



**Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco
División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Departamento de Atención a la Salud
Maestría en Medicina Social**

**Políticas de Salud para la Salud Sexual y Reproductiva durante
el primer Gobierno de Michelle Bachelet en Chile 2006 - 2010**

**Tesis que para optar por el grado de
Maestra en Medicina Social**

**Presenta
Lic. Claudia Honorato Herrera**

**Directora de tesis
Dra. Carolina Tetelboin Henrion**

Tras un largo camino, agradezco a México, a la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco y a todo el equipo de docentes de la Maestría en Medicina Social por ofrecerme un escenario acogedor para transitar este camino de formación teórica e ideológica que ha dado cimientos sólidos a mis convicciones e inspiración a las batallas que han seguido.

Agradezco especialmente a Carolina Tetelboin por su apoyo, guía y aliento para transitar este proceso lleno de desafíos en el que hemos mirando juntas un Chile que nos convoca, duele y llena de esperanza.

Agradezco a mis queridos cuates mexicanos: Andrés, Carmen y sus familias que me han regalado un pedacito de hogar en estas tierras, su cariño, apoyo, complicidad y alegría fue, es y será una maravillosa razón para atravesar el continente muchas veces.

También agradezco a mis bellas amigas y amigos chilenos que han estado conmigo en todas las historias, con sus abrazos, escucha, aliento y confianza espero seguir bailando el mambo de esta vida.

Y con amor infinito agradezco a mis cachorros la dulzura, entusiasmo y comprensión con la que se sumaron a esta aventura, espero que mi placer por viajar y aprender sea un estímulo para abrir las alas e ir en busca de sus destinos.

INDICE:

Introducción:	5
----------------------------	----------

PRIMERA PARTE:

CAPITULO I: Antecedentes Históricos	7
--	----------

- 1.1 La Salud Sexual y Reproductiva desde una perspectiva de Derecho
- 1.2 El proceso de normativización de la fecundidad en Chile
- 1.3 Antecedentes del aborto en Chile
- 1.4 Caracterización del sistema de salud chileno post reformas
neoliberales

CAPITULO II: Estado del Arte	32
---	-----------

- 2.1 Aportes de investigaciones sobre políticas de salud sexual y reproductiva
- 2.2 Aportes de investigación sobre prácticas de atención en salud en el ámbito de la Salud sexual y reproductiva
- 2.3 Aportes de Investigaciones sobre salud sexual y reproductiva en Chile

CAPITULO III: El Problema de Investigación	58
---	-----------

- 3.1 Planeamiento del Problema
- 3.2 Objetivos

CAPITULO IV: Marco Teórico Metodológico	63
--	-----------

Marco Teórico

- 4.1 Estado y Políticas de Salud desde la mirada Médico Social
- 4.2 La sexualidad como Construcción Social
- 4.3 Aspectos teórico-metodológicos
- 4.4 Perspectiva metodológica

CAPITULO V: Metodología	86
--------------------------------------	-----------

- 5.1 Estrategia Metodológica

SEGUNDA PARTE: RESULTADOS

CAPITULO VI: Políticas de salud relacionadas con la salud sexual y reproductiva 92

6.1 Pronunciamientos oficiales del gobierno en el ámbito de la salud

6.2 Mensajes del Gobierno de Bachelet a través del Diario La Nación

CAPITULO VII: Marco legal vigente durante el período 2006-2010.....103

7.1 Cambios legales realizados durante la dictadura militar. (1973-1990)

7.2 Cambios legales realizados durante el Gobierno de Patricio Aylwin
(Marzo de 1990- marzo de 1994)

7.3 Cambios legales realizados durante el Gobierno Eduardo Frei Ruiz-
Tagle (Marzo de 1994- Marzo de 2000)

7.4 Cambios legales realizados durante el Gobierno de Ricardo Lagos
Escobar (Marzo 2000-Marzo 2006)

7.5 Cambios legales realizados durante el Gobierno Michelle Bachelet
(Marzo de 2006- Marzo de 2010)

CAPITULO VIII: Programas de Salud Sexual y Reproductiva y su implementación.....115

8.1 Significados en torno a las prácticas en salud de las matronas que
implementaron los programas de salud sexual y reproductiva en el
periodo

CAPITULO IX: Discusión de Resultados 131

9.1 Las políticas de salud sexual y reproductiva presentes en los
discursos del primer gobierno de Michelle Bachelet

CONCLUSIONES.....142

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....145

ANEXOS.....150

Introducción:

La presente investigación aborda las políticas sobre salud sexual y reproductiva durante el primer gobierno liderado por una mujer tras la dictadura militar chilena.

El tema resulta relevante en cuanto han transcurrido tres gobiernos democráticos tras el fin de la brutal dictadura que impuso políticas natalista basada en una moral castrense cuyo objetivo fue fortalecer el modelo neoliberal instalado.

Se elige el gobierno de Michelle Bachelet (2006- 2010) en cuanto se considera un periodo de síntesis de los esfuerzos realizados por la "Concertación de Partidos por la Democracia" por recuperar el estado de derecho, sin embargo hasta ese momento solo se ha perfeccionando el modelo en sus inequidades extremas, sin cuestionar explícitamente los mecanismos de sujeción, menos aún aquellos específicos en relación al cuerpo.

Entendiendo la sexualidad como complejo sociocultural históricamente determinado cuyas narrativas se producen en relaciones de poder particulares propias de un contexto político, económico y social específico, se consideró imprescindible situar con claridad el periodo histórico que recrea los significados que la constituyen.

Se presenta una descripción exhaustiva de los antecedentes que contextualizan el tema y periodo, destacando el proceso de normatividad de la fecundidad, el aborto y la caracterización del sistema de salud chileno, en un esfuerzo por describir la forma en que el modelo neoliberal impuesto, segrega y organiza la relación de las personas con las instituciones de salud.

Se pretende contribuir al análisis de la sexualidad chilena después de 16 años del fin de una dictadura mediante la comprensión de los significados que emanan desde el Estado en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Para ello se someterán a análisis específicamente: las políticas públicas en salud referidas a la salud sexual y reproductiva, el marco legal vigente en la materia y el discurso de las matronas que implementaron los programas de salud vigentes durante el periodo 2006-2010.

La investigación recoge la perspectiva médico social ya que en ella se hace énfasis en abordar la salud enfermedad como un proceso determinado por las condiciones políticas y económicas, cuya expresión orgánica, biológica y social refiere a la forma en que se viven y enfrentan dichas condiciones desde una subjetividad colectiva.

El estudio busca comprender los significados en torno a salud sexual y reproductiva presentes en la política pública de salud sexual y reproductiva durante el cuarto y último gobierno consecutivo de la Concertación en Chile.

Los resultados fueron organizados en tres ejes: las políticas de salud sexual y reproductiva rastreadas en los discursos oficiales de la presidenta y en el diario "La Nación" como medio oficial del gobierno, en que destaca la discusión sobre la píldora anticonceptiva de emergencia; las leyes vigentes en el periodo destacando aquellas que se instalaron en la dictadura y las modificaciones realizadas en los gobiernos democráticos posteriores y por último, los discursos de las matronas en torno a la implementación de los programas relacionados al tema en la atención primaria de salud.

A través de estos tres ejes de análisis se ofrece un panorama interesante respecto a lo perdurables que pueden ser las políticas públicas relacionadas con la sexualidad y la reproducción implementadas en contextos de Dictadura. El cuerpo es sujetado a través de discursos impuestos por la fuerza y que posteriormente funcionan como sentido común en los actores y actrices que construyen el tejido social en periodos posteriores.

Los hallazgos de este estudio, son una invitación a la construcción incansable de nuevas reflexiones sobre la realidad chilena, en definitiva se trata de un pueblo que pese a los esfuerzos realizados, aún recrea sus sentidos en una lógica neoliberal absolutamente depredadora donde las posibilidades para respetar las definiciones particulares respecto al cuerpo, sus prácticas e identidades, son muy escasas.

CAPITULO I: Antecedentes Históricos

1.1 La salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de derecho

El concepto de salud sexual y reproductiva como derecho tiene sus antecedentes históricos en La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, en donde además de reconocerse el derecho a la salud de todo ser humano. Posteriormente, en el año 1978, la OMS incluye la planificación familiar como un nuevo mínimo de la salud, la materna e infantil. Más tarde la Convención Sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación de la Mujer (CEDAW) de 1979, recoge en su declaración el derecho a un "acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluidos la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia" (CEDAW, 1979). Pero no sería sino hasta el año 1994, durante la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, cuando se reemplazara el término Salud Materna e Infantil por el de Salud Sexual y Reproductiva, gracias a los aportes de los estudios de género y la discusión acerca de los roles, dándole a la sexualidad una dimensión propia, no necesariamente ligada a la reproducción. Más tarde, en 1995 la IV Conferencia Mundial Sobre la Mujer celebrada en Beijing, se aprueba una Plataforma de Acción en la que se insiste y perfila el concepto de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres señalando: "Los derechos humanos de las Mujeres incluyen su derecho a ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia", declarando además: "que la capacidad de las mujeres para controlar su fecundidad constituye una base fundamental para el goce de otros derechos"

Los derechos sexuales y reproductivos pertenecen al conjunto de Derechos Humanos conocidos en doctrina jurídica como "de segunda generación", la que corresponde al conjunto de derechos Económicos, Sociales y Culturales. Estos derechos y sus enunciados se derivan de otros derechos básicos ya contemplados en instrumentos internacionales sobre Derechos Humanos. Los derechos que han servido de piedra angular de los derechos sexuales y reproductivos son: el derecho a la vida, la igualdad ante la ley, la integridad

física y psíquica, la libertad y seguridad personal, el derecho a la privacidad e intimidad, el derecho a la salud, el derecho a la educación.

Este conjunto de derechos se encuentran consagrados en la legislación chilena a partir de la Constitución Política de Chile de 1980, y por la ratificación de los tratados internacionales tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en la Convención Americana de Derechos Humanos, La Convención Para la Eliminación de todas las formas de Discriminación en contra de las Mujeres, entre otras, todas vigentes.

El Estado de Chile ha hecho expreso reconocimiento que los Derechos sexuales y reproductivos son un conjunto de Derechos Humanos, ya recogidos en instrumentos internacionales y en el ordenamiento jurídico nacional (Documento Oficial de Chile a la Conferencia Internacional sobre Población y desarrollo, 1994).

Los Derechos sexuales y reproductivos se definen como derechos y libertades fundamentales que corresponden a todas las personas, sin discriminación, y que permiten adoptar libremente, sin ningún tipo de coacción o violencia, una amplia gama de decisiones sobre aspectos consustanciales a la vida humana como son la sexualidad y la reproducción. Estos derechos implican contar con información y acceso a los servicios y medios que se requieren para ejercer estas decisiones.

El principio rector que subyace en este derecho es el de *Libertad Sexual*, lo que significa decidir por sí mismo cuándo y con quién tener relaciones sexuales, libre de coacción, violencia, reproche, discriminación y sin otros límites que la no transgresión de la libertad sexual de otras personas. También conlleva el derecho a tener la posibilidad de alcanzar el máximo de placer, el bienestar y la felicidad posibles. Significa autodeterminar la vivencia, experiencia y significación de la propia sexualidad, tenga ésta o no una finalidad procreativa, expresando la sexualidad a lo largo de toda la vida.

La Libertad Sexual comprende la Libertad Reproductiva. Esto significa que todas las personas pueden decidir libre, informada y responsablemente si desean o no procrear. Luego todas las personas tienen derecho a decidir el número y espaciamiento de sus hijos/as.

Como consecuencia del ejercicio de los Derechos sexuales y reproductivos, todas las personas tienen derecho a alcanzar el más elevado nivel de salud sexual y reproductiva. La salud sexual y reproductiva corresponde a lo definido por la Organización Mundial de la Salud y que se encuentra contenido en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994:

"La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia a su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual"

Como consecuencia de esta definición y considerando que se trata de Derechos Humanos, a los que el Estado chileno debe respeto y protección podemos extraer los siguientes derechos:

- A contar con toda la información, educación y orientación en materias de sexualidad y reproducción.
- A contar con servicios de atención *integral* en materia de salud sexual y reproductiva, es decir tomando en cuenta que la sexualidad tiene una dimensión mayor que lo meramente reproductivo.
- A contar con los medios y métodos sanitarios adecuados para la plena protección y goce de la sexualidad.
- A ser informados y asesorados con el fin de permitir la vivencia de la sexualidad libre del riesgo de contraer enfermedades (incluyendo ETS y VIH/SIDA) y embarazos no deseados.

Es de especial interés reconocer los derechos de los y las adolescentes a ejercer sus derechos sexuales y reproductivos sin discriminación tanto en el acceso a servicios como a la información para preservar su salud sexual y reproductiva.

Asimismo, la protección de estos derechos debe tender a la promoción de relaciones igualitarias entre hombres y mujeres, procurando modificar los patrones estereotipados, la valoración social de ambos géneros eliminando los prejuicios y prácticas basadas en ideas de inferioridad o superioridad de los sexos. Todo lo anterior en concordancia con la evolución de la legislación tanto nacional como internacional en estas materias.

1.2 El proceso de normativización de la Fecundidad en Chile

De forma paralela a la discusión internacional sobre los derechos, los países han ido desarrollando caminos propios que no siempre han tenido coherencia con las conclusiones o acuerdos de los conglomerados.

El caso de Chile resulta particularmente interesante si se considera que sus transformaciones han sido resultado de procesos sociales violentos, donde la moral y definiciones de los poderosos han sido impuestas al pueblo a través de la diversos mecanismos de coerción.

A continuación se presenta una síntesis del proceso de normativización de la Fecundidad en Chile con el objetivo de dar cuenta de los procesos histórico políticos que gestaron las características del periodo a estudiar en la presente investigación, a saber: el primer gobierno liderado por una mujer después de 16 años del final de la Dictadura de Pinochet.

Durante el primer siglo de la república (1820-1920), el fenómeno de la reproducción no estuvo regulado por acciones de salud pública. Sin embargo desde la conquista había sido ampliamente vigilado por el férreo control moral que ejercían los representantes de la iglesia católica sobre las conductas de los fieles.

A pesar del imperativo moral, la sexualidad y la consecuente reproducción se expresaron ampliamente fuera del marco matrimonial en existencia de prostitución, un alto índice de ilegitimidad y relaciones sexuales fuera del matrimonio protegidas o no por contrato de esponsales. La presión no pudo contener a aquellas que tomaron el control de su sexualidad apoyadas por prácticas de medicina popular, íntimamente ligada a lo femenino, lo doméstico y a los secretos transmitidos por la tradición oral.

La situación de auto regulación de la fecundidad se extendió hasta fines del siglo XIX. En cambio, partir del siglo XX, comenzaría un proceso paulatino de intervención por parte del Estado en los asuntos que hasta entonces eran problemas de mujeres, así poco a poco los cuerpos femeninos y sus prácticas sexuales comenzarían a ser materia de regulación estatal, convirtiéndose en problema de salud pública (Reyes, 2001)

Entre los años 1880 y 1920, en Chile surge la denominada "cuestión social", que es la problemática social detonada por la masiva migración de personas desde el campo y los centros mineros hacia las grandes ciudades en busca de mejores expectativas laborales, motivada por el emergente proceso de industrialización.

Dicha situación origina grandes problemas debido al hacinamiento, la falta de higiene, alta mortalidad materno- infantil, la situación de pobreza y desamparo en que se encontraba la creciente población urbana.

Paralelamente, el Estado alcanza altos niveles de consolidación institucional, y establece políticas para hacer frente a la delincuencia, trabajo sexual, parricidios, infanticidios y abortos provocados, comenzando un proceso de intervención dirigido a regular las relaciones sociales de los sujetos y abordar el comportamiento reproductivo de las mujeres (Reyes, 2001).

Ya en el año 1931, se promulga un Código Sanitario que incluye medidas de vigilancia de la maternidad desde la fecundación, la obligatoriedad de amantar hasta los 5 meses, ya que la leche materna es propiedad del hijo (enajenada del cuerpo de la mujer), reglas de control de enfermedades venéreas y aborto terapéutico entre otras (Reyes, 2001)

Pero no sería sino durante el Gobierno Demócrata Cristiano de Eduardo Frei Montalba (1960- 1965), que se estatizó formalmente la regulación de la fecundidad a través de una política pública de anticoncepción de la mujer que, guiada por intereses de Estado y orientada por criterios demográficos (sobrepoblación), políticos (frenar el desarrollo de la pobreza tercermundista) y económicos (aumento del gasto en salud debido a abortos) se formalizó bajo el nombre de Servicio de Planificación Familiar dependiente del Servicio Nacional de Salud. La masividad con que contó esta política puso fin a miles de muertes de mujeres y niños (Díaz, 2005)

Posteriormente, un proceso político, social y democrático de larga data, llega a su culminación en 1970 con un gobierno la izquierda impulsado por una coalición denominada Unidad Popular. En 1971, la Política de Salud del Gobierno incorporan en su totalidad los planes de regulación de la natalidad, pero se diferencian respecto al periodo anterior a través de un hito: la creación de los Programas de Atención Integral de la Mujer (PAIM), los que no se restringían exclusivamente a programas maternos, sino que a toda la atención ginecológica que precisan las mujeres desde la adolescencia hasta los 45 años (planificación familiar, control de embarazo, parto, puerperio, prevención de

cáncer y problemas de esterilidad), haciendo énfasis en proporcionar a las mujeres métodos anticonceptivos. Se dio también gran relevancia a la educación para la planificación familiar y educación sexual dirigida a que la sociedad se transformara en *sujeto de cambio* en esta materia. Cabe destacar que por primera vez se introduce la idea de ayudar a la promoción de la mujer y a la superación de la situación de desigualdad frente al hombre, a través del proceso educativo (Reyes, 2001).

Sin embargo, las grandes transformaciones y avances en el resguardo de los derechos individuales y colectivos atenta contra los intereses económicos de los grandes capitales nacionales y extranjeros por lo que boicotearon el proyecto político y social de la Unidad Popular; lo que culminó en 1973 con un golpe de Estado, instaurando una dictadura cívico militar que se mantuvo en el poder durante 17 años y a través de la cual se implementó un modelo económico neoliberal en el país.

En materia de salud reproductiva, el régimen provocaría graves retrocesos a través de la implementación de políticas pro natalistas que tendrían como resultado un fuerte aumento en los índices de fecundidad. Estas políticas fueron resultado de un proceso de debate ideológico en el que participaron sectores militares, eclesiásticos y de derecha ultraconservadora (Iriarte 1992).

De esta manera, basándose en argumentos *naturalistas*, se promovieron sólo métodos naturales de anti- concepción y en el plano ideológico se mentó "la libertad de acción individual" para fundamentar la eliminación de los programas de control de la natalidad (Reyes 2001).

El concepto de *Planificación Familiar*, que involucraba la responsabilidad social del Estado respecto de la generación de las condiciones necesarias para que las familias pudieran regular el número de hijos y con ello favorecer su autonomía y calidad de vida, fue reemplazado por el de *Paternidad Responsable*, que lejos de orientarse a prevenir los embarazos no deseados, se dirigía a promover un mayor número de embarazos deseados, ya que se visualizaba el aumento de la población como un objetivo para el desarrollo

económico. (Salazar y Pinto, 1999)

El desmantelamiento del sistema público de salud por las transformaciones neoliberales, dejó a la población desprovista entre otros servicios, de medios para controlar el tamaño de sus familias. Lo anterior acompañado tenazmente por discursos que dividían la sexualidad en buena y mala, la primera orientada a la procreación y la segunda, es decir la actividad sexual orientada al placer, significada como resultado de la falta de control de los "instintos" del cuerpo (Mejía, 1995)

En 1990 Chile recupera formalmente la democracia, pero este proceso tiene características que delimitarán sus alcances a saber, se pone fin a la dictadura a través de un proceso de negociación política que impuso muchos acuerdos de continuidad del proyecto neoliberal de la dictadura y, se hereda la Constitución Política elaborada por el régimen dictatorial que contiene normas de amarre que imposibilitan la transformación del modelo político y económico impuesto.

De esta manera las medidas de reforma estructural macroeconómicas impuestas por la fuerza, fueron mantenidas a partir del año 1990, a través de un discurso ideológico que supone que asegurar los equilibrios funcionales del esquema neoliberal, es la estrategia más idónea para alcanzar el anhelado desarrollo. A este período de Democracia amarrada, post dictadura se le denomina eufemísticamente como *transición*, y fue dirigido desde el gobierno durante los 20 años posteriores (1990-2010) por un conglomerado político llamado Concertación de Partidos por la Democracia.

Se caracteriza porque desde su inicio se emprendieron tímidas transformaciones orientadas a moderar por un lado el sistema a través de la implementación de iniciativas sociales, tales como seguro de cesantía, reformas laborales, programas de empleo, reformas educacionales, programas asistenciales, erradicación de campamentos y; por otro lado el incremento de la privatización de sectores relevantes como salud y educación, licitaciones de obras y servicios a prestadores privados, entre otras medidas económicas.

Las reformas sociales mencionadas fueron gestadas e implementadas de acuerdo a las posibilidades que permite el manejo macroeconómico, es decir, haciendo énfasis en generar las mejores condiciones posibles para el desarrollo de los mercados y los negocios, lo que se ha traducido en un límite supremo a toda reforma. A ello se sumaron las crisis financieras globales de la década de 1990, que debilitó los alcances de las reformas, aumentando la demanda y disminuyendo los recursos disponibles en el sector público.

En relación a la salud sexual y reproductiva el período 1990- 2006 tuvo las siguientes características:

El lento despertar de la sociedad chilena en los primeros años de retorno a la democracia comenzaría poco a poco a dar cuenta de las falencias y necesidades del sistema de salud. Son los movimientos de la sociedad civil, los centros de estudios y las organizaciones ciudadanas las que logran poner sobre la mesa los temas relativos a las mujeres y sus derechos. La falta de un cuerpo legislativo coherente en materia de salud sexual se hace más evidente al invocar las normas de los tratados internacionales cuya vigencia era impracticable.

En 1991 entró en vigencia el programa de Salud Materno- perinatal del Ministerio de Salud que en materia de Planificación familiar continúa con el concepto de paternidad responsable, que en la práctica se tradujo en la prescripción e instalación de métodos contraceptivos.

En la conferencia de Beijing en 1995, se terminó por definir el concepto de salud sexual y reproductiva dando cuenta de todo lo que faltaba por hacer en nuestro país.

En 1997, el gobierno incluye la salud sexual y reproductiva dentro de las 16 prioridades en materia de salud, y el programa anterior de salud de la mujer, cambió su nombre por el de *Control de Regulación de Fecundidad*, dirigido esta vez a "la atención integral de la mujer y/o pareja en edad fértil que desea

regular su fecundidad" (MINSAL, 2015)

En el año 2000, como parte del proceso de reforma del sector salud, se incluyeron objetivos de salud sexual y reproductiva entre los objetivos sanitarios para la década. Entre las medidas de transformación del sector salud, es el Plan de Garantías Explícitas de Salud (GES), antes llamado Plan AUGE, el que impone nuevas reglas que afectarían la salud sexual y reproductiva.

A partir del año 2002 se introduce la visión de género en las políticas de salud sexual y reproductiva con lo que se proponen reducir la desigualdad que existe entre hombres y mujeres respecto a la capacidad de ejercer el control de su sexualidad y decisión acerca de su fecundidad (MINSAL, 2006)

En el contexto de la coalición de partidos que gobernó Chile los 20 años posteriores a la dictadura, fueron surgiendo paulatinamente sectores políticos más progresistas. Esta etapa culminó con el acceso a la Presidencia de la República de una mujer: la socialista Michelle Bachelet (2006- 2010), quien había sido Ministra de Salud del gobierno predecesor entre los años 2000-2002.

Este periodo puede ser visualizado como la síntesis de un proceso de esfuerzos por democratizar el país, por sanar heridas y re direccionar el rumbo en diversas materias, de hecho la misma presidenta definió su gobierno como "una etapa destinada a saldar las deudas del Estado con los pobres y especialmente con las mujeres", por lo que adquiere especial relevancia el desafío que esta investigación propone, a saber, analizar desde una perspectiva crítica los discursos en salud presentes en relación a la salud sexual y reproductiva, para ello los capítulos que suceden darán cuenta de algunas de las diversas expresiones de la política pública en salud en esta materia.

1.3 Antecedentes del aborto en Chile

En Chile el aborto inducido o provocado está penalizado en todas sus formas. A pesar de ello es una realidad que involucra a una enorme cantidad de mujeres cada año, formando parte del acontecer privado cotidiano en nuestro país.

Los primeros registros de aborto datan de la década de 1920, durante la llamada "cuestión social". Se denomina con este concepto al período histórico que va desde los años 1880 hasta mediados de la década de 1920 en que se produjo una masiva migración campo ciudad derivada de la incipiente industrialización y actividad minera. Este hecho dio origen a un sinnúmero de carencias sociales y al movimiento obrero que sería fuertemente reprimido por la incapacidad del estado de prestar soluciones. En este período el aborto comienza a ser cuantificado como causa de egresos hospitalarios.

En 1947 se realizó el primer análisis de la incidencia y consecuencias del aborto inducido, lográndose llamar la atención sobre su gravedad. Luego, a comienzos de 1960, se realizaron las primeras encuestas y estudios epidemiológicos en Chile y América Latina, relacionados con el tema; los resultados develaron información de salud pública hasta ese momento desconocida. Simultáneamente se había comenzado a promover en la región la regulación de la fecundidad, por medio de programas de planificación familiar. Si bien la intención era el control de la natalidad, fundamentado en la idea malthusiana (Malthus, 1968) de su relación con el crecimiento económico, en Chile se abordó el problema desde la perspectiva de la morbi-mortalidad derivada del aborto clandestino y, además, dirigiendo los esfuerzos hacia instrumentar el derecho de la mujer a regular su fecundidad mediante el uso de anticonceptivos (Requena, 1990)

Como ya se mencionara, el Código Sanitario de 1931, en su artículo 119 estableció el llamado "*aborto terapéutico*". Señalaba dicha norma que "sólo con fines terapéuticos se podrá interrumpir un embarazo y que, para proceder, se requiere la opinión documentada de dos médicos cirujanos".

En 1989, en los últimos meses del régimen militar, y luego de intensas gestiones realizadas por agentes de la iglesia católica (La Tercera, 2010), se derogó el mentado artículo, prohibiendo en reemplazo toda práctica que tuviera como finalidad interrumpir el embarazo. La medida, que hasta el día de hoy no se ha revertido, significa que si el embarazo implica consecuencias graves en la vida de la mujer, incluso con riesgo de muerte y/o el feto viene con malformaciones severas o es inviable (no sobreviva fuera del útero) el embarazo *debe* llegar a término y por lo tanto no ser interrumpido bajo ninguna circunstancia. Es decir, aunque la mujer embarazada corra riesgo vital, prima el interés por resguardar la vida del feto o embrión gestado. Dice la ley: "no podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar un aborto"

Dentro de los argumentos que se esgrimieron para tal decisión se encontraba la premisa de dar coherencia al ordenamiento jurídico constitucional que exige proteger la vida en todas sus fases. En el Artículo 19 N°1, "la Constitución asegura a todas las personas: el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona (...). La ley protege la vida del que está por nacer (...)" (Constitución P, 2002)

Otro argumento era que los avances tecnológicos existentes hacían innecesaria la interrupción del embarazo, ya que no existirían situaciones de riesgo que la medicina moderna no pudiese solucionar (Casas, 2003)

La derogación del aborto terapéutico, como veremos más adelante, representaría a la postre, un gran retroceso en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres chilenas.

Por su parte, el *aborto provocado* se encuentra tipificado como delito en el Código Penal chileno desde el año 1875. Se enmarca en el título de los "delitos que atentan contra el orden de las familias y la moralidad pública", cuestión que entrega claros indicios de que lo que se sanciona no es la muerte del feto o embrión, sino la desviación de la mujer de "su rol" dentro de la familia. Dicho de otro modo, el bien jurídico protegido no es la vida del que está

por nacer sino el comportamiento *normal* de las mujeres dentro de cierto "orden social" establecido.

El Código Penal señala en sus artículos 342 al 345 las penas para el que maliciosamente causare aborto, asignándole una pena de entre 3 años y un día y 5 años de presidio a las mujeres que abortan, rebajándose de 541 días a 3 años si la mujer abortó "por ocultar su deshonra"- y penas desde 541 a 3 años a quienes realicen el aborto, aumentando la agravante si se trata de profesionales de la salud. A esto se suma la norma del artículo 175 letra d) del Código de Procedimiento Penal, que obliga a los profesionales de salud a denunciar a las mujeres con síntomas de haberse practicado o inducido un aborto, lo que condiciona o restringe el acceso de dichas pacientes a la atención necesaria debido complicaciones derivadas del aborto.

A pesar de esta situación legal, cada año más de 40.000 mujeres son atendidas por complicaciones de abortos mal realizados o en condiciones higiénicas riesgosas para la salud, muchas de ellas mueren, y otras son procesadas penalmente. La gran cantidad de abortos "clandestinos", cuyas cifras estimativas se sitúan alrededor de los 160 mil por año (Guttmacher Institute, 1994) además de las muertes de mujeres producto de complicaciones por aborto – que la ubican entre las primeras causas de muerte materna en Chile- sumado a los altos costos que esas complicaciones demandan a los sistemas de salud, hacen del aborto un *grave problema de salud pública*

Las mujeres que disponen de más recursos económicos, tienen la posibilidad de acceder a servicios de aborto en clínicas privadas, con atención hospitalaria de primer nivel y estricta confidencialidad; muchas de ellas tienen también la posibilidad de viajar a países en que no está penalizado para practicarse el aborto. A medida que la escala socioeconómica desciende, las condiciones van empeorando, tanto en calificación del personal como en condiciones higiénicas. Las mujeres y jóvenes que carecen de recursos, están expuestas a las peores condiciones, por lo tanto; constituye también un *problema de justicia social*, es decir, de clase.

Por último, las leyes que prohíben y sancionan las prácticas de aborto se contraponen a aquellas que velan por los derechos humanos de las mujeres, como el derecho a la vida, a la salud, a la seguridad y a la integridad física y psíquica, a la igualdad y a no ser discriminadas, entre otros; constituye también entonces, un *problema de derechos humanos*.

1.4 Caracterización del sistema de salud chileno post reformas neoliberales

A partir de 1981, la dictadura militar comenzó un proceso de reformas estructurales tendientes a instalar el sistema económico neoliberal. Dichas reformas afectarían sectores sensibles para la sociedad como son Salud y Seguridad social. La mirada económica apuntó especialmente a la introducción de privados como administradores de los fondos que por ley se descuentan a los trabajadores para su cobertura de Salud y Pensión. Lo que antes habían sido derechos en que el Estado era administrador y garante, pasaron a ser bienes de consumo en que el que paga más tiene mejores oportunidades, todo sujeto a las leyes del mercado.

A continuación se presenta en términos generales la estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno, entendiendo que la forma en que se organiza y los principios que lo fundan, impactan sobre el acceso a la salud y en el caso particular de la salud sexual y reproductiva, dan cuenta de la segregación social que se instala respecto a las posibilidades de autodeterminar la fecundidad, reproducción y sexualidad, dado que será el mercado y sus regulaciones el que definirá el acceso, características y calidad de la atención que recibirán las personas.

Cuando se formularon las primeras reformas a principios de los ochenta, se declaraba que los objetivos perseguidos por estos cambios eran la necesidad de mantener niveles adecuados de redistribución del ingreso, la universalidad, la calidad y la equidad de los beneficios. Sin embargo, no se ha comprobado que la amplia participación de privados en el Sistema de Salud Chileno, haya traído mayor eficiencia. Por el contrario, la introducción de mecanismos de

mercado ha obstaculizado la posibilidad de asegurar la satisfacción de las necesidades de la población respecto a la salud en la medida que produce inequidades en el financiamiento, pérdida de solidaridad entre activos e inactivos de la sociedad, discriminación y segmentación de la población con base en su riesgo de enfermar y con base en su capacidad de pago, es decir, discriminación entre hombres y mujeres, sanos y enfermos y entre ricos y pobres.

Estudios realizados por investigadores (Riesco, 2007) desde la perspectiva histórica, política y económica, han evidenciado retrocesos que las reformas neoliberales han impuesto a la política social Chilena.

Las reformas neoliberales implementadas al sistema de salud, pueden sintetizarse en:

- 1979 Desarticulación del Servicio Nacional de Salud (SNS), transformándose en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) con 29 Servicios de Salud Regionales
- 1980 Entrega de la administración de la Atención Primaria a las Municipalidades.
- 1978 Separación de la función financiera del sistema a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA).
- 1980 Asignación de un rol normativo y de control nacional al Ministerio de Salud (MINSAL, 1999).
- 1981 Se introdujo el sistema de seguros privados en el aseguramiento, con las Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs), que asumieron la función sin ningún tipo de regulación, y recibieron rápidamente a las personas de salarios mayores

Así, el proceso de privatización y la consecuente reducción del Estado, dentro de la lógica de mercado del modelo ideológico neoliberal, puso énfasis, en ofrecer espacios de negocios al sector privado, dotarlos de incentivos y generar una institucionalidad adecuada para su desarrollo, pretendiendo de esta forma subsanar las presuntas debilidades del sistema anterior -principalmente

ineficiencia y altos costos de administración- a través de la autorregulación del mercado.

La función del Estado se restringe en estas materias a la regulación, para suplir las fallas de mercado a través de una política activa, de subsidios focalizados, sólo hacia los sectores más pobres y en la prestación de bienes y servicios que están fuera del interés privado. De esta manera, paulatinamente se instaló una visión individualista en la que la salud pasó de ser un derecho a transarse como una mercancía orientada al lucro de grandes capitalistas.

El derecho a la salud por su parte, no existe en la legislación chilena, solo se garantiza en la constitución el derecho de elección del sistema que se va a utilizar.

En los noventa, una vez que se puso fin a la dictadura, los gobiernos democráticos tras criticar las medidas anteriores, siempre en una línea de *subsidiariedad* del Estado impulsaron programas sociales que corrigieron algunos aspectos del desamparo extremo en el que se encontraban los más pobres, más no hubo cambios sustantivos a la política neoliberal.

Por lo tanto, el sistema de salud chileno, según la descripción proporcionada por el Ministerio de Salud, en la actualidad comprende a oferentes públicos y privados de prestaciones de salud y de seguros de salud. En el ámbito de las prestaciones de salud son responsabilidad del Estado la provisión de Salud Pública, así como la implementación de actividades de prevención (vacunaciones, campañas) y la regulación del seguro privado y oferta privada.

La política que se impuso a partir de 1981, se re-impulsó en democracia a partir del informe del BM de 1993 *Informe Mundial Sobre el Desarrollo: Invertir en Salud*. En él junto con realizar un análisis de las políticas sanitarias en relación al desarrollo económico, se propone la nueva política mundial de salud y se define el papel del Estado respecto a cuatro grandes áreas de intervención de la política pública:

- Desarrollar un ambiente económico que permita a los grupos familiares mejorar su propia salud. Ello implica políticas para favorecer el

crecimiento económico de los pobres así como ampliar la educación, principalmente para las niñas.

