricos. (46)

El empirismo feminista propone reformar la “mala ciencia” mediante el cumplimiento de las normas metodológicas de la investigación científica. Esta corriente plantea que el sexismo y androcentrismo corresponden a sesgos controlables mediante el cumplimiento de lo anteriormente expuesto. (47)

Se hace el alcance que la debilidad de esta corriente es la selección de los problemas a investigar y la definición de lo que es “problema”. Punto que es la base epistémica del

standpoint. Corriente que plantea que la identidad social de quien investiga puede ser importante a la hora de identificar la objetividad de los resultados de una investigación, destacando que la posición dominante de los hombres puede dirigir hacia un conocimiento parcial. En contraparte la posición “inferiorizada” de la mujer y sus experiencias sociales pueden abrir campos de conocimiento más completo al identificar problemas que se encuentran ocultos bajo la mirada androcéntrica. (48)

Es importante destacar que la historia natural y “social” de una enfermedad tiene implicancias que se fundamentan en la particularidad que genera la relación entre sexo biológico, género social y salud. Identificando particularidades en el curso clínico y comportamiento de las enfermedades que pueden conllevar a supuestos erróneos al igualar o diferenciar de manera incorrecta signos y síntomas de una enfermedad, que condicionan conocimiento sesgado que fundamentará la práctica profesional tanto en la atención, promoción y prevención en salud de los equipos médicos y no médicos junto con las agendas políticas que rijan en un determinado momento social. (49)

4.1 Género cómo categoría de análisis

Al referirnos a género cómo categoría de análisis es relevante destacar sus implicancias en la investigación sanitaria, la que a su vez repercute en la atención de salud.

Ruiz-Canteros, et al (2007) proponen un marco para analizar el sesgo de género en la investigación de salud de mujeres y hombres, identificando ocho posiciones teóricas y prácticas para mostrar la relación entre sesgo epidemiológico y sesgo de género en un contexto social o clínico: (48)

1. Asumir incorrectamente la igualdad entre mujeres y hombres: sesgo de medición en epidemiología social.
2. Asumir incorrectamente la igualdad entre mujeres y hombres: sesgo de selección en epidemiología social
3. Asumir incorrectamente la igualdad entre mujeres y hombres: sesgo de selección en epidemiología clínica

4. Asumir incorrectamente la igualdad entre mujeres y hombres: sesgo de medición en epidemiología clínica
5. Suponiendo incorrectamente las diferencias entre mujeres y hombres: sesgo de selección en epidemiología social
6. Suponiendo incorrectamente las diferencias entre mujeres y hombres: sesgo de medición en epidemiología social
7. Suponiendo incorrectamente las diferencias entre mujeres y hombres: sesgo de selección en epidemiología clínica
8. Suponiendo incorrectamente las diferencias entre mujeres y hombres: sesgo de medición en epidemiología clínica

Es relevante analizar estas posiciones teóricas y prácticas en el contexto epidemiológico del cáncer en la sociedad y como repercuten las investigaciones realizadas, extrapoladas a la población. Asumir incorrectamente la igualdad o diferencias entre mujeres y hombres conllevan a diversos tipos de sesgos de género que interfieren en la atención clínica, repercutiendo en el afrontamiento y desarrollo de la enfermedad oncológica de la población sometida a la atención del personal de salud. De acuerdo con las estadísticas expuestas en el presente proyecto se hará énfasis en los supuestos incorrectos de igualdad entre mujeres y hombres conllevando a un sesgo de medición, selección y medición en epidemiología social y clínica, teniendo a la vez en cuenta los otros supuestos de diferencias entre los distintos sexos y la integración del género en la realidad de la atención médica y de enfermería hacia la población observada.

4.2 Tipos de sesgos de género en salud.

El sesgo de Género es el planteamiento erróneo de igualdad o de diferencias entre hombres y mujeres –en su naturaleza, sus comportamientos y/o sus razonamientos–, el cual puede generar una conducta desigual en los servicios sanitarios y en la investigación, y que es discriminatoria para un sexo respecto al otro (Ruiz, Verbrugge, 1997; Ruiz, 2001; Ruiz-Cantero, Vives-Cases; Artazcoz y cols., 2007; Ruiz-Cantero, Ronda, Álvarez-Dardet, 2007).

Ruiz-Canteros, Verbrugge (1997), proponen que el sesgo de género se puede producir de dos formas diferentes: (47)

1. Cuando se igualan erróneamente a mujeres y hombres en cuanto al comportamiento de la enfermedad (signos y síntomas) y de su pronóstico, cuando de hecho, no se comportan de la misma forma en ambos sexos.
2. Cuando se valoran erróneamente como diferentes mujeres y hombres en cuanto, al comportamiento de la enfermedad, cuando de hecho no son tan diferentes.

De esta manera surgen dos tipos de sesgos de género en la atención sanitaria: (47)

- Sesgos de género en problemas de salud comunes a mujeres y hombres
- Sesgos de género en problemas de salud propios de las mujeres o esencialismo biológico.

Es importante identificar los infra diagnósticos o diagnósticos tardíos en la población femenina que conlleva al tratamiento erróneo de enfermedades no diagnosticadas o mal diagnosticadas. (47)

Producto de lo anterior surgen:

- Sesgos de género en los diagnósticos de enfermedades padecidas por hombres y mujeres
- Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico frente a enfermedades padecidas por hombres y mujeres.

Ruiz-Canteros, Verdú (2004) afirman que con un diagnóstico erróneo la probabilidad de mal tratamiento es elevada, y sin diagnóstico, como mucho se realizará un esfuerzo terapéutico solo sintomático, o una sobre prescripción de fármacos psicótrpos. (51)

La dificultad en el diagnóstico en la población femenina se ve influenciada por la variabilidad en la sintomatología de las mujeres respecto de los hombres, y la dificultad

de estas en expresar la sintomatología y la mayor tardanza en acudir a centros de salud. (51)

Mar Blasco (2019) enfatiza en la importancia de recordar que el patrón de síntomas de enfermedades está fundado en un modelo androcéntrico. La falta de registro de la sintomatología propia de la mujer conlleva a invisibilizar el cuadro clínico dificultando un diagnóstico oportuno. (49)

El estudio de *Gendered Innovations* (2014) en relación con el cáncer de colon, muestra que las diferencias anatómicas de hombre y mujer debiese orientar las pruebas diagnósticas. Así la colonoscopia sería el examen preferible para la población masculina y la sigmoidoscopia flexible para la población femenina. (52)

El test de sangre en heces corresponde a otra prueba diagnóstica que queda en interrogante para esta enfermedad. Mar Blasco (2019) hace referencia como en el cáncer de colon esta prueba da más falsos negativos en las mujeres que en los hombres, destacando nuevamente que se debe replantear si las pruebas diagnósticas son adecuadas para ambos sexos¹⁴.

Teniendo en cuenta que la anatomía propia de cada sexo conlleva a la prevalencia del cáncer en distintas localizaciones a nivel de colon, así para las mujeres es más frecuente el cáncer de colon derecho y para los hombres el cáncer de colon izquierdo, lo cual repercute en diferencias en la sintomatología que presentarán. (53)

Las personas afectadas por un cáncer colorrectal deben realizar seguimiento de por vida por el alto riesgo de desarrollar un cáncer metacrónico o una recurrencia¹⁵. Sin embargo, el *Institut Català d'Oncologia* investigó las desigualdades de género en la readmisión hospitalaria entre pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal a través de un estudio de cohortes prospectivo de 403 pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal que fueron

¹⁴ El test de hemorragia oculta en deposiciones es una alternativa de tamizaje a nivel poblacional. Una revisión Cochare de ensayos aleatorizados muestra una disminución del 16% en la mortalidad por CCR, con un tamizaje bianual en adultos mayores de 45 años. Nivel de evidencia 1. GPC Cáncer Colorrectal en personas de 15 años y más, 2013- Ministerio de Salud.

¹⁵ Recomendación B. GPC Cáncer Colorrectal en personas de 15 años y más, 2013- Ministerio de Salud.

seguidos desde enero de 1996 y diciembre de 1998 al 2002. Donde se detectó un mayor número de re-hospitalizaciones de la población masculina respecto a la femenina (González, 2005). Destacando un posible sesgo de género en la atención de salud oncológica hacia las mujeres.

Es importante destacar la similitud sintomática en ciertas enfermedades que pudiesen predisponer el diagnóstico en población de riesgo, enmascarando una enfermedad real y un tratamiento oportuno. Así las patologías funcionales intestinales, tanto el síndrome de intestino irritable (SII) y el estreñimiento funcional, se manifiestan con alteraciones en la frecuencia de las deposiciones, ya sea cursando episodios de estreñimiento o diarrea, que pueden enmascarar el diagnóstico diferencial de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y el cáncer colorrectal en mujeres sintomáticas. (52)

Teniendo en cuenta que existe una mayor incidencia de patología funcional intestinal en la mujer, sobre todo del estreñimiento funcional lo cual pudiese retrasar el diagnóstico oportuno en la población femenina, por un sesgo de género en los diagnósticos de enfermedades padecidas por hombres y mujeres. (53)

4.3 Salud pública y sesgos de género.

El campo del saber de la Ecología data entre finales del siglo XX e inicio del siglo XXI secundario a la insostenibilidad del modelo de desarrollo clásico vigente. Un tema que se ha ido instaurando en la conciencia humana y que reclama transformaciones a nivel político, económico y sociocultural. Los daños ocasionados a nivel ambiental y climático por los avances industriales y tecnológicos hacen indispensables una modificación de conducta para hacer frente a las repercusiones de estos. Lo anterior relacionado directamente como un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer en la sociedad.

En 1995, en la Declaración final de la Conferencia de la Mujer de Pekín, se visibiliza la relación de los desastres ecológicos y la repercusión en la población especialmente femenina. Puleo (2015), expone como los avances en industrialización, conllevaron a un

incremento de trabajo en edades tempranas de niñas y jóvenes, las cuales eran expuestas a condiciones sin protección para su salud física y psicológica, alterando su proceso de desarrollo natural adicionando la exposición a elementos nocivos para la salud. (55)

Valls (2015), en su “Programa de Mujeres, Salud y Calidad de Vida” en Barcelona, destaca como a través de la contaminación del medio ambiente, los tóxicos pueden introducirse en el organismo a través del contacto con la piel, inhalación, consumo de aguas y alimentos contaminados. Enfatiza que un 45% de los alimentos que consumimos contienen tóxicos, especialmente pesticidas. Ejemplifica también, a través del libro de Rachel Carson *La primavera silenciosa* (1962) como esta en su rol de promotora ambiental, sufrió las consecuencias letales del contacto con estos tóxicos conllevando a un cáncer que terminó con su vida. (55)

Estas sustancias tóxicas comenzaron a mostrar efectos cancerígenos, evidenciados con el incremento de cáncer de mama de las sociedades industrializadas desde 1945. (55)

La mayor afección de estos tóxicos en mujeres se debe principalmente a dos causas biológicas, mayor porcentaje de grasa corporal y cantidad hormonal, especialmente mayor cantidad de estrógeno. La grasa actúa como bioacumuladores químicos de sustancias liposolubles. El estrógeno por su parte facilita la entrada de sustancias que afectan el sistema nervioso central. Sumado a que la carencia de hierro, secundario a procesos menstruales, aumenta la vulnerabilidad al cerebro de la mujer a minerales y químicos ambientales. En consecuencia, por su condición biológica las mujeres tienen mayor riesgo de daño, a pesar de estar igualmente expuesta a las sustancias nocivas que los hombres. (55)

Cómo se explica entonces, que en una población con más número de mujeres que de hombres, ¿la tasa de incidencia del Cáncer sea mayor en la población masculina? ¹⁶.

¹⁶ Total de población región Biobío: 1.556.805, de las cuales 750.730 corresponden a hombres y 806.075 a mujeres. (INE,2017). La estimación de incidencia para el año 2018 en Chile según GLOBOCAN es de 53.365 nuevos casos totales, con 27.483 casos en hombres y 25.882 en mujeres. (Programa Nacional del Cáncer 2018-2028)

Teniendo en cuenta a la vez que existen factores genéticos involucrados en el desarrollo de la enfermedad.

Las variaciones hormonales que generan estos cambios ambientales conllevan al riesgo de enfermedades inflamatorias, inmunológicas y tumorales. Pudiendo incidir en la menarquía precoz la cual conlleva a mayor tiempo de exposición de estrógenos en las mamas de una mujer, incrementando el riesgo de desarrollar un cáncer de mama. Ahora bien, estos cambios hormonales pueden incrementar el desarrollo de síndrome de ovario poliquístico, el cual a su vez es un factor de riesgo de cáncer de endometrio.

Es necesario mostrar los cambios anatómicos y biológicos entre hombres y mujeres para acabar con la invisibilidad de las particularidades de las mujeres y las repercusiones ambientales en el cuerpo de estas. Destacando que, cada vez existe mayor evidencia de la relación ambiental e incidencia de diversos tipos de cáncer, siendo el cáncer de mama el más prevalente en la población femenina ¹⁷.

Las desigualdades de género en Salud Pública según expone Valls-Llobet (2011) están dadas principalmente por la mirada androcéntrica de ensayos clínicos realizados mayoritariamente en hombres los cuales se generalizan a la población femenina, extrapolando los factores de riesgo y protectores indiferenciados de las características particulares según sexo y género. Dejando de lados temas relevantes cómo la biología propia de la mujer y las formas de vida de estas (sobrecarga de trabajo, múltiples roles, doble jornada laboral, entre otros). (50)

Valls, hace referencia como el médico en general a lo largo de la historia ha valorizado más un síntoma de un hombre que de una mujer. Así, los síntomas manifestados por la población femenina son categorizados en un 26% como enfermedades psicosomáticas, conllevando a enfermedades no diagnosticadas a tiempo por ser muchas veces “mal” definidas en cuadros depresivos o ansiosos. (49)

¹⁷ *En las mujeres, las tasas más altas corresponden a cáncer de mama, piel no melanoma, vesícula biliar, cuello uterino, estómago y colon. (Programa Nacional del Cáncer 2018-2028)*

La deslegitimación sistemática de las “quejas” sintomáticas de las mujeres ha conllevado a infra diagnósticos o diagnósticos erróneos encasillados muchas veces en cuadros psicológicos. Según Tasa et al. (2015), este sesgo se debe a investigación médica centrada en un paradigma androcéntrico que repercute en prácticas clínicas sesgadas por la invisibilidad de las características particulares de las mujeres. (54)

En el contexto sanitario se debe tener en cuenta que la praxis clínica debe incluir los factores del individuo, los cuales son “propios” según las características biológicas y psicosociales. Teniendo en cuenta además los sesgos de género del equipo de salud que pudiesen interferir en el momento del diagnóstico y tratamiento de una persona.

OBJETO TEÓRICO DE ESTUDIO

Luego de presentadas las corrientes teóricas de los conceptos centrales de la investigación, vamos a incorporar los términos “sexo” según Foucault y “género” según Stoller (1962) para observar su implicancia en el patrón salud enfermedad dirigidas a la patología oncológica identificando posibles sesgos de género según Ruiz-Canteros, Verbrugge (1997).

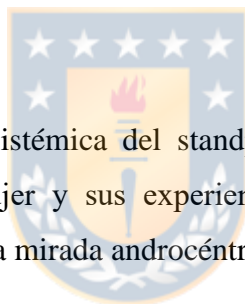
La investigadora se centrará en lo propuesto por Mar V. Blasco (2019) el cual enfatiza en la importancia de recordar que el patrón de síntomas de enfermedades está fundado en un modelo androcéntrico. Con la finalidad de identificar la falta de registro de la sintomatología propia de la mujer invalidando aspectos relevantes en el cuadro clínico. (55)

Es relevante en esta investigación identificar como es la atención médica y de enfermería hacia pacientes con enfermedad oncológica y permitir distinguir si existe un trato distinto entre mujeres y hombres que conlleve a un diagnóstico erróneo que repercute en el afrontamiento de la enfermedad según propone Ruiz-Canteros, Verdú (2004). (54)

De esta manera visualizar si se igualan erróneamente a mujeres y hombres en cuanto al comportamiento de la enfermedad y su pronóstico cuando no se comportan de la misma forma en ambos sexos, según se ha propuesto en la teoría. (51)

Se hará énfasis en los sesgos de género en problemas de salud comunes a mujeres y hombres (Ruiz- Canteros, Verdú, 2004) dirigidos a patologías oncológicas.

Para fines del siguiente proyecto la investigadora se basó en la orientación del Empirismo feminista. El cual propone reformar la “mala ciencia” mediante el cumplimiento de las normas metodológicas de la investigación científica. Esta corriente plantea que el sexismo y androcentrismo corresponden a sesgos controlables. (47) Esto se vincula en el presente objeto de estudio ya que se observará la atención hacia pacientes identificando posibles sesgos de género en la relación del profesional y paciente mujer u hombre. De esta manera se pretende observar el cumplimiento de las normas metodológicas de la investigación científica incorporando las variables sexo-género y su vinculación en el proceso salud-enfermedad. Y así verificar la presencia de un modelo androcéntrico y sexista en la atención en salud oncológica que pudiese interferir en el desarrollo y vivencia de las personas con cáncer.



Se incorporará además la base epistémica del standpoint, teniendo en cuenta que la posición “inferiorizada” de la mujer y sus experiencias sociales¹⁸ pueden ayudar a identificar problemas ocultos bajo la mirada androcéntrica. (48)

DISEÑO METODOLÓGICO

A continuación, se presenta el diseño metodológico de la investigación. Este contiene la pregunta de investigación que da inicio al estudio, la hipótesis de trabajo, los objetivos que guiaron la investigación, el diseño de investigación, las fuentes y técnicas de recolección de datos, la muestra y sus criterios de selección, el análisis de datos y los resultados esperados. Cabe destacar que, cada decisión metodológica fue tomada según las características empíricas del fenómeno de estudio, por lo que la metodología fue adecuándose a los cambios surgidos durante el transcurso del trabajo de campo. Finalmente, se realiza una descripción

¹⁸ Se hace énfasis que la investigadora además de trabajar en el área oncológica ha vivenciado dos experiencias de cáncer y tratada por diversas personas del personal de salud.

de las experiencias de campo vividas por la investigadora y de las formas de acceso al mismo.

SUPUESTO DE INVESTIGACIÓN

Como hemos visto, las desigualdades de género han conllevado a la construcción de cuerpos politizados repercutiendo en el patrón salud enfermedad. Las diferencias biológicas y psicosociales de la mujer tienen repercusión directa e indirectamente en su continuo de salud-enfermedad. Sumado a esto, existe una homogenización de género en la atención médica y no médica del equipo de salud a cargo de la población, lo cual lleva a desvalorar información relevante al momento de pesquisar sintomatología importante y de programar cuidados óptimos.

Existe la deslegitimación sistemática de las “quejas” sintomáticas de las mujeres lo que ha conllevado a subvalorar diagnósticos o a generar diagnósticos erróneos encasillados muchas veces en cuadros psicológicos. Este sesgo se debe a un paradigma androcéntrico que repercute en prácticas clínicas sesgadas por la invisibilidad de las características particulares de las mujeres (Tasa et al., 2015). Esto hace necesario incluir en la praxis clínica las características biológicas y psicosociales propias de los individuos, considerando en todo momento los sesgos de género que surgen de la atención de los equipos de salud y que pudieran interferir en el diagnóstico y tratamiento.

En síntesis, la evidencia muestra que el cáncer va en aumento en la población femenina, y que, existen sesgos de género y repercusiones de estos en el ámbito biológico y psicosocial en la atención de salud oncológica brindada a esta población por parte de los equipos de salud.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe sesgo de género en la atención de salud hacia mujeres usuarias del área de oncología del hospital regional de Concepción?

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Describir la atención del personal de salud del Hospital Regional de Concepción del área de oncología a pacientes hombres y mujeres, con el objeto de reconocer sesgos de género en su atención clínica.

Objetivos específicos:

- Describir las prácticas de atención proporcionadas por el equipo de salud hacia mujeres y hombres diagnosticados con cáncer
- Identificar sesgos de género en la atención proporcionada por el equipo de salud del área oncológica a pacientes y cuidadores.
- Identificar las posibles repercusiones biopsicosociales de la atención en salud oncológica en mujeres y hombres diagnosticados con cáncer.

DISEÑO Y ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Investigación de tipo transversal que se realizó durante el segundo semestre del 2021. Se llevó a cabo desde una mirada constructivista a través de métodos cualitativos con enfoque etnográfico cuya finalidad fue identificar sesgos de género en la atención del equipo de salud y sus repercusiones en mujeres con diagnóstico de cáncer.

El estudio cualitativo de tipo etnográfico fue elegido pues permite describir e interpretar el comportamiento del equipo de salud en relación con la atención oncológica en mujeres y

hombres con diagnóstico de cáncer dentro de un contexto específico de enunciación e interacción, a saber, la atención ambulatoria y la atención de hospitalizados, además de comprender las repercusiones biológicas, psicológicas y sociales que esta atención pudiese tener en el estado de salud de las y los usuarios.

El proceso etnográfico comenzó con la introducción de la investigadora¹⁹ en el contexto de atención en salud en el Servicio de oncología del Hospital Guillermo Grant Benavente. La atención era proporcionada por un funcionario de salud que podía ser Médico/a o enfermero/a, cuya función es diagnosticar y/o asignar tratamiento a los y las usuarios de la unidad.

A través de la observación se analizaron los comportamientos del personal de salud buscando sesgos de género en la atención de mujeres y hombres diagnosticados de cáncer. Para esto, se describió la atención médica y no médica del equipo de salud, identificando posibles repercusiones biopsicosociales en la atención clínica.

En el transcurso del trabajo de campo, hubo que realizar algunas modificaciones en la metodología de estudio debido a particularidades surgidas del fenómeno de estudio. De los tres tipos de funcionarios que conforman el equipo de salud (Médico/a, enfermero/a, TENS), los y las TENS no fueron agregados pues no formaron parte de la muestra como se pensaba con anterioridad al ingreso al campo pues sólo realizaron procedimientos clínicos en la atención, sin interferir en la interacción médico/a-usuario/a. En cuanto al instrumento aplicado, en un primer momento las observaciones estarían compuestas sólo por notas de campo, sin embargo, se considera necesario incorporar una pauta de preguntas con 3 ítems relevantes: en relación con el funcionario, en relación con el usuario, al tipo de atención, y en relación a la interacción. Este cambio surge para complementar los datos obtenidos de las notas de campo, sirviendo de contraste para el análisis posterior de las variables de interés. Finalmente, se toma en consideración otros tipos de cáncer sumado al cáncer colorrectal. Si bien en un inicio este último era el tipo de cáncer de interés debido a su mayor prevalencia

¹⁹ Cabe destacar que la autora de la presente investigación trabaja en aquella unidad como enfermera, es conocedora de los espacios de atención, de parte del equipo que allí trabaja y, en general, de los protocolos de atención que se imparten.

en hombres y mujeres, se decide ampliar la muestra a usuario con otros tipos de cánceres buscando mayor variabilidad en factores biopsicosociales y comportamiento en la interacción.

1.1 Fuentes y técnicas de levantamiento de información

La investigación consta de fuentes primarias de información. La fuente principal fueron las observaciones participantes no totales realizadas en el contexto de interacción entre pacientes y funcionarios del equipo de salud, la que a su vez contiene un cuestionario y notas de campo. El trabajo de campo consistió en observaciones participantes no totales, permitiendo la observación directa del comportamiento e interacción en relación con la atención de salud del equipo médico y no médico hacia mujeres y hombres atendidos en el Servicio. Como enfermera de la unidad, la investigadora realiza las observaciones acompañando en la consulta médica y en la atención de estos pacientes a los diversos funcionarios del equipo. La observación contiene una pauta con preguntas dirigida a los funcionarios, cuya aplicación fue dirigida al personal observado buscando su descripción sociodemográfica, a los usuarios, en relación con la interacción y al tipo de atención. Por último, fueron incorporadas notas de campo en cada una de las atenciones, con el fin de complementar y pesquisar en mayor medida el contexto de interacción entre usuario/a y equipo de salud.

Estas técnicas fueron aplicadas buscando la heterogeneidad y variabilidad de los datos obtenidos del contexto de interacción, para más tarde triangular y complementar la información levantada en el proceso de análisis.

En concreto, el método de recolección consistió en:

- Observaciones participantes de la atención clínica del equipo de salud hacia pacientes diagnosticados con cáncer en el Servicio de Oncología del Hospital Regional de Concepción. Su duración fue de 15 minutos aproximadamente. Cada pauta de observación contiene datos descriptivos en relación con la atención, tipo de consulta, datos sobre el usuario, y sobre el funcionario del equipo de salud. En cuanto a este último ítem de la pauta, esta fue agregada en el transcurso de las primeras aplicaciones ante la necesidad de obtener datos sociodemográficos que pudieran complementar la

interpretación de los sesgos de género surgidos. Su duración fue de 3-5 minutos aproximadamente por cada observación realizada. En relación con el usuario, no se solicitó permiso de forma explícita para la observación con la finalidad de evitar mayor intervención en la interacción.

- Por último, la pauta de observaciones contiene un apartado con notas de campo. Entre ella fueron incorporadas: anotaciones de observación directa, anotaciones interpretativas, anotaciones temáticas y anotaciones personales en bitácora de campo. Su finalidad fue el registro verbal y no verbal de la interacción que sucede en el ambiente de atención de salud en la temática de interés.

El contenido de la pauta observación directa fue (ANEXO 1):

- Del funcionario: estamento, sexo y género, edad, residencia y grupo étnico
- Del paciente: sexo y género, edad, residencia, grupo étnico, motivo de consulta, signos y síntomas de la enfermedad, redes de apoyo, rol social, actividad laboral, condición religiosa, motivo de consulta, comorbilidades (física y/o mental), tolerancia tratamiento.
- De la interacción: privacidad de la atención, trato (dirigido/indiferente).
- Tipo de consulta: **Ambulatoria**, primera consulta, control, tratamiento, seguimiento, alta, otra. **Hospitalizado**, para luego realizar el análisis correspondiente de lo identificado.

1.2 Aspectos éticos de la investigación

Se solicitó dispensa del consentimiento informado para los pacientes involucrados. Lo anterior dado que el estudio se basa en la observación de conducta tanto de los profesionales de la salud como de los usuarios atendidos por el equipo. Al entregar información relacionada con la investigación la conducta de la población observada podría ser modificada, sesgando resultados.

Se realiza consentimiento informado para los profesionales de salud observados. Se destaca

que no fueron ni serán publicados datos sensibles de la investigación con el fin de resguardar la privacidad tanto de los funcionarios del equipo de salud como de los usuarios atendidos por los mismos. También ha sido resguardada la identidad de los participantes codificando de forma numérica esta información en cada una de las pautas.

Se informó de los aspectos generales de la observación tanto a profesionales del equipo como a los usuarios involucrados, pero sin ahondar en temas relacionados con sesgos de género con el fin de evitar influir en el actuar de los involucrados.

Se destaca que mientras se realizó la investigación, la investigadora solicitó los permisos correspondientes a la institución para no realizar el trabajo de campo en su horario laboral.

También fueron solicitados y aceptados por parte del comité de ética del hospital los permisos para realizar el trabajo en dicha institución, cumpliendo con todos los protocolos y aspectos éticos ya descritos. (ANEXO 2)



1.3 Diseño muestral

Se utilizó la muestra cualitativa, dando relevancia al contexto de enunciación de discursos y producción de prácticas. Esta muestra es no representativa, busca la heterogeneidad de discursos, apuntando a criterios de diversidad muestral, y no probabilística, buscando saturar el espacio simbólico de enunciación que se estudiará (Dávila, citado en Serbia, 2007). Además, fue de tipo intencionada por conveniencia y los límites para completarla fueron dados por el criterio de saturación teórica (Ruiz Olabuénaga, 2007). Además, en cada observación se utilizó el criterio de contextos relevantes (Valles, 1997) siendo observados funcionarios y usuarios que lograran diversificar los discursos y comportamientos. Para lo anterior se observó al estamento médico y de enfermería involucrados en la atención directa de un grupo de mujeres y hombres (número equitativo de ambos sexos) con diagnóstico de algún tipo de cáncer.

1.4 Área de estudio y población

El área de estudio corresponde a la unidad de oncología del Hospital Regional de Concepción, donde se estudió el comportamiento del equipo de salud compuesto por médicos/as y enfermera/os que atienden a población con cáncer y que recibe su tratamiento en esta institución, perteneciente al Servicio de Salud Concepción (SSC) de la región del Biobío.

El SSC corresponde a uno de los 29 Servicios de Salud de Chile destacándose por ser uno de los 5 más grandes a nivel nacional. Su jurisdicción abarca las comunas de Concepción, San Pedro de La Paz, Chiguayante, Coronel, Lota, Santa Juana, Hualqui y Florida.

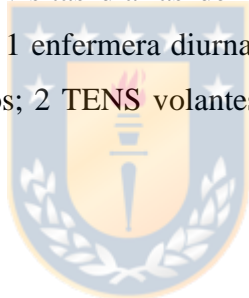
El SSC cuenta con seis hospitales (Guillermo Grant Benavente, Traumatológico, San José de Coronel, Lota, Clorinda Avello de Santa Juana y San Agustín de Florida), 42 recintos de Atención primaria (21 Centros de Salud Familiar y 7 Centros de salud comunitarios de Salud), 1 Centro de Sangre y una Casa del Donante, y 14 postas rurales. (Servicio de Salud Concepción, 2019). Se destaca que a nivel del SSC el único Hospital con Servicio de Oncología corresponde al Hospital Guillermo Grant Benavente (HGGB). Lugar dónde se realizará el estudio.

Al año 2019 la población total registrada en el SSC corresponde a: 668.221. El total de mujeres registradas en SSC es de 345.863, por otro lado, a la misma fecha el total de hombres registrados corresponden a 322.364 (Departamento de Información de Salud, 2019). Existiendo para la Región del Biobío una tasa de incidencia de Cáncer en la población femenina de 183,5 por cada 100.000 habitantes y una tasa masculina de 216,9 por cada 100.000 habitantes (Plan Nacional del Cáncer 2018-2028). Sí bien la tasa de incidencia es menor en mujeres con respecto a varones, se destaca nuevamente que para el próximo decenio la población femenina será la principal afectada en los AVISA 8, punto esencial en la tesis de esta investigación.

1.5 Unidad de análisis:

Se observó la atención de salud por parte del equipo de Servicio de Oncología hacia un grupo de mujeres y hombres mayores de 18 años, diagnosticados con algún tipo de cáncer (independiente del estadio de la enfermedad) atendidas en el Servicio de Oncología del HGGB, dentro de la jurisdicción del SSC.

El Servicio de Oncología abarca la Unidad de atención ambulatoria y Unidad de Hospitalizados. El equipo del policlínico de Oncología está conformado por: 6 médicos oncólogos (4 varones y 2 mujer); 8 enfermero/as (6 enfermeras y 2 enfermeros); 8 Técnicos de enfermería de nivel superior (8 mujeres TENS). A la vez el equipo de la Unidad de Hospitalizados está compuesto por: 6 Médicos oncólogos (los que se encuentran en el policlínico del Servicio y realizan visitas diarias de lunes a viernes en horario hábil); 1 enfermera encargada de la Unidad; 1 enfermera diurna; 4 enfermeras en sistema de cuarto turno; 8 TENS en sistema de turnos; 2 TENS volantes (con funciones administrativas); 2 auxiliar (1 mujer y 1 varón).