- Reorientar el gasto público hacia acciones de bajo costo y alta efectividad tales como la inmunización, programas para combatir las deficiencias de micro nutrientes, el control y tratamiento de enfermedades infecciosas, programas para reducir el consumo de tabaco y alcohol y regulación que permita la mejora del ambiente en el hogar.
- Adoptar los paquetes básicos de servicios clínicos que como mínimo, deberían incluir cinco grupos de intervenciones: atención relacionada con el embarazo, planificación familiar, control de enfermedades de transmisión sexual, atención a las enfermedades más importantes de la niñez y tratamiento de infecciones menores y trauma así como alivio al dolor.
- Estimular una mayor diversidad y competencia en la provisión de servicios de salud por medio de la descentralización, la competencia, el involucramiento del sector no gubernamental y otras organizaciones privadas, la regulación de los mercados de salud.

Estructura del Sistema de Salud Chileno

El Sistema es un sistema dividido en dos subsectores: uno público y otro privado. Está encabezado por el Ministerio de Salud (MINSAL), organismo político, técnico y normativo al que le corresponde la función de formular y controlar las políticas de salud de acuerdo a los lineamientos del gobierno y siguiendo las normas del Código Sanitario.

Entre sus principales funciones destacan:

- Dictar normas técnicas administrativas y financieras a las que deben ceñirse los componentes del sistema para ejecutar acciones de salud.
- Vigilancia y evaluación en materia de salud de la población
- Formulación del presupuesto sectorial.
- Fijar políticas y normas para la inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos de la red.
- Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales.

- Establecer protocolos para la atención en salud, sistema de acreditación para prestadoras institucionales y certificación para especialidades y subespecialidades médicas, entre otras.
- Supervisar el trabajo de las entidades autónomas que componen el sector Salud: Instituto de Salud Pública (ISP), Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), Superintendencia de Salud, Fondo Nacional de Salud (FONASA)

Organismos dependientes del MINSAL: Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI); Subsecretaría de Redes Asistenciales de la depende el Sistema Nacional Servicios de Salud (SSNS), integrado por 29 Servicios de Salud (SS) distribuidos a lo largo de todo el territorio nacional y que representa el sector público de Salud. Los SS están dotados de autonomía administrativa. Su función consiste en la ejecución de acciones de fomento, protección y recuperación de la salud y la rehabilitación de personas enfermas. Para tal efecto disponen de una red asistencial de 194 Hospitales de diversa complejidad, centros de especialidades adosados a los hospitales y una red de atención primaria que es mayoritariamente administrada por las municipalidades compuesta por Consultorios urbanos y rurales, Centros de Salud Familiar (CESFAM) y Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU).

Financiamiento del Sistema de Salud Chileno

La contratación de seguros de salud es obligatoria para los trabajadores dependientes e independientes, así como para las personas que reciben pensión; existiendo para ello la obligación de cotizar mensualmente el 7% o 5 % respectivamente, de la remuneración/pensión imponible, hasta un tope de 4,2 UF. Los seguros de salud son provistos por las Instituciones de Salud Provisional (ISAPRES) en el caso privado, y por el Fondo Nacional de Salud FONASA en el caso público; pudiendo los trabajadores dependientes, así como los pensionados "*optar libremente*" entre ambas.

Mientras en el caso de FONASA, los beneficios son homogéneos para todos los afiliados, en el caso de las ISAPRES las prestaciones se diferencian según

el sexo y edad del cotizante y las cargas adscritas en el contrato de salud -nivel de riesgo así como según el ingreso del cotizante –del que depende la prima que puede pagar-. El cotizante firma un contrato con la ISAPRE, entregando sus cotizaciones obligatorias, y si lo desea algún monto adicional, a cambio de un plan de salud que describe las prestaciones financiadas o cofinanciadas por la ISAPRE.

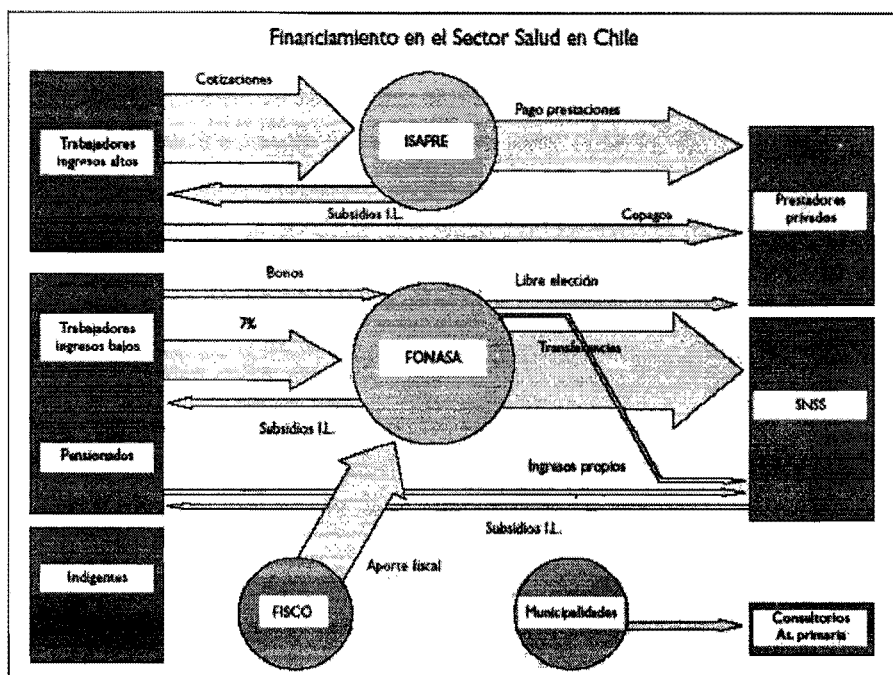
Los cotizantes que destinan el 7% de su remuneración imponible para salud a FONASA pueden atenderse en dos modalidades de atención: Institucional accediendo a consultorios de atención primaria, servicios de urgencia y hospitales públicos; o Libre Elección a través de la cual pueden elegir médicos, kinesiólogos, matronas, enfermeras, clínicas y hospitales privados, centros médicos, de imagenología y laboratorios clínicos, siempre que tengan convenio con Fonasa. El valor de las atenciones depende de la modalidad de atención utilizada; en la institucional el pago depende del grupo de ingreso en el cual se encuentre clasificado, así el usuario A es clasificado como indigente con derecho a gratuidad, B, C, D, sucesivamente con mayores niveles de ingreso y por consiguiente menor cobertura.

En la de libre elección, el valor de la atención dependerá del nivel de inscripción del profesional o institución de salud en convenio con Fonasa, que puede ser 1, 2 ó 3, donde el nivel 1 es el más barato y el nivel 3 el más caro. De serie de distinciones puede colegirse claramente que la supuesta libertad de elección del sistema de salud está en todo caso, restringida por la capacidad del beneficiario de co-pagar el costo de las prestaciones de salud.

La mayor parte de la población está afiliada al FONASA , alrededor de un 70% (Berrecil- Montekio, Reyes, Annick, 2011), pero los más jóvenes y ricos, relativamente menos mujeres, y las familias menos numerosas, están asegurados privadamente, alrededor de un 17.5% , un 3% al sistema privado cerrado de las Fuerzas armadas, mientras que la población más vieja, con problemas de salud crónicos, de más bajos ingreso y con mayor número de hijos, está asegurada con FONASA 10%, es decir, accediendo al sistema solidario, sin aportar cotización.

De lo anterior se desprende que el sistema de salud chileno opera con altos grados de inequidad, determinada por la distribución del financiamiento y la segmentación de la población por riesgos e ingresos.

Los gastos en salud en Chile son cercanos al 7% del PIB (MINSAL,2006), y en el sistema FONASA más Isapres, se gasta el 5,5% del PIB. De este porcentaje, que son los dineros que el país dispone para salud, el sector privado gasta 2,6% del PIB para financiar al 17.5% de la población y el sistema público ocupa el otro 2,9% del PIB para financiar al 70% de la población y el 10% que no está cubierta por ningún sistema de seguridad social de salud y que presentan un gasto relevante equivalente aproximadamente al 1% del PIB. Esto se traduce en que una minoría de personas más sanas y de mayores ingresos, cuentan con un 47% de financiamiento más per cápita que el 80% restante. Situación que da cuenta de la evidente inequidad del sistema.



Cuadro citado en Iturriaga, M. y Martines M. (2006) Financiamiento de los
Sistemas de Salud Chileno

De esta forma, mientras el financiamiento del sector privado se encuentra basado en primas individuales relacionadas con el riesgo de salud de las personas, una especie de capitalización individual, asociadas a miles de planes de salud, producto de la tendencia a individualizar los riesgos de cada uno de los cotizantes y sin ningún grado de solidaridad; el sector público opera con un sistema solidario de tipo reparto, con un solo plan de salud, con cotizaciones o primas asociadas al ingreso, existiendo redistribución entre cotizantes y apoyado por un presupuesto fiscal para aquellos no cotizantes. De este modo, la solidaridad sólo ocurre en el sector público ya que no hay forma que los más ricos que están en ISAPRE contribuyan con los más pobres que están en FONASA. Además el sector público opera como seguro de última instancia cuando las personas son expulsadas del sector privado, en este sentido, el sector público subsidia el sostenimiento del privado.

El sector público de salud es responsable por la mayor parte de la población chilena, muchos de sus usuarios han sido rechazados por su nivel de riesgo desde el sistema privado. Como resultado de este proceso el 87,5% de la población de bajos ingresos está en FONASA y sólo el 3,1% de esta categoría de personas, se encuentra en ISAPREs. Las diferencias de políticas que regulan a ambos sectores son notables y generan efectos que perjudican al sector público. En efecto, mientras FONASA está obligado a aceptar a todo individuo que requiera afiliación, las ISAPREs tienen la facultad legal de rechazar por preexistencia o simplemente porque el cálculo de ingresos versus costos esperados de la persona que solicita afiliación no satisface sus expectativas. Las ISAPREs pueden declarar restricciones a las coberturas y expulsar a beneficiarios mediante alzas periódicas de precios.

Además, el sector público se caracteriza por la concentración de gran número de niños pequeños, 76% de los niños de 0 a 4 años son beneficiarios del FONASA y también lo son la mayoría de las mujeres en todos los rangos de edad (74,5% vs. 18,7%) y los antecedentes epidemiológicos de morbilidad indican que dentro de estos grupos de población, obviamente los gastos esperados son más altos por la participación de las mujeres en edad fértil y los recién nacidos.

Por otra parte, los gastos de bolsillo en salud son una barrera de acceso a la atención, ya que una larga enfermedad, podría provocar que algunos hogares se empobrezcan o se mantengan pobres, debido a los gastos excesivos en salud.

En Chile el segundo lugar en importancia para el financiamiento global, están los gastos de bolsillo que son el 27% del total y, en tercer lugar, está el aporte fiscal que corresponde al 23% del financiamiento. El financiamiento por la vía del gasto de bolsillo en Chile es aproximadamente 33%. Dentro del gasto de bolsillo, que se asocia a las prestaciones de salud, están los co-pagos y el gasto en farmacia. El gasto en fármacos es el 44% del total de gasto de bolsillo, lo que para la OMS, constituye la forma de financiamiento probadamente más regresiva que existe para los sistemas de salud (OMS, 2000).

Plan de Garantías Explícitas en Salud GES

Durante los gobiernos democráticos (2005) se implementó la reforma denominada: Plan de Garantías Explícitas de Salud (GES) -antes Plan Auge-. Ésta pretende garantizar la cobertura por parte de Fonasa y las Isapres de 80 enfermedades a través de:

- Garantía explícita de acceso: obligación de Fonasa y las Isapres de asegurar las prestaciones de salud.
- Garantía explícita de calidad: otorgar la atención de salud garantizada por un prestador registrado o acreditado.
- Garantía explícita de oportunidad: existencia de un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas
- Garantía explícita de protección financiera: es la contribución, pago o copago que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones.

Se caracteriza por una Red cerrada de prestadores para enfermedades GES, indica a qué prestador acudir para confirmar el diagnóstico y en el caso de confirmarlo será derivado al centro de atención de la red de prestadores. Se puede optar por la atención con cobertura de un plan de salud complementario. Las personas con enfermedades no contempladas acceden a cobertura normal de acuerdo a su plan de salud. En el caso de una enfermedad grave, proporciona cobertura adicional por enfermedades catastróficas (CAEC).

En caso de incumplimiento de las garantías de protección financiera la Superintendencia de Salud resuelve ciertos conflictos derivados de este problema y de la calificación de una enfermedad como GES.

Atención de Salud en el Sistema Privado

La atención en este sistema se caracteriza porque la capacidad de pago del usuario le permite el acceso a una amplia oferta de centros privados de salud y atención directa de especialistas. Una gama de laboratorios y centros de toma

de muestras y exámenes que hacen más expedito el acceso, logrando respuestas en cortos plazos. El acceso a clínicas y establecimientos de mayor complejidad para la realización de procedimientos quirúrgicos y post operatorios con alta incidencia de tecnologías de punta, (Berrecil et al, op cit) en instalaciones, hotelería, máquinas y elementos.

Atención en Salud en el Sistema Público

Los establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS) comunitaria constituyen la puerta de entrada al sistema público de salud. Dependen técnicamente del Ministerio de Salud, pero en cuanto su financiamiento y administración sin embargo, están sujetos a las Municipalidades. Esta situación es también fuente de inequidad ya que las comunas más pobres tienen menos recursos e incluso sus funcionarios reciben menos remuneraciones, lo que repercute en la calidad de la atención.

Se calcula que el 90% de la población adscrita a FONASA se atiende en los establecimientos APS; y en ellos los usuarios reciben vacunas, atención de medicina general, atención en salud sexual y reproductiva a través de matronas/es, control sano de niños, atención de pacientes crónicos, exámenes preventivos de salud en adultos, entrega de medicamentos, tratamientos y alimentación complementaria para madres, niños y ancianos, entre otras.

Cuando los usuarios más pobres del sistema requieren atención de especialistas, así como la realización de exámenes, son derivados a través de interconsultas a los centros de salud dependientes del SS y hospital más cercanos. Debido a la alta demanda por atención especializada y la falta de recursos del sistema, se generan largas listas de espera por atención y exámenes. La situación se repite un nivel más arriba cuando las personas ya atendidas por especialistas, requieren alguna intervención quirúrgica ya que deben esperar en ocasiones durante meses para agendar una cirugía u obtener derecho a cama de hospital.

El creciente desfinanciamiento hospitalario aumenta cuando el sistema se ve obligado a contratar camas en establecimientos privados para cumplir con las garantías de salud definidas por ley.

Las condiciones de hospitalización sobre todo en las zonas donde hay mucha población en relación a la cantidad de establecimientos, se ven seriamente mermadas, incluso, en ocasiones hasta niveles indignos con servicios de urgencia saturados, personas ingresadas en sillas en los pasillos, con evidente déficit de infraestructura y personal especializado (Emol,2015)

La migración de profesionales de la salud al sistema privado, en busca de condiciones laborales evidentemente más suculentas, hace aún más compleja la situación de atención de la población más pobre.

En cuanto a financiamiento, atención e infraestructura el sistema de salud chileno adolece del mismo problema: una falta de equidad evidente. El desmantelamiento del sistema solidario de salud bajo los principios neoliberales de la subsidiaridad del Estado y en pro del beneficio de los privados, generó un deterioro mayor en las condiciones de acceso y calidad, clasificando a las personas y su derecho a atención digna en cuanto a su capacidad de pago, generando segmentación de la atención.

La menor parte de los usuarios del sistema de salud lo hace en las mejores condiciones, acaparando una gran cantidad de recursos y sin ninguna posibilidad real compartirlos. Estas desigualdades se replican una y otra vez en la atención generando un sistema que es a todas luces clasista y atentatorio contra el derecho a la salud que todo ser humano tiene.

CAPITULO II: Estado del Arte

2.1 Aportes de investigaciones sobre políticas de salud relacionadas con la sexualidad

La sexualidad se expresa a través de concepciones e identidades que son sociohistoricamente determinadas por relaciones sociales, instituciones y políticas que dan cuenta de relaciones de poder, por lo tanto se revisarán estudios chilenos relativamente contemporáneos que permitan dar cuenta de un contexto político, económico y social determinado. Se ha buscado dar cuenta de las dificultades que enfrentan las mujeres y hombres en Chile para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva.

Respecto a las transformaciones sucedidas en el sistema de salud chileno en la década pasada resulta interesante el estudio "*Transformaciones del sistema de salud post reforma AUGE-GES en Valparaíso*" (Parada, Reyes y Cuevas, 2014) en el que se entrevistó a 42 actores relevantes del sistema de salud. El estudio señala que uno de los resultados no deseados de la política GES es el énfasis de lo curativo en desmedro de lo preventivo.

Por otro lado, el modelo de salud familiar se ha implementado de forma parcial ya que las prácticas preventivas y promotoras de salud resultan marginales. Esto último incluye a la salud sexual y reproductiva ya que solo se hace énfasis en aspectos relacionados a la gestación, dejando la promoción de una sexualidad plena ajena los programas de salud.

También el mismo estudio expresa la necesidad de un cambio cultural para humanizar el trato al paciente como parte del objetivo de la calidad y por último si bien desde los funcionarios de salud se empieza a percibir al usuario como ciudadano con derechos, se teme su empoderamiento.

Respecto a VIH e ITS destaca el "Análisis de la Respuesta Regional Integrada en la Región de Valparaíso" (Muñoz, 2012) donde se describe y analiza la

Respuesta Regional Integrada implementada a partir del año 2005 como *estrategia de salud pública* para la prevención de la enfermedad. El análisis se basa en el concepto de *Valor Público* (Moore, 1999) y su modelo de análisis de políticas públicas, según el cual una política pública *agrega valor* cuando logra integrar y alinear tres dimensiones: la dimensión política, en tanto es capaz de atraer autoridad y recursos para su implementación; la dimensión sustantiva en tanto el propósito de la estrategia es considerado valioso por los beneficiarios; y, la dimensión administrativa cuando la organización encargada de ejecutarla cuenta con las capacidades administrativas necesarias.

Los resultados relevan que el Consejo Regional de VIH y la Mesa Regional de Consejería señalan no contar ni con las facultades para convocar, ni con las herramientas legales para establecer la obligatoriedad de las instituciones involucradas en participar de las instancias que dirigen. También perciben que los recursos son insuficientes para dar respuesta a las necesidades de prevención de VIH en la región y que no existen métodos de control formal, seguimiento y evaluación de los proyectos asignados y ejecutados con recursos públicos y el déficit en investigación clínica y social vinculada al VIH.

En relación a políticas públicas de salud sexual y reproductiva aplicadas en Chile, el estudio "*Madres niñas-adolescentes de 14 años y menos. Un grave problema de salud pública no resuelto en Chile*" (Molina, Molina y González, 2007) hace énfasis en la necesidad de analizar el tema en asociación con otros indicadores socioeconómicos que permitan medir el impacto de las políticas públicas en la materia.

Entre sus resultados destaca que la región de Santiago acumula el 34% de los nacidos vivos de madres adolescentes de entre 11 y 14 años. El promedio por año alcanzó los 1058 NV. Por su parte las niñas madres de 15 años o más alcanzaron las 29.000, cifra que muestra que al cumplir esa edad las niñas aumentan 10 veces su riesgo de embarazarse, de 19,4 a 203 x 10.000 mujeres de esa edad.

Por otra parte el estudio demuestra el alza en la tendencia en las niñas de 11 a 15 años que alcanza a 3700 promedio, y se compara con las de 15 a 19, que

mantiene una tendencia a la baja. Dice el estudio que estas son las cifras que se publican dando la falsa impresión de mejoría de la situación.

Si se comparan las tasas de fecundidad adolescente con las cifras de entrega de raciones de alimento se obtiene que la fecundidad adolescente es más alta, 6,9 veces mayor, en las comunas en que se distribuyó mayor cantidad de raciones alimenticias (en los sectores más pobres se entregan más raciones alimenticias).

El estudio cita también una investigación realizada en países industrializados en 1986, que arrojó cifras en torno a 0 en varios de ellos. Similares a las tasas de 0,44, 0,36 y 0,0 de las comunas de Providencia, Las Condes y Vitacura que son las de mayores ingresos en Santiago. Este dato según los investigadores no puede descartar la hipótesis del mejor acceso a aborto clandestino de los sectores económicamente más pudientes.

Sin embargo a juicio del investigador son factores relevantes la educación de los padres, la comunicación franca y abierta, en un espacio vital adecuado que favorezca la autoestima, como pilares para la protección de las niñas, cuestión que como veremos más adelante es parte del enfoque utilizado con éxito en Alemania.

La reforma de la salud por su parte no ha beneficiado la atención de adolescentes, se ha puesto el énfasis en salud familiar, y por otra parte en los sectores bajos la atención de adolescentes en salud sexual y reproductiva es reprobada socialmente por los padres. La conclusión del estudio es que estamos frente a un importante problema de salud pública, que constituye un indicador centinela de un conjunto de problemáticas que dan cuenta de la desigualdad social.

Se pone el acento en la necesidad de prevención a través de educación sexual, acompañada de acceso a servicios médicos de atención primaria adecuados a las necesidades de los adolescentes, lo que implicaría un cambio en el enfoque de las políticas públicas de salud sexual y reproductiva.

En este sentido se consideró importante comparar la situación en Alemania a través de un reciente estudio publicado en Europa "La educación sexual en Alemania: Una intervención eficaz para apoyar la salud sexual y reproductiva (SSR) de personas en todo el ciclo de vida." (Brockschmidt y Hessling, 2015)

El estudio señala que la educación sexual es una tarea pública que el Estado desempeña a través de una oficina federal de educación para la Salud, organización gubernamental dependiente de la cartera del Ministerio Federal de Salud, con representación en los 16 estados federales y cuya misión por ley, es implementar y conducir la Educación Sexual enfocado en los conceptos de desarrollo para la educación sexual y garantía de calidad para los diferentes grupos destinatarios.

La sexualidad es considerada como un factor natural, parte del desarrollo humano en todas las fases de la vida y en consecuencia, la educación sexual es relevante para toda la población en todas las edades.

Por una parte, la educación sexual en Alemania tiene por objeto aumentar el conocimiento hacia temas de salud sexual y reproductiva, incluyendo pero no limitando a los aspectos físicos tales como los cambios producidos en la pubertad, el ciclo reproductivo y la eficacia de los diversos métodos anticonceptivos. Por otro lado tiene como objetivo permitir a la población en general desarrollar una actitud positiva y auto responsable hacia la sexualidad. De este modo la educación sexual está destinada al desarrollo de una identidad auto determinada de manera que integra la formación personal y el bienestar con objetivos sanitarios de prevención de embarazo no deseado o transmisión de ITS por ejemplo.

Este enfoque ha demostrado ser eficaz en su aplicación reduciendo en los últimos 10 años el embarazo adolescente en un 50%, de 15000 registrados en 2004 a 7500 en 2013.

La estrategia se desarrolla en diferentes niveles interconectados a través de diversos actores clave:

1. A Nivel gubernamental El Centro Federal para la Educación en Salud, es el responsable de la educación sexual dirigida a diferentes grupos objetivos y etarios; la distribución de material gratuito y liderar la coordinación asegurando una participación multisectorial.
2. A nivel regional el mandato legal de introducir la educación sexual en todas las escuelas debe ser cumplido por todos los estados federales. Los contenidos y énfasis pueden variar dependiendo de las autoridades de cada estado. Sin embargo la educación sexual es entendida en un sentido amplio, ya sea física, social, emocional e interpersonalmente. Se introducen también contenidos relativos a género, igualdad, diversidad sexual y derechos sexuales y reproductivos.
3. A nivel comunal, trabajan en educación sexual un gran número de organismos gubernamentales y ONG con alrededor de 1600 centros de educación, asesoramiento y consejería dirigidos a diversos temas y grupos. Por ejemplo Asociación Federal de planificación Familiar con 180 centros de consejería.

Los diversos actores trabajan en distintos niveles y con autonomía dentro de su campo de acción. Sin embargo lo hacen bajo coordinación y entendimiento común: La educación sexual en Alemania debe alentar a los niños y adolescentes a formarse con una actitud positiva hacia su sexualidad, así como un sistema valórico basado en principios de igualdad, empoderamiento y autoestima.

Junto a estas herramientas también se potencia el desarrollo de habilidades para la vida tales como resolución de problemas y habilidades para la comunicación, objetivo que busca establecer las bases para una adultez saludable.

A través de datos obtenidos en la última encuesta de "Sexualidad Juvenil" realizada en 2014, y que se ha realizado desde 1980. En esta última versión participaron 5750 adolescentes y jóvenes de ambos sexos de entre 14 y 25 años. A partir del análisis de datos se concluye que la calidad de la educación sexual no está asociada a la iniciación sexual, sino más bien al conocimiento que los jóvenes tienen acerca de los aspectos físicos, uso de medidas de

anticoncepción responsable, capacidad de comunicarse abiertamente con la pareja y con los padres respecto a la sexualidad. La mayor parte de los jóvenes encuestados declaran sentirse bien informados en cuanto a temas de sexuales.

La comunicación acerca de estos temas al interior de la familia es promovida y ampliamente aceptada en la sociedad alemana. El impacto de este nivel de comunicación va mucho más allá de la comodidad de los jóvenes para hablar de sexualidad con sus padres. Se trata de del desarrollo de habilidades de comunicación que les permitirán expresar libremente sus deseos y barreras, así como la formación de valores y actitudes. Este fenómeno parece interesante de resaltar pues diversos estudios señalan que en Chile en el estudio revisado anteriormente y otros lugares de América el acceso de los jóvenes de estratos sociales de menores recursos a información y prevención se dificulta por el temor que sienten de ser vistos o juzgados por sus padres. De manera que la sexualidad es vista como algo malo que se oculta, dificultad que es cultural, de suyo modificable a través de políticas de educación en salud sexual.

Otros logros que se destacan de la política de salud sexual de Alemania en relación a la prevención de embarazo y contagio de ITS, aumentó el uso de preservativo en la primera relación sexual de jóvenes de 14 a 17 años, reduciéndose a solo 10% de primeras relaciones desprotegidas, el menor número en 35 años.

Otros indicadores de calidad señalan que la mayoría de los jóvenes declaran que su primera relación sexual fue con alguien de su entorno, y también consideran que su iniciación fue en un momento apropiado. Solo un 5% consideró que se inició demasiado temprano.

Todos estos datos dan cuenta de un concepto de calidad en la educación sexual que abarca más aspectos que los objetivos sanitarios duros, de manera que la educación propende a una formación en sexualidad desde una mirada más amplia del fenómeno dentro de la salud humana. Desde el punto de vista de la política de salud implica un enfoque hacia las necesidades de cada grupo

y una estrecha coordinación multisectorial para el logro de los objetivos, cuestión que pasa necesariamente por una mejor distribución de recursos, cambios a nivel legislativo y administrativo para abarcar las soluciones desde una visión integral del problema.

2.2 Aportes de investigación sobre prácticas de atención en salud sexual y reproductiva.

Las prácticas son la síntesis más tangible del encuentro entre un interés político determinado y las contradicciones histórico, económicas y culturales en las que se recrea una decisión del Estado. En este ítem se han privilegiado estudios chilenos que de la realidad concreta del periodo en estudio. Las comparaciones con estudios extranjeros solo pretende ser ejemplo de contrastes determinados por contextos sociohistoricos disimiles.

En relación a las prestaciones en salud sexual y reproductiva (SSR) se considera interesante observar los siguientes estudios:

El estudio "Calidad de atención programa AUGE cáncer cérvico-uterino: diferencias y similitudes entre usuarias y profesionales" (Concha y Urrutia, 2011).

El estudio tiene por objetivo conocer la percepción de la calidad en la atención recibida por las usuarias y entregada por profesionales del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) de Santiago, a través del Programa AUGE, actualmente llamado GES (garantía explícita en salud) para Cáncer Cérvicouterino.

La muestra consideró un universo de 852 usuarias de las que se seleccionó en forma aleatoria a 364, de las cuales 237 con lesiones preinvasoras (LIE) y 127 con Cáncer cervicouterino (CC). Las mujeres fueron ingresadas al programa AUGE entre el 1 de Diciembre de 2006 y el 31 de Diciembre de 2006. Con diagnóstico patológico de LIE o CC, atendidas en el SSMSO. El estudio se realizó entre mayo y octubre de 2006. Las variables sociodemográficas y médicas fueron obtenidas de las fichas de cada paciente. Las usuarias fueron

entrevistadas en su domicilio por matronas entrenadas y se les aplicó como instrumento el cuestionario diseñado para la medición de calidad de la atención para los usuarios del plan AUGE, que cuenta con 19 ítems, agrupados en 5 dimensiones: I Funcionamiento del programa, II Relación usuaria- profesional, III Infraestructura y recurso humano, IV Educación sobre la enfermedad y V Recursos materiales.

En cuanto a la percepción de los profesionales, la muestra se aplicó a la totalidad de los involucrados desde la profesional a cargo en atención primaria, matronas y médicos ginecólogos en nivel secundario y terciario, hasta las enfermeras que aplican terapia radiológica en el Instituto nacional del cáncer. Todos profesionales que tienen una interacción directa con la usuaria. Para tal efecto se utilizó el mismo instrumento descrito con las modificaciones pertinentes para el uso de los profesionales.

Respecto a los resultados cabe consignar que el 92% de las usuarias corresponden a los segmentos más vulnerables de atención FONASA: A, B y C, que corresponden a los sectores de menores ingresos. La escolaridad promedio de las usuarias también es baja, solo un 3% tiene estudios de educación superior.

Si bien en cuanto la dimensión I, el programa fue en general, bien evaluado por ambas partes cabe destacar que los profesionales se autoevalúan mejor que las usuarias, y que en todos los otros ítems, confianza, comunicación, recomendación, son las usuarias las que tienen una mayor percepción de calidad.

En la dimensión II, relativas a humanización del trato, identificación del profesional, el uso del nombre de la paciente, tiempo para explicar, entre otras nuevamente se da que la usuaria parece tener una mucho mejor percepción de la calidad con indicadores muy superiores a los expresados por los profesionales, lo que constituye casi un reconocimiento de que las condiciones en que se relacionan con las usuarias no son las mejores. Esto podría explicarse según las investigadoras por el nivel de educación de las usuarias y por el miedo de manifestar su real sensación.

En las dimensiones III y IV, son nuevamente los profesionales quienes se manifiestan más críticos en cuanto a la infraestructura y dotación de personal y material.

El estudio arroja que en general la percepción de calidad en atención es buena, deja también claro que las mayores falencias relativas con la relación usuaria profesional en cuanto la humanización del servicio. El tema de los recursos materiales resulta relevante desde la perspectiva de los profesionales, ya que son ellos quienes conocen las condiciones óptimas para una atención de calidad. El sesgo social de las usuarias les impide aspirar a mejores condiciones porque no las conocen.

En relación al tema de la calidad de la atención como práctica de salud sexual y reproductiva resulta interesante revisar el estudio "Me trajinaron, Pedro, Juan Y Diego. Experiencias y significados de mujeres con Cáncer cérvico uterino atendidas en hospitales públicos de Santiago"(Baeza, 2013) En este trabajo, la investigadora explora el camino de usuarias de 2 hospitales públicos en su tratamiento por cáncer cérvico uterino entre los años 2009 y 2011 desentrañando los significados de dicha experiencia a través de relatos autobiográficos. En lo relativo a prácticas médicas el estudio se centra en las experiencias vividas al interior de los hospitales poniendo como base el concepto de modelo biomédico de atención de salud como paradigma del sistema en el que se posiciona a las personas enfermas en un status de entrega y sometimiento respecto de la institución médica en su conjunto.

A lo largo del estudio se reproducen relatos descarnados en torno a las prácticas y actitudes de las personas a cargo de la atención, en los que quedan de manifiesto elementos tales como la hegemonía ejercida por el cuerpo médico preponderantemente masculino, con participación de mujeres en roles asistenciales y de poca decisión.

A modo de ejemplo se describen situaciones en que las pacientes fueron evaluadas por un comité de 6 médicos, todos los cuales procedieron a hacer tacto a la enferma para dar su apreciación de la situación: "En los comités

oncológicos por lo menos siempre hay 6 médicos, y cada uno mete la mano, te toca...van evaluando, no hay otra forma, además que igual hubo un escáner (...) si es mi comité que me tiene que trajinar y me tienen que trajinar 10 médicos, no importa, pero son los médicos que están encargados de ver mi problema"

La atención en serie es otra práctica recurrente en que se realiza la conización o extracción de tejido del cuello del útero, que se realiza de manera colectiva, con varias enfermas en diversas camillas lo que produce una atención despersonalizada, al no entregar información clara e individualizada a cada mujer participante del examen. Incluso hay situaciones en que las mujeres no tienen claridad de lo que les están haciendo como proceso terapéutico, no se enteran del alcance de los procedimientos porque no reciben explicaciones al respecto. "(...)me hicieron una cosa extraña, estaban haciendo como un experimento, que me inyectaban un líquido, como que buscaban el foco donde estaba el cáncer, y si había en otros lados, era un líquido así como morado ("¿Dónde te lo inyectaban?") No tengo idea, porque eso me lo inyectaron cuando fui a pabellón, ("¿Y cómo supiste?") Porque el doctor me dijo, me comunicó, después todos se reían, porque el pipí que hacía era de ese color (rie)"

"Y ahí descubrí que tenía un puro ovario, que cuando me operaron me habían sacado un ovario sin avisarme"

"yo sentí, a pesar de la anestesia, yo sentí mucho dolor... lo primero que le digo yo es me duele y ella (la doctora) siguió con el tema de seguir cortando (...) es más yo estaba con las piernas abiertas y él (el médico) se apoyó en una de mis piernas y al apoyarse me produjo un calambre aquí en la pierna".

En resumen este estudio describe la experiencia intrahospitalaria como un correlato en el que se suceden las los siguientes eventos: objetualización del cuerpo enfermo, invisibilización de la persona enferma, fragmentación del cuerpo, aislamiento emocional, porque el apoyo psicológico no es parte del tratamiento; sometimiento de la enferma a las decisiones y prácticas médicas muchas de ellas tremendamente dolorosas, todo lo que redunda en una normalización de la violencia.

Lo anterior da cuenta de que la supuesta amabilidad o buen trato que describen las usuarias en los estudios de percepción de calidad es un aspecto superficial de las prácticas médicas. Desde una perspectiva más profunda queda en evidencia que el sistema de atención, sobretodo dirigido a las personas más pobres carece de los aspectos humanos necesarios para que el tratamiento y la recuperación sean procedimientos integrales enfocados al cuidado y respeto por la persona enferma más allá de sus condiciones económicas y sociales.

Un tercer estudio relevante en términos de las prestaciones en salud sexual y reproductiva lleva por título "Adolescentes urbanos: conocimientos sobre la atención de salud sexual y reproductiva" (Luengo, Millán, Zepeda y Tijero, 2012) El objetivo del estudio es identificar los conocimientos que tienen los adolescentes estudiantes beneficiarios del sistema público de Salud respecto a la atención en salud sexual y reproductiva.