1.6 Unidad de observación:

Las siguientes tablas contienen la caracterización de la muestra obtenida del trabajo de campo correspondiente a la unidad de observación del estudio:

Tabla 7. Caracterización de la muestra

Total atenciones según funcionario equipo de salud	Médico/a	34
	Enfermero/a:	19
Total usuarios	Mujeres:	31
	Hombres:	22
	Ca tiroideo	1
	Ca Pulmón	4

Tipo de cáncer	Ca mama	6
	Glioblastoma	1
	Ca Recto	6
	Ca Melanoma	3
	Ca Colon	2
	Ca gástrico	7
	Ca Renal	3
	Ca Urotelial (vejiga)	1
	Ca Ovario	5
	Ca Esófago	1
	Tumor germinal mediastino	1
	Ca páncreas	1
	Ca próstata	1
	Ca laríngeo	1
	Ca orofaríngeo	1
Ca testículo	1	
Edad promedio usuarios	Mujeres:	57
	Hombres:	61

Fuente: elaboración propia en base a los datos de caracterización obtenidos de la pauta de observación.

Tabla 8. Caracterización de la muestra en relación con el paciente

Paciente	Sexo	Género	Edad	Enfermedad
1	Mujer	Femenino	58	Ca tiroide-Ca pulmón
2	Mujer	Femenino	71	Ca mama
3	Mujer	Femenino	40	Ca mama-recidiva local
4	Mujer	Femenino	59	Ca mama
5	Hombre	masculino	63	Glioblastoma
6	Mujer	Femenino	48	Ca de recto

7	Mujer	Femenino	70	Melanoma metastásico
8	Mujer	Femenino	56	Ca de ovario
9	Mujer	Femenino	53	Ca renal etapa IV
18	Mujer	Femenino	57	Ca gástrico
19	Mujer	Femenino	78	Ca colon
20	Mujer	Femenino	46	Ca urotelial
21	Mujer	Femenino	67	Ca renal
22	Hombre	masculino	73	Ca recto
23	Mujer	Femenino	68	Ca de pulmón
24	Hombre	masculino	67	Ca colon
25	Hombre	masculino	61	Ca gástrico
26	Mujer	Femenino	52	Ca mama
27	Mujer	Femenino	31	Ca de ovario
28	Mujer	Femenino	53	Ca de ovario
29	Hombre	masculino	80	Ca renal
30	Hombre	masculino	65	Ca esófago
31	Mujer	Femenino	57	Ca pulmón con metástasis ósea
32	Mujer	Femenino	40	Ca mama
33	Mujer	Femenino	76	Ca mama
34	Mujer	Femenino	46	Ca mama
35	Mujer	Femenino	59	Ca de origen desconocido
36	Hombre	masculino	73	Ca recto
37	Hombre	masculino	66	Ca gástrico
38	Hombre	No se pregunta	20	Tumor germinal mediastínico
39	Hombre	No se pregunta	70	Ca páncreas
40	Mujer	No se pregunta	77	Melanoma metastásico

41	Hombre	No se pregunta	85	Ca próstata
42	Mujer	No se pregunta	60	Ca de pulmón
43	Hombre	No se pregunta	58	Ca gástrico metastásico
44	Hombre	No se pregunta	33	Seminoma retroperitoneal
45	Mujer	No se pregunta	58	Ca gástrico
46	Hombre	No se pregunta	54	Ca laríngeo
47	Mujer	No se pregunta	26	Ca Cervicouterino
48	Hombre	No se pregunta	57	Ca orofaríngeo
49	Hombre	No se pregunta	50	Ca gástrico
50	Mujer	No se pregunta	58	Ca ovario
51	Hombre	No se pregunta	59	Ca recto metastásico
52	Hombre	No se pregunta	57	Ca recto
53	Mujer	No se pregunta	53	Ca gástrico
54	Hombre	No se pregunta	54	Ca Unión gastroesofágica
55	Mujer	No se pregunta	64	Ca mama

55	Mujer	No se pregunta	58	Ca ovario
56	Hombre	No se pregunta	75	Ca recto
57	Mujer	No se pregunta	58	Ca de recto
58	Mujer	No se pregunta	67	Ca colon
59	Hombre	No se pregunta	74	Melanoma
60	Hombre	No se pregunta	41	Ca testículo Izquierdo

Fuente: elaboración propia en base a los datos de caracterización obtenidos de la pauta de observación.

Tabla 9. Caracterización de la muestra en relación con el funcionario

N° de atención	Estamento	Sexo	Género	Edad
1	Médico	Mujer	Femenino	66
2	Médico	Mujer	Femenino	66
3	Médico	Mujer	Femenino	66
4	Médico	Mujer	Femenino	66
5	Médico	Mujer	Femenino	66
6	Médico	Mujer	Femenino	41
7	Médico	Mujer	Femenino	41
8	Médico	Mujer	Femenino	41
9	Médico	Mujer	Femenino	41
18	Enfermería	Mujer	Femenino	27
19	Enfermería	hombre	Femenino	27

20	Enfermería	Mujer	Femenino	27
21	Enfermería	Mujer	Femenino	27
22	Enfermería	Mujer	Femenino	27
23	Médico	Hombre	Masculino	42
24	Médico	Hombre	Masculino	42
25	Médico	Hombre	Masculino	42
26	Médico	Hombre	Masculino	42
27	Médico	Hombre	Masculino	42
28	Médico	Hombre	Masculino	41
29	Médico	Hombre	Masculino	42
30	Médico	Hombre	Masculino	36
31	Médico	Hombre	Masculino	36
32	Médico	Hombre	Masculino	36
33	Médico	Hombre	Masculino	36
34	Enfermería	Mujer	Femenino	29
35	Enfermería	Mujer	Femenino	29
36	Enfermería	Mujer	Femenino	29
37	Enfermería	Mujer	Femenino	49
38	Médico	Hombre	Masculino	36
39	Médico	Hombre	Masculino	36
40	Médico	Hombre	Masculino	36
41	Médico	Hombre	Masculino	36
42	Médico	Hombre	Masculino	36
43	Médico	Hombre	Masculino	36
44	Médico	Hombre	Masculino	36
45	Médico	Hombre	Masculino	36
46	Enfermería	Mujer	Femenino	37
47	Enfermería	Hombre	Masculino	24
48	Enfermería	Hombre	Masculino	29
49	Enfermería	Hombre	Masculino	24

50	Enfermería	Hombre	Masculino	29
51	Enfermería	Mujer	Femenino	37
52	Enfermería	Mujer	Femenino	37
53	Enfermería	Mujer	Femenino	37
54	Enfermería	Hombre	Masculino	29
55	Médico	Mujer	Femenino	41
55	Enfermería	Mujer	Femenino	29
56	Médico	Mujer	Femenino	41
57	Médico	Mujer	Femenino	41
58	Médico	Mujer	Femenino	41
59	Médico	Mujer	Femenino	41
60	Médico	Mujer	Femenino	41

Fuente: elaboración propia en base a los datos de caracterización obtenidos de la pauta de



observación.

En total, fueron aplicadas 53 pautas de observación²⁰, de las cuales 31 corresponden a atención de mujeres y 22 a atención de hombres. Si bien no se logra obtener paridad de género en las observaciones debido a la aleatoriedad en la elección de los casos, el trabajo en su conjunto buscó en todo momento cumplir con este criterio. Del total de atenciones observadas, 34 fueron realizadas por médicos/as y 19 por enfermeros/as de la unidad. Ninguna de las atenciones fue realizada por funcionario TENS. Los cánceres con mayor frecuencia en la muestra levantada son el cáncer gástrico, el cáncer de mama, cáncer de recto, cáncer de ovario y cáncer de pulmón. Por último, de la muestra observada, los hombres (61) tienen una mayor edad promedio que las mujeres (57), factor que será analizado en el apartado de resultados.

²⁰ Cada pauta es una atención de la unidad de oncología.

1.7 Análisis de datos

Se realizó un registro escrito mediante la transcripción de los datos de las notas obtenidas de la observación participante. Los datos recolectados se codificarán en dos niveles:

1. Primer nivel (codificación abierta): con la finalidad de identificar y comparar unidades observadas para crear categorías.
2. Segundo nivel (codificación axial): con la finalidad de comparar categorías identificadas, dando lugar a la interpretación de los datos, desarrollo de patrones y generar hipótesis y explicaciones.

Posterior a la codificación de los datos, se organizará la información obtenida y se transcribirá el material, para luego ser analizado a través del programa computacional Atlas.ti®

1.8 Descripción del espacio de producción de prácticas

El Servicio de Oncología del Hospital Guillermo Grant Benavente está conformado por la unidad de policlínico y de hospitalizados dónde se desenvuelve el personal observado.

La unidad de policlínico cuenta con:

- 4 box, dónde el o la médico/a realiza de atención médica directa hacia el paciente. Un técnico de enfermería de género femenino es quién llama a los pacientes que están agendados para control y va realizando limpieza entre cada atención. El paciente por estado de pandemia ingresa solo, a no ser que sea dependiente del cuidado de otra persona que en el 100% de la muestra observada era un familiar, destacando que el 100% era una cuidadora de género femenino. Los médicos observados fueron 50 % de género masculino y 50% de género femenino.
- 1 box de atención de enfermería dónde se realizan los tratamientos de quimioterapia ambulatoria. El cuál cuenta con 13 sillones y 1 camilla para la atención directa de pacientes. En esta unidad trabajan 2 enfermeros y 1 enfermera y 3 técnicos de enfermería (TENS) correspondientes a un 100% de género femenino. Estas últimas

sólo realizan trabajo administrativo y control de signos vitales sin realizar valoración del paciente. El o la enfermera es quién valora al paciente y realiza entrevista de atención previa a la administración del tratamiento de quimioterapia.

La unidad de hospitalizados cuenta con:

- 3 salas de hospitalización. 1 sala de 6 camas para atención de pacientes de género masculino, 1 sala con 5 camas para atención de pacientes de género femenino y 1 sala de 4 camas que varía de población femenina o masculina, de acuerdo a la necesidad del servicio y demanda de pacientes.
- La atención la realiza un equipo multidisciplinario: médico, enfermera/o, TENS (quienes solo realizan procedimientos sin valoración ni entrevista hacia el paciente).
- Los médicos observados corresponden a la misma población del policlínico, quienes realizan visita médica de lunes a viernes durante la jornada AM.
- Las enfermeras observadas corresponden a 4 enfermeras en jornada de cuarto turno y una enfermera en jornada diurna. La población de profesionales de enfermería corresponde a un 100% de mujeres de género femenino quienes realizan valoración, entrevista y atención clínica hacia los pacientes que ingresan o se mantienen hospitalizados. La enfermera de cuarto turno tiene a su cargo 10 pacientes (tanto de género masculino como femenino según demanda). La enfermera diurna tiene a cargo 6 pacientes de género masculino, y en veces ayuda en la atención de los pacientes a cargo de la enfermera de turno.

Atención en unidad de policlínico

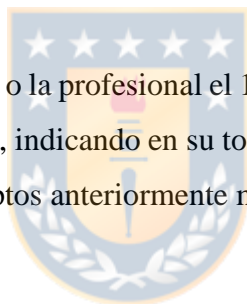
Al realizar la observación no participante realizo entrevista al profesional observado previo a la atención directa hacia el paciente. Luego acompañe durante atención médica y de enfermería ubicándome en un lugar neutro para no interferir ni distraer en el momento de su valoración.

Atención médica

Los profesionales de técnico de enfermería (TENS) corresponden a un 100% de población de género femenino. Quienes realizan el trámite del ingreso del paciente desde SOME (Servicio de Orientación Médico Estadístico) hacia el box de atención médica. Controlan los signos vitales incluyendo peso y estatura (datos para realizar el cálculo de medicamentos correspondiente) del paciente.

El o la médico llama al paciente por su nombre y este ingresa al box de atención. El 100% de los funcionarios no incluye en la entrevista el sexo y género del usuario. Se procede a consultar datos es relación al tratamiento que reciben y proceden a realizar examen físico, para luego cerrar la atención con las indicaciones médicas tales como: dosis de tratamiento, medicamentos adicionales e interconsultas a otras especialidades cuando corresponde.

Al momento de realizar entrevista el o la profesional el 100% se muestra confundido frente a la pregunta sobre su sexo y género, indicando en su totalidad que son hombres o mujeres sin hacer diferencia entre los conceptos anteriormente mencionados.



Atención de enfermería

Los profesionales de técnico de enfermería (TENS) corresponden a un 100% de población de género femenino. Quienes realizan el trámite administrativo de retiro de quimioterapias de farmacia del hospital y además realizan el ingreso del paciente desde SOME hacia la sala de administración de quimioterapia.

Una vez que la TENS llama al paciente a la sala de administración de quimioterapia el o la enfermera le realiza el ingreso realizando una entrevista breve para luego administrar tratamiento. Si bien, existe un tarjetón donde se registran datos del o la paciente, este no incluye datos sicosociales ni de género, por lo que no se integran en la entrevista realizada por el profesional que atiende al paciente. La entrevista es con relación a constatar el paciente correcto para el tratamiento indicado, se le pregunta cómo se ha sentido en

relación con el tratamiento y se procede a puncionar un brazo para tratamiento endovenoso de quimioterapia. El paciente queda en su sillón mientras dura el tratamiento para luego ser desconectado y se le entrega una hora de control con médico. Se destaca que no existe en la entrevista y valoración aspectos integrales para poder identificar factores influyentes en el proceso salud-enfermedad del involucrado.

En el momento de realizar entrevista al personal de enfermería se le pregunta por sexo y género y el 100% de los profesionales se ríe y desconcierta, refiriendo que son mujeres u hombres, sin tener conocimiento de los conceptos sexo y género y diferencia de estos.

Atención en unidad de hospitalizados

Al ejecutar la observación no participante se realizó entrevista al profesional observado previo a la atención directa hacia el paciente. Luego se acompañó durante visita médica y de enfermería cuando realizan su atención.

Se destaca que personal observado se muestra nervioso al inicio de la observación de su atención, mediante el consentimiento informado se hace hincapié en la confidencialidad y no juicio de su profesionalismo.

Me preguntan sobre datos de sesgos de género y a que se refiere, inclusive un médico y 2 enfermeras me preguntan qué es lo que tienen que hacer. Explico que solo deben realizar una atención como acostumbran y que solo observaré y que esto no es con fines de evaluación de su profesionalismo.

Atención médica

Al realizar la entrevista los profesionales se muestran muy participativos, pero a la hora de preguntar por su sexo y género se quedan en silencio y finalizan respondiendo que son hombres o mujeres, repitiéndose lo anteriormente mencionado de no realizar diferenciación frente a conceptos de sexo y género.

El o la médico ingresan a sala común de pacientes y proceden a saludar al usuario y preguntan cómo se han sentido con relación al tratamiento administrado (si han presentado efectos secundarios tales como: náuseas, vómitos y diarrea). Luego el 50% de los observados realizan examen físico para luego retirarse de la sala y proceder a registrar en ficha médica.

Se destaca que sólo un 5 % de los observados hacen hincapié a síntomas sicosociales que manifiestan los pacientes (naciendo de ellos hacer referencia a los mismos).