El estudio en comento adquiere relevancia ya que según datos del censo 2002, el 77% de las madres adolescentes provienen de los dos quintiles de menores ingresos. Solo el 39% de los adolescentes de menores ingresos tuvo su primera relación sexual con protección, situación que en el segmento de mayores ingresos alcanzó el 76,1%. Estas desigualdades justifican la implementación de atención amigable para adolescentes, sobre todo en los centros de atención primaria, eliminando las barreras de acceso y la adecuación de los servicios a las necesidades de este grupo etario.

La muestra es de tipo cuali-cuantitativa y en ella participaron jóvenes adolescentes que cursaban 8° básico, 2° y 4° de enseñanza media pertenecientes a escuelas públicas mixtas de tres comunas con alta proporción de población adolescente, altos niveles de pobreza y elevada tasa de nacimientos de madres adolescentes del área urbana de Santiago. Se utilizó un formulario que los estudiantes respondieron en sala de manera simultánea depositándolo posteriormente en un buzón. Se utilizaron variables relativas a los conocimientos en cuanto a salud sexual reproductiva y proximidad de las relaciones sexuales.

En cuanto a los resultados de un total de 368 adolescentes que completaron el formulario, el 88,3% es beneficiario del sistema público de salud, al que acceden gratuitamente. De éstos solo el 18,5% había utilizado los servicios de atención en salud sexual y reproductiva. Entre quienes habían usado estos servicios el 81,7% fueron mujeres. Los estudiantes que habían recibido la atención la evaluaron satisfactoriamente, especialmente las mujeres.

Entre las razones para no consultar encontramos un dato interesante que es que en el caso de las mujeres el motivo más frecuente es la vergüenza o el temor de ser vistas consultando por alguien que les pueda contar a sus padres. En este punto volvemos sobre el estudio revisado en el capítulo anterior acerca de la política de salud sexual en Alemania, en donde el factor educación es fundamental para dar cobertura a los diferentes grupos de la población. En que el resultado es que amplios sectores de la población desde temprana edad adquieren los conocimientos y habilidades que les permiten abordar su sexualidad desde un punto de vista amplio, lo que incide en su satisfacción y auto cuidado.

Por otra parte en el estudio detectó variables predictivas del uso de los servicios de atención en SSR, tales como ser mujer, estar involucrada en una relación afectiva de pareja, haber recibido educación sexual en la familia y no vivir con ninguno de los padres.

La única variable asociada al no uso de estos servicios fue el tener una actividad regular, organizada para el uso del tiempo libre.

Entre las conclusiones se puede destacar que solo la mitad de los estudiantes encuestados sabía que podían consultar por atención en SSR; y de ellos solo un quinto lo había hecho alguna vez. Sin embargo todos consideraron tener el derecho a solicitar y recibir atención en los servicios públicos.

La atención fue evaluada positivamente por los estudiantes que la utilizaron, pero el perfil es el clásico para el que se destinan estos servicios: el de la mujer sexualmente activa.

Se destaca la importancia de la confidencialidad en la atención amigable para adolescentes y la disminución de barreras como solicitud de documentos que estén en poder de los padres. Esto porque la tendencia entre las mujeres es a no solicitar atención por miedo de ser descubiertas, por la creencia de que sería reprobada su conducta.

Se confirma la importancia de la educación sexual dentro de la familia, lo que constituye una instancia doblemente protectora en tanto esté asociada a la oferta de servicios a los que los jóvenes puedan acceder en busca de métodos e información especializada.

Se enfatiza la necesidad de difusión en cuanto al acceso a los servicios de atención en SSR, con un enfoque preventivo de manera que abarque el interés de aquellos jóvenes que aún no han iniciado su actividad sexual.

Otro estudio interesante en relación a las prestaciones de salud sexual y reproductiva es "Perfil biosocial de las usuarias que demandan la píldora de anticoncepción de emergencia en un centro de salud de Santiago, 2006-2007" (Escobar, Román, Muñoz y López, 2008)

La investigación tiene como objetivo caracterizar a las usuarias que demandaron anticoncepción de emergencia una vez que estuvo disponible en los centros de atención primaria de salud. A través del estudio de las fichas de las 93 pacientes de un consultorio de Santiago, que solicitaron dicha atención, entre 2006-2007, se obtuvo un perfil de las mismas evaluando la situación de riesgo en que se encuentran, de manera de poder enfocar la práctica y las políticas a insertar a estas mujeres en programas de anticoncepción permanentes, tomando en consideración los elementos sociales.

Las primeras estimaciones estadísticas refieren que del total de la población femenina en edad fértil, esto es 4.100.047 mujeres, el 52% no usa métodos anticonceptivos. De ellas, un total de 348.709 no los usa pero los necesita. Si se les suma la cantidad de 126.588 mujeres que usan métodos de baja eficacia

o naturales, existe un total de 475. 297 expuestas a un embarazo no deseado y aborto provocado.

El estudio es de carácter observacional, descriptivo, a través de la información contenida en las fichas de las usuarias. Se definen 2 tipos de variables a observar: a) sociodemográficas (edad, estado marital, ocupación y tipo de previsión de salud); b) gineco-obstétricas (edad de iniciación sexual, número de pareja sexuales, paridad, número de veces que ha solicitado anticoncepción de emergencia, entre otras)

En cuanto a los resultados sociodemográficos se pudo establecer la edad promedio en 23,2 años; el 51,1% son solteras sin pareja estable, 97,9% sin trabajo remunerado entre estudiantes, mujeres que trabajan en su casa o cesantes, 66% beneficiarias de FONASA A o B, que reciben atención gratuita.

En el aspecto gineco-obstétrico se estableció la edad promedio de iniciación sexual en 16,2 años, con una o dos parejas sexuales durante su vida, 57,4% nuligestas, 4,3% tuvo algún tipo de aborto, 38,3% tuvo de 1 a 3 partos.

El 61,7% solicitaron por causa de una relación sexual no protegida, 27,6% por ruptura de preservativo, 6,4% por olvido de tomar la píldora oral y 4,3% por abuso sexual.

El 60% no utilizó método anticonceptivo durante el mes anterior a la solicitud de anticoncepción de emergencia.

El estudio concluye con la caracterización de la usuaria mayoritariamente se trata de una mujer joven, soltera, sin hijos, pobre, con inicio de relaciones sexuales a una edad precoz, que ha tenido parejas sexuales previamente y que no usa un método de anticoncepción regular.

Se encontrarían en una situación potencial susceptible de ser incorporadas a planes de prevención de embarazo no deseado y aborto inseguro alrededor de 2 millones de mujeres.

En relación a las investigaciones comentadas anteriormente, especialmente en lo relativo al hecho de que la atención en salud sexual tiene factores predictivos que apuntan especialmente a la población femenina en determinadas etapas, he considerado importante destacar el reciente reporte publicado respecto al "Enfoque de Ciclo de Vida para Mujeres y sus implicancias para el cuidado de la salud en Reino Unido" (Stephenson y Pyke, 2015) que da cuenta de los beneficios que ha tenido como práctica de salud sexual y reproductiva. Este enfoque fue propuesto por el Real Colegio de Ginecólogos y Obstetras de Reino Unido desde hace ya 4 años.

El enfoque de Ciclo de vida lo que hace es implementar una visión de largo plazo de la salud de las mujeres a través del registro de sus exposiciones bio psicosociales y conductuales desde la gestación, infancia, adolescencia, adultez joven y las enfermedades de la edad adulta. En términos simples el enfoque se centra en el potencial la intervención temprana para reducir riesgo de enfermedades en las etapas posteriores de la vida. Esta práctica va más allá del rol preventivo, se trata de hacer un seguimiento de la vida y las enfermedades de la mujer para generar las intervenciones necesarias en su salud de acuerdo a las etapas de su vida. Lo que se busca es mejorar sustancialmente la salud de las próximas generaciones a través de una mirada de largo plazo a diferencia de las intervenciones oportunistas que no necesariamente enfocan los recursos hacia las necesidades reales en salud.

Por ejemplo la detección y tratamiento de displasia del cuello uterino e infección genital por chlamydia permite aplicar un enfoque de ciclo de vida a través de la centralización de los datos, para generar de la acción focalizada en estas pacientes como práctica preventiva de cáncer de cuello uterino y enfermedad pélvica inflamatoria que producen infertilidad y embarazo ectópico. En Reino Unido a través de esta práctica las tasas de cobertura aumentaron en un 80%. Lo que ha reducido en un tercio los casos de Cáncer cérvico uterino y a la mitad las muertes por esta misma enfermedad. Se espera que en Europa la implementación masiva de vacunación en contra del Virus de Papiloma Humano en mujeres antes de la iniciación de su actividad sexual reducirá en un 70% el número de casos. Estos son ejemplos de enfoque de ciclo de vida

en todas las etapas de las personas sexualmente activas independiente de que la mujer llegue o no a la gestación.

Por otra parte la orientación de las prácticas sanitarias hacia el ciclo de vida puede afectar la salud materna y del niño. Alteraciones por estrés metabólico o de la función cardiovascular durante el embarazo puede generar una alerta temprana para la salud de la mujer en etapas posteriores por lo que la derivación y observación pueden ser preventivas. La diabetes gestacional por ejemplo es un indicador predictivo de posibilidades de desarrollar diabetes tipo 2, en la madre así como el recién nacido puede tener riesgo de desarrollar obesidad infantil y diabetes. En este sentido en Reino Unido las mujeres que tuvieron diabetes gestacional se realizan un examen anual para chequear sus niveles de azúcar y estado general de salud. Para desarrollar una práctica en este sentido la transferencia de información es crucial y debido a la inconsistencia de los sistemas, el papel del médico de familia es fundamental en las pesquisas. Es allí en donde el enfoque de ciclo de vida requiere implementarse a nivel central.

Lo mismo sucede con la presión alterada en el embarazo o preeclampsia, que constituye un factor predictivo de hipertensión en la edad adulta, factor en que la información centralizada permite la acción preventiva adecuada y el asesoramiento en estilos de vida que permitan el mantenimiento de la salud.

El enfoque de ciclo de vida permite a su vez por ejemplo abordar la época previa a la concepción con suplementos y dieta adecuada así como el abandono del uso de alcohol y otras drogas previo al embarazo. Esto tendría incidencia en la salud de las futuras generaciones ya que recientes estudios han demostrado las ventajas en el desarrollo del feto, a partir de una buena alimentación en la etapa previa al embarazo.

En conclusión, estos pocos ejemplos dan cuenta tanto del potencial como de las ventajas probadas de la aplicación del enfoque de ciclo de vida en las prácticas salud de las mujeres en Reino Unido, lo que requiere para su implementación, de los flujos de información adecuados y de la buena voluntad de los actores del sistema de atención médica.

2.3 Aportes de investigaciones sobre salud sexual y reproductiva en Chile

Se ha dedicado una parte de este capítulo a revisar las investigaciones realizadas en Chile en torno a la sexualidad y la reproducción, como una forma de acceder a algunos elementos de la salud sexual y reproductiva en su expresión en el contexto nacional.

Entre los años 1983 y 1984, en plena dictadura de Pinochet, se realizó un estudio sociológico acerca del "*comportamiento reproductivo*" de las mujeres pobladoras un sector de Santiago (Valdés, 1988). Para tal efecto definió el concepto de comportamiento reproductivo como "un conjunto de hechos, conductas y acciones que tienen como consecuencia la procreación de hijos". A través de 26 historias de vida, logró identificar al menos tres "tipos ideales" de comportamiento que aluden a las diversas formas en que estas mujeres chilenas pobres *significan* la reproducción: En el primer tipo prima lo natural, es decir, la maternidad es la condición natural de la mujer y todas sus relaciones se articulan desde esa gran tarea, tanto en lo individual como en lo colectivo. En el segundo prima lo social, el ser "madre de familia" incluye el ser "dueña de casa". Para este proyecto interesa que haya una unión estable y legal, es decir, un matrimonio que garantice la procreación y socialización adecuada de los hijos, y la disponibilidad de la fuerza de trabajo para las tareas de producción. Interesa reproducir las labores: los hijos deben aprender a trabajar, las hijas a ser buenas esposas. En este proyecto la mujer actúa como soporte afectivo de su marido, y posibilita la unidad y estabilidad del grupo familiar, para lo que debe atender al marido y a los hijos renunciando a sus propias necesidades. En el tercer tipo prima lo individual, lo que implica que la materialización de maternidad es una acción plenamente elegida, no le importan las regulaciones sociales respecto de la actividad sexual y utiliza métodos anticonceptivos, en concordancia con su proyecto personal.

La investigación también constata la vigencia de un orden patriarcal en la vida familiar y social, y una dominación del hombre sobre la mujer en el ámbito de

la sexualidad más allá de la reproducción. La maternidad es vista desde el hombre como un símbolo de poder y esto se refleja en que si la mujer no se embaraza surgen dudas acerca de su virilidad. Esta situación tiene consecuencias en el número de hijos ya que las mujeres no tienen acceso a métodos anticonceptivos y la iglesia católica solo permite los naturales. Sin embargo si la mujer es asediada por el marido no puede controlar su fertilidad. Algunas mujeres señalan que su marido las "ocupa". La mujer debe "dar hijos" al hombre en señal de entrega. Este hecho según la autora revela claramente la dominación que viven las mujeres en el seno de la pareja, lugar desde el que su vida es controlada por el hombre. Otro aspecto sociocultural importante que descubrió es que muchas veces la maternidad es propiciada por presión del marido, de los familiares o de personas externas, en tales casos se excluye la decisión libre de la mujer sobre su fecundidad enfocada hacia un proyecto de vida.

Unos años después del retorno a la democracia, otra investigación busca "conocer la construcción cultural que existe en torno a la sexualidad, analizando el modo en que esta incide en los comportamientos sexuales y en las posibilidades de negociación en este ámbito, en hombres y mujeres de contextos socioeconómicos y grupos étnicos distintos" (Sharim, 1996)

Al analizar la vivencia de la sexualidad, las descripciones y significaciones de la iniciación sexual variaron según sexo. Para los hombres la principal motivación de la iniciación sexual es el placer y el pasar por un ritual de iniciación masculina, mientras que para las mujeres la principal motivación es el sentimiento amoroso. Los hombres perciben que la iniciación sexual los convierte en adultos, idea que se explica puesto que para ellos el sexo es valorado y promovido por figuras paternas, legitimando así su sexualidad. Las mujeres, en cambio, son reconocidas como tales con la menarquia, es decir, con el inicio de su capacidad reproductiva, de modo que no se involucra lo sexual en lo que define a la mujer.

Entre las principales conclusiones de la investigación, se destaca que ya no se observa un patrón y un discurso único por sexo, en tanto los significados y las

prácticas sexuales no responden plenamente al "modelo" que ha formado por décadas el sentido común. Los rasgos más sobresalientes como emergentes se refieren a 1) la *sentimentalización de la sexualidad masculina*, donde se encuentra una menor disociación entre la experiencia sexual y la afectiva, y los afectos son valorados como requisito o condición de una relación sexual de pareja satisfactoria, y 2) la *erotización de la sexualidad femenina*, referida a la valoración y preocupación de las mujeres por la sexualidad y su integración a la vida, de modo que ya no implica "sólo una condición instrumental en función de otro", sino que se percibe "un intento por cumplir con nuevos roles sociales femeninos que incorporan un desempeño más activo en el ámbito sexual. Este propósito no aparece como obligación, sino como parte constitutiva de una fuente de satisfacción para la mujer" (Sharim, 1996: 83-84).

Estos nuevos patrones de la sexualidad son percibidos como una agregación, la ampliación del viejo modelo, y no su sustitución por otro que lo invalida: se trata de un cambio en la continuidad.

En relación con la variable edad- particularmente relevante para esta investigación, ya que se abordará el discurso de matronas jóvenes y otras mayores- se encontró que la modalidad de resolver o enfrentar las contradicciones que se derivan de la coexistencia de discursos sobre sexualidad, es diferenciada para jóvenes y adultos.

Mientras los adultos concilian elementos contradictorios en una misma experiencia de pareja, los jóvenes viven un mosaico de prácticas según el tipo de relación que estén sosteniendo: en el pololeo expresan un discurso tradicional de la sexualidad, y en las relaciones ocasionales muestran patrones conductuales más diversos. Así también, en relación con la prevención, en los jóvenes, los significados contradictorios de la sexualidad tienen gran impacto en la deficiencia de sus comportamientos preventivos, donde la incapacidad de asumir su actividad sexual, la negación de las relaciones ocasionales, la desvalorización y significados adscritos a los preservativos, son factores que impiden una práctica preventiva exitosa. En la prevención de ETS, los valores de la monogamia y exclusividad que contiene la relación de pareja impiden que

asuman conductas preventivas cuando al mismo tiempo están teniendo relaciones ocasionales. El caso de los adultos es similar, puesto que para ellos hablar de prevención de ETS es imposible, ya que implica explicitar la infidelidad.

De esta manera, las autoras señalan que en las últimas décadas, la sociedad chilena ha sufrido diversas transformaciones en relación con la sexualidad, tanto en las conductas sexuales como en sus significados: "hoy la sexualidad femenina no implica solo una condición instrumental en función del otro. Lo que se percibe en el discurso de las mujeres es un intento por cumplir con nuevos roles sociales femeninos que incorporan un desempeño más activo en el ámbito sexual. Este propósito no aparece como obligación, sino como parte constitutiva de una fuente de satisfacción para la mujer" (Sharim, 1996:83)

Diversas investigaciones demuestran que en materia de sexualidad ha habido cambios en la conducta de los chilenos, los jóvenes se inician más tempranamente en su actividad sexual, el embarazo adolescente ha aumentado significativamente, existe una mayor aceptación de las relaciones sexuales prematrimoniales y la emergente validación del placer sexual por parte de las mujeres. (Matamala, 2003)

Las transformaciones en la sexualidad de los chilenos se inscriben en el marco de las profundas transformaciones sociales que comenzaron en los años 80 con la instauración de un modelo económico y político neo liberal que ha devenido en un proceso de individualización creciente y una necesidad satisfacción personal basada en el éxito y el consumo como indicador de bienestar.

Este desplazamiento del discurso social chileno se observa, por ejemplo, en la actitud hacia la virginidad y la convivencia previa al matrimonio. En la encuesta realizada por la Fundación Futuro en el año 2006 se observó que al 76% de los encuestados opina que la virginidad de su pareja no es importante, y respecto a la convivencia de las parejas jóvenes un 51% de los encuestados señaló que le parece bien, a un 25% le resulta indiferente y a un 23% le parece

mal.(EMOL, 2006) Así también existe un cambio respecto del matrimonio; entre los años 1990 y 2004 se registró un descenso sostenido en la tasa de nupcialidad de un promedio aproximado de 8 matrimonios por cada mil habitantes a menos de 4, cifra que se ha mantenido estable hasta 2011(INE, 2014)

Si bien los cambios en la vida sexual de los y las jóvenes se han hecho evidentes en las dos últimas décadas, se puede observar que las relaciones no son iguales en términos de género, debido a que las relaciones sexuales prematrimoniales femeninas se asocian principalmente al amor, mientras que las masculinas, no necesariamente. Según el Psiquiatra Marco Antonio de la Parra (EMOL, 2006) la virginidad ya no es un valor y por otra parte la mayoría de los chilenos apoyan la convivencia fuera del matrimonio.

Pero las transformaciones en el modelo de familia no han alterado mayormente el orden patriarcal, más bien a juicio de la investigadora Valdés, conviven conductas neo patriarcales disfrazadas de modernidad (Valdés,2007)

La autora señala que por diversas razones Chile se enmarca en una órbita tradicional, y muestra una porosidad débil a los cambios en la vida privada derivados de la modernidad, según ella se trataría más bien de un "conservadurismo fracturado". Estamos en una sociedad marcada en términos generales por un peso gravitante de la familia y de la maternidad en el caso de las más pobres y, en las clases medias en que ambos miembros de la pareja trabaja, se produce una doble jornada o sobre responsabilización de las mujeres en las tareas domésticas (Valdés,2006) Lo que se traduce en que los cambios coexisten con la reproducción de los patrones de género heredados del pasado.

En este punto es interesante observar algunos discursos de los sectores conservadores de la sociedad chilena, depositarios del acervo valórico de la iglesia católica y con gran peso en los medios de comunicación masiva. Se destaca el libro "Descubrir la Sexualidad" (Zegers, Contardo, Ferrada, Rencoret, Salah, 2003) En que una de las autoras señala entre otras cosas que "Lo ideal es llegar a una sexualidad madura, que significa establecer un lazo

con otro, enmarcándolo en un proyecto de vida en común que dará hijos que contribuirán a la construcción de la sociedad"

El texto define el ideal de la sexualidad enmarcada en el contexto del matrimonio heterosexual que deviene en un modelo de familia con fines casi patrióticos de aporte a la sociedad. Este ideal niega la existencia de otras formas de familia presentes en Chile cada vez con mayor representación, lo que se observa por ejemplo, en la proporción de mujeres jefes de hogar, las que en los sectores más pobres alcanzan el 55% de los hogares (CASEN, 2011)

Estas cifras cuestionan el discurso tradicional conservador y se suman otros datos tales como, la cifra de aproximadamente 34.000 personas que reconocieron convivir con su pareja homosexual en el Censo 2012 (INE, 2012)

Desde otra perspectiva , en cambio, el conservadurismo sexual chileno es un mito con caracteres de lastre. (Rajevic, 2003) Señala que lo verdaderamente conservador es el discurso dominante que promueve este estigma, discurso además castigador, paternalista y moralista, pero que representa a una minoría.

Agrega que la pobreza de recursos, la intromisión de los poderes fácticos, y la falta de apoyo estatal, impiden que demos un salto como sociedad para vivir una sexualidad responsable, informada y plena. La ignorancia en materia de educación sexual, la presión impuesta por los nuevos estereotipos sexuales, y el estilo de vida hacen que el placer esté fuera del alcance de las personas, que no figura como indicador de bienestar en ninguna encuesta social. Por su parte la prensa tiene intereses ideológicos muy concretos, apostando a una visión conservadora en que la familia y el derecho a la vida son los sustentos valóricos, que ayudan a combatir las políticas de anticoncepción de emergencia o el aborto y las campañas de educación sexual o de prevención del SIDA.

(Silva, 2006), señala "En Chile ha sido un proceso lento y paulatino. Ahora, las chilenas saben que tienen la misma necesidad que el hombre de gozar con el sexo. Pero ambos continúan con una serie de tabúes que les impiden realizarse en ese plano"

En la actualidad los académicos se encuentran trabajando en una investigación financiada por FONDECYT, denominada "Los Vínculos de pareja en el Chile de hoy: Amor, sexualidad e intimidad" cuyos resultados se conocerán en 2016. Al respecto la académica señala: Como estamos en un contexto cultural que valora tanto el logro individual, la pareja muchas veces se convierte en una especie de amenaza a ese proyecto personal" (Sharim, 2015)

El estudio realizado acerca del poder en las relaciones llamado "¿Negocian las parejas su sexualidad? Significados asociados a la sexualidad y prácticas de negociación sexual"(Carmona, 2011) puede entregar luces acerca de la profundidad de los cambios. Estudio de carácter cualitativo realizado en personas de nivel socioeconómico bajo, 4 hombres y 4 mujeres de la ciudad de Santiago, que tuvieran menos de 12 años de escolaridad, que viven en las comunas de menores ingresos, con un rango de edad entre 25 y 55 años. La información se recogió a través de una entrevista semiestructurada en sesiones personales de aproximadamente dos horas. En cuanto a los resultados es importante destacar que todas las mujeres hablaron de amor, afecto y otros temas de corte romántico, esto da cuenta de que al enmarcar el tema del deseo en el contexto del amor o de las relaciones afectivamente importantes, las mujeres ejercen su sexualidad desde un lugar de autocontrol. Por su parte la totalidad de las entrevistadas describieron su sexualidad como un aspecto importante dentro de la relación de pareja.

En el caso de los hombres, especialmente los más jóvenes concuerdan en la importancia de la sexualidad en la afectividad de la pareja pero asocian la sexualidad en mayor medida al placer individual.

Al ser consultadas acerca de la sexualidad masculina, todas ellas parecieron reproducir ideas tradicionales acerca de ésta en tanto más impulsiva y menos controlable, con un deseo mayor. La infidelidad masculina resulta por tanto más esperable y entendible. La fidelidad de la mujer es más necesaria para salvaguardar la pareja, denotando el peso del imperativo de control sexual de las féminas. Estas ideas inconscientemente aceptadas por las mujeres

propician al interior de la pareja que la mujer se vea obligada a satisfacer la impulsividad sexual del hombre dificultando los límites. Resulta relevante de observar en lo relativo a la violencia simbólica de Bordieu, en que el dominador y el dominado tienen el mismo concepto de clase. La mujer en este caso se "sabe" de la clase subordinada y acepta o se dificulta su delimitación. Esta violencia simbólica de género llevado al extremo se verá más tarde en la violencia sexual.

Los hombres por su parte declararon abiertamente que "el hombre" tiene más deseo sexual que "la mujer", y que al tener compromisos de pareja deben controlar sus impulsos.

Con respecto a la negociación en materia de relaciones sexuales ante la demanda de sus parejas la mayoría de las entrevistadas cede para evitar conflictos, lo que constituye una no negociación.

En el caso de los hombres ante una negativa o se molestan o "seducen" lo que también es una manera de no negociar. En el caso de seducción podríamos también encontrarnos ante la actitud de ceder de las féminas y no necesariamente ante el despertar del deseo por parte de ellas. En ambos casos se evita conversar el tema es decir, negociar.

Respecto a la planificación de la reproducción es el único campo en el que las mujeres tienen poder de decisión, sin embargo cabe destacar que es también en ellas en quien recae la responsabilidad por la administración de los métodos anticonceptivos.

En síntesis, la muestra exhibe que en la mayoría de los entrevistados persiste una visión hegemónica masculina, con un orden más tradicional de género. Sin embargo la sexualidad es vista tanto por hombres como por mujeres como una fuente de satisfacción y bienestar en la pareja. Pero predomina en los hombres una visión más individualista del deseo como una pulsión que hay que satisfacer.

Otra interesante investigación relativa a la sexualidad en Chile llamada "Guiones sexuales de la seducción, el erotismo y los encuentros sexuales en el Norte de Chile" (Silva y Barrientos, 2004)

En este estudio los investigadores buscan una perspectiva generacional de los comportamientos sexuales, aplicando una clasificación elaborada en torno a la caracterización de tres generaciones: la primera, *la generación de la restricción*, que corresponde a los nacidos entre 1940 y 1950, quienes se vieron enfrentados a múltiples prohibiciones y tabúes en torno a la sexualidad no reproductiva y en cuanto a la autonomía sexual de la mujer. La segunda es la generación de *la revolución sexual*, que corresponde a los nacidos entre 1950 y 1970. Época en que se produjo una fuerte liberalización en cuanto a las prácticas, normas y valores sexuales en paralelo a los movimientos feministas y grandes transformaciones sociales. La tercera generación corresponde a la *"de La Ambivalencia y la Equidad"* integrada por los nacidos entre 1970 y 1980, caracterizada porque en esa época se profundizaron los cambios surgidos en la generación anterior, aunque con el surgimiento del SIDA pudo haberse detenido.

El estudio se circunscribe en la II región de Chile correspondiente al norte, en zona minera, ciudades de Antofagasta y Calama, y se realizó mediante la recolección de relatos biográficos que fueron objeto de análisis del discurso con perspectiva de género. Incluyó a 46 personas, hombres y mujeres de entre 18 y 69 años, de diversos estratos socioeconómicos, niveles educativos y credos religiosos, que declararon ser heterosexuales y que al momento de la entrevista (2004) tenían una pareja estable.

En cuanto la generación de la restricción: se encontró que los discursos de los hombres y las mujeres son de corte patriarcal, tradicional y en el caso de las mujeres en un lugar de subordinación sexual en que son "ocupadas" como "envase" para la descarga masculina, acción que es considerada un deber de esposa o de mujer. Los investigadores evidencian elementos de violencia

simbólica en las relaciones cargadas de indiferencia, rudeza y tratadas como un trámite que hay que cumplir.

Por otra parte, hombres y mujeres de las generaciones de la liberación y de la ambivalencia manifiestan discursos en torno a la seducción, el cortejo y el despliegue sexual con mayor armonía de la pareja y la búsqueda de mutua satisfacción.

Las mujeres de estas dos generaciones manifiestan haber *transitado* hacia una sexualidad más afectiva, equitativa, más cómplice y de mejor calidad.

Las mujeres de la generación de la ambivalencia son las más tendientes a tomar la iniciativa sexual.

Las mujeres de la revolución sexual refieren tensiones entre el deseo de ser amada y las presiones sociales. Se dan casos de fragilización de la autoestima y trastornos psíquicos derivados de la tensión del propio deseo enfrentado al deber ser moral.

En el caso de las mujeres de la generación de la ambivalencia de estratos sociales más bajos se detectó la presencia de dobles discursos en torno al disfrute del sexo y una concepción falocéntrica de postergación que justifica el placer masculino por sobre el femenino.

Cabe destacar que en el caso de los hombres de la generación más joven valoran positivamente la autonomía en pro de proyectos personales individuales, en coherencia con su época.

Tanto en los hombres como en las mujeres más jóvenes se le atribuye al encuentro sexual la capacidad de generar niveles de felicidad, así como a nivel individual es un indicador de bienestar.

CAPITULO III: Planteamiento del Problema

3.1 Planteamiento del Problema

La presente investigación surge de la reflexión respecto a un tipo de fenómenos concretos y crecientes que se observan en la sociedad chilena en las últimas décadas y que se revisaron en el capítulo de estado del arte, dando cuenta de la forma se relacionan con el quehacer del sistema de salud: uno de cada tres embarazos termina en un aborto inducido, ilegal y peligroso¹, los embarazos adolescentes alcanzan al 15 % del total de embarazos², las personas no heterosexuales denuncian permanentemente ser víctimas de discriminación en el sistema de salud³ y existen importantes malestares respecto al tipo y calidad de la atención recibida a través del sistema público de atención a la salud⁴.

Estos malestares aluden a la forma en que las personas viven su sexualidad, entendiendo que ésta se vive e interpreta a través de realidades narrativas socialmente construidas. Las prácticas sexuales expresan diversas formas de sujeción del cuerpo entre las que destaca la relación que establece el Estado, a través de sus discursos y prácticas en salud, con los usuarios y usuarias del sistema público de salud.

Foucault (1977) pensando en las transformaciones de la europea del siglo XVIII, ya describía el paso de las sociedades "soberanas" a una sociedad "disciplinaria", caracterizando el desplazamiento de una forma de poder que decide y ritualiza la muerte, a una sociedad que calcula técnicamente la vida en términos de población: *"la población riqueza, la población mano de obra o capacidad de trabajo, la población entre su propio crecimiento y los recursos de que dispone"* (op.cit:35). Estos fenómenos en los que el poder se reconfigura, quedan inscritos en lo que actualmente llamamos fenómenos epidemiológicos y

¹ Datos del Instituto Chileno de Medicina Reproductiva en Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2013, Centro de Derechos Humanos, Universidad Diego Portales, Santiago, 2013. La estimación se efectúa a partir de la tasa global de fecundidad, mujeres en edad fértil y mujeres que usan anticoncepción.

² Los datos del INE 2010

³ Corporación Chilena de prevención del SIDA 2010

⁴ Observatorio de calidad en salud. Superintendencia de Salud Chile

por lo tanto articulados en la esfera del Estado y en manos de la ciencia médica.

En este giro el sexo se halla desde entonces, *"en el corazón de este problema económico y político de la población"* (op.cit: 36) en que *"por primera vez al menos de una manera constante, una sociedad afirma que su futuro y su fortuna está ligada a la manera en que cada cual hace uso de su sexo"* (op.cit: 36). La sexualidad y todo aquello que se inscribe en el campo del cuerpo, en sus usos y sus placeres, es el mecanismo por el cual el poder construye la subjetividad moderna.

Los antecedentes epidemiológicos que inspiran el presente esfuerzo investigativo, pueden ser abordados desde diversos enfoques dependiendo de la forma en que se comprende la sexualidad. Aquí se ha optado por la definición que aporta Weeks, a saber, "complejo sociocultural históricamente determinado consistente en relaciones sociales, instituciones sociales y políticas, así como concepciones del mundo que definen las identidades básicas de los sujetos" (Weeks, 1998: 25), puesto que en ella se hace énfasis en el contexto históricamente determinado que instituye una sexualidad específica cuyas narrativas se producen en relaciones de poder particulares propias de un contexto político, económico y social determinado. Por lo tanto, aproximarse a la comprensión de las políticas de salud en torno a la sexualidad de los chilenos y chilenas, requiere situar con claridad el periodo histórico que recrea los significados que la constituyen.

Así resulta interesante preguntarse, después de 16 años del fin de la Dictadura que eliminó los programas de planificación familiar obligando a las parejas a regular su vida sexual sin información y con un restringido acceso a las tecnologías de anti-concepción, cómo fueron las políticas de salud en el ámbito de lo sexual y reproductivo?.

Durante el primer gobierno dirigido por una mujer en Chile tras la brutal Dictadura Militar que realizó cambios en la legislación basados en una moral

religiosa y autoritarismo castrense, ¿cuáles fueron las leyes en materia de salud sexual y reproductiva vigentes en el periodo?

Durante el cuarto gobierno consecutivo después de la recuperación pactada de la democracia, periodo en el que el Estado inició un proceso de recuperación de la institucionalidad, reposicionando el rol de la Salud Pública, reinvertiendo para fortalecer tanto la infraestructura como la gestión en salud y especialmente haciendo nuevamente propios algunos ámbitos relacionados con la sexualidad, ¿Qué características tuvieron los programas de salud sexual y reproductiva?

Se propuso como periodo de análisis el gobierno de Michelle Bachellet (2006-2010), puesto que se considera ese como un momento de síntesis de los esfuerzos realizados por la "Concertación de Partidos por la Democracia" por recuperar el estado de derecho, tras la dictadura militar de Pinochet que expresamente había atentado contra ellos y que en particular transgredió los derechos de las personas respecto al ejercicio de su sexualidad aboliendo el aborto terapéutico e impulsando políticas natalistas que despojaban a las personas de la posibilidad de decidir. Cabe resaltar que, todo esto ocurre en un escenario político que hasta ahora no ha cuestionado el modelo neoliberal instaurado por la dictadura, sino que ha pretendido perfeccionar su funcionamiento atendiendo problemas sociales asociados con inequidades extremas que podrían amenazar al mercado, por lo que se provee un escenario político en el que no se cuestionan los mecanismos de sujeción a través del cuerpo.

La presente investigación aborda la práctica médica como síntesis de una forma específica de organización social, en la que las características del Estado, del régimen político y de las políticas públicas en salud proveen un discurso que es parte de un momento histórico y que expresa condiciones particulares para la re creación de la relación cuerpo/ sujeto/ sociedad.

Entonces, atendiendo a que la sexualidad no tiene en sí misma nada como realidad pre discursiva, a que el Estado a través de sus discursos y prácticas expresa significados socialmente compartidos en relación al cuerpo, sus

expresiones y usos, pero que al mismo tiempo -en cuanto en el capitalismo representa los intereses sólo de un sector social- desde su lugar de poder también perpetúa ciertos saberes históricos, resulta interesante preguntarse: ¿qué discursos en torno a la sexualidad emanaron desde la salud pública durante el último gobierno consecutivo de la concertación?

Para responder estas interrogantes se someterá a análisis el discurso público de la salud relacionado con la sexualidad en cuatro de sus expresiones: Las políticas públicas en salud, el marco legal vigente, los programas de atención primaria relacionados con la salud sexual y reproductiva y el discurso de las matronas que implementaron dichos programas durante el periodo en estudio.

Todo esto en un contexto económico, social y cultural determinado, que no puede ser obviado en cuanto es la arena en que estos discursos se construyen, re crean y constituyen a los/as los sujetos/as que los habitan.

Se abordarán los discursos de las matronas que implementaron los programas relacionados con la salud sexual y reproductiva en la atención primaria durante el periodo, entendiendo que su discurso es parte del discurso público de salud, ya que al expresarse al interior de las instituciones públicas y a través de sujetos/as que ocupan un lugar de poder, funge como verdad amparada en el saber médico.

Se ha privilegiado el discurso de las matronas respecto de otras personas que son parte del equipo de salud, atendiendo a tres consideraciones, primero, las matronas en Chile son el/la profesional de la salud que ejecuta en la práctica las acciones contenidas en los programas públicos de la atención primaria en salud sexual y reproductiva, por lo que es quién tiene una relación directa con los/as usuarios/as y su estatus de profesional de la salud hace que su discurso sea valorado tanto por el personal de salud no profesional, como por los/as usuarios/as como verdad. En segundo lugar, la atención primaria tiene fines preventivos que se plasman en tareas, tales como control de método anticonceptivo, control de embarazo y puerperio, entrega de métodos de anticoncepción y prevención de ITS (píldoras y condones principalmente), les permiten un contacto más perdurable en el tiempo con la población, por lo que

su discurso en torno a la sexualidad estará nutriendo las narrativas en relación a la sexualidad que emanan desde la salud pública.

Tercero, porque las matronas son mujeres en su mayoría y ellas son las encargadas de implementar las diversas acciones de salud orientadas a satisfacer las necesidades que el Estado a través de sus políticas y programas ha definido para las usuarias/os de la atención primaria.

3.2 Objetivos:

Objetivo General:

Comprender los significados en torno a salud sexual y reproductiva presentes en la política pública de salud sexual y reproductiva durante el cuarto y último gobierno consecutivo de la Concertación en Chile (2006-2010).

Objetivos Específicos:

1. Describir y analizar las políticas de salud sexual y reproductiva de los pronunciamientos oficiales del gobierno en salud durante el periodo.
2. Comprender los significados de la salud sexual y reproductiva presentes en el marco legal que reguló las prácticas en esta materia durante el periodo.
3. Comprender los significados de las prácticas en salud sexual y reproductiva de las matronas que ejercen su labor en la atención primaria de salud en el periodo.

CAPITULO IV: Marco Teórico Metodológico

4.1 Estado y Políticas de Salud desde la mirada Medico Social

La medicina social latinoamericana se concretó como campo de conocimiento y praxis en la década de los setenta en el contexto de los movimientos sociales y políticos que tenían lugar en la región y tras la constatación de la insuficiencia del modelo higienista que pretendía resolver los problemas de salud y enfermedad únicamente a partir de los factores biológicos e individuales. La propuesta médico social concibe a la salud-enfermedad como un proceso histórico y social cuya determinación se encuentra principalmente en las condiciones económicas y políticas de la sociedad. El análisis del proceso salud-enfermedad es concebido desde "una dimensión material manifestada en su expresión orgánica, biológica y social y una dimensión subjetiva que se refiere a la interpretación y a la forma como se viven y enfrentan estos procesos desde la subjetividad colectiva" (López, *et.al.* 2008).

América Latina ha tenido un desarrollo heterogéneo de los modos de producción capitalistas, lo cual, sumado a la organización económica dependiente de los "países desarrollados" ha perpetuado y exacerbado las desigualdades y la exclusión social generando diversos problemas de salud que desde la perspectiva tradicional de la salud pública, no se han comprendido ni solucionado a cabalidad. Por lo tanto, pese a la resistencia de los discursos hegemónicos en torno a la salud, la medicina social ha desarrollado perspectivas críticas de análisis que articulan el proceso salud-enfermedad mediante esferas de la sociedad más complejas que dan cuenta de la relación entre los sujetos y el contexto socio histórico en el cual se re-crea su existencia, entendiendo éstas esferas como determinantes sociales.

Por lo tanto, la presente investigación se posiciona teóricamente respecto a las categorías: reproducción social, clases sociales, Estado y políticas de salud; pobreza y desigualdades, entendiéndolas como imprescindibles para comprender las políticas de salud en un periodo histórico determinado.

El estudio de los procesos salud-enfermedad debe comprender tanto a las dimensiones estructurales y funcionales ya constituidas, como a la historia, ya que se configuran a través del tiempo en diversos estadios de integración jerarquizados por su estructura y su función.

Las formas de organización social se constituyen a partir de luchas de intereses en un proceso dialéctico y cíclico que va configurando la supresión, conservación y superación de los intereses que dieron sentido a estadios anteriores, pero que imprime nuevos pactos entre los individuos y los grupos sociales. En esta lucha de intereses se producen y reproducen las definiciones de lo socialmente valorado, estableciendo así una línea entre lo anormal y lo normal; lo saludable y lo enfermo.

Los procesos históricos de constitución de los niveles de integración de la sociedad definirían la forma de regulación para cada uno de los individuos en orden a las normativas, por lo tanto "la salud constituye el éxito en la conservación, reproducción y transformación de los seres humanos en tanto entidades complejas que incluyen la diversidad de niveles de integración producidos epigenéticamente. Los problemas de salud en contraposición, constituyen el fracaso de la conservación, como consecuencia de distorsiones, interrupciones o fracturas de alguna de las dimensiones de este proceso reproductivo." (Fernández, 2007:27)

Estado y Políticas de Salud

La formación histórica del Estado tiene como base el desarrollo de los sistemas capitalistas en los que está inmerso, los cambios en las diferentes formas de producción y consumo han marcado tendencias de consolidación del Estado en los momentos específicos de las sociedades. Sin embargo, algunas nociones sobre el Estado prevalecían mucho antes del actual sistema capitalista, de ahí las propuestas acerca del contrato social de Hobbes, Locke y Rousseau. Ellos comparten la idea de que el abandono del estado de naturaleza para constituir la sociedad civil y el Estado representa una opción irreversible (De Sousa, 1998).

Por lo tanto, para comprender las políticas de salud en un momento histórico determinado, se abordarán las nociones básicas de Estado en consideración a que la cuestión del Estado es un asunto de interés político, definido por un grupo social específico que, bajo mecanismos de control, supervisión y regulación pretende "realzar" la autonomía estatal basada, aparentemente, en los conceptos de "igualdad" y "libertad" cuyo mecanismo de fondo es el ejercicio de poder. También la formación del Estado bajo la lógica del capital, permea las concepciones teóricas y metodológicas de aproximarse al estudio de la salud y de la enfermedad, cuya determinación tiene bases sociales, económicas y políticas.

En el Liberalismo el Estado debía mantenerse al margen de los asuntos económicos, permitir el libre mercado sin restricción alguna y asumir que las cosas deberían ordenarse de una manera "natural", ya que sólo a través del libre comercio podría alcanzarse la satisfacción de necesidades para los individuos (Hall & Ikenberry, 1989). Este orden social se mantuvo durante finales del siglo XVIII y principios del XIX aproximadamente, justo cuando se suscitaba un crecimiento acelerado del capitalismo que dio lugar a la teoría económica clásica. Ya entrado el siglo XIX, los movimientos sociales llevaron a los teóricos de la época a replantearse la concepción del Estado hacia un nuevo paradigma que debía considerar en primera instancia, la lucha de clases.

Los movimientos de clases fueron la expresión fundamental de las diferencias generadas por las relaciones sociales de producción capitalista; la riqueza se distribuía de manera desigual, la división y fragmentación del trabajo profundizaban la polarización social pauperizando las condiciones de vida de la gente en donde el mercado se posicionaba como la puerta de acceso hacia el bienestar. Marx, planteaba entonces que el ser humano es tal, en tanto se apropia de la naturaleza para satisfacer sus necesidades de subsistencia, lo hace porque trabaja y produce y por tanto tiene historia. El Estado, desde esta perspectiva, redefine las relaciones entre sociedad civil y política y politiza las relaciones civiles a través de su intervención en la economía. Asimismo, se abandonan las concepciones dominantes de que el equilibrio podría conseguirse de forma espontánea (De la Garza, 1994).

Paralelamente al surgimiento de la visión liberal del Estado, y con base en la economía neoclásica se conforma el pensamiento hegemónico en salud, que la considera como un fenómeno exclusivamente biológico, cuya responsabilidad es individual y que toma como premisas las teorías funcionalistas para establecer la relación entre la salud y la enfermedad. Este enfoque reduce y simplifica las "causas" de enfermedad en factores de riesgo atribuidos al comportamiento individual y divide a la sociedad; por un lado, en aquellos que pueden acceder a servicios de salud-atención por la vía del mercado y por el otro, en los "menos privilegiados" cuya satisfacción de necesidades queda subsumida a la focalización de recursos y programas mínimos de atención que exacerbaban las condiciones de desigualdad y pobreza y que precarizan la subsistencia de los grupos sociales. Es en este contexto, que surge una nueva forma de mirar al Estado a partir de las políticas neoliberales

En la década de los ochenta se constituye un nuevo régimen político, económico y social basado en reordenar al mundo en la lógica de mercado privado orientado a la acumulación de capital. Esta fase de desarrollo capitalista se caracteriza por la subordinación al mercado de todos los satisfactores esenciales para la vida y por la concentración de recursos de todo tipo en un pequeño sector de la población.

El Estado se reduce al mínimo en tanto garante de derechos constitucionales fortaleciendo su función como regulador del capital a través de la desregulación económica, dismantela las instituciones estatales privatizando lo público rentable, da entrada al libre comercio para conformar mercados estables y descentraliza su operación institucional adjudicando la responsabilidad de ordenación a los organismos locales (López y Blanco 2007). El Estado neoliberal asume características de las nociones neoclásicas de equilibrio general (*status quo*); pone énfasis en la autorregulación y el individualismo metodológico (privatización de la vida). Considera la igualdad en tanto jurídica (no social) y establece un sistema de valores y recompensas. Todo mecanismo de ajuste se lleva a cabo a través de normas, sanciones y estratificación funcional. El autoesfuerzo se convierte en el medio para lograr la libertad y permea un claro conservadurismo en lo cultural pero autoritarismo en lo

político. La igualdad sólo es posible con la desregulación y se hace evidente la ruptura de los pactos corporativos.

La salud se transforma en mercancía, sustituyendo el valor de uso por el valor de cambio, en donde se accede a ella si se tiene el capital necesario, la asistencia médica se focaliza a los grupos más pauperizados y la privatización selectiva de bienes y servicios conduce a una disminución en la intervención del sector público respecto al privado. La descentralización adquiere relevancia ya que deslinda al Estado de su posición como garante de derechos bajo una aparente "distribución de responsabilidades".

Desigualdad y Pobreza

Los enfoques tradicionales han considerado que la pobreza es identificable y medible. Uno de los teóricos que más ha trabajado en el análisis de la pobreza es Amartya Sen, quien reconoce como necesaria la especificación de los puntos de corte para disgregar a la sociedad entre pobres y no pobres. Dicha caracterización se ha estudiado principalmente a través de la cuantificación de sus niveles de consumo o de los ingresos que perciben, cuyos parámetros parten desde las normas impuestas por el grupo social dominante.

En diversos estudios se exploran algunas mediciones que determinan la pobreza a través de métodos directos e indirectos y de acuerdo a la satisfacción de "necesidades básicas" o a al acceso a una remuneración económica "ideal" diaria por su trabajo. Sin embargo, Sen sugiere la utilización de los criterios de "capacidad" y realización en lugar del criterio de necesidad, ya que al hablar de necesidad simplemente se hace referencia a la "carencia de cosas" indispensables para la conservación de la vida y de las cuales no es posible sustraernos. De forma complementaria a la anterior propuesta, Manfred Max-Neef hace la distinción entre necesidades y satisfactores, acotando las primeras como finitas y específicas y los satisfactores como los que están culturalmente determinados (punto en el cual coincide con Sen) (Boltvinik, 1990).

Sin embargo, uno de los problemas más recurrentes cuando se conceptualiza de esta forma es que las teorías se centren en las capacidades, las

necesidades y los satisfactores del hogar o del individuo, dejando de lado el análisis de la interacción de las condiciones sociales del sujeto mediadas y determinadas por las estructuras sociales que en conjunto determinan la desigualdad. Cabe decir que la pobreza está tradicionalmente sustentada en reglas de normalidad y que la clase dominante (sistema hegemónico) dictamina quién es el colectivo o individuo pobre (op. cit.).

Por otra parte y desde el estudio de la desigualdad, varias son las teorías individualistas que centran su atención en las diferencias entre la distribución individual o colectiva de atributos, sustentando que es la acumulación de capitales económicos y culturales y el desarrollo de capacidades para utilizarlos lo que determina quién tendrá mayor acceso a la riqueza. Las teorías individualistas resultan insuficientes para el tratamiento del problema de fondo, la desigualdad, a la cual los intentos de modernización y desarrollo del neoliberalismo permanecen ajenos (Reygadas, 2004).

La desigualdad también se ha analizado a partir de teorías interaccionistas que estudian los campos de relaciones sociales donde se crean y reproducen las relaciones de poder, que aunadas a las reglas, los dispositivos de poder, los procesos culturales y las diferencias en las capacidades y recursos colectivos e individuales, generan distribuciones desiguales de conocimientos, cargas y beneficios, históricamente determinados (op.cit.).

Existen diversas estrategias político-simbólicas en la construcción de la desigualdad que se analizan a través de las teorías interaccionistas y que en conjunto crean divisiones, establecen fronteras, mantienen distancias entre los grupos que componen a la sociedad y legitiman el status inferior de los otros. Dichas estrategias operan a través de varios dispositivos: imputan características positivas al grupo social que pertenecen; sobrevaloran las características propias, autocalificándose como "puras" y presentando los privilegios que poseen como resultado de "designios divinos" o rasgos físicos específicos; atribuyen características negativas a los otros grupos sociales a través de la estigmatización, la satanización, los señalamientos de "impureza",

el rebajamiento, etc.; consideran que los intereses particulares son universales; naturalizan la desigualdad o la consideran inevitable o normal. (op. cit.)

Una vez institucionalizada, la cultura dominante se encarga de separar a las personas en clases o categorías en base a algunas características biológicas o sociales que crean en torno a ellas sistemas de exclusión y control social, con lo cual la desigualdad perdura. Es decir, son las estructuras institucionales las que organizan, controlan y regulan la mayoría de las relaciones sociales a través de la apropiación o expropiación de recursos acumulados (propiedades, capital, talentos, destrezas, relaciones, prestigio, etc.), de las combinaciones entre ellos y del ejercicio del poder que dichos recursos les proporciona. Es mediante estos procesos que se genera desigualdad (op. cit.).

Condiciones de Vida, Salud y Territorio

El interés por comprender los procesos socio-históricos de determinación de la salud, enfermedad, atención y muerte, ubica en la discusión las desigualdades sociosanitarias y la equidad en salud, alentando el desarrollo de categorías explicativas y mediadoras entre los macro procesos estructurales y las expresiones concretas del fenómeno, entre las que destacan la calidad y condiciones de vida y espacio socio-histórico (territorio).

Territorio se concibe como la articulación específica del conjunto de relaciones, condiciones y procesos de reproducción de los diferentes grupos sociales en un ámbito geográfico concreto, que incluye tanto las particularidades geofísicas como del equipamiento básico, servicios, tipo y calidad de la vivienda, como las características económicas, sociales y culturales de la población ahí asentada

Este análisis tiene su fundamento en la distribución socialmente diferenciada del territorio que conforma áreas relativamente homogéneas, en las que los distintos grupos comparten los mismos soportes materiales de la reproducción en el ámbito del consumo. Es decir, se plantea la posibilidad de distinguir territorios relativamente homogéneos habitados predominantemente por grupos sociales similares, en los que el equipamiento arquitectónico y de servicios,

establece condiciones particulares de reproducción que determinan la calidad de vida y los perfiles de riesgos/daños/atención de la población ahí asentada. A una distribución socialmente diferenciada del territorio correspondería un patrón particular de riesgos/daños/atención a la salud.

El reconocimiento de esta relación fue una de las bases de la medicina social. En este campo disciplinar existen dos vías principales por las que ha avanzado la investigación acerca de la determinación y distribución social del proceso salud enfermedad en grandes grupos humanos, a saber, las derivadas del análisis de los procesos de producción y las que devienen de la reproducción social, esta última, es la que permite sistematizar el estudio de los condicionantes directos de la calidad de vida de los miembros de una cierta colectividad o de sus clases sociales, pone gran énfasis en el análisis de las determinaciones provenientes del momento de consumo.

Se ha propuesto que el territorio es el escenario en el que se observan objetivamente las condiciones que determinan la calidad de la vida y su vinculación la salud-enfermedad colectiva; una distribución socialmente diferenciada del territorio se relacionará a un patrón de morbilidad igualmente diferenciado (Blanco y López, 1995). El punto de partida de esta afirmación es la relación determinante de las condiciones de vida sobre los perfiles de daño de los distintos grupos sociales, ubicados en distintas posiciones dentro de las estructuras de poder, las cuales tienen una expresión territorial y pueden ser analizadas a través de las características de la vivienda, la alimentación, el vestido, el acceso a servicios de educación y atención médica y las posibilidades de utilización positiva del tiempo libre, entre muchas otras. Manuel Castells, propone que "un ámbito territorial no es sólo un espacio geográficamente determinando, es una delimitación específica de la sociedad. Además, un territorio se identifica por su cultura, sus costumbres, sus diferencias, sus tradiciones e, inclusive, por su lenguaje. El territorio se conforma a partir del despliegue del conjunto de las relaciones sociales, económicas, políticas e ideológicas (Pradilla, 1992)

La reproducción social es la categoría que permite sistematizar el estudio de los condicionantes directos de la calidad de vida de los miembros de una cierta colectividad o clase social, ya que explica las variaciones espacio-temporales de los fenómenos epidemiológicos. (Breihl, en Blanco J y Saenz O, 1994). Asimismo, permiten "analizar las relaciones entre lo social y lo natural y profundizar en los momentos de producción y consumo, ambos indispensables para entender las formas de desgaste y reproducción de las clases sociales". La reproducción social es el proceso global que garantiza el mantenimiento y la permanencia de la sociedad (Blanco y Sáenz, 1994). Es un ciclo continuo de los procesos fundamentales de una sociedad, que se repiten ininterrumpidamente para garantizar su constante renovación. Dicho proceso tiene su base material en los procesos de carácter económico, pero comprende también los procesos de tipo político e ideológico. En cuanto al carácter económico, la reproducción social se identifica en el ciclo de producción, distribución e intercambio que se reanuda constantemente. Ninguna sociedad puede dejar de consumir y por lo tanto de producir.

Es por eso que, todo proceso social de producción considerado en sus constantes vínculos y en el flujo ininterrumpido de su renovación es, al mismo tiempo, un proceso de reproducción. Pero la reproducción social no implica solamente la reproducción de las relaciones de producción, sino que además de la reproducción de las relaciones de poder y las correspondientes relaciones ideológicas. La reproducción social es también la reproducción de los grupos sociales en los que se divide, que implica la reproducción de las relaciones económicas, políticas e ideológicas que las definen. La reproducción de la sociedad se expresa políticamente en la reproducción de sus clases o fracciones de clases, las cuales están determinada por el modo de producción, es decir, por la forma en que una sociedad se organiza para la producción de bienes materiales.

La reproducción de todas las clases o fracciones de clases sociales, implica siempre la reproducción de sus condiciones materiales de existencia, las condiciones de su inserción en el proceso productivo que es el lugar donde se definen como clase. Pero las clases o fracciones de clases sociales no son

definidas únicamente por su inserción en el modelo de producción, sino también por sus particulares formas de articulación con los procesos de distribución y consumo; es decir, las características específicas y las formas de su participación en la distribución de la riqueza social, de las cuales derivan las distintas condiciones de vida que las caracterizan como clase o fracción de clase social. El nivel y calidad del consumo individual determinan en gran medida las condiciones de vida de cada grupo social y así se manifiestan en sus condiciones materiales de existencia.

Es importante señalar que la reproducción social tiene una especificidad histórica, que se transforma con el tiempo. Las condiciones materiales de existencia de cada clase social no son constantes, sino que están sujetas a continuos cambios según se modifiquen los procesos económicos y sociales que las determinan.

La situación de clase permite establecer la pertenencia de clase de los distintos grupos a partir de la identificación de sus condiciones particulares de trabajo y de vida. Las condiciones de salud forman parte del conjunto de condiciones materiales y sociales de reproducción propias de cada grupo social; es decir, objetivamente forman parte de sus condiciones de clase. Como diría Breihl: "el proceso salud enfermedad constituye una expresión particular del proceso general de la vida".

Los soportes materiales de las condiciones generales de la reproducción de la población se localizan y articulan en un mismo ámbito territorial con los soportes materiales de los demás elementos, instancias y procesos de la estructura social. Así, la ciudad es una totalidad compleja, desigualmente desarrollada, que se fragmenta en distintas partes según sean los elementos de la vida social que en ella se expresan y materializan.

La reproducción de la población tiene sus propios soportes materiales y ámbitos territoriales de realización. Sus condiciones materiales de existencia, históricamente determinadas, se manifiestan en un conjunto de objetos físicos durables, socialmente producidos y que se insertan de manera estable en el

territorio. Estos soportes materiales de la reproducción están básicamente constituidos por la infraestructura que posibilita las condiciones materiales de la vida de la población en condiciones histórico- sociales dadas.

4.2 La Sexualidad como Construcción Social

El concepto de construcción social, propio de la sociología surge a partir de la teoría de Los Hechos Sociales: "los hechos sociales son modos de actuar, de pensar y de sentir exteriores al individuo, y que poseen un poder de coerción en virtud del cual se imponen" (Durckheim, 1895). Más tarde, El sociólogo francés Pierre Bordieu, basándose en la teoría de Durckheim, se dedicó a estudiar las estructuras sociales que les son impuestas a los individuos desde fuera de sí mismos, analizando tanto en el actuar de éstos, como en su pensamiento, cómo están condicionados por lo que la sociedad les enseña.

Desde la sociología se sostiene que la interacción social crea verdades compartidas que llegan a ser vistas como verdades objetivas y modelos a imitar. Los roles surgen producto de la habituación del comportamiento, cada acto que se repite con frecuencia crea una pauta de comportamiento que luego puede reproducirse con economía de esfuerzos por aquel que la ejecuta, actitud que contiene una "ventaja psicológica" de restringir las opciones (Berger y Luckman, 2003). La construcción de tipologías de roles, es un correlato necesario de la institucionalización del comportamiento; esto dado que tan pronto como un actor adquiere un rol en la sociedad, el comportamiento se vuelve *ipso facto* susceptible de coacción. "los roles representan el orden institucional" (Berger y Luckman, 2003, p.96), es decir, que representan un nexo institucional de comportamiento.

Desde la perspectiva sociológica, la sexualidad como producto social, es abordada también a través de la "teoría de los scripts o guiones" (Laumann, 1994), en ella se relacionan el discurso social con las prácticas sexuales a partir de cuatro supuestos:

- Los modelos de conducta sexual en una cultura son definidos localmente. Esto implica que los conceptos de sexualidad y sexo tienen una significación particular en las diferentes culturas.

- Se desestima la importancia de los instintos o tendencias sexuales innatas, en el sentido de que las variaciones biológicas y del nivel de actividad y temperamento dadas entre los niños, no tienen una relación directa con su comportamiento sexual adulto.
- Los individuos adquieren modelos de conducta sexual que son apropiados a su cultura, aprendizaje que también incluye la diferenciación de las normas establecidas.
- Se hace énfasis en la capacidad adaptativa de los individuos, en tanto estos no reproducen simplemente los "guiones" (scripts) sexuales que les entrega su medio, "sino que a lo largo del desarrollo se van realizando adaptaciones individuales de los parámetros culturales establecidos"

La Sexualidad incluye tanto la capacidad física de excitación y de placer erótico (libido), como los significados individuales y socialmente compartidos respecto a las prácticas sexuales y las identidades (Valdés T., Gysling J, Benavente MC, 1999).

Un aspecto importante de la conceptualización de la Sexualidad como Construcción Social es el poder. "Los cambios en la organización de las relaciones sociales corresponden siempre a cambios en las representaciones del poder" (Scott, J. 1986)

La sociología jurídica, nos aporta el concepto de Control Social como expresión del poder que ejerce un grupo o clase dominante sobre uno dominado. Para Robles, el control social es "la capacidad del grupo social para lograr que sus miembros sigan determinados comportamientos y para sancionar los comportamientos prohibidos" (Robles, 1997) El control social es la expresión más directa del poder del grupo sobre sus miembros. Poder social y control social son términos que se *co-implican*, pues quien tiene el poder ejerce el control y viceversa, quien ejerce el control es el que tiene el poder".

Bourdieu desarrolla dos categorías conceptuales relevantes para comprender la dominación y el control de una clase sobre otra, a saber, el poder simbólico y

la violencia simbólica. "El poder simbólico es en efecto este poder invisible, que solo puede ejercerse con la complicidad de quienes no quieren saber que lo sufren o que incluso lo ejercen" (Bourdieu, 2001). La violencia simbólica por su parte, se instituye a través de la adhesión que el dominado se siente obligado a conceder al dominador. Dicha adhesión no más que la forma asimilada de la relación de dominación, es decir que, producto de la asimilación de las *clasificaciones que se naturalizan*, se origina el ser social dominado.

Señala el autor, acerca de la dominación masculina: que ésta es producto de un trabajo *histórico* que produce y reproduce la subordinación en un nivel subjetivo (tanto en las mujeres subordinadas como en los hombres dominadores, a través de la violencia física o simbólica) y en un nivel objetivado en las instituciones y estructuras de poder (Familia, Iglesia, Escuela, Estado) (Bordieu, 2000)

También señala la relación sexual como una *relación social de dominación*, porque se constituye a través del principio de división fundamental entre lo masculino activo y femenino pasivo; principio que *crea, organiza, expresa y dirige* el deseo masculino como deseo de posesión y el femenino como subordinación erótica.

Foucault, por su parte atribuye al contexto histórico estructural de la modernidad clásica el haber propiciado formas discursivas cada vez más extensas, precisas medicalizadas y psiquiatrizadas de represión, exclusión y normalización sexual. Se refiere al *dispositivo*, como una tecnología de poder que consiste en un "un conjunto debidamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen: los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos" (Foucault, 1991) El autor ejemplifica cuatro dispositivos estratégicos de saber y poder: la histerización del cuerpo de la mujer, la pedagogización del sexo del niño, la socialización de las conductas procreadoras, que pasan a ser *asuntos de Estado*, y por último la

denominada psiquiatrización del placer perverso (Foucault,1997) Para el autor, *la vigilancia* sobre las madres, sobre cómo deben actuar y criar a sus hijos es una puesta en acto del dispositivo de la sexualidad.

En esta misma línea, Gayle Rubin identifica algunos mitos y significados organizadores de la sexualidad tradicional, que además reproducen la desigualdad de género:

- Las relaciones heterosexuales convencionales, asociadas a la procreación.
- La exacerbación de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, lo que genera comportamientos diferenciados en el ámbito de la sexualidad
- El tabú del incesto, que divide las relaciones sexuales entre permitidas y prohibidas.

Por su parte, Fernández, señala algunos mitos que han estructurado la institución familiar:

- El amor romántico (regulación del sexo a través del amor).
- La pasividad de la erótica femenina.
- El mito de la mujer-madre (remite al sexo reproductivo) según el cual toda mujer desea, necesita y debe ser madre, manteniendo el orden social heterosexual y legitimando una especie de "esencia femenina" que hace completa a la mujer.(Fernandez,1992)

La comprensión de la Sexualidad desde la perspectiva de la Medicina Social por tanto, significa también, comprender que toda visión subjetiva y objetiva, individual y estatal de lo concerniente a La sexualidad como parte del continuo Salud Enfermedad está permeada de elementos, mitos, creencias y relaciones de poder y de clase imperante en un determinado contexto histórico, político y económico y que se plasman en las ideas, políticas públicas, legislaciones y prácticas que la ordenan.

Género y Cultura

El desarrollo de la perspectiva de género es el resultado de la búsqueda de una explicación para la desigualdad entre hombres y mujeres en la mayoría de las sociedades del mundo, pregunta que venía planteándose desde el movimiento feminista, con más fuerza a partir de la década del sesenta.

La perspectiva de género emergió como movimiento teórico que busca problematizar la diferencia entre los sexos dentro de un marco social e inaugura un nuevo camino respecto a la construcción de las identidades de hombres y mujeres, cuestionando de manera radical el modo en que históricamente se ha entendido la diferencia sexual en las sociedades occidentales (Fagalde y Saez, 1997).

El concepto de género surge de los estudios de John Money y Robert Stoller, quienes a partir de investigaciones con individuos que presentaban distintas variedades de androginia, llegan a la constatación de que puede existir una diferencia entre el sexo biológico y el sexo atribuido socialmente. Ellos acuñan el concepto de *gender role* para describir aquella construcción social de las diferencias sexuales (Gomariz, 1992; Montecino, 1998). Así originalmente el género es entendido y definido en contraposición a sexo en el marco de una posición binaria (sexo/género) aludiendo la segunda a los aspectos psico-socio culturales asignados a varones y mujeres por su medio social y restringiendo el sexo a las características anatómo-fisiológicas que distinguen al macho y la hembra de la especie humana⁵ (Bonder, 2001:1).

Si bien las diferencias sexuales entre machos y hembras humanos constituyen la base sobre la cual se estructura el ordenamiento de género, estas diferencias no son suficientes. Al respecto, Lamas plantea que es necesario aceptar el origen biológico de algunas diferencias entre hombres y mujeres, sin

⁵ En su lectura crítica de género Judith Butler (1990) ofrece la noción de *parodia de género*, mediante la cual la autora desnaturaliza y resignifica las categorías corporales, poniendo de manifiesto el carácter de construcción de los signos externos del género. Así, para esta autora "el género no está pasivamente inscrito sobre el cuerpo y tampoco está determinado por la naturaleza, el lenguaje, lo simbólico o la apabullante historia del patriarcado. El género es lo que uno asume invariablemente, bajo coacción, a diario, incesantemente con ansiedad y placer" (Butler en Bonder, s/f:314) y fundamentalmente es un campo corporal innovador y subversivo.

perder de vista que la predisposición biológica no es suficiente por si misma para generar un comportamiento (Lamas, 1996).

Los análisis basados en la noción de género se concentraron en explicar "cómo los sujetos adquieren y actúan los roles e identidades de género" (Bonder, 2001: 13) acentuando conceptos tales como modelaje, aprendizaje de roles, atribuciones, etc., en donde, implícitamente, se supone la existencia de una identidad personal o un yo delimitado originario el cual es modelado, a través del proceso de socialización, por el orden social, adquiriendo de esta forma las capacidades, motivaciones y prescripciones propias de su identidad genérica adaptándose a las expectativas y mandatos culturales, garantizando de este modo un orden de género sin fisuras (Bonder 2001).

Este enfoque no tardó en ser cuestionado por su sesgo funcionalista y mecanicista: si la cuestión de los géneros es del orden de los roles, éstos se configuran de manera complementaria, despolitizando la problemática de la desigualdad y sus relaciones con el poder y el conflicto. Esta nueva mirada crítica reconocerá al género desde sus relaciones con el poder, las relaciones sociales y los saberes.

Una de las definiciones cruciales en este ámbito fue la planteada por Gayle Rubin (1976) quien propone el concepto de sistema sexo/género que constituye "un conjunto de arreglos por los cuales una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana (...) a través de un conjunto de normas que moldean la materia cruda del sexo y la procreación" (Rubin, 1976:82). Así, Rubin pone en el centro del análisis el rol reproductivo de las mujeres y el modo en que este ha sido controlado por los hombres en distintas sociedades, esto es lo que en definitiva permitiría explicar la subordinación de las mujeres en diversas culturas.

A su vez para Scott (1996) existen dos ideas centrales a la hora de abordar el concepto de género. Por un lado el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y por

otro, es una forma primaria de relaciones significantes de poder. En ese sentido existen cuatro elementos que configuran el género:

- Los símbolos y mitos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples.
- Los conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos. Conceptos que se expresan en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas que afirman categóricamente y unívocamente el significado de ser varón o mujer, masculino y femenino.
- Las instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género; el sistema de parentesco, la familia, el mercado de trabajo segregado por sexos, las instituciones educativas, la política.
- La identidad. Aspecto en que se destacan los análisis individuales (biografías) como las identidades genéricas colectivas.

Es importante destacar que la utilización de la categoría de género aparece no sólo como una forma de hablar de los sistemas de relaciones sociales o sexuales sino también "como forma de situarse en el debate teórico. Los lenguajes conceptuales emplean la diferenciación para establecer significados, ya que la diferencia de sexos es una forma primaria de diferenciación significativa" (Butler 1990, citada en Bonder, 2001:3). Por lo que el género facilita un modo de decodificar el significado que las culturas otorgan a la diferencia de sexos y es una manera de comprender las complejas conexiones entre distintas formas de interacción humana.

La relación entre identidad y cultura.

No existe una correlación estable o inmodificable entre Identidad y cultura, la identidad se define primariamente por sus límites y no por el contenido cultural que en un momento determinado marca o fija esos límites.

Nuestra identidad consiste, según Giménez, en la apropiación distintiva de ciertos repertorios culturales que se encuentran en nuestro entorno social. La identidad no es más que el lado subjetivo (o mejor dicho, intersubjetivo) de la

cultura, la cultura interiorizada en forma específica, distintiva y contrastiva por los actores sociales en relación con otros actores, he aquí la indisolubilidad de identidad y cultura.

De esta manera, para poder entender la identidad se requiere entender primero qué es cultura.

Clifford Geertz , (en Giménez s/f) define la cultura como "pautas de significados". Geertz restringe el concepto de cultura reduciéndolo al ámbito de los hechos simbólicos. Citando a Max Weber, (en Giménez, s/f) la cultura se presenta como una "telaraña de significados" que nosotros mismos hemos tejido a nuestro alrededor y dentro de la cual quedamos ineluctablemente atrapados (p. 20).

Sin embargo, no todos los significados pueden llamarse culturales, sino sólo aquellos que son compartidos y relativamente duraderos, a nivel individual o a nivel histórico, es decir, en términos generacionales (Strauss y Quin, 1997: 89 ss, en Giménez, s/f).