Atención de enfermería

En el momento que se realiza la entrevista hacia los profesionales contestan muy amablemente cada ítem, pero se repite el patrón de silencio o risas frente a la pregunta de su sexo y género correspondiente. Inclusive en una oportunidad se me pregunta ¿cuál es la diferencia?

Existen documentos de registro de enfermería que incluyen: hoja de ingreso, hoja de evolución de enfermería que incluye curva de signos vitales programados según necesidad y condición del paciente, hoja de pauta de riesgo de caídas y de ulcera por presión. Para los mayores de 65 años se incluye valoración de dependencia.

Se destaca que en hoja de ingreso de enfermería incluye valoración de sexo y género y por normativa hospitalaria el paciente según género referido puede elegir si se hospitaliza en sala de mujeres o varones. A pesar de lo anterior de las observaciones realizadas ninguna Enfermera pregunta por estos datos (sexo, género y según el anterior poder dar la elección de donde hospitalizarse). Al momento de registrar estos ítems lo realizan según sexo del paciente.

La valoración del paciente la realizan por sala. Se realiza en orden de las camas de los usuarios hospitalizados y muchas veces sólo se saluda al paciente y consultan por efectos secundarios al tratamiento de quimioterapia sin indagar más allá en los síntomas y signos

propios del proceso salud enfermedad y las diferencias que pudiesen presentar según sexo y diferencias fisiológicas y anatómicas de estos.

La enfermera luego se retira de la sala y comienza a realizar ya sea registro de la atención o preparación de exámenes o tratamientos indicados para cada paciente.

Se destaca que la atención es amable y de cercanía hacia los involucrados, sin embargo, se pasa por alto lo anteriormente descrito.

1.9 Criterios de observación

Dentro de los criterios de observación se incorporaron ítem relacionados con:

- En relación con el funcionario/a: estamento, sexo, género, edad, residencia, grupo étnico y otros antecedentes relevantes que se observen durante la entrevista.
- En relación con el paciente: sexo, género, edad, residencia, grupo étnico, enfermedad, signos y síntomas de la enfermedad, tolerancia al tratamiento y otros antecedentes relevantes que se observen durante la entrevista.
- En relación con la atención: tipo de consulta, privacidad, trato dirigido/indiferente y otros antecedentes relevantes que se observen durante la entrevista.

Se realizó la observación en las áreas definidas previamente, destacando que cada observación fue de 15 minutos aproximadamente por atención.

En el policlínico el trato fue más distante, a pesar de que es una consulta dirigida. Se realiza en un box con iluminación artificial, salas muy heladas y estrechas, lo cual no permite privacidad del paciente. Generalmente son dos personas en el box, médico y paciente ingresando una tercera persona cuando existe un cuidador a cargo, quedando estrechos en el metraje de la habitación.

Se destaca que el lenguaje no verbal es distante y poco inclusivo a la hora de la atención, se

realiza una atención abreviada por la cantidad de pacientes citados por día.

En el caso de la atención de enfermería en la unidad de policlínico cuenta con una sala con 13 sillones y una camilla para la administración de medicamentos, por tanto, en la sala fluctúan 13-14 pacientes más 3 enfermeros y 3 TENS. La sala cuenta con luz artificial sin ventilación, y menos de un metro de distancia entre cada unidad del paciente.

En relación con el trato es dirigido pero distante, con lenguaje corporal que demuestra el apuro en la atención para iniciar tratamiento y poder despachar a pacientes y que ingrese la segunda ronda de citados para administración de quimioterapia.

En la sala de hospitalizados las 3 salas descritas fluctúa un número de personas entre 8 a 9 por sala, existiendo bastante movilización por parte de los funcionarios. Cuenta con luz natural y artificial, sin calefacción y con ventilación natural. El trato por parte de los médicos es una atención corta dirigida con lenguaje corporal distante de poco diálogo con pacientes hospitalizados. Destacando que las mujeres médicas observadas tienen más lejanías en su atención predominando en las pacientes de género femenino.

La atención por parte de los profesionales de enfermería correspondiendo a un 100% de funcionarias de género femenino, su lenguaje corporal fue más cercano con la población de género masculino observada, existiendo mayor tiempo de diálogo y cercanía.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los principales hallazgos surgidos del trabajo de campo realizado en el área de oncología, tanto ambulatoria como de hospitalizados, del hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción. Se exponen los resultados para cada uno de los objetivos de la investigación previamente definidos, intentando dar respuesta a cada uno de ellos. En relación con el primer objetivo, se describen las prácticas de atención realizadas a los usuarios del área de oncología por parte de los funcionarios a cargo. Con este primer paso se buscó caracterizar nuestro problema de investigación para luego identificar los sesgos de género y los factores biopsicosociales presentes en los objetivos dos y tres de la investigación. Entre los principales hallazgos de esta primera etapa exploratoria se encuentra una atención caracterizada por la (i) omisión de las emociones del usuario y del cuidador por parte del funcionario; (ii) alteración de privacidad en la atención; (iii) el rol invisibilizado de los cuidadores, su interacción con el funcionario y roles de género. Finalmente, se presentan los factores biopsicosociales en relación a los sesgos de género en la atención proporcionada.

Prácticas de atención a usuarios diagnosticados con cáncer

Omisión/distancia emocional al miedo/temor en la atención.

1.1. Funcionario/a respecto al usuario/a.

Las atenciones proporcionadas por los funcionarios, en gran medida por médicos/as, son dirigidas, es decir, se realiza control físico y se entrega información clínica del estado de la enfermedad y de las posibilidades de tratamiento. En general, las atenciones atienden las necesidades médicas de los usuarios oncológicos, brindando un lenguaje cercano y comprensivo respecto a la patología. A pesar de ello, y desde la perspectiva biopsicosocial en salud, se evidencia distancia y/u omisión por parte del funcionario al momento de atender aspectos no clínicos en la atención. Se observa como una práctica recurrente en los usuarios observados la manifestación de emociones negativas respecto a su presente y futuro, siendo los factores biopsicosociales en algunos casos una de las causas asociadas. Esto se torna

visible en aquellos usuarios que expresan temor, miedo o angustia respecto a su estado actual y futuro.

Se destaca como la población femenina en su totalidad manifiesta sentimientos de angustia y labilidad emocional frente a las cuales el personal médico/a y no médico/a no valoriza esta información invisibilizando estos datos expresados o muchas veces encasillados en una conducta somática de las pacientes. Lo anterior según Tasa et al. (2015) se debería a una atención médica centrada en un paradigma androcéntrico que repercute en prácticas clínicas sesgadas por la invisibilidad de las características particulares de las mujeres.

En contraparte cuando los pacientes masculinos expresaron una afección emocional éstos fueron escuchados y referidos de manera oportuna a las derivaciones correspondientes tales como: psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, entre otros. Lo que avala la referencia de Valls, dónde menciona como el médico/a en general ha valorizado más un síntoma de un hombre que de una mujer.

Lo que mas llama la atención de lo anteriormente expuesto, es como la conducta de los profesionales no varía según su sexo/género, es decir un médico tiene la misma actitud que una médica frente a una paciente. Esperando que una mujer pudiera tener mayor sensibilidad frente a su género.

Esto es visible en las siguientes observaciones:

- Atención 57 donde se indica:

Paciente explica que, por ser dueña de casa, madre, esposa su marido no la ayuda y debe hacer sus cosas. Médico continua conversación. Paciente con neuropatía y a la exposición del agua fría aumenta. Debe hacer cosas del hogar igual. No se dirige atención ni se presta atención a esto.

- Atención 55 donde se indica:

Paciente derivada a especialista. Ella tiene muchas dudas y ganas de hablar, pero no es escuchada. No termina de hablar y es interrumpida. Se valoran aspectos físicos por sintomatología respiratoria, sin atender a las necesidades que esta quiere expresar.

- Atención 42 donde se indica:

Paciente ingresa sola. No se indaga síntomas dirigidos a sexo/género ni factores biopsicosociales. Refiere espontáneamente temor a no dormir. No se indaga en factores relacionados. Se entrega información respecto a tratamiento y receta para medicamentos, sin tomar en cuenta temores y dudas de la paciente.

- Atención 37 donde se indica:

Paciente en tratamiento de quimioterapia. Refiere intolerancia alimentaria sin vómitos. Paciente con mucho anhelo de referir su sentir. Sin que se le pregunte el refiere todo, y el médico presta atención.

En la atención 57 vemos la atención a una usuaria mujer que refiere tener múltiples roles a pesar de su estado de salud actual. Es “dueña de casa”, cumpliendo la labor de realizar las tareas domésticas de su hogar, además de ser madre y esposa. En este último rol desempeña además la función de realizar las labores propias de su marido, sin recibir ayuda de este. Sumado a esto, manifiesta padecer neuropatía siendo intolerante al agua fría, pero, a pesar de ello, debe continuar desempeñando sus múltiples roles. El médico que la atiende no aborda estos factores psicosociales que afectan su estado emocional, omitiéndolos. En suma, el funcionario mantiene una distancia respecto a factores no clínicos de la paciente, sin considerarlos dentro del diagnóstico del tratamiento de la paciente. Destacando que no hay diferencia en la atención de los diversos funcionarios independiente de su género.

En la atención 55 se observa una paciente comunicativa con el funcionario, que expresa sus problemas psicosociales con el mismo, pero estos no son considerados en la evaluación. Se evidencia una necesidad por consultar dudas de su estado, pero es omitida por el funcionario e interrumpida en su relato. La consideración de aspectos sociales sólo se realiza al presentar síntomas físicos de una enfermedad respiratoria. Lo anterior deja en evidencia la necesidad del funcionario por justificar su atención en una causa clínica, incluso para referirse a aspectos psicosociales de los usuarios.

La usuaria observada en la atención 42 se caracteriza por encontrarse sola al momento de ser atendida, siendo un hecho frecuente en usuarias mujeres. La espontaneidad con la que la usuaria expresa su insomnio es omitida por el funcionario, sin ser considerado como factor relevante en la evaluación de esta. Aquí concurren dos elementos biopsicosociales claves en la caracterización de las atenciones, estar sin acompañante en atención y expresar sus miedos al funcionario. De esto se infiere que, al no ser consideradas causas clínicas tradicionales por el funcionario, son omitidas, generando una distancia y/u omisión emocional por parte del mismo.

Por último, en la atención 37 se destacan los síntomas clínicos evaluados por el funcionario que, a pesar de ser considerados en la evaluación del paciente, no se consulta por el efecto emocional que esto conllevan, siendo la paciente la que expresa sus emociones asociadas sin ser consultada, sin tener integración ni resolución médica frente a lo referido.

En suma, se evidencia un distanciamiento y/u omisión voluntaria por parte del funcionario/a ante expresiones emocionales ligadas al estado de salud por parte de usuarios oncológicos durante su atención. Estos estados emocionales principalmente surgen de factores psicosociales de los mismos – roles de género, cuidados, redes de apoyo deficientes, entre otros – no siendo considerados en la evaluación durante la atención. Un hallazgo relevante al respecto es que lo anterior se manifiesta en mayor medida en mujeres usuarias, en contraposición a las atenciones brindadas a hombres. Mientras que un segundo punto a relevar, y esto planteado como un supuesto surgido de la observación, es que la omisión del funcionario/a a eventos emotivos de los usuarios surge de su necesidad de basar su atención en sintomatología clínica asociada, y no en factores psicosociales que los justifiquen. Destacando, además que los funcionarios de género masculino y femenino incurren en esta misma actitud, de darle más cabida a la sintomatología emocional del usuario que de la usuaria. Lo anterior también se observa frente al rol de cuidadoras que se presentaron en la observación, frente a sus necesidades biopsicosociales las cuales no eran tomadas en cuenta, sin existir diferenciación entre el trato de una médica hacia una mujer.

Por el contrario, y de manera excepcional, esta actitud de distancia y/u omisión también se observa frente a expresiones de alegría, esperanza o emociones positivas frente al estado de salud de los usuarios. También fue posible observar momentos en la atención donde los usuarios se mostraban ávidos por expresar alegría, satisfacción o esperanza por el tratamiento o por situaciones personales vividas durante su enfermedad, sin encontrar la respuesta esperada por los funcionarios/as.

Lo anterior es visible en la siguiente observación:

- Atención 58 indica:

Paciente ingresa sola, confundida en relación al objetivo de su tratamiento. Se le indica una tomografía axial computarizada (TAC) para evaluar si tratamiento funcionó. Paciente muestra alegría, ilusión, por ver si se sanó. Refiere esperanza al pensar que existe la posibilidad de no hacer más quimioterapia. No se indaga aquí, ni se explica posibles complicaciones.

Lo anterior remarca lo dicho con anterioridad, las emociones expresadas por los usuarios no son consideradas por los funcionarios en el contexto de atención como parte de su evaluación diagnósticas ni de tratamiento. Independiente de si estas son manifestaciones de temor o esperanza, sus funciones se encuentran acotadas a aspectos clínicos de tipo biológicos, y deben revestir una importancia sustantiva asociada a la patología principal para ser incorporadas en la atención, como se observa en la siguiente atención:

- Atención 9 indica:

No se consultan signos y síntomas biopsicosociales. Usa sertralina y se consulta sobre estado de ánimo. Se deriva a psicólogo para evaluar estado de ánimo. Se observa decaída y poco comunicativa. Lenta para recibir indicaciones, no se ahonda en este aspecto.

En este caso particular, el estado de ánimo ha estado siendo tratado por un psiquiatra quien había recetado un antidepresivo a la paciente. Al llegar a la atención oncológica con el

funcionario, la depresión es consultada pues se encuentra dentro de la ficha clínica del usuario y se asocia al cáncer de la misma.

En este punto resulta relevante destacar la tensión observada entre las expectativas de atención y la comprensión de roles dentro del espacio de atención. Los usuarios se encuentran en una posición expectante frente al funcionario en relación a su atención diagnóstica de tipo clínica y los factores psicosociales asociados. Esto es evidente frente a la necesidad de los usuarios, principalmente mujeres, por manifestar sus deseos, anhelos y temores frente a su estado. Por el contrario, desde los funcionarios se observa una actitud estrictamente clínica en la atención, con evaluaciones basadas en sintomatologías observables. En suma, se infiere una relación funcionario/paciente con expectativas distorsionadas, no cumplidas, y con deficiencias en la comprensión de roles.

Finalmente, se considera relevante incorporar una atención donde de manera excepcional los funcionarios abordan las emociones de una paciente realizando intervención en crisis frente a su relato personal:

- Atención 4 indica:

Paciente religiosa se muestra en su relato. Habla de su esposo y de sus problemas y de cómo los enfrenta. Refiere estar agradecida con Dios y la vida por buena tolerancia al tratamiento. Se realiza intervención en crisis al menciona que no es culpa de la paciente. Paciente con buena respuesta a problemas que se le han presentado en la vida.

Esta atención viene a confirmar la regla general observada en las atenciones recogidas en esta investigación, a saber, que los funcionarios mantienen un trato con distancia o de omisión frente a las emociones expresadas por los usuarios de oncología durante su atención.

En este estudio, la atención número 4 es considerada la excepción que confirma la evidencia. Se destaca que esta atención fue realizada por una médico mujer.

En el 100 % de los usuarios observados la atención médica/a y de enfermería no incluye

aspectos relevantes de sexo/género. En primera instancia el personal no incluye esta variable en su atención, no diferenciando la sintomatología propia de ambos sexos que influyen directamente en el afrontamiento físico y psicológico de la enfermedad. Lo que conlleva a desigualdades según expone Valls- Llobet, que están dadas principalmente por la mirada androcéntrica que deja de lado los temas relevantes de la biología y formas de vida propias de la mujer, como su multiplicidad de roles y la relación directa que tiene con la enfermedad.