La cultura no debe entenderse como un repertorio homogéneo, estático e inmodificable de significados. Esta puede tener a la vez "zonas de estabilidad y persistencia" y "zonas de movilidad" y cambio. Por una parte, los significados culturales se objetivan en forma de artefactos o comportamientos observables, llamados también "formas culturales" por John B. Thompson (1998: 202 y ss en Giménez, s/f), como por ejemplo, obras de arte, ritos, danzas, etc.; y por otra se interiorizan en forma de "habitus", de esquemas cognitivos o de representaciones sociales. Esta distinción de Bourdieu (1985: 86 ss., en Giménez, s/f) permite tener una visión integral de la cultura, que incluye su interiorización por los actores sociales. Podemos decir, desde esta perspectiva, que no existe sujeto sin cultura ni cultura sin sujeto.

Las identidades se construyen precisamente a partir de la apropiación, por parte de los actores sociales, de determinados repertorios culturales considerados simultáneamente como diferenciadores (hacia el exterior) y definidores de la propia unidad y especificidad (hacia el interior). La identidad no sería más que la cultura interiorizada por los sujetos, considerada bajo el

ángulo de su función diferenciadora y contrastiva en relación con otros sujetos. Representa el conjunto de los rasgos compartidos dentro de un grupo y presumiblemente no compartidos (o no enteramente compartidos) fuera del mismo. De aquí su papel de operadora de diferenciación.

Desde otra perspectiva, la identidad se predica en sentido solamente de sujetos individuales dotados de conciencia, memoria y psicología propias, y exclusivamente por analogía en los actores colectivos. Según Giménez, hablar de "psicología de la mujer" o de la "psicología de la juventud" sería una aberración sociológica, porque se estaría "psicologizando" agregados estadísticos que no pueden ser tratados como si fueran actores sociales.

Ahora bien, ¿qué parámetros definen al actor social? Giménez lo resume en los siguientes puntos: 1) Los actores son indisociables de las estructuras y siempre deben ser estudiados como "actores-insertos-en-sistemas". 2) el actor social se concibe siempre en relación con otros; 3) todo actor social tiene alguna forma de poder (en el sentido de recursos para lograr objetivos); 4) el actor social está dotado de una identidad, que es la imagen distintiva que tiene de sí mismo el actor social en relación con otros; 5) todo actor social tiene un proyecto y 6) Todo actor social se encuentra en constante proceso de socialización y aprendizaje, lo cual quiere decir que está haciéndose siempre y nunca termina de configurarse definitivamente.

A nivel individual, para Giménez "la identidad puede ser definida como un proceso subjetivo y frecuentemente auto-reflexivo por el que los sujetos individuales definen sus diferencias con respecto a otros sujetos mediante la auto-asignación de un repertorio de atributos culturales generalmente valorizados y relativamente estables en el tiempo". (Giménez, s/f). Pero esta autoidentificación debe ser reconocida por los demás con quienes interactúa. Entonces, la identidad de una persona contiene elementos de lo "socialmente compartido", resultante de la pertenencia a grupos y otros colectivos, y de lo "individualmente único". Los elementos colectivos destacan las semejanzas, mientras que los individuales enfatizan las diferencias, pero ambos se conjuntan para constituir la identidad única, aunque multidimensional, del sujeto individual, la que finalmente está indisolublemente ligada a la cultura.

4.3 Aspectos Teórico- Metodológicos

Estudio de carácter cualitativo, se centra en la comprensión de los significados, pretendiendo capturar el punto de vista de los actores, su contexto sociopolítico y la subjetividad, considera la realidad como un proceso en constante construcción en la interacción de los integrantes de un grupo social (Pérez, 1994).

El estudio tiene además un carácter interpretativo, ya que es la investigadora quién ofrece un análisis interpretativo del fenómeno en tanto que rastrea desde afuera los significados en torno a la sexualidad que emanan desde el discurso público en salud, incluyendo como parte de éste, el discurso de las matronas que implementan los programas relacionados con la sexualidad en la atención primaria. Indaga aquello que podría considerarse obvio, puesto que generalmente pasa desapercibido en la vida cotidiana, es decir, somete a análisis aquello que es asimilado y por lo tanto transformado en sentido común al interior de la cultura y que se expresa en sus instituciones (Ruiz, 1990).

Se pretende contribuir al análisis de la sexualidad chilena después de 20 años del fin de una dictadura, mediante la comprensión de los significados que emanan desde el Estado en el ámbito de la salud. Para ello se someterán a análisis específicamente: las políticas públicas en salud referidas a la salud sexual y reproductiva, el marco legal vigente en la materia y el discurso de las matronas que implementaron dichos programas durante el periodo 2006-2010.

Los discursos en cuanto expresión de una realidad social, no son ajenos a las relaciones de poder existentes en una sociedad concreta, por lo tanto los discursos que emanan desde el Estado en el ámbito de la salud, expresarán las concepciones que una sociedad determinada en un momento específico de la historia tiene en relación a la sexualidad. Sin embargo, al mismo tiempo el lugar de poder que ocupa ese discurso, amparado tanto en el saber científico como en la legitimidad social que le confiere un Estado de Derecho, posibilitará que esos significados expresados a través del Estado, se perpetúen o al menos actúen como referente en la construcción de la sexualidad de los sujetos particulares. Dicho de otro modo, la presente investigación concibe al Estado

como un actor privilegiado que provee condiciones particulares para la creación de la relación cuerpo/ sujeto/ sociedad.

En consideración a que el estudio se enmarca en un momento histórico específico, cabe hacer explícitas algunas implicancias: se trabajará el último gobierno consecutivo de la concertación tras la dictadura militar de Pinochet, es decir el gobierno de Michelle Bachelet 2006- 2010. Sin embargo pese a hacer explícito que se entenderá este periodo como síntesis de las transformaciones llevadas a cabo por la Concertación de Partidos por la Democracia, cabe hacer notar que se está realizando un corte longitudinal para analizar un momento particular y que además la tarea se realiza de forma retrospectiva, es decir, el análisis se realiza en un momento posterior en el que el posicionamiento del Estado respecto a la sexualidad seguramente ha sufrido transformaciones.

A partir de un marco teórico general, se desprenderán hipótesis que serán contrastadas con la realidad social que es posible aprehender a través de los significados rastreados en los discursos mencionados.

4.4 Perspectiva Metodológica

El presente estudio hace explícito el punto de vista del observador en el que el movimiento va desde tener en cuenta que el yo mira el universo hasta el reconocimiento de ese yo como parte de un universo social múltiple. (Fruggeri s/f).

Se concibe el conocimiento como una construcción social lo cual tiene dos implicancias, primero se considera que el círculo hermenéutico de interpretación-acción no tiene lugar en el vacío sino que es una resultante que se da en un contexto social e histórico por lo que cobra relevancia describir y caracterizar el periodo 2006-2010 en Chile desde los elementos que dan cuenta de un tipo de organización social específica. Segundo, se comprende la emergencia de la subjetividad como medio y fin del proceso de conocimiento (Laura Fruggeri, s/f), de este modo los discursos en torno a la sexualidad serán abordados como expresión de una subjetividad que en sí misma constituye

saber.

En este sentido, se considera la realidad como un fenómeno subjetivo cuyo conocimiento orienta la conducta y el desarrollo humano. Así, los criterios sociales y humanos se generan mutuamente, estableciendo un marco de referencia dentro del cual se generan realidades y se moldean subjetividades que interpretarán esas realidades, discriminando lo que es posible de lo que no lo es.

Desde esta perspectiva las personas viven e interpretan su vida a través de realidades narrativas, las que son construidas socialmente y otorgan sentido a la experiencia, la organizan. Se trata de un mundo de lenguajes y discursos humanos (Payne, s/f); al interior de los cuales encontramos un escenario desde donde emergen las subjetividades individuales, en un transcurrir que no es azaroso, pero que si se enmarca en la relatividad que impone cada espacio sociocultural.

Las realidades construidas en las que se desenvuelve la vida humana no son experimentadas como abstractas, se generan a partir de procesos de comunicación y no habitan encapsuladas en la mente de las personas (Moscovici, 1988 en Fruggeri, s/f), sino por el contrario hacen a las personas.

Subjetividad y Significado

Según Botella y Pacheco (2001), los "sistemas humanos" se orientan proactivamente hacia la atribución de significado a la experiencia y no se puede acceder a la realidad al margen de su significado. La atribución de significado emplaza a los contenidos culturales desde donde se extraen estos significados y desde donde se posiciona la experiencia del sujeto humano.

La experiencia es una candidata al significado en un conjunto de afirmaciones (sostenidas relacionamente) que la constituye en objeto del lenguaje. El significado depende del lenguaje, concebido no como mecanismo de apropiación de un mundo externo, sino como el origen mismo del proceso de establecer distinciones que dan lugar a un mundo (Botella et al 2001).

Las redes simbólicas del lenguaje, que permanentemente articulan y rearticulan los distintos dominios del saber, son el reflejo, más que de sustratos de la verdad inamovible, de un momento en la historia humana y de los discursos que la representan.

Por otra parte, la posibilidad de pensar la construcción de la realidad de manera social permitirá conceptualizar cómo se dan históricamente los supuestos de realidad de los colectivos y cómo se asume lo cierto o lo falso dentro de cada dominio específico de saber. Permite aproximarse a las llamadas narrativas o relatos que explican todo aquello que asumimos que es (Vargas,1990).

La subjetividad será concebida como la historia hecha individuo y al mismo tiempo como el individuo hecho historia; como la semilla que germina en el seno de un contexto social, cultural e histórico que definirán el cauce de la identidad individual y el tipo de relaciones que articule con otras subjetividades contemporáneas y/o pasadas.

CAPITULO V: Metodología

5.1 Estrategia Metodológica

A fin de explicitar de forma operativa el proceso que se llevo a cabo en el trabajo de recolección y análisis de la información, a continuación se describe la estrategia metodológica desagregada a partir de los objetivos específicos de la investigación:

Objetivo específico N° 1:

1. Describir y analizar las políticas de salud sexual y reproductiva a través de los pronunciamientos oficiales del gobierno en salud durante el periodo.

Unidades de análisis:

Los pronunciamientos oficiales del gobierno en salud: Se consideró las cuentas públicas de los años de gobierno y la discusión de temas atinentes en El diario La Nación.

La decisión de revisar un diario de circulación nacional responde a que una vez revisados todos los mensajes presidenciales y tras constatar que en ellos se hacían muy pocas alusiones a los temas de interés de este estudio, se decidió revisar la prensa escrita a fin de pesquisar en ella los pronunciamientos del Gobierno de Bachelet en relación a los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva que habían sido desagregados en la metodología inicialmente propuesta.

Para ello se eligió el Diario la Nación en consideración a que este medio pertenece al Estado y durante todos los gobiernos de la concertación sirvió como medio de comunicación público que se alineó con los posicionamientos del gobierno de turno. (Caracterización del medio de comunicación escrita seleccionado: ver anexo 1)

En las fuentes que dan cuenta de la política en salud en materia de sexualidad y reproducción inicialmente se había considerado indagar todo aquello que se relacionara con los temas en estudio: planificación familiar, métodos anticonceptivos, Aborto, embarazo, relaciones sexuales en adolescentes, relaciones sexuales con personas del mismo sexo, sin embargo estas categorías fueron solo enunciaciones posibles, ya que concretamente se analizó aquellas que aparecieron en los documentos revisados, por lo que posteriormente solo resultó significativa, como pronunciamiento del gobierno, la discusión sobre la píldora anticonceptiva de emergencia.

Técnica de análisis: Análisis Documental

Se propone un análisis documental de fuentes secundarias entendiendo éstas como: "...cúmulo de informaciones que se hallan recogidas o publicadas por diversas instituciones sin propósitos específicos de investigación social, sino con otros fines muy variados, fundamentalmente, proveer de información o documentación a los órganos del Estado o al público" (Almarcha et al, 1969: 30-31, citado en Valles, 1999: 121)

Objetivo específico N° 2:

Comprender los significados relacionados con la salud sexual y reproductiva presentes el marco legal que reguló las prácticas en esta materia durante el periodo.

Unidad de análisis: Marco legal vigente

Técnica de Análisis: Análisis de contenido

El análisis de contenido según Laurence Bardin (1996: 32 en Andreu 2000) es "el conjunto de técnicas de análisis de las tendentes a obtener indicadores (cuantitativos o no) por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (contexto social) de estos mensajes". Así el analista tiene a su disposición operaciones analíticas adaptadas a la naturaleza del material y del problema que tratará de resolver, pudiendo utilizar una o varias que sean complementarias entre sí para

enriquecer los resultados o pretender así una interpretación fundamentada científicamente.

Objetivo Específico N° 3:

Comprender las prácticas en salud de las matronas que implementaron los programas de salud sexual y reproductiva en el periodo.

Técnica de recolección de información: Entrevista Semi estructurada

Inicialmente se había planificado realizar grupos focales, pero al avanzar en el conocimiento del fenómeno a estudiar, a saber, el relato de las matronas respecto a sus prácticas en la implementación de los programas relacionados con la salud sexual y reproductiva en el contexto de la atención pública a la salud, se concluyó teóricamente que el grupo focal podría actuar como inhibidor, esto especialmente en la medida que las matronas al estar insertas en una estructura organizacional jerárquica que proporciona instrucciones precisas respecto a las acciones de salud a realizar, no "deben" hacer nada que salga de ese marco normativo.

Así, en entrevista semi estructurada se determinó de antemano cual era la información relevante que se quería conseguir, se hicieron preguntas abiertas dando oportunidad a recibir más matices de la respuesta, lo que permitió ir entrelazando temas.

Una de las fortalezas de la entrevista es que se centra en la llamada función emotiva o expresiva, pues permite acceder a la expresión directa de una actitud del emisor ante aquello que constituye su mensaje. Esta expresión es reflejo de la subjetividad del emisor y revela su actitud ante la naturaleza del objeto de estudio.

Todo lo anterior permite tanto acceder a la subjetividad de los sujetos como a esta cristalización de una subjetividad determinada, entendida como producto de la inserción del sujeto en su cultura y el mundo social.

En síntesis, la entrevista en profundidad se sitúa en un campo que no es puramente lingüístico (el orden del decir), ni puramente conductual (el orden del hacer); sino que un campo intermedio en el que la entrevista encuentra su

pleno rendimiento metodológico, a saber, "el decir del hacer, basado fundamentalmente en el hecho de hablar con los interlocutores lo que hacen y lo que son (lo que creen ser y hacer)"

Decisiones Muestrales

El grupo social objetivo de esta parte del estudio son las matronas que trabajan en algún centro de atención primaria en Santiago de Chile y que implementaron los programas de salud sexual y reproductiva vigentes durante el primer gobierno de Michelle Bachelet.

Se abordarán las narrativas de las matronas que implementaron los programas relacionados con la salud sexual y reproductiva durante el periodo, entendiendo que sus visiones afectan la forma en que se implementan los programas y al expresarse en prácticas de salud al interior de las instituciones públicas, fungen como parte de política pública amparada en el saber médico que ellas invisten.

Se ha privilegiado a las/es matronas/es y/o enfermeras y no otras personas que son parte del equipo de salud, porque ellas en Chile son el/la profesional de la salud que ejecuta en la práctica las acciones contenidas en los programas y por lo tanto, tienen una relación directa con los/as usuarios/as. Además, su estatus de profesional de la salud hace que su opiniones sean valoradas tanto por el personal de salud no profesional, como por los/as usuarios/as como verdad.

Se trabajará en la atención primaria, porque en ellos se desarrollan acciones de salud dirigidas a mujeres, homosexuales y trabajadores/as sexuales tales como control de método anticonceptivo, control de embarazo y puerperio, prevención y tratamiento de ITS y control sanitario, las que permiten y en muchos casos requieren un contacto más perdurable en el tiempo con usuarios y usuarias, por lo que su subjetividad permea la relación que a través de estas prestadoras de salud, las instituciones establecen con la población.

Criterios de selección las/os entrevistadas/os

Las entrevistas se llevaron a cabo de acuerdo a un muestreo cualitativo intencionado orientado por los objetivos de la investigación y en consideración a que se considera "el uso del lenguaje en el habla y la escritura como una forma de práctica social, se sugiere una relación dialéctica entre un suceso discursivo particular y las situaciones, instituciones y estructuras sociales que lo enmarcan" (Fairclough, 2000: 367).

- Formación: Poseer título profesional de matrona.
- Actividad: Ejercer su profesión al interior del sistema público en la Atención Primaria de Salud (APS), ya sea en un Centro de Salud (CES) o en un Centro de Salud Familiar (CESFAM)
- Antigüedad: Profesionales con más de 3 años de antigüedad en el cargo

Antes de realizar las entrevistas se aplicó una encuesta rápida cuyo objetivo fue acceder a un perfil general de las sujetas de investigación (ver anexo N°1)

Tabla de distribución de las entrevistas realizadas:

Nivel de Atención	Programa	Nº de entrevistas realizadas
Nivel Primario	Programa de la Mujer	4
	Programa de Salud sexual y reproductiva para adolescentes	3

El número final de entrevistas se determinó en el momento en que se saturó la información.

Técnica de Análisis: Análisis de contenido

Etapas del análisis narrativo de contenido:

- Las transcripciones de las entrevistas fueron fragmentadas en unidades de registro (termino/ oración) y codificadas en unidades de contexto elegidas de acuerdo a sus características de los relatos.

b) Luego las unidades de registro fueron reorganizadas en categorías cuyo criterio de clasificación fue la homogeneidad, lo que permitió organizar nuevamente las unidades de contenido lo que permitió distinguir entre temas o áreas conceptuales del relato de las matronas respecto a sus prácticas en salud sexual y reproductiva. Todas las unidades de contenido fueron consideradas en el análisis.

c) Finalmente, a partir de los datos progresivamente elaborados se analizó en relación al marco teórico que sustenta el estudio.

SEGUNDA PARTE: RESULTADOS

CAPITULO VI: POLÍTICAS DE SALUD RELACIONADAS CON LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

6.1 Pronunciamientos oficiales del gobierno en el ámbito de la salud

Mensajes Presidenciales:

Inicialmente se consideró revisar los pronunciamientos del gobierno de Michelle Bachelet a través de discursos oficiales, específicamente los mensajes presidenciales del 21 de mayo, esto en consideración a que la constitución Chilena establece que es deber del Presidente de la República dar cuenta al país, al menos una vez al año, del "estado administrativo y político de la nación" ante el congreso pleno, organismo más representativo de la nación.

Tras revisar los documentos, se constató que de los cuatro mensajes presidenciales que corresponden al periodo en estudio, sólo dos de ellos hacen una pequeña alusión a los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, por lo que no es posible realizar un análisis a profundidad, sin embargo a continuación se presentan los contenidos encontrados:

Mensaje presidencial 21 de mayo de 2006:

"El Chile cohesionado que queremos construir también pasa por reconocer que hay muchas otras desigualdades y exclusiones de las que tenemos que hacernos cargo: la discriminación que sufren los discapacitados, los inmigrantes, las minorías sexuales los más pobres, los más viejos. Muchas veces, producto de nuestros prejuicios, el país desperdicia el talento de tantas personas".

También pido al Congreso que apruebe prontamente la ley contra la discriminación.

Este mensaje presidencial se lleva a cabo a poco más de dos meses de asumido el gobierno y si bien, la presidenta es parte de la misma coalición que gobernó en el periodo anterior, lo cual supone ciertas continuidades, este mensaje es principalmente una exposición de énfasis y de propuestas para el

periodo. En este sentido, la cita alude a la necesidad de que el gobierno asuma iniciativas destinadas a "hacerse cargo" de la desigualdad y exclusión que existe a partir de la discriminación hacia diversos grupos entre los cuales incluye a "minorías sexuales", este último concepto ha sido criticado por los grupos organizados en relación al tema, dado que en él se destaca un atributo numérico – aludiendo a que las personas con una orientación sexual distinta a la heterosexual existen en menor cantidad- y de ese modo se invisibiliza que por razones de otro orden, se trata de personas con "menos poder". Los ricos, por ejemplo, también son un grupo social con representación numérica menor respecto a los no ricos o pobres, sin embargo no se habla de ellos como "minorías".

Por último, pide al congreso que apruebe la ley contra la discriminación, iniciativa que pese a ser aprobada por la cámara de diputados ya en 2005, finalmente solo fue aprobada en 2012 en el gobierno de derecha que sucedió a Bachelet. Aquí destaca que sólo se hace alusión a ese proyecto de ley y no se menciona ninguna otra medida orientada a sensibilizar a la población respecto a la discriminación por orientación sexual, por lo que queda en evidencia que no existe una voluntad más allá de la ley, que este orientada a la promoción del respeto hacia la diversidad de personas que habitan el territorio y por lo tanto a su verdadera inclusión.

Mensaje presidencial del 21 de mayo de 2008

"Y Chile tiene dos caminos: O confiamos en la responsabilidad de cada ciudadano o creemos que es mejor tratarlos como menores de edad y que es mejor que alguien decida por ellos. Nuestra opción, ahora y siempre, es la de respetar la responsabilidad de cada chileno y chilena.

En democracia se practica la tolerancia mutua entre las distintas visiones de la vida, sobre el piso común y compartido del respeto integral a los derechos humanos.

Mi responsabilidad constitucional consiste en velar por que el ejercicio de la libertad de decidir en condiciones de equidad entre mis compatriotas. Es por eso que, en el debatido caso de la píldora del día después y en pleno respeto con lo resuelto por las instituciones jurídicas competentes, haré que la equidad llegue hasta donde mis facultades alcanzan. El medicamento estará a disposición de los interesados en cada municipio. Y será cada alcalde quien decidirá si lo pone a disposición de los ciudadanos. Es decir, si decide por las personas o deja que las personas decidan. Que el país juzgue".

Si bien está es la única alusión que en un discurso oficial se hace respecto a la regulación de la fecundidad, destaca que en ella se hace explícito un posicionamiento ideológico de gran envergadura, puesto que se plantea cual es la posición del primer gobierno de Bachelet respecto al rol del Estado como garante del ejercicio de las libertades individuales. La mandataria hace una crítica a los sectores conservadores que ubicarían a los/as ciudadanos/as en un lugar infantilizado en que requerirían que otros decidan por ellos y ubica a su gobierno como aquel que resguardará y respetará la responsabilidad de cada ciudadano al decidir por sí mismo en condiciones de equidad de acceso.

Tras poner a disposición de todos los Centros de Salud de atención primaria del país el fármaco conocido como "píldora del día después" para mayores de 14 años sin el conocimiento de sus padres, el ejecutivo tuvo que enfrentar una batalla legal que llegó hasta el Tribunal Constitucional (TC) promovida tanto por los sectores de derecha y ultraderecha representados por la coalición política de oposición denominada "Alianza por Chile", como por el alto mando de la Iglesia Católica y los "Grupos Pro vida".

Finalmente el TC falló a favor de los detractores de la medida sanitaria impidiendo que el fármaco fuera distribuido en los centros de salud. En este escenario el ejecutivo se valió de un vacío legal para seguir adelante con la decisión de distribuir la píldora bajo las condiciones iniciales y entonces, como el TC determinó que era anticonstitucional distribuir la píldora a través del sistema de salud, el gobierno optó por ponerlo a disposición de todos los

municipios del país para su entrega directa a las usuarias o para entregarla a ONGs que la distribuirían.

En este contexto el mensaje presidencial, se dirige a los ciudadanos y ciudadanas informando que "la píldora del día después" durante lo que resta de su gobierno estará disponible en los municipios y que serán los alcaldes quienes asumirán la responsabilidad de permitir que la medida se haga efectiva y que por lo tanto las personas puedan elegir.

6.2 Mensajes del Gobierno de Bachelet a través del Diario La Nación

Resultados del Análisis de Prensa

Se revisó el diario La Nación desde el día 11 de marzo de 2006 al 11 de marzo de 2010, en busca de todas las noticias referentes a los temas abordados por la salud sexual y reproductiva en la atención primaria de salud: control de la fecundidad, píldora anticonceptiva de emergencia, embarazo adolescente, aborto, VIH/SIDA. Sin embargo concretamente solo se encontró registro significativo que diera cuenta de una política pública impulsada en el periodo, respecto a la anticoncepción de emergencia.

Para el análisis de la información las noticias clasificadas fueron registradas en una base de datos con las siguientes categorías :

- Fecha
- Titular de la noticia
- Actores a cuya opinión/ posición se hace referencia en la noticia
- Síntesis de la noticia.
- Referencia a discurso oficial: momento, lugar o texto en que se expresó el gobierno y al que se hace alusión en la noticia
- Citas: sólo fueron registradas en los casos que un personero de gobierno se refiere a los temas aludidos.

El principal hallazgo de esta etapa fue que el único tema abordado desde el gobierno en relación al tema en estudio fue la Píldora Anticonceptiva de

Emergencia, la distribución gratuita a mayores de 14 años de la PAE en todos los consultorios de atención primaria del país, fue la única iniciativa relativa a la salud sexual y reproductiva que estaba en el programa de gobierno y que fue planteada en la campaña presidencial, sin embargo la implementación de ésta se vio entorpecida desde su inicio por los sectores conservadores del país.

Se presenta una síntesis de la coyuntura que fue elaborada tras la revisión del Diario La Nación durante todo el periodo de estudio, luego a través de ella se realiza un análisis en relación al tema.

De 409 noticias relativas a la llamada "píldora del día después" revisadas en el período de gobierno de Michelle Bachelet, 84 tienen a algún personero del ejecutivo (la propia presidenta o alguno de sus ministros) en un rol protagónico, ya sea como ejecutor proactivo o reactivo a algún requerimiento o crítica opositora.

En marzo de 2006, a sólo un par de semanas de asumida como presidenta Michelle Bachelet, un laboratorio sacó la píldora del mercado arguyendo "inestabilidad del negocio". Luego, un grupo Pro Vida presentó una demanda contra el Laboratorio Recalcine para impedir la venta de la píldora del día después, por considerarla abortiva. Dicha demanda, como varias similares previas (noviembre de 2005 y enero de 2006) y otras posteriores, fueron desestimadas en principio o bien en una segunda instancia, aunque hubo otras demandas relativamente exitosas. En ese mismo primer mes de gobierno, se puso en marcha el plan para distribuir la píldora del día después en los consultorios a niñas mayores de 14 años, aunque de forma regulada. A dicha medida, la derecha conservadora, parte del partido Demócrata Cristiano (que pertenece a la coalición que llevó al Gobierno a Bachelet), la Iglesia Católica y grupos pro vida se opusieron tenazmente. Durante los 4 años de gobierno de Bachelet, lograron reiteradamente frenar y postergar la medida, la que fue definitivamente instaurada recién a fines de enero de 2010, faltando menos de dos meses para el término de su periodo presidencial.

La distribución de la píldora gratuitamente llegó incluso a ser rechazada por el Tribunal Constitucional. Posteriormente, luego de una larga y ardua batalla legal y discusiones en el parlamento, hacia el final de la administración de Bachelet fue aprobada definitivamente, en la forma de una nueva ley que incluye normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en materia de Regulación de la Fertilidad.

El discurso del gobierno a favor de la distribución gratuita de la píldora a mayores de 14 años fue invariable y explicitado desde los inicios del conflicto.

Del análisis de las noticias se desprenden algunos conceptos centrales que sostienen los argumentos del gobierno y los de los grupos que se opusieron a la píldora. Los conceptos más importantes defendidos por el gobierno son cuatro: 1) la *equidad*, 2) el definirlo como un *problema de salud pública*, 3) la *libertad individual* y 4) la *píldora no es abortiva*. Entre los conceptos defendidos por los grupos que se oponían a la distribución gratuita de la píldora se destacan tres: 1) *el estado no puede inmiscuirse en la crianza por sobre la familia*, 2) *el estado no puede imponer valores* y 3) *la píldora es abortiva o al menos no se tiene la certeza de que no lo sea*.

A continuación se detallarán dichos planteamientos.

I. Conceptos vertidos por el gobierno para defender la distribución de la píldora del día después:

- i) **Equidad:** el gobierno argumenta a favor de la distribución amparándose en la equidad, puesto que hasta antes de la medida, la píldora podía ser adquirida sólo por quienes podían pagarla (ya que la píldora lleva varios años en las farmacias).

"La píldora esta planteada en el plan de Gobierno y esto no es nuevo. El tema es mejorar el acceso equitativo a un anticonceptivo de emergencia, junto con consejerías, educación sexual, etc".

María Soledad Barria, Ministra de Salud, respondiendo a las críticas de la Iglesia, 24-03-06, La Nación.

"Nosotros queremos construir una sociedad más equitativa y una sociedad más equitativa significa que no parece justo que quienes tienen plata puedan comprar en la farmacia de la esquina el fármaco, el anticonceptivo de emergencia, y la gente que tiene que ir a un consultorio sólo tenga acceso a ella en caso sumamente restringido, cual es la violación". Michelle Bachelet, ante las críticas de la Iglesia. 24-03-06, La Nación.

"Qué duda cabe que una mujer de altos ingresos puede ir a comprarla a la farmacia de la esquina y una mujer modesta no puede hacer lo mismo". Ricardo Lagos Weber, Ministro Secretario General de la Presidencia, ante críticas de la Iglesia. 27-03-06, La Nación.

- ii) ***Es un problema de Salud Pública:*** el embarazo adolescente es un problema de Salud Pública en la medida que genera grandes riesgos a la salud que el estado debe enfrenar casi exclusivamente ya que el 90 % de los embarazos adolescentes se producen en mujeres pobres que se atienden en el sector público. La distribución gratuita de la PAE está orientada a disminuir las cifras de abortos clandestinos y las consecuencias de los embarazos no deseados. Este concepto fue utilizado muchas veces como respuesta a las críticas que ponían la medida sanitaria en una dimensión valórico moral y no en el plano de salud pública.

"...estas normas están en el marco de la OMS. Tenemos objetivos sanitarios que cumplir y esto es muy importante porque hoy día tenemos riesgo cuando los embarazos, por ejemplo, son embarazos adolescentes, embarazos no deseados, hay un mayor riesgo de aborto y nosotros queremos avanzar en que cada niño que nace en nuestra sociedad pueda hacerlo con todo el cariño que se espera". María Soledad Barria, Ministra de Salud, anunciando que los mayores de 14 años podrán solicitar métodos anticonceptivos gratis y previa prescripción médica, sin necesidad de autorización de los padres. 02-09-06, La Nación.

"Aquí tenemos un problema sanitario que es el que a nosotros nos interesa abordar, que es el alto número de embarazos adolescentes, el

alto número embarazos no deseados, y eso es lo que estamos previniendo" (...) "ésta es una medida sanitaria para todas, pero especialmente para las chicas de menos recursos". María Soledad Barria, Ministra de Salud, ante críticas de la Iglesia. 04-09-06, La Nación.

"Esta es una normativa técnica, nosotros hacemos muchísimas normas técnicas, por cierto las más de las veces no tan controvertida como esta, y por eso digo que también que nos falta conversación con los alcaldes. Nosotros tampoco conversamos con los partidos políticos porque esta es una normativa técnica sanitaria". María Soledad Barria, Ministra de Salud, anunciando disposición a dialogar con alcaldes. 05-09-06, La Nación.

- iii) **La libertad individual:** el discurso del gobierno de Bachelet abogaba por que cada persona pudiera decidir por sí misma sin imposiciones valóricas y con acceso equitativo a las diversas alternativas.

"Mi responsabilidad constitucional consiste en velar porque el ejercicio de la libertad de decidir se dé con equidad entre mis compatriotas". Michelle Bachelet, mensaje del 21 de mayo de 2006. 22-05-06, La Nación.

"cada persona es libre de elegir de acuerdo a sus valores. Nosotros en estas normas estamos señalando todo tipo de métodos anticonceptivos, desde los métodos naturales hasta los definitivos, y es de acuerdo a esa consejería que cada persona puede decidir de acuerdo a sus propios valores". María Soledad Barria, Ministra de Salud 03-09-06, La Nación.

"Lo que necesitan los chilenos es apoyo. Lo que no necesitan son imposiciones sobre qué hacer o cómo deben vivir". Michelle Bachelet, mensaje presidencial del 21 de mayo de 2008. 22-05-08, La Nación.

"las personas toman las decisiones que le corresponden de acuerdo a sus propias creencias filosóficas, religiosas, pero el Gobierno tiene que garantizar derechos y la libertad de decisión de las personas". Michelle Bachelet, en Acto en Toma de Peñalolén. 08-04-08, La Nación

- iv) **La píldora no es abortiva:** según el gobierno y parlamentarios, diversos estudios señalan que la píldora no es abortiva y que esto fue probado por la OMS.

"Éste no es un tema valórico. La píldora no es abortiva y ya se vende en las farmacias". María Soledad Barría, Ministra de Salud, ante opinión de la Iglesia. 24-03-06, La Nación

La derecha, la iglesia y los grupos pro vida defendían su postura de no distribuir la píldora gratuitamente a través de tres argumentos:

- i) **El estado no puede inmiscuirse en la crianza por sobre la familia:** este argumento se sustenta en que los padres deberían primar en la educación sexual y en las acciones que tengan relación con su vida sexual y reproductiva. Al entregar la píldora a mayores de 14 años sin necesidad del consentimiento de los padres el Estado estaría influyendo en los hijos más que sus padres o tutores responsables. Algunos políticos de derecha aceptaban la entrega de la píldora con la condición de que los padres supieran que su hija mayor de 14 años la estaba solicitando.

la decisión del gobierno *"atenta contra el Derecho, prioritario e irrenunciable, de los padres a educar a sus hijos conforme a sus principios, valores y creencias"*. Unión Nacional de Centros de Padres de Colegios Católicos (Unapac). 06-09-06, La Nación-

Con esta medida *"se pasa a llevar el derecho de los padres de decidir lo que concierne a sus hijos"*. Pablo Zalaquett, alcalde de La Florida (UDI). 06-09-06. La Nación.

Esta medida *"atenta contra los valores y la educación que le entregan los padres a su hijos"*. Pablo Zalaquett, alcalde de La Florida (UDI). 07-09-06. La Nación.

"Yo tengo hijos y a mí no me hubiese gustado que comenzaran su sexualidad a tan temprana edad y no me hubiese gustado que mi hija acudiera a un consultorio y le dieran la píldora sin yo saberlo". Soledad Alvear, Pdta. de la DC. Opositora a la distribución de la píldora.

- ii) **La píldora es abortiva o al menos podría serlo:** según este grupo existen estudios científicos en los que se pone en duda que la píldora no sea abortiva. Al no tener la certeza de que no lo sea, no se puede correr el riesgo de que sí lo sea. Sin embargo, en una de las demandas al TC en contra de la distribución de la píldora, Horacio Croxatto, investigador del ICIMER, fue citado como investigador que afirmaba que la píldora podía ser abortiva, lo que el mismo investigador desmintió, diciendo que fue tergiversado de forma antojadiza.

"El público tiene derecho a saber que el Levonorgestrel o 'píldora del día después' tiene como uno de sus fines el lograr un efecto "interceptivo" o abortivo; que hay hechos que muestran que es probable que tenga este efecto; y que los estudios no lo han descartado". Declaración de la Conferencia Episcopal. 10-01-07, La Nación.

"Carlos Olivares (DC), José Antonio Kast (UDI) y Francisco Chahuán (RN) manifestaron que hasta ahora no existe un estudio contundente de la ciencia que indique que el medicamento no provoque abortos". 04-11-07, La Nación.

"estoy en contra de ella porque existe una posibilidad de que sea abortiva. Mientras exista esa posibilidad, lo que tenemos que hacer es evitar eso a toda costa. Además, la mujer que se toma esa píldora no sabe si el óvulo está fecundado. Y hay una discusión eterna respecto a cuándo empieza la vida. El Pacto de Costa Rica reconoce que la vida empieza desde el momento de la concepción. Si es así, entonces la píldora es abortiva". Marcelo Forni, Diputado UDI. 05-07-09, La Nación.

- iii) ***El estado no puede imponer valores:*** según los opositores a la distribución de la píldora, al ofrecerla gratuitamente, el gobierno estaría imponiendo autoritariamente su uso.

la normativa recuerda *"políticas públicas fijadas en regímenes totalitarios que pretendían desde el Estado regular la vida íntima de las personas en función de criterios autoritarios, no consensuados, y reñidos con el respeto a la dignidad de la persona humana"* Carta abierta "¿Hacia dónde camina Chile?" Conferencia Episcopal, Alejandro Goic.

CAPITULO VII: Marco legal vigente durante el período 2006-2010.

Se consideró realizar una revisión del marco legal vigente en Chile respecto a los derechos sexuales y reproductivos, entendiendo que éste es un eslabón ineludible para comprender los significados que, en torno a estos temas, emanaron desde la política de salud y del discurso de las matronas que la implementaron durante el último gobierno de la Concertación en Chile (2006-2010).

Entonces, tras la revisión de fuentes secundarias: legislación chilena, normas, decretos y resoluciones, se elaboró una base de datos con categorías definidas que permite sintetizar el escenario jurídico a través del cual deben transitar chilenos y chilenas en relación con la salud sexual y reproductiva (ver anexo N° 2).

La presente descripción de los instrumentos legales vigentes, sus alcances y limitaciones fue organizada cronológicamente haciendo énfasis en los tópicos más relevantes que fueron objeto de modificaciones legales. Así, primero se presentan las transformaciones legales llevadas a cabo durante la dictadura y que aún están vigentes o tuvieron consecuencias importantes en las décadas posteriores y después se analizan los avances y/o retrocesos de los cuatro gobiernos consecutivos de la concertación, esto considerando que el período en que se centra este estudio (2006-2010) corresponde a la última etapa de un proceso post dictatorial en que gobernó la misma coalición política y por lo tanto, las modificaciones legales que se realizaron antes, fueron parte del escenario jurídico sobre el cual actuó el gobierno de Bachelet por lo que son igualmente objeto de análisis en este estudio.

Para finalizar, se presenta un análisis general del contexto legal en la materia que existió en Chile durante el gobierno de la primera presidenta del país, quién, al menos en términos discursivos, representó a los sectores más progresistas.

7.1 Cambios legales realizados durante la dictadura militar. (1973-1990)

Durante la dictadura militar se mantuvo la aplicación de políticas de regulación de fertilidad heredadas del mandato democrático precedente, inclusive el

aborto terapéutico que sería proscrito en el ocaso del régimen en 1989, medida que hasta hoy sigue vigente.

De este período legislativo se destaca la normativa relativa a esterilización voluntaria, resolución emanada del Ministerio de Salud en septiembre de 1975, que estuvo vigente durante 25 años, es decir, fue derogada en 2000 por el gobierno presidido por Ricardo Lagos. Dicha norma señalaba: "La esterilización no será considerada como actividad de regulación de la fecundidad y sólo podrá practicarse por razones de orden médico", las que se detallaban y que consideraban entre otras cardiopatías o enfermedades psiquiátricas. Las otras razones médicas a considerar debían ser calificadas por una comisión médica y con el consentimiento de "la pareja". Lo que en la práctica se traducía en la imposibilidad de acceder libremente a la esterilización, pues solo se concedía por razones de enfermedad, previa declaración escrita de la pareja, no individualmente.

En Octubre de 1976, por resolución del SNS, se aprueba la norma sobre Encargo de Acciones de regulación de la Fecundidad, que autoriza a las profesionales matronas a prescribir métodos anticonceptivos. Esta medida respondió a la escasez de médicos para satisfacer la creciente demanda de servicios de regulación de la natalidad.

La constitución política del estado de 1980, que rige hasta hoy, contiene importantes disposiciones que, como veremos, han servido de obstáculo para la implementación de políticas de regulación de la fertilidad, siendo el pilar de la defensa de los grupos conservadores de ultraderecha autoproclamados "pro-vida". Este cuerpo legal, en su capítulo 3º, donde trata los deberes constitucionales, garantiza a todas las personas el derecho a la vida, a la integridad física y psíquica y a la igualdad ante la ley o trato no discriminatorio por parte de las instituciones del estado. Esta situación permite por vía interpretativa recurrir de protección ante los tribunales de justicia para revertir una situación de vulneración del derecho, y recurrir ante el tribunal constitucional para evitar que entren en vigencia leyes que los afectados consideran que vulneran la carta fundamental. Especial aplicación ha tenido en contra de la aplicación de PAE, y ante el menor intento de legislar pro-aborto.

Como señalara anteriormente, el derecho a la salud (léase sexual y reproductiva) como tal no existe en la carta.

De este período data también el Decreto N° 362 del ministerio de salud, vigente desde noviembre de 1984, relativo a las entonces llamadas enfermedades de transmisión sexual. Este decreto sería modificado en 2002 para incluir el VIH, y derogado definitivamente en 2005 durante el gobierno de Lagos.

7.2 Cambios legales realizados durante el Gobierno de Patricio Aylwin (Marzo de 1990- marzo de 1994)

En materia de derechos sexuales y reproductivos, las primeras inclusiones de legislación que hacen referencia explícita a ellos ocurre con la ratificación al finalizar la dictadura, de la Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación en contra de las mujeres, conocida internacionalmente como CEDAW. Esta convención, que entró en vigencia en 1990, luego de su publicación por parte de la nueva administración, pone de manifiesto la necesidad de garantizar un trato digno hacia las mujeres en el acceso a la salud, especialmente reproductiva característica del género.

Por tratarse de un tratado internacional vigente en Chile, tiene la fuerza coactiva de una ley del estado y su contravención puede ser alegada por vía interpretativa según las garantías constitucionales, cuestión que resulta necesaria pues, los jueces chilenos aún se muestran reticentes a considerar la legislación internacional respecto de las problemáticas de género en la resolución de sus fallos.

7.3 Cambios legales realizados durante el Gobierno Eduardo Frei Ruiz-Tagle (Marzo de 1994- Marzo de 2000)

En Noviembre de 1998 se promulga la Convención Interamericana para erradicar todas las formas de violencia en contra de la mujer llamada "Belem do Pará, que pone en evidencia una realidad brutal de América y que en Chile venía siendo un rumor desde el fin de la dictadura que se había servido de la violencia sexual como forma de torturar a las mujeres.

Esta normativa establece el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia tanto en el ámbito privado como público cuestión que involucra a los servicios de este tipo.

Las vulneraciones en este ámbito dentro de Chile son alegables por vía interpretativa vía recurso de protección y permiten a la afectada en caso de no obtener sentencia favorable en Chile, recurrir a la CORTE Interamericana de DDHH.

En 1999 con la ley N° 19617 se introduce una reforma al Código Penal en lo relativo a los delitos sexuales que regula la atención de las víctimas en establecimientos de salud tanto públicos como privados, instituyendo su derecho a ser atendidas con el objetivo de acreditar la configuración del delito y la identificación de los participantes y a recibir copias de los resultados de los exámenes practicados. Establece también la obligación por parte del establecimiento de salud de practicar dichos exámenes y reconocimientos conservando sus resultados para remitirlos posteriormente al tribunal, todo lo anterior bajo estricta reserva de la identidad de la víctima.

Llama la atención en este punto que se tuvo que introducir por ley el derecho a ser atendido para acreditar un delito sexual, lo que significa que anteriormente existía la práctica de no hacerlo.

Si bien la norma no establece sanciones por su incumplimiento atendiendo a las reglas generales, la administración está obligada a prestar los servicios que se le ha instruido por ley y el no cumplimiento da derecho a demandar a la misma bajo la causal de falta de servicio, lo que podría generar sanciones administrativas al funcionario e indemnización de perjuicios a la víctima doblemente violentada.

7.4 Cambios legales realizados durante el Gobierno de Ricardo Lagos Escobar (Marzo 2000-Marzo 2006)

En materia de salud en este período se inició un proceso llamado "Reforma de la salud", cuyo principal eje fue la ley N° 19937 de "Autoridad sanitaria y gestión

de redes asistenciales" aprobada en 2004, cuya finalidad consistió en rearmar las redes de conducción de los establecimientos de salud pública y su gestión administrativa y económica, aumentando su eficiencia y generando derechos exigibles por ley por parte de la ciudadanía y garantizar su cumplimiento.

Cabe señalar que esta reforma no incluyó el devolver la administración de los consultorios de atención primaria a los organismos gubernamentales, que había sido traspasada a las alcaldías de comuna durante la dictadura, lo que implica que la atención de salud de los sectores más pobres de la población está en manos de organismos descentralizados, es decir, autónomos en su gestión, la que responde a los intereses de las autoridades de turno y que solo se ciñe a los lineamientos del gobierno en la aplicación de planes y programas de carácter nacional.

En ese marco se propusieron también los llamados "Objetivos sanitarios nacionales 2000-2010" que pretendían hacer frente a la modificación del perfil de enfermedades de la población derivadas de progresivo envejecimiento de ésta y de los cambios de hábitos de vida y condiciones de trabajo; mejorando los logros ya alcanzados y resguardando condiciones de acceso, cobertura financiera y oportunidad de las prestaciones, acorde a las expectativas de la población.

Dentro de los objetivos sanitarios nacionales para la década 2000-2010, se plantearon respecto de la regulación de fertilidad, tres objetivos específicos:

a) Reducir la inequidad reproductiva generada por las desigualdades de género y la mayor vulnerabilidad de algunos grupos de población (de menor nivel socioeconómico, de pueblos originarios, de adolescentes y adultos jóvenes), posibilitando efectivamente, que para todas las personas, sin ningún tipo de discriminación, su fecundidad real sea igual a la que desean.

b) Reducir la incidencia del aborto inseguro provocado, mejorando la oferta y la calidad de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva, focalizando los

esfuerzos en las mujeres con mayor riesgo de interrumpir voluntariamente su embarazo en condiciones de inseguridad. La prevención de la recurrencia abortiva requiere de una estrecha y permanente coordinación entre los servicios hospitalarios que atienden mujeres por complicaciones de un aborto inseguro y los establecimientos de atención primaria, donde se entregan los servicios de Regulación de la Fertilidad.

c) Reducir el embarazo no deseado en adolescentes, quienes por su mayor vulnerabilidad, requieren de servicios apropiados y sin barreras de acceso.

Toda esta propuesta programática que pretendía hacer frente al alto número de embarazos adolescentes y abortos clandestinos, en los hechos se reflejó en la legislación que a continuación se señala.

Transformaciones legales relacionadas con la Fertilidad

Con fecha 30 de Noviembre de 2000, se dictó la resolución exenta N° 2326 que deroga la norma anterior vigente desde 1975, relativa a esterilización.

En sus considerandos menciona normativa internacional vigente aludiéndose a ella como motivación para su dictación, es decir, le da al tema de la esterilización, el enfoque desde la perspectiva de derecho fundamental.

La norma esta vez considera la posibilidad de solicitar individualmente la esterilización por el hombre o mujer interesado, sin razones médicas que la justifiquen. Recalca también que la decisión de esterilizarse es personal y libre.

Esta resolución regula también el acceso igualitario a procedimientos de esterilización de los beneficiarios del sistema público, frente a los del sistema privado, resguardando el derecho a información mediante consejería. En los hechos esta norma tiene escasa aplicación por su falta de prioridad dentro de un sistema hospitalario colapsado económica y administrativamente.

En el año 2004 se dicta la resolución exenta N° 527 del Ministerio de salud, tendiente a establecer un protocolo para la atención de víctimas de delitos sexuales en servicios de urgencia que incluye dentro de sus procedimientos clínicos el suministro de píldoras de anticoncepción de emergencia (PAE) para las mujeres en edad fértil. Considera además el derecho de las víctimas a que

se respete su dignidad mediante un trato respetuoso exento de juicios, y a ser atendidas oportunamente aminorando las consecuencias.

Transformaciones legales relacionadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Previo a la ley del SIDA, desde el 2000 se encuentra vigente el decreto N° 561 del Ministerio de Salud, cuyo objeto es regular los procedimientos a seguir respecto del personal que se ve expuesto a sangre u otros fluidos corporales contaminados con VIH, estableciendo un protocolo para tal efecto, protegiendo de esta manera al personal de salud.

En el año 2001 se publica la ley N° 19779 conocida como Ley del SIDA, que rige en la actualidad estableciendo para las personas portadoras y enfermas, derechos tales como la libertad e igualdad en el ejercicio de los derechos, no discriminación, obligación de los establecimientos tanto privados como públicos de brindarles atención, prohibición de condicionar la misma a la realización del test Elisa o a sus resultados, el derecho a voluntariedad y confidencialidad en la realización del test y la entrega de sus resultados. Regula asimismo el deber del estado de realizar campañas tendientes a la prevención del contagio y la promoción de los derechos de las personas afectadas. Todos derechos que hasta entonces las personas viviendo con VIH no podían ejercer en igualdad de condiciones, con lo que queda de manifiesto la situación de desamparo y vulneración en que se encontraban, agudizada por la estigmatización como enfermedad de homosexuales y la ignorancia en torno a las vías de contagio, de la población en general y del personal de salud.

Se considera en esta ley una sanción por incumplimiento de la obligación de brindar prestaciones de salud consistente en multas, que a juzgar por la capacidad económica de cualquier establecimiento de salud especialmente si es privado, resultan simbólicas o irrisorias. Esto sin perjuicio del derecho que tiene toda persona de demandar por daños con o sin ley de SIDA.

Posteriormente con la dictación de la ley N° 19966 en 2004, que establece un régimen de garantías generales en salud, en los ámbitos de oportunidad,

calidad, eficiencia y cobertura financiera, y la posterior publicación del reglamento que detalla el listado de enfermedades objeto de la priorización o garantías explícitas, que incluye al VIH, entre otras patologías como cáncer cérvico-uterino, cáncer de mamas y de testículo, comienza a cubrirse el espectro de necesidades de las personas viviendo con VIH en relación a su tratamiento y el elevado coste del mismo, que terminaría siendo gratuito a partir de 2006.

Se establece la gratuidad para prevención del VIH en ciertos grupos de riesgo incorporando el Test Elisa como parte del control de embarazo para todas las mujeres.

En relación al mismo tema se dicta en 2005 la Resolución exenta N° 622, que regula la aplicación de un protocolo sanitario tendiente a evitar la transmisión vertical del contagio durante el embarazo, parto o lactancia.

El mismo año 2005 se dicta el decreto N° 182 del ministerio de salud, que actualiza el reglamento, regula la aplicación del test de Elisa obligando a los establecimientos de salud a realizar consejería previa y post resultado positivo, especialmente en víctimas de atentados sexuales, confirma la voluntariedad en la aplicación del test y el derecho a notificación. Ordena también la aplicación obligatoria en caso de donación de sangre y transplante de órganos.

El vasto arsenal jurídico en torno al VIH, sin embargo parece ser ineficiente en cuanto a la exigibilidad de los derechos, como por la calidad en las prestaciones en el servicio público que se encuentra saturado por razones de gestión y déficit de infraestructura.

Transformaciones legales relacionadas con Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

En el año 2002 se realiza una breve modificación al decreto N° 362 que se encontraba vigente desde la dictadura militar, para introducir el VIH/ SIDA como enfermedad de transmisión sexual.

En el año 2005 se deroga definitivamente este decreto por el N° 206 del Ministerio de Salud, lo relativo a manejo y control de las ITS.

En el decreto se establece un nuevo reglamento para el control y manejo de las ITS, las prestaciones de salud para las personas afectadas y la obligación de los establecimientos educacionales de impartir educación sexual.

Se asegura a la población el tratamiento y control gratuito y confidencial de las infecciones incluidas en el catálogo de ITS, además de la voluntariedad y confidencialidad de la atención a personas con conductas de riesgo.

Por su parte se establece la obligación para funcionarios y médicos de notificar a la autoridad sanitaria de la detección y diagnóstico de casos de ITS, con fines de control y estadística. Se encomienda también al Ministerio de Salud la tarea de diseñar planes y programas de control y estadística.

Respecto a las ITS y los servicios de salud, ese mismo año 2005 comienza a regir el decreto N° 158, que regula el procedimiento de notificación que deben realizar los funcionarios a la autoridad sanitaria en caso de detección de ITS. Dicho reglamento regula la forma y plazos de la notificación y establece derecho de confidencialidad de la identidad del afectado.

7.5 Cambios legales realizados durante el Gobierno Michelle Bachelet (Marzo de 2006- Marzo de 2010)

Escenario legal respecto al Aborto

En Chile, el aborto, aun el terapéutico, proscrito como se señalaba desde 1989, es ilegal y tiene altísimas penas, cuestión que legislativamente no ha podido ser revertida por la sobre representación de los sectores conservadores en el parlamento.

Esto sumado a la alta tasa de embarazo adolescente y las cifras de aborto clandestino, dan cuenta de una realidad escabrosa: que la mayoría de los embarazos en Chile son no deseados.

Durante la Administración de Bachelet, parlamentarios de su sector presentaron un par de proyectos con miras a restablecer el aborto terapéutico y despenalizar el aborto, de los cuales el gobierno se desmarcó sistemáticamente argumentando ausencia del tema en su programa de gobierno.

Transformaciones legales relacionadas con la Fertilidad

La prevención del embarazo no deseado como eje de las políticas públicas de fertilidad y la utilización de medicamentos de anticoncepción de emergencia, es sin duda el tema más polémico de la legislación en materia de derechos sexuales y reproductivos.

En este contexto en el año 2006 se promulgan las "normas nacionales sobre regulación de fertilidad", que consistían en un compendio que incluía diversos métodos para planificación familiar y prevención de embarazo no deseado, y los procedimientos y criterios necesarios para la aplicación de los mismos. Dichas normas pretendían hacer frente a la cifra de embarazo no deseado garantizando el derecho a información y libertad de pensamiento.

Otro avance que supone esta norma es la incorporación de la perspectiva de género en las políticas de regulación de fertilidad, incorporando métodos dirigidos al sexo masculino, en un esfuerzo por equilibrar la responsabilidad que históricamente quedaba depositada en el cuerpo de las mujeres.

Transformaciones legales relacionadas con la Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE)

La utilización de anticoncepción de emergencia es solo uno más de los muchos métodos que contemplaba la guía, entre otros tales como DIU, uso de preservativo, abstinencia en período fértil, píldoras anticonceptivas. Todos métodos que el Estado ponía a disposición de la población de manera gratuita.

Sin embargo los sectores conservadores de la sociedad impugnaron ante los tribunales de justicia la norma que permitía la distribución de la píldora de anticoncepción de emergencia, suspendiendo su entrega en un primer momento, y posteriormente retirándola del mercado mediante la cancelación de su inscripción sanitaria; el argumento: es abortiva.

Posteriormente el gobierno de Michel Bachelet consiguió reinscribir el compuesto bajo otro nombre, pero esa solución solo permite su comercialización en farmacias.

La batalla legal a que se vio enfrentado el gobierno con el poder de la derecha conservadora, finalmente se libró ante el tribunal constitucional, el cual en marzo del año 2008, declaró inconstitucional el capítulo de las normas de fertilidad que se refiere a la PAE, impidiendo de esta manera la aplicación de las políticas sanitarias en materia de regulación de la fertilidad, negando el acceso a anticoncepción de emergencia a la población más pobre y por ende vulnerable.

Esta resolución judicial determina que la PAE no sea parte de las políticas y programas gubernamentales de regulación de la fertilidad y que no esté disponible como anticonceptivo en los servicios de salud públicos. No obstante, no objeta la comercialización de los productos en farmacias y es posible que los consultorios que dependen de las municipalidades puedan entregarla si el gobierno local así lo decide.

Actualmente, luego de la promulgación en enero de 2010 de la ley N°20418, que permite la libre distribución de la píldora de anticoncepción de emergencia, estableciendo también la obligatoriedad de informar a un adulto responsable en caso de ser una menor de 14 años la que la solicite; los diferentes municipios han tomado diversos caminos para la aplicación de la ley. Algunos acatándola y garantizando el derecho a toda mujer de acceder a ella y otros siguiendo con la tónica de superponer la ideología del jefe comunal de turno a las políticas sanitarias vigentes, se la entregan solamente a las personas que la solicitan en casos de abuso sexual, o simplemente no se la dan a nadie. Todo lo cual significa que la mentada ley no cumple con el objetivo de garantizar el acceso de la población a la píldora, pues no contempla sanciones para la falta de cumplimiento, por lo tanto en los hechos no es imperativa.

Transformaciones legales relacionadas con el Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH)

En marzo de 2010, durante los últimos días del gobierno de Michelle Bachelet se dictó una norma de carácter compilatorio, de actualización y estandarización de todos los procedimientos clínicos a seguir para el

diagnóstico, tratamiento, control y prevención del VIH, así como de vigilancia epidemiológica.

CAPÍTULO VIII: Programa de Salud Sexual y Reproductiva

Se presenta una sistematización de los programas que se implementaron durante el periodo de estudio que es el resultado de la recolección de antecedentes en el MINSAL a través de una profesional matrona que aún permaneció en su cargo -gracias al fuero gremial- tras la puesta en marcha del "desalojo" impulsado por el gobierno de derecha posterior a Bachelet.

Programa de Salud de la Mujer (PSM)

En julio de 1994 el programa de salud materna y perinatal se transformó en el *Programa de Salud de la Mujer (PSM)*, este cambio se produjo en el contexto de la reorganización del Ministerio de Salud fue el programa que se implementó en todo el país durante el periodo en estudio.

Este programa desde su origen se orientó a abordar, además de los aspectos reproductivos, otros ligados con la salud de las mujeres en las distintas etapas de su ciclo de vida.

El programa amplía sus alcances, sobrepasando lo exclusivamente materno y perinatal a partir del siguiente diagnóstico (Castro, 1994):

- Aumento de la expectativa de vida femenina
- Desplazamiento de la mortalidad femenina hacia grupos de mayor edad (sobre 65 años)
- Estabilización de la mortalidad perinatal en especial en su componente de mortalidad fetal tardía.
- Persistencia del aborto inducido, tanto a nivel de egresos hospitalarios como de ser responsable de 30-40% de muertes maternas en el país.
- Marcado incremento de embarazadas obesas, según clasificación vigente (1987: 12.9%; 1992: 22%).
- Alta mortalidad por cánceres ginecológicos considerados "prevenibles" (cérvico uterino-mama).
- Baja prevalencia en lactancia maternal prolongada.
- Alta prevalencia de embarazo no deseado en adolescentes (13,8% del total de los nacimientos, en 1992).
- Participación creciente de las mujeres en el mercado laboral (32%).

Otra razón del cambio, se sitúa en aquellos aspectos de carácter político-estratégico, pero restringidos a las influencias de la comunidad internacional vinculada a la salud, la cual presiona a los gobiernos de Latinoamérica para que adopten medidas tendientes a asegurar acceso a la salud a las mujeres.

En este contexto, para el programa adquieren especial relevancia –en sus aspectos formales– los aspectos psicosociales en grupos de mayor vulnerabilidad (sectores más pobres, jefas de hogar); los riesgos asociados a la condición laboral; la atención integral de la mujer en el período post reproductivo; prevención, pesquisa precoz y tratamiento oportuno de cáncer cervicouterino y de mamas y aspectos de la calidad de vida tales como el autocuidado y fomento de hábitos de vida saludable (Faundez, 1997), estos elementos actualmente aún siguen siendo importantes en el programa y se traducen en acciones específicas.

En el origen de las transformaciones se reconoce además la influencia del diálogo permanente con el Servicio Nacional de la Mujer SERNAM intentando recoger algunos planteamientos del Plan de Igualdad de oportunidades

El propósito del Programa Salud de la Mujer es “contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas de su ciclo vital, desde una perspectiva que contemple los diversos aspectos relacionados con la salud de la mujer, con un enfoque de riesgo que contemple la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y autocuidado de su salud.” (MINSAL, 1997:21)

Sus objetivos son:

1. Fomentar el mantenimiento de las condiciones biológicas de la población femenina, preparándola para enfrentar adecuadamente las diferentes etapas de su ciclo vital, estimulando su participación como sujeto activo en el cuidado de su salud y la de su familia.

2. Prevenir la aparición de afecciones que alteren la salud de la mujer, mediante la pesquisa y control oportuno de factores de riesgo y la prevención de daños específicos.
3. Acentuar el enfoque preventivo y de riesgo en la ejecución de las actividades, con el fin de prevenir la aparición de afecciones que inciden en la salud de la mujer.
4. Orientar a la mujer, la pareja y la familia para el ejercicio de una paternidad responsable y una sexualidad saludable.
5. Promover un modelo de salud integral que incorpore a la pareja y familia en actividades de promoción, fomento, recuperación y rehabilitación de la salud.

Sus Estrategias Principales son:

1. Mantener, ampliar y perfeccionar la red asistencial con atención diferenciada por niveles de complejidad.
2. Ejecutar las actividades con enfoque preventivo y de riesgo, con el fin de disminuir las complicaciones que alteren el bienestar de la mujer.
3. Desarrollar un enfoque familiar de las actividades relacionadas con la reproducción humana, reconociendo los factores de riesgo y los factores favorables protectores que en ella inciden.
4. Coordinar acciones de salud con otros Programas que aborden aspectos de salud de la mujer.
5. Promover un modelo de salud integral que incorpore a la pareja y la familia en actividades de promoción, fomento, recuperación y rehabilitación.
6. Potenciar y desarrollar la educación grupal y el trabajo con grupos organizados de la comunidad para difundir y promover la adopción de conocimientos, conductas y hábitos que favorezcan la salud y el desarrollo psicoafectivo de la mujer y su grupo familiar.
7. Promover la participación comunitaria, la coordinación intersectorial y la incorporación de los diferentes actores sociales de la comunidad, en acciones conjuntas con el equipo de salud para la resolución de sus propios problemas de salud.

Las actividades programáticas están subdivididas de acuerdo al nivel de atención:

- Nivel Primario: énfasis en actividades de tipo promocional (consejería) y preventivo (control prenatal, de regulación de fecundidad, ginecológico preventivo, climaterio, etc.) y consultas de morbilidad general obstétrica ginecológica y oncológica.
- Nivel Secundario: consultas a resolver por especialistas (alto riesgo obstétrico y perinatal, morbilidad ginecológica).
- Nivel Terciario: atención hospitalaria materno-neonatal, ginecológica y oncológica.

En el nivel primario de atención, las actividades del programa contemplan:

Control Preconcepcional, Control Prenatal, Control de Puerperio, Control de Salud del Recién Nacido, Consulta de Lactancia Materna, Control Ginecológico Preventivo, Consulta de Morbilidad Obstétrica, Consulta de Morbilidad Ginecológica, Control de Climaterio, Consulta por Enfermedades de Transmisión Sexual VIH/SIDA, Actividades de Salud Mental, Control Nutricional en el Proceso Reproductivo, Consulta Nutricional para la Mujer no Gestante, Consulta Nutricional Grupal, Consejería Antitabáquica, Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, Entrega de Complemento Nutricional, Consulta Social, Visita Domiciliaria. Sin embargo, la actividad que será investigada en este estudio es el Control de Regulación de Fecundidad.

El Control de Regulación de Fecundidad está definido como la "atención integral proporcionada en forma oportuna y confidencial a la mujer y/o a la pareja en edad fértil que desea regular su fecundidad" (MINSAL 1997, 39).

Sus objetivos son:

1. Informar a la mujer y/o su pareja sobre tipos, características y disponibilidad de los métodos de regulación de la fecundidad y los aspectos relacionados con planificación familiar.

2. Permitir que la mujer y/o su pareja decidan libre e informadamente sobre la práctica de la regulación de la fecundidad y el método a usar.
3. Prescribir y controlar el uso del método de regulación de la fecundidad elegido por las usuarias.
4. Asegurar a las usuarias la continuidad de la atención y el suministro de insumos de regulación de fecundidad.

8.1. Significados en torno a las prácticas en salud de las matronas que implementaron los programas de salud sexual y reproductiva en el periodo.

Perfil General de las Entrevistadas

Mujeres en un rango de edad entre 30 y 55 años, de profesión matronas, todas con formación como consejeras en VIH y con una antigüedad promedio en el cargo de 5 años, el 80% de ellas con pareja estable, el 60% de ellas sin hijos, solo el 40% jefas de hogar, todas con un ingreso entre 500 y 700 mil pesos, todas trabajan jornada completa en el centro de salud y no realizan otra actividad laboral remunerada, sin embargo todas realizan las labores domésticas de su hogar, se atienden en el sistema público de salud y resuelven sus necesidades de atención en salud sexual y reproductiva con apoyo de sus colegas.

Las prácticas en salud de las matronas que implementaron los programas de salud sexual y reproductiva

Los resultados han sido organizados ejes temáticos: Planificación Familiar; Control de embarazo y consejería en VIH.

Programa de la Mujer/ Adolescentes:

Eje Temático Planificación Familiar

- Definición de Métodos Anticonceptivos

Orientación para la elección del método: Todas las matronas entrevistadas plantean que ellas no deben imponer un método anticonceptivo y que por el

contrario, deben orientar a las usuarias para que ellas elijan libremente y sienten que eso es lo que hacen pese a los límites que les impone la escasez de algunos métodos.

"porque la idea de escoger un método, por ejemplo, no es que diga, ya haber yo quiero que uses tal cosa, no, es interactuar y aconsejar pero que la misma persona, frente a todos los pro y los contra de todo, escoja y que ella escoja y escoja lo mejor" (CO)

Elección informada en un contexto de escasez de insumos: Las matronas que trabajan en la atención primaria, tanto en el programa de la mujer como en el programa de adolescentes, no cuentan con diversidad de métodos anticonceptivos en cantidad suficiente para que cada mujer, tras recibir la información necesaria elija libremente, pese a que así lo estipula la normativa y protocolo de atención vigente. Por lo tanto, orientadas tanto por criterios clínicos, como sociales y culturales, administran la oferta de métodos anticonceptivos. Disponen de píldoras, inyectables e implantes, pero estos últimos en número muy escaso (20 mensuales) para una población bajo control de 3500 mujeres.

- Se reservan los anticonceptivos inyectables e implantes para mujeres muy pobres, con bajo nivel educacional y para adolescentes, a todas ellas se las percibe como "de mayor riesgo" o "irresponsables", por lo que con métodos hormonales orales que requieren una administración periódica y ordenada, estarían más expuestas a fracaso.

"Como no tenemos tantas inyecciones las dejamos reservadas para las más lolitas o las niñas que traen de los centros del SENAME, porque sabemos que ellas no se van a tomar las pastillas y son muy jóvenes para DIU" (CA).

"eso es la idea, porque antes teníamos más disponible, entonces teníamos para todas las que quisieran, ahora estamos tratando de dejar solo para los casos cuando hayan adolescentes, casos muy puntuales que hay que evitarlos

los embarazos y que estén contra indicados los otros métodos, porque ahora estamos con restricción" (CO).

- Las usuarias peruanas son más demandantes de métodos inyectables, de hecho plantean que desde que ellas empezaron a ser usuarias de los CESFAM subió "demasiado la demanda", razón por la que se llegó a una situación de escasez en la que se vieron obligadas a imponerles otros métodos anticonceptivos.

"desde que llegaron las extranjera, las peruanas sobre todo, aumento el uso de inyecciones, porque allá ellas usan mucho, en su país, entonces para nosotros aumentó así y no fue así como empezaron a comprarlas en los servicios, entonces quedamos desfasadas, son mucho más caras que las pastillas, entonces, hubo ahí un problema de abastecimientos porque y ahora tenemos que ir bajando, porque no van a comprar más, eso es un asunto de recursos, no pasa por nosotras, entonces tenemos que decirles tengo pastillas y nada más, lo toma o lo deja" (CO)

- **Planificación familiar como estrategia lejana para las usuarias**

La escasez de educación sexual en la atención primaria de salud, sumado a la oferta restringida de métodos anticonceptivos, hace difícil que las mujeres adhieran a un método de regulación de la fecundidad adecuado a sus necesidades y expectativas. En los parámetros normativos de las matronas, el tener muchos hijos es significado negativamente, hacen juicios respecto a las estrategias de crianza de las mujeres y consideran equivocada la decisión de no tomar anticonceptivos y estar disponible a tener más hijos. No existe una lectura respetuosa respecto a la experiencia de las usuarias respecto a la maternidad.

" siempre las señoras vienen acá contentas de estar embarazadas de nuevo, no son tan buenas madres, pero se alegran de que Dios les dé hijos, a mí me impresiona , todas dicen "mis hijos es lo único bueno que me ha dado la vida". No les gustan tanto los anticonceptivos, no se quieren poner inyecciones, dicen que les duele la cabeza o que engordan y prefieren andar con la chorrera de hijos colgando" (CO)

- **Distribución de Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE)**

Anticoncepción de emergencia como una discusión valórica ajena a las prácticas de salud: Los centros de salud de la atención primaria han entregado "siempre" anticoncepción de emergencia, antes de la píldora del día después se utilizaba el Método Yuspe (alta dosis de anticonceptivo oral en las 72 horas posteriores a la relación sexual no protegida) el que pese a tener algunos efectos colaterales como náuseas y dolor de cabeza cumplía su objetivo principal, evitar un embarazo no deseado. Si bien, indicar este método no estaba explicitado en ninguna normativa, era una actividad que se realizaba sin mayor conflicto.

En este contexto las matronas entrevistadas significan la discusión como un asunto valórico que no afecta sus acciones de salud, porque desde que se indicó por primera vez la distribución de la PAE en consultorios, no se eliminó nunca y en el caso de desabastecimiento se recurre al Yuspe, además refieren que la demanda de este tipo de anticoncepción siempre ha sido baja y no varió significativamente con la discusión pública que se generó durante el periodo 2006- 2010.

"Siempre ha estado disponible, no la postinor 2, pero nosotras tenemos 2 opciones de pastillas del día después, la PAE y el yuspe, el yuspe siempre hemos dado, y la PAE llegó hace como 2 años me parece, para entregar acá en el consultorio, pero no ha sido mucha la demanda" (XV)

"no es lo ideal para usarlo siempre, entonces ofrecerle la oportunidad de ingresar a planificación familiar y también ver el riesgo que ha corrido realmente si es que son relaciones así como no de pareja estable y riesgo de adquirir una enfermedad, o sea no solo señora tome la pastilla, si no que lleva una consejería asociada, pero son súper pocos casos y después entran a planificación" (CO)

- **Entrega de condones**

No se ofrecen condones a las mujeres a menos que se identifique específicamente una conducta considerada por ellas riesgosa: ejercicio del

comercio sexual, reconocimiento de multiplicidad de parejas, rechazo de otro método anticonceptivo.