1.2 Diversidades en la atención del funcionario ante preocupaciones de imagen corporal de usuarios.

En relación a este mismo hallazgo, otro aspecto observado en la atención fue la omisión emocional del funcionario respecto a la **autopercepción negativa del cuerpo** en algunos pacientes. Se observa que como consecuencia de la patología oncológica de los usuarios y el tratamiento de la misma, existen temores emocionales respecto a su cuerpo como cambios hormonales y físicos, problemas de peso corporal y autoestima asociada.

Lo anterior visibiliza como la mirada androcéntrica de un modelo de sexo único ha conllevado a una construcción jurídica del cuerpo que repercute en la atención de salud conllevado a sesgos de género.

Lo anterior es evidente en las siguientes atenciones:

- Atención número 2 indica que:

Hijo ingresa con ella. No se indaga en factores biopsicosociales. Ánimo bajo, levemente dependiente pero logra realizar sus actividades. Paciente maneja información de su tratamiento. Mantiene control con psiquiatra en Coronel. Tratamiento de quimioterapia se mantiene. Se interrumpe consulta por llamada telefónica de la funcionaria. Se explica continuidad de tratamiento y atención. No se consultan dudas ni temores de imagen corporal que la paciente refiere como preocupación.

Se observa un paciente informado respecto a su estado de salud, con problemas en salud mental, pero en tratamiento. El funcionario atiende las dudas de la paciente, pero se remite a responder aquellas ligadas estrictamente a su patología principal, por lo que las dudas y temores de la paciente sobre el efecto del tratamiento en su imagen corporal no son abordadas en la atención.

- Atención número 25 indica que:

Paciente refiere que no le ha llegado su periodo hace meses (desde enero). No recuerda último período. Ella refiere preocupación por tema hormonal. Médico explica que es normal por diagnóstico y tratamiento. No se evalúan signos y síntomas de sexo/género. Dudas en relación a imagen corporal, como el uso de un sostén apropiado frente a la mastectomía realizada. Médico explica todo luego de que ella insiste en consultar.

En esta atención existe preocupación de la paciente respecto a su imagen corporal debido a los cambios hormonales y físicos sufridos ante el tratamiento de su patología oncológica. La menstruación y el uso del sostén son temores surgidos de la misma. Estos temores, son abordados por el funcionario, explicándole la normalidad de su estado frente al cáncer que padece, informando y tranquilizando a la paciente. Como supuesto podemos referir que la atención brindada por el funcionario sobre la autopercepción corporal de la paciente, sigue la línea estrictamente clínica de la enfermedad y no sería una excepción en las atenciones observadas, ya que su patología y el tratamiento asociado serían la razón principal que genera los cambios físicos mentales en la usuaria. Sin ahondar en las influencias de su género en la enfermedad y las repercusiones biopsicosociales. Manteniendo un rol invisibilizado de la mujer en un modelo androcéntrico.

- Atención número 33 indica lo siguiente:

Pérdida de fuerza de brazo. Paciente acompañada por su hijo quiere manejar cuidados. Paciente aporta información atingente. No se consulta signos y síntomas sexo/género. No se consultan factores biopsicosociales. En momentos de atención, paciente sin ropa ingresa otros funcionarios afectando privacidad. Preocupada por: baja de peso, derivada a

nutricionista; disminución fuerza brazo izquierdo, derivada a rehabilitación, pero ella rechaza por la pandemia.

En la atención 33, surge un nuevo elemento a analizar respecto a los temores corporales de los usuarios, esta son las fluctuaciones de peso derivadas de su patología central. Lo anterior se expresa como un temor por parte de los pacientes, manifestándolo a los funcionarios, siendo derivados a un nutricionista para que evalúe posible tratamiento. En esta atención en particular la privacidad fue vulnerada, lo cual puede asociarse a una afectación de la autopercepción corporal antes señalada por la paciente, sin ser motivo de importancia para el médico que realiza la atención. Es importante destacar que no se realiza diferenciación de las características propias de la mujer conllevando a igualar erróneamente a mujeres y hombres en cuanto al comportamiento de la enfermedad.

- Atención número 39 indica lo siguiente:

Acompañado por familiar. No se le consultan datos personales de sexo/género, ni sintomatología dirigida. No se valoran aspectos biopsicosociales. Esposa apoya información entregada en relación a preocupaciones (que no suba de peso). Se deriva nutricionista.

Por último, en esta atención se observa preocupación por parte de los cuidadores en relación al peso de su familiar. Al igual que la atención anterior, el paciente es derivado a nutricionista.

Una característica común a relevar en este apartado es la presencia permanente de un discurso femenino, ya sea que emana de una paciente o de una cuidadora de un paciente hombre. En las tres primeras atenciones analizadas, las pacientes que refieren temores asociados a su imagen corporal son mujeres, destacándose las consecuencias físicas derivadas de la patología oncológica y del tratamiento de la misma. Mientras que, en la atención 39 el relato surge de la cuidadora, en este caso la esposa del usuario, quien expresa su preocupación ante el peso corporal de su marido. En síntesis, en las observaciones realizadas la preocupación por la imagen corporal proviene principalmente de un discurso femenino, ya sea por afecciones propias o de familiares.

Una segunda característica es la diversidad con la que los funcionarios abordan el temor a la

imagen corporal de los usuarios. Algunas atenciones omiten o toman distancia de las mismas, normalizándolas debido a que serían efectos secundarios de su patología central y no estarían asociados a su género, sin valorar la importancia de esto en el afrontamiento de la enfermedad, pudiendo afectar en la diversidad de roles del paciente. Mientras que aquellos temores de imagen corporal que están asociados a patologías propias del género femenino, como el cáncer de ovarios o de mama, son tratadas y abordados por los funcionarios de manera superficial durante la atención, dejando muchas interrogantes sin responder afectando aún más la ansiedad y preocupación de las pacientes.

En suma, las preocupaciones de la imagen corporal son comunes en mujeres tratadas por alguna patología propia de su género, pero también se pueden hacer extensivas a atenciones donde la cuidadora es una mujer, destacándose la importancia a las fluctuaciones de peso corporal en familiares o en aquellos que tienen la labor de cuidar. A esto debemos agregar que, no todos los temores afectivos asociados al cuerpo son tratados por los funcionarios, siendo la patología oncológica asociada al género femenino un elemento importante para determinar o no su abordaje en una atención.

1.3. Manejo de emociones en atención con foco en el cuidador o cuidadora

Un tercer hallazgo que surge de la interacción en las atenciones es la que se genera entre funcionarios y cuidadores de pacientes oncológicos en relación al trato respecto al estrés del cuidador o cuidadora. Específicamente en la atención número 5, la cuidadora principal del paciente, su esposa, refiere episodios de agresividad del mismo en momento de mayor lucidez, y expresa sus temores y preocupaciones en cuanto cuidadora. Este relato no es conducido por la funcionaria quien continúa con la evaluación clínica, haciendo caso omiso a la cuidadora y derivando al paciente a otra comuna.

- En atención número 5 se observa lo siguiente:

Paciente acompañado por la hija. Paciente somnoliento, no responde a estímulo verbal de la doctora, pero sí al del hijo. Desorientado en tiempo y espacio, ingresa en silla de ruedas. La esposa es la cuidadora principal. Hijo refiere episodios de agresividad cuando está más

conectado. Se habla delante del paciente sobre mal pronóstico. El hijo refiere que su padre escucha “un poco”, no dándose importancia a esto al momento de hablar de pronóstico ominoso del paciente. Se suspende tratamiento por condición y se deriva a Chillán. No se evalúa estrés del cuidador. Si se evalúa redes de apoyo. Se indica condición paliativa al hijo ya que él consulta, antes de que le hijo consultara no se le entrega información sobre continuidad de tratamiento y objetivo del mismo.

Esta observación, analizada en este caso dentro de los hallazgos relacionados a manejo de emociones durante la atención, viene a ser una representación de, por un lado, el rol de cuidadora que se observa principalmente en las mujeres²¹, y la frecuencia con la que los funcionarios mantienen distancia afectiva u omiten los relatos de usuarios y cuidadores referidos a preocupaciones, tensiones y temores sobre el cáncer. En esta atención en concreto, esta práctica de distanciamiento u omisión se define en relación al género de la cuidadora y al rol de los cuidadores, que con frecuencia son invisibilizados en los espacios de atención.

2. Alteración de privacidad en la atención.

Un segundo hallazgo surgido de las prácticas de observación recogidas se relaciona a la vulneración de la privacidad en los espacios de atención. Se altera la relación funcionario/paciente desde la perspectiva ética, incumpliendo la práctica profesional de tipo confidencial por parte del hospital. Como consecuencia de lo anterior, la interacción entre funcionario y paciente no cumple con un principio básico que es la privacidad, lo cual rompe con la práctica de atención esperada por el paciente. Esto se observa en atención en área de atención ambulatoria, donde además no son incorporados en la evaluación del funcionario elementos biopsicosociales del paciente.

- En la atención número 33 se observa esta alteración:

Paciente acompañado por su hijo quien quiere manejar cuidados. Paciente aporta información atingente. No se consulta signos y síntomas sexo/género. No se consultan

²¹ Este punto será analizado en profundidad en el apartado sobre cuidadores y prácticas de atención asociadas.

factores biopsicosociales. En momentos de atención, paciente sin ropa, ingresa otro funcionario afectando privacidad.

- En la atención número 35 surge lo siguiente:

No se valoran síntomas dirigidos a género/sexo. No se valora género. En examen físico no se protege privacidad del paciente. No se evalúan factores biopsicosociales.

Se destaca que se muestra una atención basada en el modelo de sexo único sin hacer la diferenciación entre factores biopsicosociales de ambos géneros, pasando por alto información relevante a la hora de realizar una atención en salud. El proceso de la vivencia del cáncer no tan solo abarca una dimensión biológica, sino que biopsicosocial donde los parámetros de diferenciación incluyendo la multiplicidad de roles de una mujer y la vulnerabilidad a la cual se enfrenta con los diagnósticos mas prevalentes tales como cáncer de mama y cervicouterino, la privacidad es fundamental para no alterar más la sintomatología en relación a su salud mental.

En ambas atenciones, la privacidad es alterada durante el proceso de evaluación del paciente, esto habla de una vulneración a la privacidad corporal, por un lado, y en general, a los derechos de todo paciente a recibir una atención digna, respetando su privacidad, pudor e intimidad (Ley N°20.584).

3. El rol de los cuidadores, su interacción con el funcionario y roles de género

Un tercer elemento observado en las prácticas de atención es el rol que cumplen los cuidadores, mayoritariamente mujeres de género femenino respecto a la interacción con el funcionario/a y las funciones que cumplen como tales. En las atenciones observadas, los cuidadores cumplen más que el rol de acompañar a los pacientes, estos/as muchas veces interactúan con el funcionario/a consultando sobre diagnóstico y tratamiento, siendo

interlocutores validados/as por el/la paciente, este actuar lo hemos denominado²² como *rol visible del cuidador/a*. Un segundo hallazgo se infiere del relato de los mismos asociados a cuidados en casa o de traslado, sobre los cambios de ánimo del familiar o paciente, y los escasos recursos que tienen a disposición para canalizar el estrés generado por su rol. Este segundo punto lo hemos denominado *rol invisibilizado de los cuidados*. Por último, un tercer punto se refiere a los *roles de género vinculados al cuidado* de los pacientes. Se observa que las mujeres tienen una mayor representación como cuidadores en las atenciones – en su mayoría, cuidando de hombres, ya sea de esposos u otro familiar –. Pero la importancia de este punto no se remite sólo a su mayor presencia en cuidados, más bien, la relevancia radica en las prácticas de cuidado que son asociadas al género femenino. Como veremos, es frecuente que las mujeres acompañen a otros pacientes, principalmente a hombres, y son éstas las que cumplen el rol visible e invisibilizado de cuidados antes descritos.

3.1 Rol visible del cuidador o cuidadora

En las siguientes atenciones analizadas, se evidencia el rol de los y las cuidadoras respecto a las necesidades del paciente durante el tiempo de atención. En primer lugar, se observó a un hijo quien acompaña a su padre quien, ante el estado actual de su padre, solicita manejar información entregada por el funcionario para manejar el tratamiento médico de su familiar. Es importante destacar que en esta oportunidad el paciente estaba lúcido, orientado y entregaba información atingente, pero su hijo no permitía que este se expresara. Médico sólo toma atención a lo referido por el cuidador.

- En atención 33 se observa al hijo como cuidador:

Paciente acompañado por su hijo quien quiere manejar cuidados. Paciente aporta información atingente. No se consulta signos y síntomas sexo/género. No se consultan factores biopsicosociales.

²² Cabe señalar que los nombres que hemos asignado a estos hallazgos relacionados al cuidador o cuidadora se enmarcan dentro del contexto de atención, sobre todo al catalogar la visibilidad o invisibilidad de los cuidados.

Del mismo modo, en la atención número 30 la cuidadora es el que informa al funcionario del estado del paciente durante los últimos días, lo anterior surge, entre otros motivos, ante el analfabetismo del mismo. De esta forma el cuidador se transforma en un interlocutor válido y necesario para la comunicación en el contexto de atención entre funcionario y paciente.

- En atención 30 la cuidadora cumple un rol central en la comunicación con el funcionario ante analfabetismo del paciente:

Progreso recaída local, hepática, ósea. Paciente analfabeto. Todo lo refiere su acompañante. Médico se dirige hacia ambos. Paciente con dolor. No se indaga en sintomatología adicional ni dirigido a género/sexo.

No existe un dialogo eficaz con la cuidadora quien se lleva toda la carga en cuanto a salud mental y física que está viviendo su familiar. Se demuestra que cuando es una mujer quien expresa las necesidades se ve inferiorizada al no obtener la información que requiere para los cuidados del paciente. A pesar de que no es en dirección hacia el paciente, se evidencia como frente a lo que expresa una mujer no es valorizada por el personal médico. Conducta reiterativa en lo observado durante la investigación. Revelando como el modelo del sexo único aún se mantiene presente.

Si bien el rol de cuidadora de la mujer es algo socialmente normado, a la hora de expresar sus necesidades y requerimientos se ve cómo la mujer se visibiliza solo bajo un modelo androcéntrico al alero del hombre. Ser la cuidadora es prácticamente una obligación del género, tal como mencionaba Stoller (1968) en la década de los sesenta el género es un término que tiene connotaciones psicológicas y culturales más que biológicas.

Y como se mencionó en la teoría es importante destacar como la sociedad impacta en el comportamiento de la humanidad, generando conceptos estereotipados de modelos a seguir, sin tomar en cuenta la diversidad que existe a nivel biológico y psicosocial de las personas. De esta manera se le resta valor a lo expuesto por la cuidadora y esta no logra obtener la información adecuada para poder prestar cuidados integrales.

3.2 Rol invisibilizado de los cuidados

Pero es sabido, que el rol de los y las cuidadores se extiende más allá de su función en espacios específicos como es el caso de la atención médica. Este es sólo una parte de su rol, lo visible dentro del espacio de atención. Pero desde este contexto, también fue posible inferir patrones de cuidado que mediante la observación de la atención se amplían a otros espacios. Estos son los casos de las atenciones 23 y 41 en las cuales el estado de estado físico de los pacientes y las dificultades de desplazamiento surgen como necesidades externas al espacio de atención que deben ser resueltas por el o la cuidadora.

- En la atención número 23 se evidencia cómo una leve dificultad de movimiento de la paciente debe ser asistida por su cuidadora, su hija. De esto se deduce la dependencia de la primera respecto de la segunda más allá del contexto de atención observado.

Paciente acompañada de su hija. Requiere ayuda por leve plejía del lado derecho. Trato dirigido consulta por sintomatología en general. Buena llegada al paciente. No existe valoración dirigida a sexo/género que pudiesen afectar aún mas el afrontamiento de la enfermedad, frente a la diversidad de roles de la mujer.