"tenemos desde hace tiempo una reserva, que nos vamos moviendo con eso, porque se supone que es lo que se gasta mensualmente más un fondo, y con eso nos movemos, y como no son tantas las mujeres usuarias de preservativo como método anticonceptivo siempre tenemos hartos, entonces a la que solicite, la de varias parejas sexuales, por lo menos tenemos como para indicar" (CO).

- **Control Ginecológico**

Una aspiración en medio de múltiples exigencias: Las matronas identifican el control ginecológico como una actividad muy importante, sin embargo, frente a las múltiples demandas de atención a las que deben responder, éste se reduce en la mayoría de los casos a la realización de un PAP especialmente a las mujeres de mayor riesgo. Este examen orientado a la detección precoz del cáncer cervicouterino también es un compromiso de gestión ⁶por lo que tiene metas específicas y recursos asociados.

"Lo ideal es que todas las mujeres tengan un examen ginecológico al año y lo hacemos, pero en realidad se orienta a la realización del PAP, a veces con examen físico de mamas y sólo cuando la mujer tiene antecedentes de riesgo y está en edad de riesgo se le indica una mamografía, pero no tenemos la posibilidad de hacer muchas, tenemos convenio con instituciones que la hacen y derivamos, pero tratamos de dejar esos recursos sólo para las mujeres que no tienen para hacérsela por su cuenta. Aquí todo es rapidito, no hay tiempo pa' escuchar mucho a las mujeres, yo creo que por eso ellas se quejan harto" (CA).

- **Prevención de VIH**

En consideración a que los programas que se implementan en la atención primaria no están específicamente orientados a la prevención del VIH, las

⁶ Los compromisos de gestión son compromisos adquiridos por el establecimiento de salud, se evalúan en base a metas con indicadores específicos y su cumplimiento está asociado a la evaluación que recibe el Director de su gestión y por lo tanto, a la evaluación que hace el Director de su personal. Esto se traduce en calificaciones de desempeño trimestral que de acuerdo a rangos específicos implicarán obtener un bono en dinero trimestral que puede ser alto, medio o bajo.

matronas que trabajan en ese nivel de atención, no realizan ningún tipo de acción orientada en ese sentido. En los controles que se realizan no se indaga la vulnerabilidad frente a la adquisición de una ITS o VIH, pues los esfuerzos y acciones de las profesionales están orientadas casi exclusivamente a aspectos reproductivos. Así una usuaria que es pareja única de un hombre con múltiples parejas, no accede a información ni se le proporcionan condones, tampoco se le transfieren herramientas para mejorar sus estrategias de negociación del uso de condón. La única excepción es el examen de VIH a la gestante.

Eje temático Control de Embarazo

- **Chile Crece Contigo**

El programa Chile Crece Contigo es una de las políticas públicas relacionadas con la reproducción más importantes implementadas durante el gobierno de Michelle Bachelet, las características específicas de este programa se desarrollan en el capítulo de Programas de Salud, aquí cabe señalar que por tratarse de un programa orientado a acompañar y resguardar el desarrollo de niños y niñas a lo largo de todo el ciclo vital con especial énfasis en la primera infancia muchas de sus acciones se desarrollan al interior de los centros de salud primaria, en el contexto de la atención personalizada en el proceso reproductivo, entre ellas: Visita domiciliaria integral, controles preconcepcionales periódicos y educativos con material didáctico de apoyo para gestantes, atención nutricional, educación para el trabajo de parto y promoción del parto humanizado, atención inmediata del recién nacido, apoyo y promoción de la lactancia y atención integral para lactantes adolescentes.

Las matronas refieren que este programa tuvo un muy buen inicio y que se generaron muchas expectativas en las usuarias, sin embargo con el tiempo esto fue decayendo y convirtiéndose en fuente de conflicto con las usuarias por éstas solicitaban beneficios que no estaban disponibles, tales como DVDs, móviles para estimulación inicial, pezoneras, entre otros.

Sobrecarga de papeles: para las matronas ha implicado un exceso de papeleo que para ellas no se traduce en mejores condiciones de atención para las usuarias.

"nosotros, la experiencia en lo que hacemos diariamente, una sobrecarga de papeles increíble" (CO)

Material Educativo: Se valora el material educativo que proporcionan a la gestante, especialmente un libro de grandes páginas ilustradas que de forma muy didáctica explica las etapas del embarazo e invita a la mujer a compartir con su pareja e hijos el proceso de gestación.

"A mi me encanta el librito que le regalamos a las mujeres, además tenemos uno igual nosotras en el que le vamos mostrando en qué etapa se encuentra y que va a ir pasando después, ellas se lo pueden llevar, lo leen y al siguiente control preguntan, están mucho más informadas y les sirve para comprometerse con su embarazo" (CA)

Escasa Coordinación: Las matronas expresan frustración al no ver los frutos de su trabajo, se ven exigidas a detectar la vulnerabilidad de las mujeres y a derivarlas, sin embargo nunca saben si efectivamente eso se traduce en algún apoyo concreto.

"se supone que detecta las mujeres vulnerables de acuerdo a su realidad, muchas tienen que ver con la falta de trabajo, pocos recursos, etc., como un apoyo a ellas concreto, no lo tenemos. Entonces, vemos que hay cosas para entregarle a los niños, vemos que entregan cosas en el hospital, pero más que eso no. Entonces, éstas niñas adolescentes por ingresar al programa las tenemos registradas y se supone que tienen posibilidades de terminar estudios sin problemas ni nada, o a lo mejor existe pero no tenemos acceso, entonces, para nosotras es frustrante, es sólo un papeleo" (C O)

El programa contempla entrega de muchos insumos al momento del parto: Cuna equipada, ropa para recién nacido, pañales, bolso, cojín de amamantar, entre otros y ven esos apoyos como valiosos, pero no perciben las acciones del programa orientadas a disminuir la vulnerabilidad social de las mujeres.

- **Ingreso al sistema de control antes de las 14 semanas de gestación**

Se constata que en la atención primaria no existen test de embarazo, por lo tanto la matrona se ve imposibilitada para realizarlo y debe indicarle a las mujeres que accedan a él en la farmacia con recursos propios (el valor fluctúa entre 100 y 250 pesos mexicanos). Esta situación es fuente de malestar y frustración por parte de las profesionales y además refieren quejas de parte de las usuarias.

El compromiso y buena voluntad de las profesionales actúa como amortiguador de las dificultades que el sistema de salud impone tanto a Matronas como usuarias.

"Aquí yo me las arreglo con lo que tengo, no hay test de embarazo, pero hay un ecógrafo que no se usa porque no tenemos quién lo sepa usar, entonces cuando tengo una mamita muy pobre, que está en la duda y no tiene para comprarse el test, yo sin ser experta, la llevo al ecógrafo y veo si hay o no embrión y así me las voy arreglando" (CA)

El ingreso al Control de Embarazo antes de las 14 semanas de gestación también es un *compromiso de gestión*, es decir a esta acción de salud están asociadas horas específicas y metas evaluadas con sistemas de incentivos, por lo tanto las matronas reportan disponer de mejores condiciones para realizar este tipo de acciones. A su vez las matronas lo consideran como indicador o una forma de retroalimentación de la percepción que las usuarias tienen de su trabajo. Refieren que cuando han establecido un buen vínculo con las usuarias, en cuanto éstas se enteran de que están embarazadas acuden al CESFAM (Centro de Salud Familiar) para iniciar el proceso de control y solicitan atenderse específicamente con la profesional que ya las ha atendido previamente y en los casos en que no se ha logrado un vínculo adecuado, las usuarias no acuden antes de las 14 semanas o solicitan cambio de profesional.

"Si vienen a control es porque uno no lo hace tan mal, además a muchas uno les ha controlado el embarazo de todos sus hijos"(CA).

"Es bien difícil hacer acciones para conseguir esta meta, no podemos obligar a las mujeres a venir a control a penas saben que están embarazadas, en los controles de planificación familiar siempre uno les dice que tiene que venir si sospechan que están embarazadas, pero finalmente depende de ellas" (XV).

Control de embarazo como acción de salud gratificante: Las matronas expresan un alto grado de motivación respecto a la realización del Control de Embarazo, el que se asocia al grado de satisfacción que les reporta. Refieren que es una acción de salud en la que "pueden ver los resultados de su trabajo" haciendo referencia a los cuidados de salud para el nacimiento de un niño o niña sano/a.

"Esto es algo muy lindo, porque vemos todo el proceso hasta que llegan aquí con la guaguita sanita"(XV)

- **Talleres educativos para mujeres embarazadas**

Taller como una exigencia formal del servicio: Las matronas significan los talleres para gestantes como una actividad que podría ser beneficiosa, pero que en la práctica no es muy atractiva para las usuarias, éstas no asisten y eso ha generado dificultades en su realización. La actitud observada en las profesionales al hablar de ellos podría dar cuenta de desmotivación.

"Nos cuesta mucho que resulten los talleres, uno cita a las mamás y no vienen, un tiempo empezamos a hacerlos en la sala de espera, mientras esperaban su control, pero las que iban saliendo no se quedaban, igual se iban" (XV).

- **Ecografías durante la gestación**

El protocolo de atención personalizada en el proceso reproductivo indica que en condiciones ideales debería realizarse 3 exámenes de ultrasonido durante la

gestación, señalando que en situación de escasez de recursos debe privilegiarse al menos el más importante, es decir el de 18 a 24 semanas. Las condiciones reales referidas por las matronas indican que en el sistema público en la mayor parte de los casos sólo se realiza esta ecografía, invitando a las mujeres a realizarse otras en el sistema privado.

En este tipo de circunstancias de precariedad de recursos, es que se producen decisiones discrecionales, que si bien, están motivadas por muy buenas intenciones ponen a las usuarias en una situación de vulnerabilidad frente a la profesional de salud.

"Tenemos convenio con un laboratorio que realiza las eco, entonces nosotros tratamos de guardarlas para las mujeres que más las necesitan o mejor provecho le van a sacar, por ejemplo si llega una mujer con los resultados de una eco que se hizo por su cuenta en un laboratorio privado, nosotros registramos esa información y ahorramos esa eco, para la que de verdad no puede pagarla o que está teniendo poco apego con su embarazo y ver a su guagua le puede servir para entusiasmarse"(CA)

"Dentro de lo que se puede yo trato de que todas mis mamitas tengan al menos una ecografía y si se puede dos, siempre trato de ayudar a la que se ve que necesita más, uno se da cuenta, si tiene o no tiene pareja, la ropa que tiene, como habla, ahí uno va viendo"(XV)

- **Preparación para el Parto**

El programa Chile Crece Contigo indica charlas y talleres que sólo en ocasiones se realizan, también indica acciones educativas para la realización de ejercicios físicos que facilitarían el parto, sin embargo al ser consultadas las matronas no refieren estas actividades.

"hay charlas, pero como le dije las mujeres no les gusta, muy pocas son las que asisten" (CO).

"Uno le habla más a las primigestas, ellas son las que están más asustadas, las demás ya tiene clarita la película"

- **Control diada Madre e hijo/a**

Metas versus demandas sentidas: Esta actividad es un *compromiso de gestión*, las matronas valoran que existan horas específicas para realizar el control madre/hijo antes de los 10 días tras el nacimiento, también valoran que a esa actividad cronológicamente se le asigne 1 hora, pero a la vez lamentan que esto implique la disminución de tiempo para atenciones de planificación familiar, porque ven en esta última acción la posibilidad de proporcionar herramientas para evitar embarazos no deseados.

"trabajar con metas es un tema como igual un poco complicado, porque de repente una quiere hacer cosas y no está en las metas, por ejemplo el control de la diada tiene que ser antes de los 10 días, claro, tiene su fin, tiene su porqué, pero nosotros dejamos de tener muchas horas de planificación por tener muchas más horas de diada, porque la diada es una atención de una hora, una hora, porque es la mamá y el recién nacido, entonces quita mucho tiempo del día, entonces, nosotras antes veíamos la planificación toda una tarde, y en la mañana veíamos controles de embarazo, y ahora tenemos un cupo muy pequeño de planificación familiar porque es lo menos importante porque no tiene metas asociadas"(CO).

Además, al parecer existiría una contradicción entre las necesidades que perciben las matronas como prioritarias y las que son privilegiadas por la política pública. El nacimiento de hijos no deseados, es un dato epidemiológico que si bien es indiscutible, no se correlaciona con tiempo específico de las profesionales para intensificar esfuerzos para evitarlos.

Eje temático Consejería en VIH

- **Consejería pre/post test de Elisa**

Las matronas han sido capacitadas como consejeras en VIH/SIDA, por lo que son las personas encargadas de realizar la consejería pre y post test de Elisa, sin embargo esta acción de salud se lleva a cabo casi exclusivamente a mujeres que ingresan al Control de embarazo, ya que no se ofrece el test a otras mujeres, a menos que ellas lo soliciten y tampoco a hombres a menos que éste lo solicite espontáneamente o sea indicado por un médico que en el

control de salud detectó conductas de riesgo o una ITS. Además destaca que las definiciones para considerar una conducta como "riesgosa" no tienen que ver con las formas de transmisión del VIH, sino con las conductas moralmente castigadas en la sociedad y periodo en estudio, a saber: comercio sexual y homosexualidad principalmente.

Las matronas expresan cierto grado de reticencia a entregar resultados positivos, ya que para ellas el VIH, pese a ser concebido racionalmente como una enfermedad crónica, emocionalmente aún es significado como una tragedia que pondrá en riesgo la vida de la madre y su posibilidad de permanecer al cuidado de los hijos/as.

Las matronas si identifican el riesgo de los bebés no nacidos frente al VIH, por lo tanto, además de estar indicado en la normativa, ellas son muy rigurosas en solicitar a todas las mujeres embarazadas ese examen.

"Nosotras solicitamos a todas las embarazadas el examen del VIH, y ahí han salido algunos casos, es complicado, es difícil, igual el resultado no es confirmatorio, sale alterado, no cierto, y requiere de la confirmación, pero igual hay que explicarle todo eso a la mujer embarazada, es complicado igual, o sea, el posible contagio a su hijo, y el por qué y de donde, y además que tiene una sospecha y bastante probable de un VIH positivo" (CO).

CAPITULO IX: Discusión de Resultados

9.1 Las políticas de salud sexual y reproductiva presentes en los discursos del primer gobierno de Michelle Bachelet

Las políticas de salud son la arena donde se materializa una definición que el Estado hace respecto a una materia de interés para el país, en este caso la salud. A través de ésta pretende resolver un conflicto que de algún modo, podría o ha puesto, en riesgo algún derecho consignado en la constitución. Por lo tanto, los pronunciamientos oficiales que emanaron de los Discursos de Cuenta Pública durante el periodo 2006- 2010 dan cuenta de la orientación y el camino que la Presidenta de la república intenta transitar en la resolución de problemáticas heredadas desde la Dictadura Militar y h que hasta su gobierno aún no han sido resueltas satisfactoriamente.

En este sentido, si bien claramente las alusiones que se hicieron a políticas en torno a la salud sexual y reproductiva son escasas, a saber solo dos en los discursos de los cuatro años de gobierno, las que hacen referencia a la discusión de una Ley antidiscriminación y a la Distribución de la Píldora Anticonceptiva de Emergencia. En ellas se expresan posicionamientos políticos que abordan pilares fundamentales de una matriz ideológica: Derechos Humanos y Concepto de Ser Humano.

Cuando se propone una Ley Antidiscriminación, se está materializando a través del discurso público de la máxima autoridad del país, una definición en torno a los derechos de las personas en relación a las diversidades, entre ellas la orientación sexual. El Estado se hace parte de una discusión, tensionando el curso de las políticas que le anteceden, en las que solo tuvo un rol opresor y castigador, ahora transitará hacia un lugar de garante de respeto a la Diversidad.

Así la política pública como discurso y/o práctica a través de la cual el Estado regula la conducta de los sujetos y las relaciones sociales, en el periodo en estudio se pretende recoger la síntesis de los procesos sociales desarrollados en los 20 años que le preceden. Aquello que con anterioridad se ubicó en la marginalidad del espacio social, es posicionado como parte de la vida política.

La presidenta Bachelet, con el proyecto de ley antidiscriminación, desde este análisis, hace un esfuerzo por abrir las fronteras de un país conservador que excluye lo que no conoce, hacia una convivencia social capaz de respetar la diversidad.

Si se considera la historia reciente de los chilenos, esto no solo tiene un impacto en el respeto e inclusión de personas de la diversidad sexual, sino también en este acto discursivo y legal, hay un esfuerzo de reparación. Una sociedad en la que durante 17 años se persiguió a quienes abrazaran una ideología e incluso a quienes en la música, vestimenta, lectura y otras expresiones culturales, aludieran de cualquier modo a corrientes de pensamiento de izquierda, ahora durante el último gobierno consecutivo de la concertación de partidos por la democracia, se propone legislar por la no discriminación, intentando con esto dejar atrás la violencia, exclusión y menoscabo hacia las personas a raíz de su singularidad.

Sin embargo, con esto, en términos de Castoriadis, aquello instituido entra en tensión con los nuevos organizadores de sentido, por lo que el proceso de transformación tendrá resistencias, tantas que impidieron que la Ley se aprobara en ese periodo. Hecho histórico que excede los objetivos de esta investigación, pero que sin duda merece un análisis propio, no resulta casual que una sociedad reprimida, perseguida y hostigada para homogenizarse, enfrente grandes dificultades para instituir lo diverso.

Del mismo modo respecto a la Regulación de la Fecundidad, en los discursos oficiales analizados se hacen una única referencia, sin embargo ésta cuestionará las bases de la conceptualización de ser humano que ha estado vigente hasta ese momento.

La Dictadura ubicó a los ciudadanos en un lugar de inferioridad donde fueron otros, "expertos" y "poderosos" quienes definieron las formas de vida de los colectivos, de este modo se agudizó por un largo y oscuro periodo de la historia de Chile, el control que el Estado ejerce sobre el cuerpo.

La ardua batalla que se dio durante el primer gobierno de Bachelet por ofrecer a las mujeres un método anticonceptivo de emergencia, sin duda da cuenta de

una nueva forma de regulación de los cuerpos, en la que se abre un camino hacia un grado mayor de autonomía.

La discusión pública que se produce y es analizada para este estudio principalmente en el debate existente en el Diario La Nación y que culmina en el pronunciamiento de la Presidenta en la Cuenta pública de 2008, cuestiona duramente las verdades de la sociedad de la época en los siguientes aspectos:

- La concepción deja de ser un fenómeno divino, se inscribe en el ámbito de lo biológico y se deja a criterio de cada ser humano la definición del inicio de la vida humana de acuerdo a las creencias particulares de cada sujeto.
- Se restituye a la mujer la potencialidad de administrar más decisiones respecto a su cuerpo y su futuro, sacándola del lugar de "menor de edad" – como la propia presidenta explicita en su discurso-, para ubicarla como adulta responsable de sus actos.

Más allá de la necesidad de aumentar la población del país y con eso la mano de obra para el desarrollo, argumentación ampliamente compartida durante la dictadura y aún presente en muchos sectores por la gran legitimidad que ha tenido en Chile la economía de mercado, el Estado reconoce como un problema de salud pública el creciente número de embarazos no deseados y embarazos adolescentes, por lo que propone como solución la posibilidad de que las mujeres, independientemente de su posición de clase y por lo tanto de poder económico, accedan a la anticoncepción de emergencia.

Por otro lado, como sabemos la política pública también se expresa a través de las omisiones, por lo que cabe hacer notar en este punto que ninguno de los discursos analizados hacen alusión a alguna política en el ámbito de la educación para favorecer decisiones más informadas. De este modo, se hace evidente el énfasis neoliberal de la política chilena, donde toda interacción social está mediada por el consumo y éste es visualizado como estrategia principal para la resolución de conflictos. Dicho de otro modo, aquí el Estado apunta a resolver un problema que no resuelve el mercado, en cuanto la píldora es costosa y las mujeres pobres no podrían compararla. El primer gobierno de Bachelet apunta a corregir un aspecto puntual que genera

inequidad, no se busca la construcción de sujetos libres y auto determinados o al menos no se pretende generar grandes cambios sociales para propiciar un contexto donde emerjan esas posibilidades.

Por último en este punto, es necesario mencionar la importancia de la descentralización de la salud que se produjo en Dictadura, en ese periodo se traspasó a los municipios la atención primaria de salud y si bien esto generó enormes inequidades, en este caso en particular la autonomía en la gestión municipal permitió la resolución de este conflicto, ya que un vacío legal dio la posibilidad a cada municipio de decidir si distribuir o no la píldora, de este modo fueron las posiciones morales, políticas e ideológicas de cada gobierno local, lo que definió la distribución y acceso a la PAE.

Respecto al Marco Legal que reguló la salud sexual y reproductiva durante el primer Gobierno de Michelle Bachelet, entendiendo que la Ley funge como la herramienta explícita de regulación de las relaciones al interior de un territorio, en ella se sintetiza aquello que una sociedad considera positivo para su resguardo y crecimiento y se sanciona aquello que es considerado una amenaza para el bienestar, principalmente de la clase dominante. El Estado a través de sus leyes, en un contexto especialmente capitalista y neoliberal como el Chileno, corrige las contradicciones más severas de la distribución desigual del poder y los bienes, a fin de resguardar la estabilidad necesaria para el crecimiento del capital.

En este contexto uno de los elementos centrales de la legislación vigente durante el primer gobierno de Michelle Bachelet en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, es la ilegalidad del aborto y sus duras sanciones tanto para quienes lo realizan como para las mujeres que deciden interrumpir su embarazo.

Por lo anterior, en el momento en que la primera presidenta mujer asume el gobierno, Chile no contaba con una legislación que permitiera al menos interrumpir embarazos de niñas menores de 14 años violadas, sin embargo durante todo el periodo no se hizo ningún esfuerzo, al menos explícito, por instalar esa discusión, la mayor evidencia al respecto es el debate estudiado en esta investigación respecto a la píldora anticonceptiva de emergencia, donde

una de las argumentaciones en su defensa, fue el carácter no abortivo del fármaco, por lo que las construcciones discursivas de las instituciones del Estado siempre fueron orientadas a negar de forma implícita toda posibilidad de amparar / legitimar la interrupción de un embarazo.

Otro elemento que impacta sobre la determinación social de la salud en sus aspectos reproductivos, es que solo en el año 2000 se había derogado la Ley impuesta por la Dictadura que impedía la esterilización voluntaria, por lo que aún muchos médicos y otros profesionales de la salud seguían realizando esterilizaciones de forma discrecional basados en sus creencias y valores, sin que en el discurso de las políticas públicas, ni en su correlato legal se generara ninguna acción tendiente a reposicionar a las mujeres respecto a los derechos sobre sus propios cuerpos.

Uno de los pilares fundamentales en los que se ampararon los grupos conservadores para evitar todo avance en legislaciones a favor de la autodeterminación en relación al cuerpo, fue la constitución de 1980, carta fundamental que emana de la dictadura militar y que consagra el derecho a la vida, integridad física y psíquica lo cual a través de mecanismos interpretativos fue utilizado a favor de los argumentos de grupos conservadores que ubican a las mujeres como "incapaces de definir lo mejor para sus vidas".

Respecto a la legislación internacional, ya en 1990 Chile suscribió el tratado CEDAW de eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer y en 1998 se promulgo la Convención Interamericana para erradicar todas las formas de violencia en contra de la mujer llamada "Belem do Pará, sin embargo al no existir sanciones, el no cumplimiento de estos acuerdos no genera ningún tipo de sanción y durante el periodo no se avanza en normas o reglamentos que faciliten su aplicabilidad.

No existe en la legislación de la época un marco jurídico que regule específicamente y establezca como tales los derechos sexuales y reproductivos de la población. En el congreso descansa desde el año 2000 un proyecto de ley que pretende subsanar ese vacío legal. Sin embargo la lentitud en su tramitación ha terminado por demostrar la falta de interés de los gobiernos, incluido el de Michelle Bachelet, que tienen facultad de apresurar los

trámites legislativos, de dar a estos derechos el rango necesario para su debida protección y ejercicio.

Ello responde también a que los sectores conservadores prefieren desconocer la existencia de derechos sexuales y reproductivos con el objeto de evitar que de ellos puedan derivarse facultades que pudieran lesionar sus valores y creencias, es decir que se vea afectado el derecho a la vida desde la concepción.

La mayoría de las normas reguladoras de la salud sexual y reproductiva son de menor entidad, es decir, no fueron aprobadas por el congreso, sino elaboradas por organismos técnicos asesores conjuntamente con el ministerio de salud. De ello se deriva la imposibilidad de establecer sanciones por el incumplimiento de la normativa establecida.

Las herramientas de coacción, es decir, la posibilidad de exigir su cumplimiento de manera compulsiva, en su mayoría corresponden a las reglas generales del derecho administrativo y civil, a través de los cuales, tras un largo juicio en el mejor de los casos se puede obtener una reparación económica por el daño recibido. No alcanzan en ningún caso para garantizar los derechos que pretenden proteger.

En el desarrollo de la regulación de los derechos sexuales parece ser la ciencia la principal protagonista de los avances, dado el alto contenido técnico de dichas normas. Sin embargo, parece indispensable la necesidad de un marco jurídico exento de cargas morales que permita establecer claramente los derechos individuales de las personas, en coexistencia armónica de valores opuestos.

El cumplimiento o no de las leyes que protegen los derechos sexuales y reproductivos queda al arbitrio y la buena voluntad de las personas que trabajan en el sistema de salud, tanto público como privado.

Las aspiraciones de equidad que inspiran gran parte de las normas elaboradas en este ámbito, no llegan a concretarse debido a la imposibilidad de legislar sobre los temas más polémicos, debido a la sobre representación de los grupos

conservadores en el parlamento y el peso que le otorga a los postulados de la iglesia.

En este sentido las personas más desprotegidas son las usuarias del sistema público, que son la mayoría y que pertenecen a los sectores más vulnerados de la población, que se caracterizan por la falta de información respecto de los derechos que la amparan y por falta de confianza en las instituciones estatales.

Gran parte de la mala calidad de los servicios públicos descansa en la ignorancia y falta de reclamo de los usuarios, a quienes muchas veces se les hace sentir no merecedores de buena calidad de un servicio por el hecho de ser gratuito o tener bajo costo.

En relación a las prácticas en salud de las matronas que implementaron los programas de salud sexual y reproductiva, una constatación que emana del presente estudio, es que las prácticas en salud son el resultado de la convergencia de al menos tres elementos fundamentales: los programas vigentes, la subjetividad de las personas que ejecutan las actividades - entendida como supuestos de realidad colectivos contruidos en un contexto social, cultural e histórico específico- y las condiciones materiales en las que se recrea dicha práctica.

Por lo tanto, primero se hace referencia al principal programa relativo a la materia en estudio vigente en la Atención Primaria de Salud durante el periodo: el Programa de la Mujer. Este programa pretende ampliar sus horizontes de acción más allá de lo puramente reproductivo, sus objetivos hacen énfasis en lo preventivo y se orientan a una paternidad responsable y una sexualidad saludable, ofreciendo diversas prestaciones a las mujeres en las distintas etapas del ciclo vital, también en sus propósitos se menciona contribuir al desarrollo integral de las mujeres en sus aspectos físico, mental y social.

Desde una perspectiva de género la sola existencia de un programa de salud sexual y reproductiva llamado de la "mujer", sin que exista uno para los hombres o que el existente incluya a ambos sexos, ya impone una visión de la sociedad donde aún lo reproductivo descansa exclusivamente en la responsabilidad de las mujeres.

En la misma línea de análisis, en sus objetivos el programa de la mujer menciona *"Fomentar el mantenimiento de las condiciones biológicas de la*

población femenina (...), estimulando su participación como sujeto activo en el cuidado de su salud y la de su familia", con lo que se perpetúan roles sexuales tradicionales de la distribución social del trabajo, que no permiten a las mujeres avanzar al desarrollo pleno. Si desde la política pública se les impone a ellas y no a ellos, la responsabilidad del cuidado de la familia, desde el Estado se les está imponiendo una doble exigencia de roles –labores domésticas y de cuidado y un trabajo remunerado fuera del hogar, en el caso que las mujeres quisieran o necesitaran participar del mundo laboral. También en términos discursivos este objetivo da cuenta de las construcciones sociales en torno a las mujeres, aquí se las ubica como un "ser para otros" y no para sí mismas, enfatizando sus responsabilidades como cuidadoras, elemento que no está presente en ningún programa dirigido a los hombres.

Todos los programas de salud sexual y reproductiva revisados, en sus estrategias hacen alusión a factores de riesgo y factores protectores, nuevamente responsabilizando a los individuos, especialmente a las individuos respecto a sus salud, la de su familia y la de la comunidad, sin hacer ninguna alusión a las condiciones sociales, económicas, culturas y ambientales que determinan la salud de los colectivos.

Respecto a las estrategias, el programa alude a la participación comunitaria para la resolución de los problemas de salud, sin embargo no se mencionan los diagnósticos participativos, los que si bien existen en los programas de participación en salud, no son considerados como insumo en el programa de la mujer, por lo que las estrategias para abordar problemas son construidas a la base de los problemas identificados por el equipo de salud, los que no necesariamente aluden a construcciones subjetivas compartidas con las mujeres usuarias, lo que podría ser uno de los elementos que explica la baja participación en salud que en Chile existe.

Desde el punto de vista organizativo y de gestión, existe en la base de los programas de salud un problema de compleja resolución dado por la estructura general del sistema de salud en Chile. En ella conviven concepciones diferentes respecto a las maneras de organizar y asignar los recursos. En un primer momento se desarrolló una estructura orientada a la patología, más

tarde y principalmente a raíz de los aportes de la Conferencia de Alma Ata, se implementaron los denominados niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria), y sus correspondientes enfoques promocional, preventivo y curativo de la salud. Desde hace algunos años, se incorporó otra lógica denominada segmental, que diferencia grupos poblacionales específicos hacia los cuales se orienta la acción.

En la actualidad estas tres lógicas conviven en el sistema, en ocasiones se superponen y se disputan sujetos de atención, lo que dificulta los alcances de las medidas implementadas, su evaluación y la asignación de recursos para las mismas.

El Sernam como organismo estatal, que pone en la agenda pública las temáticas relevantes para las mujeres ha generado un escenario favorable para la ampliación de acciones dirigidas a favorecer la salud de las mujeres. Sin embargo es preciso insistir en que la lógica predominante en la atención de las necesidades de salud de las mujeres se ha visto restringida a lo reproductivo. Este enfoque cuenta con una larga trayectoria, entiende a las mujeres como un soporte de la salud de la familia y las reduce en la práctica al binomio madre-hijo. Está sustentado en el sistema sexo-género, en el cual intervienen elementos de orden simbólico y práctico que han mediatizado la relación del Estado con las mujeres en el campo de la salud.

Al parecer persiste la concepción biomédica unidimensional, donde el cuerpo de los sujetos aparece como un cuerpo objetivado, fragmentado entre aspectos psicosociales y biológicos, y en el caso de las mujeres además se restringe a sus aspectos reproductivos.

Respecto a las prácticas de las mujeres prestadoras de salud en los Centros de Salud de la Atención Primaria, es interesante como se ha reastreado una zona crítica entre la formación profesional y las orientaciones formales de los programas y su implementación en la realidad concreta, la cual está finalmente determinada por condiciones materiales que conviven con la subjetividad, énfasis y convicciones de las matronas.

En este sentido, la elección informada de un método anticonceptivo, que es una definición formal presente en el programa de la mujer, en la práctica se diluye en condiciones de escasos insumos, donde se privilegian algunos métodos para mujeres con menor adherencia y mayor vulnerabilidad y otros para mujeres consideradas de "menor riesgo". Así, el Estado, a través de sus políticas públicas, discursos, programas y profesionales le dice a cada mujer qué método anticonceptivo debe usar y con ello también aporta elementos específicos en las construcciones identitarias de esas mujeres que no pueden elegir de acuerdo a sus preferencias.

Si bien, podría ser materia de otro estudio el impacto de estas constataciones en la subjetividad de mujeres usuarias del sistema público, desde el posicionamiento teórico de la presente investigación, es posible inferir que seguramente estas prácticas mediatizan la relación de las mujeres con su propio cuerpo, ya que en la medida en que son percibidas por el equipo de salud como "mujeres de mayor riesgo de embarazo no deseado" y se les ofrece un acceso restringido a anticoncepción, en el que se privilegian métodos hormonales permanentes, también se les está diciendo de algún modo que no son capaces de administrar su fertilidad por sí mismas y que su falta de dinero para comprar un anticonceptivo, las hace menos autónomas que las mujeres con más recursos económicos. Todo esto en un contexto donde casi no existe educación sexual por lo que las mujeres no tienen muchas posibilidades de saber cómo funciona su propio organismo.

Por otro lado, si bien en contextos de pobreza urbana, el número de hijos es inversamente proporcional a las posibilidades económicas de una familia. Las matronas entrevistadas en este estudio refieren que la planificación familiar es una estrategia lejana para las usuarias, la oferta limitada de métodos anticonceptivos que muchas veces no se ajusta a la preferencia o tolerancia de las mujeres, sumado al valor social asignado a la maternidad, se traduce en un bajo empoderamiento de las mujeres respecto a administrar su fertilidad.

Por otro lado, en los capítulos anteriores se analizó ampliamente la discusión de la píldora anticonceptiva de emergencia y se relevó el valor de dicha discusión en el ámbito público, sin embargo en la práctica de las matronas, esa

discusión se produce en forma desfasada a las prácticas de salud ya en curso. Más allá de los efectos éticos, políticos y administrativos de ese debate, durante el primer gobierno de una mujer en Chile, en la atención primaria de salud ya se ofrecía a las usuarias anticoncepción de emergencia por lo que su normativización solo permitió afianzar esas prácticas y ampliar su espectro de acción. En este punto, destaca que las matronas refieren que es un recurso que tiene baja demanda, por lo que resulta interesante preguntarse cuál es la razón, ya que tras una batalla tan ardua durante el periodo en estudio, resulta paradójico que para las mujeres atendidas en la atención primaria no resulte un recurso significativo para evitar embarazos no deseados.

Por otro lado, los preservativos son considerados por las matronas entrevistadas como un método anticonceptivo restringido a mujeres y hombres con conductas valóricamente consideradas riesgosas. Si bien, claramente las relaciones sexuales sin conocer la situación serológica del compañero sexual son biológicamente la forma de transmisión de infecciones, solo se considera riesgoso si esa práctica se realiza con más de una pareja sexual o en el comercio sexual, así nuevamente las prácticas en salud dan cuenta de una moral específica que no necesariamente se corresponde a las macro definiciones programáticas de las políticas públicas.

En síntesis las acciones preventivas implementadas por las matronas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva están determinadas por condiciones materiales que impone un Estado con una oferta de prestaciones e insumos restringida y la propia subjetividad de quienes la implementan. Así la escasez de recursos, la sobredemanda de atención curativa o de tratamiento y las percepciones de las matronas imponen contextos que dificultan a las mujeres el ejercicio de sus derechos en esta materia.