- Del mismo modo, en la atención 41 se presenta una situación similar, donde el cuidador del paciente, en este caso su hijo, refiere que su padre es dependiente en cuanto a tratamiento y movimiento. En consecuencia, a ambos les genera dificultades el traslado desde la comuna de Coronel a Concepción.

Paciente acompañado por el hijo. Cuidador refiere toda la información, no permite que él responda. Paciente dependiente. No se valoran signos y síntomas dirigidos a sexo y género ni factores biopsicosociales. Hijo refiere dificultad para asistir, prefiere atención en Coronel, en contexto de terapia kinesiología.

En suma, de las atenciones observadas se infieren cuidados que se extiende más allá del

espacio de atención. Si bien existen cuidados que son atendidos por los y las cuidadores durante el proceso de atención, en los relatos surgidos de la comunicación con el funcionario de salud se revelan aquellos cuidados no visibilizados en la observación, y que por su importancia arrojan información relevante para una comprensión mayor del fenómeno de estudio.

3.3 Roles de género vinculado a los cuidados

En el presente estudio, fue posible evidenciar que las prácticas de cuidado asociadas al género tienen un correlato observable presente en la interacción entre paciente/cuidador(a)/funcionario, y otro en la actitud frente al género por parte del paciente. Un hallazgo relevante para los fines de nuestro estudio es el rol de cuidadores que cumplen las mujeres respecto de pacientes oncológicos. En las atenciones observadas, las mujeres desempeñan la tarea de ser interlocutoras entre el funcionario y el paciente, resolviendo dudas y haciendo consultas al primero. Pero su rol no termina allí, se evidencia que estas cuidadoras en general manejan el tratamiento de los pacientes – exámenes, calendario de atenciones, registro de atenciones y exámenes pasados, medicamentos, entre otros – además suministrar los medicamentos llevando un registro de gramajes y horarios. Es hallazgo lo hemos denominado *roles de género asociados al tratamiento*.

Un segundo elemento a relevar en cuanto a los cuidados por parte de mujeres es el rol emocional o afectivo que ejercen en su interacción con los pacientes que cuidan. En este caso, el efectivo funcionamiento de los cuidados estaría mediado por el lazo emocional o afectivo entre cuidador y paciente cuidado, destacándose entre ellos el ser esposa del paciente, sobrina, hija, o en general, familiar de su red cercana. A este último punto lo hemos nombrado *afectividad y roles de género en los cuidados*. A continuación, se presentan algunas notas obtenidas de las atenciones observadas donde quien ejercía las labores de cuidado era una mujer.

Mujeres acompañan a paciente y llevan el tratamiento de los mismos.

- En la atención 24 la cuidadora es una familiar, mujer, acompañando a un paciente que es hombre. Este último no maneja tratamiento de su enfermedad, siendo labor de la acompañante:

Hombre en segundo ciclo de quimioterapia con buena tolerancia. Familiar, sobrina lo acompaña. Paciente con hipoacusia. Sin control de patología previas (hipotiroidismo). No maneja tratamiento (nombres y horarios). Buen cierre de atención. Se explica diagnóstico y tratamiento.

- En atención 31 la cuidadora es un familiar y mujer:

Paciente ingresa con familiar. Ella maneja su tratamiento. No se indaga en dirección a sexo/género. No se indaga en factores biopsicosociales.

- En la atención 39 se destacan los lazos emocionales – representados en la figura de la esposa – y los cuidados asociados al tratamiento por parte de mujeres hacia paciente hombres:

Acompañado por familiar. No se le consultan datos personales de sexo/género, ni sintomatología dirigida. No se valoran aspectos biopsicosociales. Esposa apoya información entregada en relación a preocupaciones (que no suba de peso). Se deriva nutricionista.

Ambos tipos de hallazgos asociados a roles de género – cuidados en el tratamiento y lazos afectivos - pueden existir de manera independiente, es decir, que el manejo del tratamiento del paciente por parte de la cuidadora no requiere necesariamente que a su vez esta comparta algún tipo de lazo afectivo con el mismo. En otras palabras, una cuidadora esposa de un paciente podría cumplir un rol de género en el cuidado de forma independiente a si esta manejara o no el tratamiento del mismo. Sin embargo, al contrastar esta idea, planteada más bien como un supuesto extraído del trabajo de campo, con los cuidados observados en las prácticas de atención se infiere que ambos roles actúan de manera conjunta. Es decir, los cuidadores desempeñan su función asociada al manejo del tratamiento dependiente del lazo afectivo que estas posean con aquel paciente que cuidan. La frecuencia observada de este tipo de relación nos permite llegar a esa aseveración. Podemos fortalecer este hallazgo al

observa el *rol de cuidador asociados al tratamiento* ejercido por esposo, hijo, sobrino o familiar en general. De las atenciones analizadas no se evidencia una relación cuidador/paciente que sea capaz de constatar el supuesto de que el género masculino incide en ambos tipos de roles de género (rol en el tratamiento y rol afectivo), sino que más bien, lo masculino y los cuidados estaría reducido al acompañamiento del paciente en el espacio donde se desarrollan las prácticas de atención entre funcionario/paciente/cuidador, y que, por lo tanto, el rol de género asociado al tratamiento no se manifiesta. En suma, se deduce que el género femenino es relevante para los cuidados en ambos tipos de roles, asociación entre cuidados que no se estaría observando en cuidadores vinculados al género masculino.

- En la atención número 5 el paciente es acompañado por su hijo, de género masculino, quien cumple la función de ser el cuidador en el contexto de atención. Sin embargo, en la misma atención se recalca el rol que tiene la esposa como cuidadora principal. Si bien en ambos casos el lazo emocional o afectivo determina el cuidado, es la esposa la que en este caso cumple el rol de cuidados en relación al tratamiento.

Paciente acompañado por el hijo. Somnoliento. No responde a estímulo verbal de la doctora, pero sí al del hijo. Desorientado. Ingresó en silla de ruedas. La esposa es la cuidadora principal. Hijo refiere episodios de agresividad cuando está más conectado. Se habla delante del paciente sobre mal pronóstico. El hijo refiere que su padre escucha un poco. Se suspende tratamiento por condición y se deriva a Chillán. No se evalúa estrés del cuidador. Si se evalúa redes de apoyo. Se indica condición paliativa al hijo ya que él consulta.

En síntesis, podemos observar que en el espacio de atención de pacientes oncológicos se expresan roles asociados a los cuidados, y unos de estos roles se asocia a los cuidados ejercidos por el género femenino que, en relación a la muestra obtenida, son las que de manera frecuente se ocupan de esta función. Los cuidados y el género observados en las atenciones no son más que una prolongación de la separación de roles surgida generalmente de una perspectiva androcéntrica. Este comportamiento manifestado en el espacio de atención se ve reforzado por dos elementos concurrentes, el primero, es el lazo afectivo entre paciente y cuidador/a, y, segundo, el tratamiento de una patología que requiere cuidados específicos.

4. Género y sesgos surgidos de las prácticas de atención

Antes de referirnos específicamente a los sesgos surgidos de la atención proporcionada por los y las funcionarios de salud, consideramos importante hablar de la actitud que pacientes tienen frente a los conceptos de sexo y género. Consideramos que describir la concepción de estos términos por parte de paciente viene a ser un dato relevante para la interpretación de los datos que surgen más adelante en este apartado.

En relación con esto, a los pacientes pertenecientes a la muestra se les consultó por su sexo y por su género, dentro de las preguntas de caracterización²³. En sus respuestas se aprecia un conocimiento expreso por la variable sexo, sin embargo, con el género no ocurre lo mismo. Si bien ambas preguntas fueron contestadas, ambas generaron sorpresa o rechazo en los pacientes. Una sonrisa irónica, frases como “obvio que hombre” o vergüenza fueron la tónica de las respuestas de los pacientes ante la pregunta por su sexo. En esto se denota cierta incomodidad por la palabra que, al parecer, no es una pregunta aceptable de realizar en un contexto de atención. A esto se le suma que sus respuestas no atendían a la pregunta. Respondían con “hombre” o “mujer”, lo que hace presumir el desconocimiento entre género y sexo por parte de los pacientes consultados. Se presume que son preguntas obvias para los pacientes, y que el género tendría el mismo significado que el sexo.

En general, a actitud de los pacientes ante los conceptos de sexo y género fue de obviar las preguntas que se puedan hacer al respecto, ya sea con la finalidad de eludir, evitar o simplemente no comprender preguntas que para éstos parecen evidentes. En este sentido, podemos presumir que la “evidencia” de la que suponemos se sostiene esta actitud de evitación de los y las pacientes surge de la asociación observable del sexo. En otras palabras, asumen que esta pregunta es observable ante características biotípicas que estos poseen y, por lo tanto, su respuesta sería innecesaria. Este hallazgo correspondiente a la dicotomía

²³ *El hospital cumple con la nueva normativa que indica que se debe consultar por su género a pacientes. Orientaciones técnicas para actualizar o elaborar protocolo de trato y registro para personas trans, en el marco de la circular n°21 Ministerio de Salud*

sexo/género lo hemos denominado *sexo y género como verdades evidentes* por parte de pacientes, lo que vendría a ser validado por una perspectiva biologicista asociada al sexo. Teniendo esta característica propia de los y las pacientes oncológicos, pasaremos a describir las características de género relevantes observadas del proceso de atención. En este sentido, se consideran como criterios importantes para identificar patrones de sesgos de género en espacios de interacción, el lenguaje verbal y no verbal usado durante la atención por parte de los diferentes actores, los tiempos de atención dedicados, y la perspectiva clínica adoptada por los funcionarios.

4.1 El enfoque androcéntrico y el abordaje de las dimensiones biopsicosociales durante la atención

Este hallazgo surge ante la indiferenciada atención de sexo que realizan funcionarios y funcionarias respecto a pacientes oncológicos. Lo anterior se obtiene si miramos la tabla de caracterización de cáncer para cada paciente observado. De esta se concluye que la frecuencia mayor se encuentra en cáncer de ovario, mama, gástrico y de colon. De estos, los dos primeros, el de ovario y el de mama, son propios de las mujeres, sin embargo, las atenciones brindadas por los funcionarios de salud no hacen distinciones al respecto. La perspectiva clínica es homogénea para hombres y mujeres respecto al sexo, obviando las particularidades biológicas asociadas a algún tipo de cáncer. En este sentido, es frecuente observar cómo los y las pacientes atendidos o por cáncer de colon o cáncer de ovario presenta prácticas de atención similares. Lo anterior se hace evidente cuando, dentro de las preguntas de diagnóstico clínico realizadas por los funcionarios de salud, no se pregunta a los pacientes por signos y/o síntomas asociados a su sexo o género. Del total de 59 atenciones observadas, en ninguna de ellas la atención diagnóstica estuvo dirigida a síntoma y/o signos propios del sexo o género del paciente. A pesar de ser un aspecto para considerar dentro de las buenas prácticas clínicas, estas fueron obviadas por los y las funcionarios, no siendo consultadas. Cabe destacar que esta no es sólo una conducta propia del personal médico, sino que se observa de forma generalizada en personal de enfermería y TENS del área de oncología.

En relación a lo anterior, otra práctica de atención que es importante de relevar en relación a consultas hechas por funcionario respecto al sexo y género de pacientes es la *omisión sistemática sobre la autodefinición de género en los pacientes tratados*. Con frecuencia, se observa que los y las funcionarios se encargan de marcar sin consultar a los paciente la pregunta relativa al sexo y género que se encuentra en los formularios de registro de los pacientes, lo que, más allá de ser una práctica que vulnera la autonomía y derechos del paciente, puede ser considerado un sesgo de género en relación a la información que el funcionario que marca las variables sexo y género, obtiene de la observación que realiza.

En este caso, el sesgo emerge de la estereotipación de la naturaleza biológica de los y las pacientes.

Lo anterior viene a confirmar la no incorporación en las prácticas de atención de los protocolos de género necesarios, no sólo para generar políticas de inclusión, sino que también con el fin de realizar diagnósticos diferenciados de cáncer por género, y no sólo por el tipo de enfermedad. En ese sentido, la omisión de la perspectiva de género puede desencadenar en subdiagnósticos que pueden poner en peligro la salud de los propios usuarios.

En relación con la omisión de signos y síntomas asociadas al sexo y género de los pacientes, *no sólo fue posible identificar omisiones biológicas de los pacientes, sino que también del ámbito social y psicológico*. En relación a la primera dimensión, resulta particular la ausencia de una perspectiva integradora en la etapa diagnóstica y de tratamiento proporcionada por funcionarios y funcionarias. Al respecto, son comunes las omisiones relativas a determinantes sociales en salud, es decir, a las condiciones actuales del paciente referidas a su ocupación, trabajo u oficio; el nivel educacional de tipo formal e informal; su capacidad de gasto e ingresos; su vínculo a alguna comunidad, raza o etnia específica; o, las redes de apoyo con las cuales cuenta. Las preguntas realizadas por el funcionario en la etapa de diagnóstico y luego en la de tratamiento se refieren principalmente a síntomas y signos asociados a la patología oncológica, pero no consulta ni profundiza de forma sistemática en los determinantes mencionados. Algunas excepciones a lo anterior, pero que no representan una conducta frecuente de los funcionarios, se refieren a la dimensión económica, redes de apoyo, y la dimensión

psicológica.

En relación a la *dimensión económica*, se destaca que esta se observa en las atenciones número 1 y la número 40. En relación a la primera, se trata de una mujer que padece cáncer de tiroide. La paciente expresa angustia causada por el avance de la enfermedad. Del mismo modo, señala que estos miedos son alimentados por la vulnerabilidad económica que representa para ella la enfermedad. De esta atención se desprenden dos hallazgos a relevar, en primer lugar, la dimensión económica es uno de los motivos que genera angustia a la paciente y se asocia directamente con su salud mental, y lo segundo, que esta dimensión emerge de manera no intencionada por los y las funcionarios de atención y que, a pesar de aquello, no se indaga en ella. Respecto a la atención número 40, encontramos a una mujer de 77 años, acompañada de su hijo, que padece un melanoma con metástasis, y a la cual no se le consulta ni por su sexo y tampoco por su género. En esta paciente la enfermedad está en evolución y se indaga en la posibilidad de continuar el tratamiento en el sector privado de salud. Cabe señalar que la dimensión económica emerge ante la necesidad de profundizar en el tratamiento proporcionado por el hospital.

Como síntesis de la dimensión económica, podemos señalar que esta no es abordada por los y las funcionarios como una práctica constante en las atenciones, y en los casos vistos donde esta si es señalada, surge de manera intencionada por la paciente o por las necesidades propias del tratamiento de la enfermedad. Además, en ambas atenciones vistas la dimensión económica se caracteriza por surgir de la atención a mujeres, y, por no consultar ni abordar un enfoque clínico con perspectiva de género.

Sobre la *dimensión redes de apoyo*, se destaca que estas son entendidas como un soporte amplio que abarca las dimensiones sociales, biológicas y psicológicas de los y las pacientes. Esta dimensión surge ante la autonomía limitada y la necesidad permanente de cuidadores o cuidadoras que presten atención a estos pacientes debido a las características de su enfermedad. Generalmente, los cuidadores y/o cuidadoras de pacientes con patologías oncológicas acompañan a este durante la atención brindada, siendo identificados dentro del proceso de atención, pero no son incorporados en la toma de decisiones relativas al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. A pesar de ser reconocidos por los y las funcionarios, la atención no considera este ámbito como una esfera relevante que propicie

una salud integral del paciente, sino más bien es un aspecto accesorio y no intencionado por el funcionario. En otras palabras, los funcionarios y funcionarias esperan que existan los cuidados ante sus necesidades oncológicas, pero no es una dimensión que de forma intencionada sea parte de la práctica clínica.

Las redes de apoyo es una dimensión que se logra identificar en gran parte de las atenciones observadas, siendo una característica frecuente en el proceso de atención. Sin embargo, no es un factor relevante en la práctica clínica misma, más bien es una particularidad *per se* de la dimensión social de la enfermedad y no se constituye necesariamente como un atributo de la práctica de atención brindada.

Finalmente, un área de atención que es considerada por los y las funcionarios y de la cual se obtienen sesgos de género, es la *dimensión de salud mental de los pacientes*. Es común observar la vulnerabilidad emocional con la cual los pacientes relatan sus experiencias padeciendo el cáncer. Temor, angustia y desolación son sentimientos con los cuales pacientes deben lidiar de forma constante. En relación a la muestra, estas emociones se manifiestan de forma frecuente. Si bien algunos pacientes demuestran esperanza de sanar frente a la enfermedad, otros conviven con temor, ansiedad y períodos depresivos con los cuales deben lidiar. A continuación, podemos ver algunas observaciones referidas a lo anterior:

- En la atención número 42, una paciente de sexo mujer, en la cual no se indaga en factores de género asociados a signos y síntomas, y en la cual tampoco son profundizados factores biopsicosociales, expresa insomnio surgido de temor a no poder conciliar el sueño nocturno. El funcionario no indaga en este malestar:

Paciente ingresa sola. No se indaga síntomas dirigidos a sexo/género ni factores biopsicosociales. Refiere espontáneamente temor a no dormir. No se indaga en factores relacionados.

- En la siguiente nota se observa los problemas de salud mental de una paciente mujer en quien no se indaga en factores biopsicosociales, y tampoco son atendidas sus molestias al respecto:

Paciente afectada por evolución de enfermedad. Intenta hablar de sus emociones y miedos

(expresa problemas económicos). Se refieren antecedentes de atención psicológica por enfermedad. Paciente relata miedos, pero no se indaga más. Paciente con redes de apoyo menciona a esposo de forma natural. No se indaga en funciones relacionadas a la esfera biopsicosociales. Viaja a Santiago a tratamiento.

- En la atención número 2 encontramos una paciente mujer quien, acompañada de su hijo, se observa con ánimo bajo. Ella expresa contar con atención psiquiátrica pero funcionario no indaga en ello:

Paciente con poco ánimo y dolor óseo. Hijo ingresa con ella. No se indaga en factores biopsicosociales. Ánimo bajo, levemente dependiente pero logra realizar sus actividades. Paciente maneja información de su tratamiento. Mantiene control con psiquiatra en Coronel. Tratamiento de quimioterapia se mantiene. No se consultan dudas ni temores. La Imagen corporal es un problema para ella.

A pesar de la frecuencia con que los malestares emocionales surgen en los paciente atendidos, estos problemas no son profundizados por los y las funcionarios/as, quedando sólo como una conversación propia del espacio de interacción. Del mismo modo, cabe destacar que de las atenciones donde se observa esta conducta de los y las funcionarios/as, todas son paciente mujeres en las cuales, además, no se indaga en factores biológicos ni sociales. Si bien, por las características propias de un estudio cualitativo con enfoque etnográfico no es posible generalizar lo siguiente, vemos emerger una conducta reiterada asociada a la omisión de factores psicológicos especialmente en paciente mujeres. Esto podría indicarnos, a modo de supuesto, una explicación estigmatizante de las mujeres como pacientes constitutivos de una particularidad neurótica, propia de su sexo y género.

Los conceptos sexo-género se encuentran estereotipados bajo un modelo que ha generado la sociedad, sin hacer la diferencia entre ambos conceptos y sus repercusiones en el continuo salud-enfermedad.

Es importante volver a mencionar lo propuesto en la teoría desde la mirada del feminismo en pro de la defensa de los derechos de las mujeres debe extrapolarse hacia una exigencia en la

igualdad de oportunidades dirigidas a la salud durante todo el ciclo vital. Visibilizando las diferencias a nivel de sexo y de género que deben incluirse en la morbilidad diferencial en la población femenina. Exigiendo potenciar una medicina que considere las diferencias de género dejando de lado la visión androcéntrica. (43)

De la investigación resulta central entender que los sesgos de género en su mayoría emergen de omisiones de protocolos, estigmatizaciones asociadas al sexo, e invisibilización de diferencias de género surgidas de determinantes sociales. En otras palabras, los sesgos de género surgen de la omisión deliberada o no de los aspectos antes nombrados, siendo una de las conclusiones más relevantes del estudio.

En síntesis, de la primera etapa de exploración se observa que en las atenciones los y las funcionarios mantienen distancia emocional con los y las pacientes, lo cual se manifiesta en la no indagación en factores psicológicos o sociales que el paciente manifieste, e incluso en la omisión de emociones de los pacientes surgidas de autopercepciones negativas sobre su cuerpo. De forma paralela, los cuidados también son obviados, en general, durante la atención, sin ser parte de una mirada integral de atención. Y, en suma, de ambos hallazgos se observan sesgos de género asociados a roles de cuidador, actitudes de pacientes y funcionarios, y la persistencia de un enfoque androcéntrico en la práctica de atención. Cada uno de estos puntos serán profundizados a modo de conclusión en el apartado siguiente, y dilucidaremos cómo estos han dado respuesta o no a los objetivos de la presente investigación. Se destaca como en el 100% de los y las pacientes observados nunca se indago en referencia a factores relacionados con su sexo y género, conllevando a igualar erróneamente a mujeres y hombres en cuanto a comportamiento de la enfermedad (signos y síntomas) y de su pronóstico, cuando de hecho, no se comportan de la misma forma en ambos sexos. (Ruiz-Canteros, Verbrugge 1997). Conllevando a sesgos de género en problemas de salud comunes a mujeres y hombres.

CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como objeto de estudio ahondar en las prácticas y comportamientos asociados a sesgos de género producidos por los actores presentes durante una atención en salud, en particular, en contexto de atención del área de oncología del hospital regional de Concepción. Ante nuestra pregunta de si existen sesgos de género en salud y cómo estos se manifiesta, podemos decir que la respuesta es afirmativa. Mediante la aplicación de una metodología cualitativa con enfoque etnográfico, fue posible identificarlos, describirlos y obtener conclusiones que pueden ser un aporte para la mejora futura de estas prácticas de atención en salud.

Luego de conocer los elementos teóricos del género y sus sesgos, ahondar en estudios previos vinculados con nuestro tema, y contrastar nuestros supuestos con el caso particular del área de oncología del hospital regional de Concepción, consideramos que de esta investigación se pueden definir los sesgos de género como omisiones deliberadas o no que se encuentran de forma sistemática en las distintas dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y económicas de los y las paciente atendidos. En otras palabras, es una práctica transversal a las dimensiones biopsicosociales en salud cuyo factor principal es la estereotipación del sexo, este sesgo se debe a investigación médica centrada en un paradigma androcéntrico que repercute en prácticas clínicas sesgadas por la invisibilidad de las características particulares de las mujeres. (Tasa et al. 2015) (67)

Dentro de la búsqueda constante de dar respuesta a nuestro supuesto de investigación, es que podemos aseverar que en nuestra muestra y en relación a las prácticas de atención observadas, existe una homogenización de género en la atención médica y no médica del equipo de salud del centro hospitalario estudiado, lo cual se manifiesta principalmente en la omisión sistemática de las especificidades biológicas y sociales del sexo de los pacientes. Si consideramos que las diferencias biológicas y psicosociales de la mujer pueden repercutir de forma directa o indirecta en su continuo salud enfermedad, la interacción funcionario-paciente observada estaría contribuyendo en la profundización de estas desigualdades. A continuación, veremos en detalle los principales hallazgos que nos permiten llegar a la conclusión anterior.

En primer lugar, el presente estudio buscó *describir cómo se realizan las prácticas de atención proporcionadas por el equipo de salud tanto a hombres como a mujeres con cáncer*. En particular, se intentó explicar el modo de suceder en el espacio de interacción equipo médico-paciente para luego dilucidar los posibles sesgos de género surgidos de la misma. En relación a lo anterior podemos decir que la atención se caracteriza por la distancia emocional/afectiva entre equipo médico y paciente. Lo anterior se evidencia en los aspectos no clínicos esperados durante la atención por parte del funcionario o funcionaria de salud. Especial atención se puso en aquellas manifestaciones de angustia, soledad o episodios depresivos expresados por los pacientes, que no fueron abordados en la atención. Los deseos, anhelos y temores son obviados durante la atención, siendo observado principalmente en mujeres. Se deduce un incumplimiento de expectativas por parte del paciente respecto a la atención del equipo médico y una deficiencia en la comprensión de roles que será detallado más adelante.

Otro elemento a relevar en la descripción de la atención es la en que la *autopercepción corporal* de los pacientes es abordada por el equipo médico. Uno de los aspectos destacados en la interacción son los miedos de pacientes y cuidadores respecto a los cambios físicos producidos por la enfermedad. Esta preocupación no sólo surge de las pacientes, sino que también de las cuidadoras. Una característica a relevar sobre esto es la diversidad con que el problema es tratado por los funcionarios. Algunas atenciones toman distancia, y llevan a normalizar la preocupación como algo propio de la enfermedad, mientras que otras abordan estos temores asociados a la imagen corporal y los vinculan a particularidades biológicas propias del género femenino, como es el caso del cáncer de ovarios o de mama. Una segunda característica a relevar es que las preocupaciones por la autopercepción se encuentran en mujeres y cuidadoras, siendo un hallazgo que se encuentra asociado al género.

En suma, en las atenciones observadas las pacientes y cuidadoras expresan temores respecto a los cambios físicos que sufren o pueden sufrir producto de la enfermedad que padecen, ya sea por cuestionares asociadas al tratamiento o no. Estas preocupaciones son comunes en mujeres tratadas por alguna patología, pero también se encuentra en cuidadoras, siendo el género un aspecto transversal. A esto se agrega la diversidad en que el temor es abordado por

el equipo médico donde no todos los temores emocionales asociados al cuerpo son tratados por estos. Destacando que al ser expresado por mujeres el personal desvía el tema como algo que debe ser aceptado con normalidad, sin orientar la incidencia de estos cambios en la multiplicidad de roles que tiene la mujer.

Por último, otra conclusión obtenida de algunas atenciones es el poco resguardo que el equipo médico tiene respecto al derecho de privacidad durante la atención. Lo anterior surge, por un lado, de la despreocupación mostrada por el equipo médico cuando el espacio de intención era interferido por la presencia de otros funcionarios ajenos, lo que, a su vez, está relacionado al tipo de consulta, ya sea ambulatoria u hospitalizados.

Otro de los puntos a destacar de las prácticas de atención es el *rol que tienen los cuidados dentro de la misma*. Esta categoría depende de la perspectiva que le otorgue cada uno de los actores presentes en la interacción, es decir, funcionario, paciente y cuidador/a (en el caso que exista). Al respecto, podemos señalar que en las atenciones el cuidador puede adoptar dos formas, la primera, un rol que es visibilizado por el equipo médico, es decir, es abordado dentro de la atención y se indaga en las consecuencias de este en el continuo salud-enfermedad del paciente, o, como un rol que no es percibido y tampoco incorporado en la práctica médica y que, a su vez, es ejercido por el cuidador o cuidadora más allá del espacio de atención oncológico. En relación a los cuidados visibles, se observa al cuidador o cuidadora ejerciendo un rol activo en la atención, principalmente si esta es una mujer, siendo una interlocutora validada por el paciente en su interacción con el equipo médico. No sólo acompaña, sino que también se ocupa de realizar dudas y tomar decisiones respecto al enfrentamiento del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Mientras que en relación a la conducta de cuidado invisibilizados por el funcionario y no percibidos, existe una representación de estos en el espacio de atención de la cual pueden ser inferidos su existencia fuera del mismo espacio. De alguna manera, estos cuidados que se ejercen fuera de la atención se manifiestan en la atención a través de las cuidadoras quienes los expresan a través de consultas relativas a la imagen corporal del paciente, posibilidades de desplazamiento, limitaciones en la alimentación, suministro de medicamentos, terapias alternativas, entre otros. De esto se deduce la existencia de cuidados permanentes ejercidos por mujeres,

cuidados que a su vez requieren de nuevas indicaciones que permitan su actualización y mejora ante la atención médica. Esta carga emocional a la vez incide directamente en la salud de las mujeres involucradas en el cuidado de su familiar.

El rol de cuidadora que cumple la mujer en las atenciones observadas no es casualidad. Es sabido el rol de cuidados que se le atribuye a las mujeres (Witting 1980), entendidas como ciertas conductas estereotipadas socialmente esperadas.(31) Tanto en los cuidados visibles y no visibles (inferidos) de la práctica de atención oncológica, la mujer efectivamente estaría cumpliendo aquel rol de cuidado que de ella se espera, ya sea como paciente, acompañante, esposa, hija o madre. En este caso, podríamos concluir que más allá del género, las tareas asociadas a las cuidadoras son esenciales para el tratamiento eficiente del paciente, pero no sólo desde un punto de vista funcional a las directrices médicas, sino que, para el mantenimiento integral, ya sea biológico, psicológico y social, de las dificultades asociadas a paciente con cáncer.

Por último, cabe referirnos a los sesgos de género obtenidos del contexto de atención de los pacientes oncológicos pertenecientes a la muestra. Si bien ya nos hemos referidos a algunos aspectos al respecto, nuestra tarea ahora es descifrar su existencia en la atención médica en general.

En primer lugar, debemos recalcar la presencia constante de prácticas asociadas a una comprensión androcéntrica del género. A pesar de las normas (Orientaciones técnicas para actualizar o elaborar protocolo de trato y registro para personas trans, en el marco de la circular n°21 Ministerio de Salud) que buscan reconocer la autodefinición del género como un derecho del paciente en su relación con las instituciones de salud y el equipo médico, en nuestro estudio su eficacia se ve mermada por comportamientos que omiten u obvian esta situación. Esto queda en evidencia al consultar a los pacientes sobre su género y la no comprensión o ironía de sus respuestas, o incluso las circunstancias en la que esta pregunta fue respondida por el propio equipo médico y de enfermería sin consultar al paciente. De aquí se infiere el sesgo de confirmación de género, donde el funcionario infiere su respuesta en base al biotipo del o la paciente. Como fue dicho en los resultados, esta conducta es

observada tanto en el equipo médico y de enfermería como en los pacientes, contexto en el cual los conceptos de sexo y género son homologados por los actores interactuantes y asumidos como *verdades evidentes* que no requieren contrastación verbal e identitaria, lo que vendría a ser validado por una perspectiva biologicista asociada al sexo.

En cuanto a las prácticas médicas y de enfermería observadas en la atención podemos decir que esta no diferencia entre hombres y mujeres, en otras palabras, no incorpora dentro de su protocolo de atención una perspectiva de sexo-género capaz de abordar las particularidades propias del sexo y su vínculo con el tipo de cáncer de los pacientes. A modo de ejemplificar, el cáncer de ovarios y el de próstata son tratados desde una perspectiva clínica homogénea, sin indagar en las características propias de cada enfermedad y sus posibles repercusiones asociadas al sexo y género del paciente. En este sentido, resultan relevantes las consecuencias que esta omisión puede traer en la salud del paciente, resultando en diagnóstico equivocados y tratamientos poco integrales.

Es relevante destacar a la vez que no existe diferencia por parte de los profesionales ya sea de sexo femenino o masculino en la integración de un modelo no androcéntrico. Al contrario se identifica que existe mayor cercanía y comprensión de síntomas psicológicos hacia la población masculina, quedando estereotipados los signos y síntomas de la población femenina en un modelo androcéntrico extrapolado a esta población.

Por ejemplo, en los cánceres asociados a uno u otro género que son tratados por el equipo médico de manera homogénea para hombres y mujeres, se obvian las particularidades biológicas asociadas a algún tipo de cáncer, cometiendo errores que conlleven al subdiagnóstico o sobre diagnóstico. De forma paralela, la homogenización de la práctica clínica puede motivar la alteración de las dimensiones sociales y psicológicas del o la paciente que, a pesar de que en general fue omitida por el equipo médico durante nuestra investigación, si resultan ser aspectos relevantes en la vida cotidiana de pacientes y cuidadores.

En relación a las dimensiones pertenecientes a una práctica médica de atención integral (Modelo de atención integral en salud. Gobierno de Chile 2005), podemos concluir que, en

general, éstas no son parte de la atención brindada por el equipo médico. La dimensión económica, la psicológica y la social relacionada a redes de apoyo son constantemente omitidas por el equipo médico y de enfermería y forman parte de la atención sólo en aquellos casos donde son expresamente planteadas por el paciente o la persona a cargo de los cuidados. En general, las dimensiones nombradas no son integradas sino más bien obviadas en la práctica de atención médica, sin ser consideradas como determinantes para el correcto proceder de las etapas de diagnóstico y tratamiento. Esta omisión tiene un efecto inmediato en las pacientes, porque son éstas y no los hombres quienes manifiestan preocupaciones sobre su economía, son éstas las que expresan angustia y temores surgidos de la enfermedad, y también son éstas las que deben cumplir con la responsabilidad socialmente esperada de los cuidados, ya sean propios, o de otros.

En síntesis, existe heterogeneidad en la perspectiva de género por parte del equipo médico y de enfermería que brinda la atención en la unidad de oncología del hospital regional de Concepción, pero, sin embargo, estas prácticas son acotadas y a su vez son opacadas por sesgos de género recurrentes en la atención. Estos sesgos surgen de la interacción entre equipo médico, pacientes y cuidadores, y son observados, a mayor o menor nivel, en las conductas de cada uno de éstos. Respecto al equipo médico y de enfermería, podemos concluir que a pesar de la normativa que los obliga a incorporar la perspectiva de género en sus atenciones, esta no se está llevando a cabo de la manera esperada, es más, éstas sólo estarían reproduciendo una mirada androcéntrica de comprender el género. De forma paralela, pacientes y cuidadores comparten una conducta similar al equipo médico que, subsumidos en una interacción donde los roles de género son reproducidos por los propios afectados, cumplen con comportarse de acuerdo a principios validados y esperados socialmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) World Health Organization, «Cancer Control: Knowledge Into Action: WHO Guide for Effective Programmes. Prevention». 2007.
- (2) Kushi LH1, Doyle C, McCullough M, Rock CL, Demark-Wahnefried W, Bandera EV, Gapstur S, Patel AV, Andrews K, Gansler T;, «American Cancer Society. Guidelines on Nutrition and Physical Activity for Cancer Prevention Reducing: the Risk of Cancer With Healthy Food». CA Cancer J Clin, 2012.
- (3) World Health Organization, «National Cancer Control Programmes: Policies and managerial guidelines.» 2002.
- (4) Studies OHP, «Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival». 2013.
- (5) World Health Organization, «Aplicación de los conocimientos Control del cáncer Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces». 2007.
- (6) OPS, «Diagnóstico temprano de cáncer en la niñez». OPS, 2014.
- (7) Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud, Incorporación de la Prueba del Virus del Papiloma Humano en Programas de Prevención de Cáncer Cervicouterino: manual para gerentes de programas de salud. 2016.
- (8) N. y cols. Broutet, Control Integral del Cáncer Cervicouterino : Publicación Occasional : Guía de Prácticas Esenciales. 2014.
- (9) Stewart BW, Wild CP, Ed., «World cancer report 2014 Lyon: International Agency for Research on Cancer». 2014.

- (10) Ferlay et al, «Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012». 2015.
- (11) The Economist, «Control del cáncer, acceso y desigualdad en América Latina. Una historia de luces y sombras». 2017.
- (12) M. Arnold et ál, «Global burden of cancer attributable to high body-mass index in 2012: apopulation-based study», Lancet Oncol., vol. 16, n.o 1, pp. 36-46, 2015.
- (13) Bray F, Jemal A, Grey N, Ferlay J, Forman D, «Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study.», Lancet Oncol, vol. 13, pp. 790-801, 2012.
- (14) Ministerio de Salud de Chile, «Primer informe de Registros Poblacionales de Cáncer de Chile, Quinquenio 2003-2007.» 2012.
- (15) Ministerio de Salud, «Modelo de Gestión para el Funcionamiento de la Red Oncológica deChile». 2018.
- (16) Ministerio de Salud de Chile, «Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, Chile-2007.» 2010.
- (17) Itriago, L., Silva, N., Cortes, G, «Cáncer en chile y el mundo: una mirada epidemiológica, presente y futuro.», Rev.Med.Clin.Condes, pp. 531-552, 2013.
- (18) Garzón MO, «Carga de la Enfermedad», Rev CES Salud Pública, pp. 289-295, 2012.
- (19) National Cáncer Institute, «Risk Factors for Cancer».

- (20) Ministerio de Salud de Chile, «Estudio de propuesta de política nacional para el control de factores ambientales y alimentarios asociados al cáncer humano. Santiago, Chile.» 2011.
- (21) Laqueur T. La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud. Ed. Cátedra. Madrid, 1994.
- (22) Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer/Instituto Estadounidense de Investigación sobre el Cáncer. Alimentos, nutrición, actividad física y la prevención del cáncer: una perspectiva mundial. Washington. DC: AICR,2009.
- (23) Laqueur T. La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud. Ed. Cátedra. Madrid, 1994.
- (24) Laqueur T. La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud. Ed. Cátedra. Madrid, 1994, p 163.
- (25) Laqueur T. La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud. Ed. Cátedra. Madrid, 1994, p 247-249.
- (26) Laqueur T. La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud. Ed. Cátedra. Madrid, 1994, p 261,262.
- (27) Michel Foucault, The Order of Things: An Archaeology of the Human Senses, Nueva York, Pautheon, 1971, págs. 32, 54-55.
- (28) Stoller, Robert, Sex and Gender. New York, Science House, 1968, p 187.
- (29) Foucault, Michel. Historia de la sexualidad, La inquietud de sí, vol. 3, Madrid, S. XXI, p. 187.

- (30) Stoller R. Sex and gender. Science House. New York, 1964.
- (31) Turbet S. Masculino/Femenino; Maternidad/Paternidad, en: González de Chávez M^aA, Comp. Hombres y Mujeres: Subjetividad, Salud y Género. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Servicio de Publicaciones. Las Palmas de Gran Canaria, 1999.
- (32) Wittig, M. The straight mind. Feminist Issues 1, 103–111 (1980).
<https://doi.org/10.1007/BF02685561>
- (33) Judith Butler, Gender Trouble, Feminism and the Subersion of Identity, New York, Routledge, 1990, p.6
- (34) Beauvoir S. El segundo sexo. Vol. II, 5^a Edición. Ed. Cátedra. Universitat de Valencia. Valencia, 2001.
- (35) Scott JW. Gender: a Useful Category of Historical Analysis. American Historical Review, 1986; 91(5):1053-1075.
- (36) Laqueur T. La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud. Ed. Cátedra. Madrid, 1994.
- (37) Turner, Bryan S., 1994, “Avances recientes en la Teoría del cuerpo”. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, núm. 68, octubre-diciembre, pp. 11-39. CIS, Madrid.
- (38) Martínez Barreiro A. La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. Papers. 73.
- (39) Foucault M. Microfísica del poder. Ed. La piqueta. Madrid, 1979.

- (40) Foucault M. Tecnologías del yo. Paidós, Barcelona, 1990.
- (41) García, M. (s/f). Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud. Escuela Andaluza de Salud pública.
- (42) Ruiz-Cantero, M.T. (2010). Sesgos de género en la atención sanitaria. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- (43) Valls-Llobet, C. (s/f). Desigualdades de Género en Salud Pública.
Recuperado en:
http://redes.cepcordoba.org/file.php/63/DESIGUALDADES_DE_GENERO_EN_LA_SALUD_PUBLICA.pdf
- (44) Valls, C. (2006). Mujeres Invisibles. Barcelona: De Bolsillo.
- (45) Hernández Sandoica, Elena. Historia, historia de las mujeres e historia de las relaciones de género. En: Del Val, Isabel, La historia de las mujeres: una revisión historiográfica. Universidad de Valladolid. Valladolid, 2004.
- (46) Guil Bozal, Ana (2016). Género y construcción científica del conocimiento. Revista Historia de la Educación Latinoamericana, 18 (27), 263-288. [Fecha de Consulta 8 de Enero de 2021]. ISSN: 0122-7238. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=86948470013>
- (47) Ruiz-Cantero, MT, Vives-Cases, C., Artazcoz, L., Delgado, A., García Calvente, MM, Miqueo, C., Montero, I., Ortiz, R., Ronda, E., Ruiz, I., y Valls, C. (2007). Un marco para analizar el sesgo de género en la investigación epidemiológica. Revista de epidemiología y salud comunitaria, 61 Suppl 2 (Suppl 2), ii46 – ii53. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.062034>

- (48) Ruiz-Cantero, MT, Vives-Cases, C., Artazcoz, L., Delgado, A., García Calvente, MM, Miqueo, C., Montero, I., Ortiz, R., Ronda, E., Ruiz, I., y Valls, C. (2007). Un marco para analizar el sesgo de género en la investigación epidemiológica. *Revista de epidemiología y salud comunitaria*, 61 Suppl 2 (Suppl 2), ii46 – ii53. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.062034>
- (49) Valls-Llobet, C. (2008). La medicalización del cuerpo de las mujeres y la normalización de la inferioridad. Congreso SARE DE EMAKUNDE “Innovar para la igualdad”. Instituto Vasco de la Mujer.
- (50) Valls Llobet, C. (2011). Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Feminismo/s*, (18), 281-290. <https://doi.org/10.14198/fem.2011.18.15>
- (51) Ruiz Cantero MT, coord. *Perspectivas de género en medicina*. Monografías Dr. Antoni Esteve, Nº 39. Barcelona: Fundación Dr. Antoni Esteve; 2019.
- (52) Benedix F, Kube R, Meyer F, Schmidt U, Gastinger I, Lippert H. Comparison of 17,641 patients with right- and left-sided colon cancer: differences in epidemiology, perioperative course, histology, and survival. *Dis Colon Rectum*. 2010;53:57-64.
- (53) Colectivo del Libro de Salud de las Mujeres de Boston. *Nuestros Cuerpos, Nuestras vidas*. Icaria. Barcelona, 1984. Pp, 85-94
- (54) Tasa-Vinyals, E; Mora-Giral, M y Raich-Escursell, R. (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. *Revista Iberoamericana de Psicología*, (113), 14-25.
- (55) Puleo, A. H. (2015). *Ecología y género en diálogo interdisciplinar* (1.a ed.). Alicia H. Puleo. <https://doi.org/10.5211/9788416032624>.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado para profesionales



INFORMACION AL PARTICIPANTE Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACION

TITULO DEL ESTUDIO: "SESGOS DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN DE SALUD ONCOLÓGICA"
VERSIÓN N° 2, Julio 2021

INVESTIGADOR RESPONSABLE: FABIOLA TORO AGUAYO

CENTRO DE INVESTIGACION: SERVICIO DE ONCOLOGIA, HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE

RAZÓN POR LA QUE SE INVITA A LA PERSONA PARTICIPAR.

Se invita al profesional del equipo de salud del Servicio de oncología del HGGB a participar del proyecto titulado "Sesgos de género en la atención de salud oncológica". Donde se observará la atención de pacientes con diagnóstico de Cáncer Colorrectal atendidos en Servicio de oncología. Cuya finalidad es identificar existencia de sesgos de género en la atención de salud oncológica, los que pudiesen repercutir en el estado de salud biopsicosocial de la mujer afectada por esta patología.

INTRODUCCIÓN

En el decenio que estamos iniciando la población femenina será la principal afectada en los AVISA atribuible a causa oncológica, que se contradice al ver que actualmente la incidencia de cáncer es mayor en la población masculina.

El presente estudio pretende identificar la importancia de visibilizar cómo los sesgos de género se pueden hacer presente en la atención de salud oncológica por parte del equipo médico y no médico y la relevancia de identificar de qué manera estos, pueden repercutir en las mujeres diagnosticadas con cáncer.

PARTICIPACIÓN Y RETIRO VOLUNTARIO

La participación es voluntaria, el negarse a participar no implica sanción alguna y puede suspender su participación en cualquier momento sin influir en el tratamiento y atención entregada al usuario.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio cualitativo de tipo transversal. Se realizará durante el primer semestre del 2021.

Se realizará observación de la atención por parte del equipo de salud hacia usuarios diagnosticados con algún tipo de cáncer colorrectal y que son atendidos en Servicio de Oncología del HGGB. Esto se realizará en una atención clínica por usuario con duración aproximada de 15 minutos.

No se dará a conocer identidad del profesional ni de paciente involucrado.



Versión y fecha de Protocolo: 2
Investigador: Fabiola Toro Aguayo

Centro de investigación: Hospital Guillermo Grant Benavente
Iniciales del participante:



DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:

Corresponde a un estudio cualitativo de tipo etnográfico que se dirige a describir el significado del comportamiento del equipo de salud en relación con la atención oncológica en mujeres con diagnóstico de cáncer colorrectal y el significado y repercusiones que esta atención pudiese tener en el estado de salud de ellas. Se realizará observación de la atención por parte del equipo de salud hacia usuarios diagnosticados de cáncer colorrectal cuya duración será de 15 minutos aproximadamente.

Se realizará una entrevista a cada profesional observado con la finalidad de obtener datos referentes a la persona. La duración será de 5 minutos aproximadamente.

NÚMERO DE SUJETOS

Se incluirá al estamento médico, enfermería y TENS del equipo de salud de Unidad de ambulatorio y hospitalizados de Servicio de Oncología de HGGB.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACION

El beneficio esperable es aportar en la visibilidad de sesgos de género que repercuten en el estado de salud de la mujer.

El riesgo frente a la vulnerabilidad respecto a la intimidad e información relacionada con la persona observada se resguardará mediante la confidencialidad de los involucrados en el estudio.

El estudio no tiene compensación de ningún tipo y no existe beneficio directo por participar.

CONFIDENCIALIDAD

Se preservará la confidencialidad de datos que identifican a los involucrados tanto su identidad, como cualquier dato sensible.

COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

Los datos obtenidos se utilizarán para realizar un trabajo descriptivo el cual se publicará en una revista científica.

Los participantes del proyecto pueden solicitar resultados del estudio si lo requieren.

CONTACTO PARA EMERGENCIAS/CONTACTO CON CEC

El investigador responderá cualquier pregunta que pueda tener acerca del estudio.

E.U Fabiola Toro Aguayo Teléfono +56981888994. Email: fabioloroaguayo@gmail.com.

Para las preguntas relacionadas con los derechos como sujeto de investigación, o quejas relacionadas con el estudio de investigación, se puede acercar al Comité Ético Científico: Dr. Nelson Pérez, Presidente del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, ubicado en San Martín 1436, Concepción, al teléfono 41 - 2722745.



Versión y fecha de Protocolo: 2
Investigador: Fabiola Toro Aguayo

Centro de investigación: Hospital Guillermo Grant Benavente
Iniciales del participante:

Anexo 3: Bitácora de campo