CONCLUSIONES

La Medicina social ofrece una mirada crítica de la realidad que permite situar histórica y políticamente los procesos, las políticas públicas que en ellos se recrean y el quehacer de los actores y actrices que los encarnan a través de un posicionamiento político e ideológico. Así es posible explicitar el lugar desde donde se construye el análisis, no solo renunciando a toda pretensión falas de neutralidad, sino que ofreciendo una lectura de la realidad que intenta develar como los contextos vehiculizados en el lenguaje, son parte de prácticas que delimitan las posibilidades de los sujetos.

Revisar un periodo de la historia reciente de Chile desde este paradigma crítico, ha permitido develar algunos de los efectos de la Dictadura Chilena aún presentes en las políticas públicas, específicamente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva donde lo que parece propio: el cuerpo, es "sujetado" por el Estado en su expresión más fascista, la realidad que se construyó durante la Dictadura.

Resulta cuando menos doloroso constatar que a 20 años del fin de la Dictadura el país aún mantiene leyes instauradas durante ese periodo y que sus implicancias aún coartan libertades individuales tan básicas como el ejercicio de la sexualidad y la reproducción.

Si bien durante el primer gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet hubo un esfuerzo concreto por tensionar al menos dos ámbitos relacionados con la sexualidad: Ley antidiscriminación y Píldora Anticonceptiva de Emergencia, el análisis de los discursos de la época devela un conservadurismo exagerado y arraigado aún en la cultura nacional.

Pese a lo anterior, haciendo una lectura dialéctica de las luchas de intereses analizadas en las discusiones de la política pública de distribución gratuita de la píldora anticonceptiva de emergencia y recogiendo las contradicciones en el discurso de las matronas que la implementaron, es posible mirar con esperanza la realidad chilena ya que los nuevos pactos y pequeñas batallas ganadas han ido construyendo nuevas síntesis sobre las definiciones de lo socialmente valorado y con ello de lo normal y saludable

La imposibilidad de aprobar una Ley antidiscriminación en el periodo, da cuenta de que para los chilenos no fue prioritario asegurar a los ciudadanos la libertad de ejercer su orientación e identidad sexual sin riesgo a recibir algún menoscabo. Al parecer, pese a los esfuerzos realizados, la escasez de actos de reparación en una sociedad tan brutalmente violentada, tuvo por consecuencia la normalización o al menos desensibilización respecto a conductas de agresión tanto institucional como individual.

Los argumentos analizados en el debate por la píldora del día después dan cuenta de una sociedad donde se releva por sobre la autonomía de las mujeres, los valores de los distintos poderes dominantes. Destaca que la argumentación más relevante no fuese aquella que aludiera al derecho de las mujeres a decidir, sino los efectos de un medicamento y el inicio de la vida humana.

El reposicionamiento de los ciudadanos como adultos capaces de ejercer con autonomía decisiones en torno a su cuerpo, es un esfuerzo que se inició de forma sistemática en el periodo en estudio. Esos avances desde una mirada esperanzadora han sido la "tierra fértil" donde han germinado todas las reivindicaciones que el pueblo chileno ha ido ejerciendo en años posteriores y fueron el inicio de la discusión respecto al aborto terapéutico que actualmente se debate en Chile.

Durante la Dictadura el Estado se configuró por la fuerza desde una visión liberal con una economía de mercado que configuró un pensamiento hegemónico en salud, así los énfasis fueron configurados desde lo biológico e individual y administrados desde el mercado. Los gigantescos cambios en el sistema de salud separaron a los chilenos entre aquellos con derecho a elegir en un sistema privado de salud y aquellos obligados a aceptar definiciones estatales supuestamente sustentadas en el bien común pero con recursos muy escasos, de este modo se instalaron programas pro natalistas en el sistema público de salud que perduraron hasta 16 años tras el fin de la Dictadura. Sin embargo el primer periodo de Bachelet generar un equilibrio de acceso a la tecnología anticonceptiva tanto para usuarias del sistema público como privado, se optó por privilegiar la autonomía de las mujeres respecto a la

reproducción, por sobre el riesgo que supuestamente impone al crecimiento la escasa mano de obra aún existente en el país.

Los nulos esfuerzos por avanzar hacia una ley de aborto en Chile pueden ser considerados a la luz de la presente investigación, como la omisión más develadora de la correlación de fuerzas existentes en la coalición de centro izquierda que apoyó a la presidenta Bachelet para convertirse en presidenta, los grupos conservadores del país representados principalmente en la Democracia Cristiana se han aparado en una interpretación de la constitución hecha en Dictadura que "resguarda el derecho a la vida".

Durante el periodo en estudio hubo nulo avance en una legislación que resguarde los derechos sexuales y reproductivos, dejando sin ningún amparo legal a toda práctica que atente contra la familia heterosexual y monogámica.

Desgraciadamente la desigualdad no solo requiere trasformaciones que modifique el acceso individual a bienes y servicios, el Estado chileno aún no ha logrado proponer relaciones que permitan ir modificando estructuralmente las condiciones de base que generan desigualdad, por lo que el acceso a anticoncepción o, atención de salud reproductiva en sí mismos no aseguran modificaciones en la distribución del poder entre los colectivos.

Esta investigación es solo un aporte al punto de partida para revisar la historia presente de Chile, se hace muy necesario insistir en estudios que permitan comprender las contradicciones existentes en las políticas públicas de salud sexual y reproductiva del país, es urgente develar como los esfuerzos actuales no necesariamente contribuyen a generar los cambios que una sociedad tan dañada requiere para sus ciudadanos logren el pleno ejercicio de sus derechos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ander-egg, E 1984, Introducción al Trabajo Social. España Ed Siglo XXI

Baeza C, 2013 "Me trajinaron, Pedro, Juan Y Diego. Experiencias y significados de mujeres con Cáncer cérvico uterino atendidas en hospitales públicos de Santiago" Tesis para optar al título de Antropóloga Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales.

Berger P y Luckman T, 1986, La Construcción Social de La Realidad Buenos Aires, Ed. Amorrortu.

Berrecil- Montekio V, Reyes J, Annick M. 2011, El Sistema de Salud de Chile. Salud Pública México Supl 2: S132- S143

Blanco Gil J; López Arellano O. Condiciones de vida, salud y territorio: un campo temático en (re)construcción.

Blanco Gil, J; Rivera Márquez, JA; López Arellano O, Rueda Arroniz, F. (1995) Calidad de vida y salud en el Distrito Federal. En: Eibenschutz R (Coord). Programa de Desarrollo Urbano del D.F. Grupo de Estudios Metropolitanos. México: UAM-X.

Blanco Gil J; Sáenz, O. (1994) Espacio urbano y salud. Serie Medicina Social. México. Universidad de Guadalajara.

Bolvitnik J. (1990). Pobreza y necesidades básicas. Ed. PNUD. Venezuela.

Bonder G (2001) *Género y Subjetividad: avatares de una relación no evidente*.

Bordieu, P. 2000, La Dominación Masculina, Barcelona, Ed Anagrama p 51

Bordieu, P., 2001, Derecho y Clases sociales, 2° Ed, Bilbao Ed Desclee de Brower

Botella L, Pacheco M, 2001 Pensamiento Posmoderno constructivo y Psicoterapia. Revista de Psicoterapia / Vol. X - N° 37

Breilh J. (2003). Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. 1° Edición, Buenos Aires, Lugar Editorial.

Brockschmidt L y Hessling A, 2015 "La educación sexual en Alemania: Una intervención eficaz para apoyar la salud sexual y reproductiva (SSR) de personas en todo el ciclo de vida." Entre Nous, N° 82, 2015 Revista Europea de Salud Sexual Y Reproductiva, de la oficina regional para Europa de la OMS.

Casas, Lidia, 2003 "Estado de necesidad y delito de Aborto" En: Simposio Nacional: Leyes para la salud y la vida de las mujeres. Hablemos de Aborto Terapéutico, pág.113.

Carmona M, 2011 "¿Negocian las parejas su sexualidad? Significados asociados a la sexualidad y prácticas de negociación sexual" Revista Estudios Feministas. vol.19 no.3 Florianópolis set./dez. 2011

CASEN 2011, Encuesta anual, Ministerio de Desarrollo Social

CEPAL 2010. "Panorama de la Gestión Pública en América Latina"

Código Sanitario de Chile año 1931. DFL N° 226. Arts 44 y 226 del EN BCN

Concha M y Urrutia M, 2011. "Calidad de atención programa AUGE cáncer cérvico-uterino: diferencias y similitudes entre usuarias y profesionales" Revista chilena de Obstetricia y ginecología. vol.76 no.5 Santiago

Conferencia de Alma Ata, patrocinada por la OMS y El fondo de Naciones Unidas para La Infancia, 1978

Constitución Política de la República de Chile (2002), Ed. Lexis Nexis Chile. Segunda Edición, pág. 10.

Damián A. (2009). La medición de la pobreza y sus implicaciones en la determinación de los DESC. Foro UAM en la Salud: Pobre, pobreza, empobrecimiento, 11 de marzo de 2009.

De la Garza-Toledo E. (1994). Neoliberalismo y Estado. En: Laurell AC. (Coord.) Estado y políticas sociales en el neoliberalismo. Friedrich Ebert. México, págs. 59-73.

Declaración Universal de los Derechos Humanos. 1948 Cap. 25.2

De Barbieri, T, 1992 "Sobre la categoría de Género. Una introducción teórico Metodológica" Instituto de Investigaciones Sociales UNAM, Revista Mexicana de Sociología, Núm 2 Mayo- Agosto

De Sousa B. (1998). Reinventar la democracia, reinventar el Estado. Sequitur. España. Págs. 1-26.

Díaz, S. 2005, Información sobre la situación de la Planificación Familiar en Chile. ICIMER

Duran, V. y Cuellar M. A. (1989) Clases y sujetos sociales. Un enfoque comparativo. México: Instituto de investigaciones sociales, UNAM

Durkheim, E. 1895, Las Reglas del Método Sociológico

Escobar B, Román C, Muñoz C y López F, 2008 "Perfil biosocial de las usuarias que demandan la píldora de anticoncepción de emergencia en un centro de salud de Santiago, 2006-2007" Revista chilena de Obstetricia y Ginecología 2008; vol.73 N°(4): 223 – 227

Fagalde M. & Saez P. (1997) Momentos y problematizaciones en el discurso de género. En Pérez F; Raurich C; Bustos T Psicoterapia y Género. Santiago: Ed. La Morada

Fernández Castrillo B. (2007). Interfase epistemológica entre Salud y Reproducción Social. Salud Problema 1 - 2, Segunda Época, Año 1, enero - junio y julio diciembre. 2007. Págs. 22-32.

Foucault, Michel. 1977, Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber. México, Ed Siglo XXI

Foucault, M (1991). Saber y verdad, una genealogía del poder. Madrid: Ed, la Piqueta

Foucault, M. (1997). Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas. Buenos Aires: Siglo XXI

Fruggeri, Laura. El proceso terapéutico como construcción social del cambio. En Mc Namee - Gergen: La terapia como construcción social. 1996. Ed. Paidós. Barcelona

ILLANES, MA. (1993). En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia (...) Historia social de la salud pública. Chile 1880 / 1973 Santiago: Impresión La Unión.

INE, 2013. Anuario de Estadísticas Vitales.

INE, 2014. Informe Nupcialidad en Chile, Algunas Características.

Iturriaga, M. y Martines M. (2006) Financiamiento de los Sistemas de Salud Chileno Salud Pública Méx 2006; Vol. 48(6):512-521

Jellineck G, 1956 Teoría General del Estado, México

Lamas, M. (1996) El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual. Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa, México.

Lahera E, 1999.Introducción a las Políticas Públicas, CEPAL

Laumann, E., Gagnon, J.; Michael, R. ,Michaels, S(1994). The social organization of sexuality. Sexual practices in the United States. The University of Chicago Press, Chicago, USA.

Luengo X., Millán T., Zepeda A., Tijero M. 2012 "Adolescentes urbanos: conocimientos sobre la atención de salud sexual y reproductiva" Revista chilena de pediatría. vol.83 no.6 Santiago diciembre de 2012

Malthus R, 1968 "Primer ensayo sobre la población". Cap 2, pág 56. Madrid, Ed Alianza

Matamala M, 2003. Cuerpo/Sexualidad: discursos y realidad cotidiana, FLACSO

Mejía MC, 1995, "Sexualidad y derechos sexuales y reproductivos: El discurso de la Iglesia Católica" Debate feminista, 14 (27), 45-56. México.

MINSAL, 2006, Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad

MINSAL, 2015, Informe Elaborado por la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, en respuesta a oficio n°7118 de la Cámara de Diputados de Chile.

Molina R., Molina T. y González E, 2007 Centro de Medicina reproductiva y desarrollo integral de la adolescencia CEMERA. Revista médica de Chile v.135 n.1 Santiago

Moore, M 1999. "Gestión Estratégica y Creación de Valor en el sector Público" Buenos Aires, Argentina. Ed. Paidós.

Moscovici, Psicología Social. 1988 Barcelona Ed Paidós

Muñoz M. 2012, "Análisis de la Respuesta Regional Integrada en la Región de Valparaíso" tesis para optar al grado de Magíster en Gestión y Políticas Públicas del Departamento de Ingeniería Industrial de la Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas de la Universidad de Chile, Santiago

Oszlak, O (1977). Notas Críticas para una Teoría de la Burocracia Estatal, Buenos Aires, Doc. CEDES/G. E. CLACSO N° 8.

Oszlak, O y O'Donnell, G (1976). Estado y Políticas Estatales en América Latina: Hacia una Estrategia de Investigación, Doc. CEDES/G. E. CLACSO N° 4.

Parada M., Reyes C., Cuevas K. Revista Chilena de Salud Pública. Universidad de Chile. Vol. 18 N°2, año 2014 pp 127- 139.

Payne, M. 1995 Teorías contemporáneas del trabajo social. Una introducción crítica. Buenos Aires: Paidós

Pérez G. 1994 Técnicas y análisis de datos. En: Investigación Cualitativa. Retos e interrogantes II. Madrid, Ed La Muralla.

Rajevic P, 2003 "El libro abierto del amor y el sexo" Goces privados, públicos castigos. Santiago, Ed Planeta.

Reygadas L. 2004. Las redes de la desigualdad: un enfoque multidimensional. Política y cultura. 22: 7-25.

Requena, B. (1990). Aborto inducido en Chile. Santiago. Ed Mariano (: pág. 19.

Riesco M, 2007 CENDA, Chile

Robles, G. (1997), Sociología del Derecho. Madrid: Civitas pág 165

Rubin Gayle, 1986, "El tráfico de las mujeres: Notas sobre la economía política del sexo." Nueva Antropología, VIII (30), .pág 114

Ruiz J, 1996. Metodología de la Investigación Cualitativa, Bilbao Edit. Universidad de Deusto

Salazar, G y Pinto, J. 1999 Historia contemporánea de Chile. Vol II, Santiago de Chile. Ed LOM

Scott, J. 1986. El género: Una categoría útil para el análisis histórico. México: Fondo de Cultura Económica Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

The Alan Guttmacher Institute (1994) "Aborto clandestino: una realidad latinoamericana."

Sharim D. 1996 "Los Discursos Contradictorios de la Sexualidad" Santiago Ed SUR

Sharim D, 2015. "Los Vínculos de pareja en el Chile de hoy: Amor, sexualidad e intimidad" FONDECYT; Universidad Católica

Silva U, 2006 "Sexo y Derechos: las nuevas batallas por la Igualdad", Ed LOM

Silva J y Barrientos J, 2008. "Guiones sexuales de la seducción, el erotismo y los encuentros sexuales en el Norte de Chile" Rev. Estud. Fem. vol.16 no.2 Florianópolis May/Aug. 2008

Stephenson J y Pyke M, 2015. "Enfoque de Ciclo de Vida para Mujeres y sus implicancias para el cuidado de la salud en Reino Unido" Revista Entre Nous, N° 82, 2015.

Valdés T. 1988. "Venid, Benditas de mi padre". Las Pobladoras, sus rutinas y sus sueños. FLACSO

Valdés T., Gysling J, Benavente MC, 1999: "El poder en la pareja, la Sexualidad y la Reproducción" Mujeres de Santiago, Serie de libros FLACSO, Ed. LOM,

Valdés X. 2006, "Puertas adentro. Lo femenino y lo masculino en la familia contemporánea" Santiago Ed LOM

Valdés X, 2007. Transformaciones en la paternidad en Chile FONDECYT. Polis, Revista de la Universidad Bolivariana, Volumen 8, N° 23, 2009, p. 385-410

Vargas P, 1990. Construccinismo, Constructivismo y Terapia Sistémica. Zaragoza

Weeks J. 1998 *Sexualidad*. México: Paidós

Zegers, B., Contardo M., Ferrada M., Rencoret, M. Salah M., Zegers, I 2003 "Descubrir la Sexualidad" Santiago, Ediciones UC

SITIOS DE INTERNET

www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf

http://www.who.int/whr/2008/08_chap4_es.pdf

<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5113>

<http://diario.latercera.com/2010/12/29/01/contenido/pais/31-54554-9-protagonistas-detallan-como-se-derogo-el-aborto-terapeutico-en-1989.shtml>

<http://www.emol.com/noticias/Nacional/2015/08/14/745077/Deuda-hospitalaria-supera-por-primera-vez-los-200-mil-millones.html>

Anexo N°1: Descripción del Diario La Nación

Caracterización del Diario La Nación

El diario *La Nación* fue creado en 1917 como una forma de entregar información y competir con otros diarios de Santiago (El Mercurio, Las Últimas Noticias, El Diario Ilustrado, entre otros). Según su fundador, Eliodoro Yáñez, debía defender y publicitar los ideales del liberalismo dando "atención preferente a los problemas sociales que afectan a la parte de la población que representa la actividad del trabajo y del progreso económico del país" (Biografías de Chile).

En julio de 1927, durante su régimen dictatorial, el general Carlos Ibáñez del Campo expropió el diario, con lo que se transformó en el medio y portavoz oficial del Gobierno. Después de esto, su legítimo dueño, Eliodoro Yáñez, abandonó Chile, permaneciendo en el exilio hasta 1931. De vuelta en su país, sus esfuerzos por recuperar el diario *La Nación* resultaron en vano y murió en 1933, sin haber recibido compensación alguna por el incidente de la expropiación.

El periódico circuló de forma ininterrumpida hasta el 11 de septiembre de 1973, sirviendo, con sucesivas transformaciones periodísticas, a los gobiernos de Arturo Alessandri, Pedro Aguirre Cerda, Juan Antonio Ríos, Gabriel González Videla, Carlos Ibáñez, Jorge Alessandri, Eduardo Frei y Salvador Allende.

Tras el golpe militar el diario fue intervenido por las Fuerzas Armadas de Chile. Entre el 11 de octubre de 1973 y el 31 de agosto de 1975 el diario apareció bajo el nombre de *La Patria*. El 8 de septiembre de 1975 comienza a circular *El Cronista*, encabezado por la periodista Silvia Pinto y considerado como sucesor de *La Nación* y *La Patria*. Recién el 3 de junio de 1980 (casi 7 años después de su última edición) volvió a llamarse *La Nación* como tal, sin embargo, continuó con su numeración de manera normal.

Durante los años 1980, *La Nación* se convirtió en el medio oficial del gobierno de Augusto Pinochet, incluyendo en varias ocasiones diversos escritos y publicaciones de carácter propagandístico.

De una férrea defensa del Gobierno Militar, de un día para otro, en marzo de 1990, el periódico varió a una línea de centro-izquierda. Los días 5 y 6 de marzo de 1991, La Nación publicó de manera íntegra el "Informe Rettig", dado a conocer por el presidente Patricio Aylwin el 4 de marzo de ese año.

Durante los años 1990, La Nación lograba altísimas ventas en ciertas ocasiones, especialmente cuando publicaba los resultados de la **Prueba de Aptitud Académica (PAA)**, el SIMCE, o los subsidios habitacionales.

Su subsistencia económica fue asegurada por el Diario Oficial, que dependía de La Nación y con la ventaja de ser el monopolio de la información judicial y legal que debía hacerse pública.

A fines de 2004, con la idea de separar las funciones de la empresa, en tanto rol público y comercial, se procede a la división de su patrimonio creándose "Puerto Madero Impresores S.A.", empresa gráfica que funciona en forma autónoma, en tanto que La Nación S.A conserva la edición del diario La Nación y Diario Oficial.

De este modo, el diario La Nación representó durante el Mandato de Michelle Bachelet la postura del gobierno y a su vez fue el medio de comunicación que sirvió para difundir el quehacer del ejecutivo, razón por la cual se seleccionó este medio para rastrear el discurso de la salud pública en dicho periodo. Además este medio, inspirado en una vocación democrática que permanentemente se hizo explícita en su editorial, incluyó también en sus publicaciones los posicionamientos de los diversos sectores de la sociedad.

Anexo N° 2: base de datos legislación chilena vigente durante 2006- 2010:

TIPO DE NORMA	AÑO	TEMA	PROBLEMA QUE ABORDA	DERECHOS QUE PROTEGE	ACCIONES QUE REGULA	SANCIONES QUE ESTABLECE
Tratado internacional CEDAW	1998	Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer urbana y rural	Discriminación de género en el acceso a la salud	Acceso igualitario a servicios de atención médica, inclusive los referentes a planificación familiar. Servicios apropiados en relación al embarazo, el parto y el periodo posterior a éste. Servicios gratuitos en caso de ser necesario y nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.	Obligaciones del Estado en cuanto a dictar normas, diseñar políticas y desarrollar programas que propendan a la protección de la mujer en el ejercicio de los derechos que la convención protege	No establece sanciones.
Tratado internacional Convención interamericana a Belem do Pará	1998	Erradicación, sanción y prevención de la violencia hacia las mujeres	Violencia hacia las mujeres ya sea física, psicológica o sexual, comprendiendo o en esta última entre otras conductas: Violación, maltrato o abuso sexual	Art 4: Derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito privado como público, a la vida, a la integridad física, psíquica y moral, a que se respete su dignidad y que se proteja a su familia.	Art 7: Obligación del Estado y todos sus agentes de abstenerse de toda práctica o acción de violencia contra las mujeres, de tomar todas las medidas tendientes a abolir leyes y prácticas consuetudinarias que persistan o toleren la violencia en contra las mujeres. Art 8: Suministrar servicios especializados	Posibilidad de cualquier persona o grupo de recurrir ante la corte interamericana a de DDHH para presentar queja o denuncia en contra del Estado parte de la convención por infracción de los deberes establecidos en el artículo 7 de la misma.

					para la atención necesaria de la mujer objeto de violencia.	
TIPO DE NORMA	AÑO	TEMA	PROBLEMA QUE ABORDA	DERECHOS QUE PROTEGE	ACCIONES QUE REGULA	SANCIONES QUE ESTABLECE
Ley N° 19.617	1999	Reforma el código penal en relación a los delitos sexuales	Atención a Víctimas de delitos sexuales en centros de salud tanto públicos como privados	Recibir atención de salud conducente a acreditar el cuerpo del delito e identificar a los partícipes en su comisión. Recibir copia del acta que consigna los resultados de exámenes y pruebas biológicas por parte de la víctima. Reserva de identidad de las víctimas	Art 3 N° 3: Reserva de identidad de las víctimas de delitos sexuales. Art 3 N° 5: Deber de los hospitales y otros establecimientos de salud de practicar reconocimientos, exámenes y pruebas para la acreditación de delitos sexuales custodiando y conservando los resultados por al menos un año y bajo estricta reserva para ser remitidos al tribunal correspondiente.	No establece sanciones.

Decreto N° 362 de 1983 derogado por el N° 206 de 2005	2007	Reglamento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS)	Manejo y control de las ITS: prestaciones de salud para las personas afectadas. Educación sexual.	Atención y tratamiento gratuito y confidencial para las personas afectadas por ITS. Control voluntario y confidencial para las personas con conductas de riesgo.	Obligación del médico tratante de notificar a la autoridad sanitaria de diagnóstico de ITS. Actuación del Ministerio de Salud en el diseño de planes, programas y reglamentos para el manejo, control y estadísticas de ITS. Obligación de los establecimientos educacionales de impartir educación sexual.	No establece sanciones.
TIPO DE NORMA	AÑO	TEMA	PROBLEMA QUE ABORDA	DERECHOS QUE PROTEGE	ACCIONES QUE REGULA	SANCIONES QUE ESTABLECE

Decreto N° 712 de 1999 derogado por el N° 158 de 2004	2005	Reglamento sobre notificación de enfermedades de transmisión sexual de notificación obligatoria	Comunicación al Ministerio de salud de la detección y diagnóstico de determinadas enfermedades (ITS) por parte de los servicios de salud y sus agentes responsables.	Art 4: Tratándose de infecciones de transmisión sexual, el afectado tiene derecho a que se omita su nombre y dirección reemplazándose por su N° de cédula de identidad y comuna de residencia. Protección de datos de acuerdo a la normativa de protección de la vida privada.	Art N°1 a), b) y c) Plazos de notificación de las enfermedades a las autoridades de salud. Art 4: Procedimiento de notificación vía formulario especial. Art 8, 9, 10: Proceder de laboratorios y bancos de sangre en la notificación y vigilancia de ciertos agentes patógenos y su comunicación con el ISP.	Art 13: establece sanciones por infracción al reglamento de acuerdo al Libro X del código sanitario.
Ley N° 19.779 de 2001 modificada por la N° 20077 de 2005	2001	Establece normas relativas al Virus de inmunodeficiencia Humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas.	Establece derechos de las personas portadoras y enfermas de VIH.	Art N° 1: Libertad e igualdad de las personas portadoras y enfermas en el ejercicio de sus derechos. Art N° 7: No discriminación. Ningún establecimiento de salud, público o privado puede negarse al ingreso o atención de personas afectadas por VIH o condicionarios a la realización del examen o sus resultados. Voluntariedad y confidencialidad del interesado	Campañas de difusión estatales, difusión y promoción de los derechos y responsabilidades de las personas enfermas. Fomento estatal de centros públicos y privados de prevención e investigación. Bonificación fiscal a personas de escasos recursos que hasta 2006 costearon su tratamiento	Infracción al artículo 7 genera multa con beneficio fiscal de entre 10 y 50 UTM, sin perjuicio de la responsabilidad por los daños causados.

				en la realización del examen o en la entrega de sus resultados.		
TIPO DE NORMA	AÑO	TEMA	PROBLEMA QUE ABORDA	DERECHOS QUE PROTEGE	ACCIONES QUE REGULA	SANCIONES QUE ESTABLECE
Ley N° 19.966	2004	Establece un régimen de garantías en salud	Acceso, oportunidad, calidad y financiamiento de las prestaciones de salud asociadas a un conjunto priorizado de enfermedades que se determinarán en un reglamento posterior.	Aseguramiento obligatorio de prestaciones y cobertura financiera a sus beneficiarios por parte del Fondo Nacional de Salud e instituciones de salud previsional del sistema privado.	Art 11 Ordena, que el Ministerio de Salud dicte un reglamento que detalle las garantías explícitas en Salud, respecto a un conjunto priorizado de enfermedades: su forma, oportunidad y condiciones. Regula los porcentajes de cobertura financiera y procedimientos de cálculo de la misma.	Art 38: Los órganos de administración del Estado en materia sanitaria serán responsables del daño por falta de servicio. Art 42. Las instituciones de salud previsional serán responsables de daño por incumplimiento o negligente de su obligación de asegurar el otorgamiento de garantías explícitas de salud cuando sea consecuencia directa de su actuar.

Decreto N° 170	200 5	Garantías explícitas en salud, del régimen general de garantías en salud.	Detalla los problemas de salud que son objeto de garantía explícita y sus porcentajes de cobertura financiera.	Derecho a diagnóstico, tratamiento y seguimiento según sea el caso, así como una atención oportuna dentro del plazo que se determina para cada enfermedad. Derecho a gratuidad de las prestaciones para los grupos de beneficiarios más vulnerables económicament e.	Señala entre otras patologías: VIH, cáncer cervico uterino, cáncer de mama, cáncer de testículo como objeto de garantía. Cobertura en prevención de problemas de salud de la población en general. Test de Elisa para embarazadas. Papanicolaou gratuito para mujeres entre 20 y 64 años.	No establece sanciones.
TIPO DE NORMA	AÑO	TEMA	PROBLEMA QUE ABORDA	DERECHOS QUE PROTEGE	ACCIONES QUE REGULA	SANCIONES QUE ESTABLECE

Resolución exenta N° 622 del Ministerio de Salud	2005	Norma de la prevención vertical del VIH	Transmisión del VIH de la madre al hijo durante el embarazo, parto y lactancia.	Derechos reproductivos de la mujer y no discriminación.	Aplicación por parte de los servicios de salud de un protocolo sanitario que mediante detección universal de VIH en embarazadas, minimice el riesgo de transmisión vertical durante este proceso, el parto y la lactancia. Test de Elisa Universal (voluntario) para embarazadas. Cesárea electiva.	No establece sanciones.
Decreto N° 561 del Ministerio de Salud	2000	Norma de manejo post-exposición laboral a sangre en el contexto de la prevención de infección por VIH.	Protección laboral del personal de salud profesional y no profesional que se ve expuesto a fluidos corporales contaminados con VIH.	Derecho a la seguridad laboral. Protección de la integridad física del funcionario afectado	Aplicación de protocolo de manejo de profilaxis post exposición.	No establece sanciones.
Resolución exenta N° 371 de 2001. Modificado por el decreto N° 182 del Ministerio de Salud.	2005	Regula el procedimiento de examen para la detección de VIH.	Aplicación de test de Elisa	Derecho a información previa, aplicación voluntaria y notificación de los resultados.	Aplicación de protocolo de aplicación del test a diferentes grupos etéreos, confirmación de resultados y notificación de los mismos. Consejería previa a la aplicación a víctimas de delitos sexuales. Obligatoriedad de la aplicación	No establece sanciones.

					del test en caso de donación de sangre y órganos para transplante.	
TIPO DE NORMA	AÑO	TEMA	PROBLEMA QUE ABORDA	DERECHOS QUE PROTEGE	ACCIONES QUE REGULA	SANCIONES QUE ESTABLECE
Resolución exenta N° 2326 Ministerio de Salud	2000	Fija directrices para los servicios de salud acerca de la esterilización masculina y femenina.	Necesidad de dictar nuevas normas que regulen el ejercicio de acciones de esterilización basado en criterios técnicos actuales, derogando las disposiciones vigentes desde 1975.	Derechos reproductivos de las personas. Igualdad en el acceso a este tipo de prestaciones para los beneficiarios del sistema público de salud.	Acciones de salud tendientes a la esterilización ya sea prescrita o voluntaria. Procedimientos de manifestación de voluntad y consejería en caso de solicitud de esterilización.	No establece sanciones.
Resolución exenta N° 527 Ministerio de Salud	2004	Normas y Guía clínica para la atención en servicios de urgencia a personas víctimas de violencia sexual.	Protocolo de atención a víctimas de atentados sexuales en los servicios de urgencia del sistema público.	Derechos sexuales y reproductivos. Derecho a atención eficaz y oportuna para aminorar el daño. Derecho a un trato digno y respetuoso.	Protocolo de atención clínica para el diagnóstico y tratamiento. Aplicación de anticoncepción de emergencia en caso de violación a mujeres en edad fértil. Tratamiento de lesiones e infecciones producidas por el atentado sexual. Informe médico legal.	No establece sanciones.

Decreto supremo N° 48 declarado inconstitucional en sus partes C y D en abril de 2008 en referencia a anticoncepción de emergencia y anticoncepción a poblaciones específicas.	2007	Normas nacionales de regulación de la fertilidad	Planificación familiar en las políticas de salud pública	Derecho a la salud sexual y reproductiva. Derecho a la libertad de pensamiento y conciencia. Derecho a la dignidad. Derecho a la información.	Prestaciones de salud sexual y su calidad. Utilización de diversos métodos anticonceptivos inclusive de emergencia. Entrega de información a los usuarios para una libre elección del método. Criterios médicos para la aplicación de los diversos métodos anticonceptivos.	No establece sanciones.
TIPO DE NORMA	AÑO	TEMA	PROBLEMA QUE ABORDA	DERECHOS QUE PROTEGE	ACCIONES QUE REGULA	SANCIONES QUE ESTABLECE
Decreto exento N° 835 Ministerio de salud	2010	Manual de procedimiento para la detección y diagnóstico de la infección por VIH.	Estandarización en la aplicación del marco jurídico vigente en la materia	Derecho a la atención digna y eficaz	Procedimientos clínicos en la detección, diagnóstico, tratamiento y control de pacientes con VIH. Procedimientos de vigilancia epidemiológica. Planificación y gestión de procesos.	No establece sanciones.

Ley N° 20418	2010	Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad.	Esta ley se crea con el objeto de solucionar el conflicto generado por la píldora PAE, estableciendo el derecho a elegir libremente y con respeto a las creencias, el método de anticoncepción a utilizar.	Derecho a información completa y sin sesgo, respeto a las creencias y formación valórica del consultante y obligación de informar a un adulto en caso de tratarse de suministrar anticonceptivos a menores de 14 años. Confidencialidad y privacidad. Acceso equitativo a los fármacos de control de fertilidad.	Atención, información y orientación respecto de los métodos anticonceptivos disponibles en el sistema de salud.	No establece sanciones.
--------------	------	--	--	--	---	-------------------------

EDAD:	SEXO:	PROFESIÓN:
FORMACIÓN PROFESIONAL:		
CARGO Y ANTIGÜEDAD:		
SITUACIÓN DE PAREJA:		
HIJOS/n°		JEFATURA DE HOGAR
INGRESOS FAMILIARES:		
a) entre 500 y 700 mil b) entre 700 mil y 1 millón c) más de un millón		
REALIZA JORNADA:		
a) única (trabaja remuneradamente solo en un lugar y tiene apoyo en labores domésticas)		
b) doble simple (trabaja remuneradamente en un lugar, pero además realiza las labores domésticas)		
c) Doble remunerada (trabaja remuneradamente en 2 lugares y tiene apoyo en las labores domésticas)		
d) Triple (trabaja remuneradamente en 2 lugares y además realiza las labores domésticas)		
CUANDO NECESITA ATENCIÓN DE SALUD EN GENERAL ACCEDE A TRAVÉS DE:		
CUANDO NECESITA ATENCIÓN DE SALUD EN TEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ACCEDE A TRAVÉS DE:		
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL:		
(1) insatisfecho/a		
(2) un poco insatisfecho/a		
(3) un poco satisfecho/a		
(4) muy satisfecho/a		

ANEXO N° 2

Síntesis cronológica del desarrollo de la coyuntura en relación a la píldora del día después en el diario La Nación.

18-03-06: Laboratorio Grunenthal retira píldora del día después de las farmacias arguyendo inestabilidad del negocio.

23-03-06: Presentan demanda para impedir comercialización de píldora del día después por considerarla abortiva.

10-04-06: ONG señala que consultorios no cumplen norma que regula entrega de píldora del día después, actuando cada funcionario según su propia voluntad.

05-09-06: algunos alcaldes se niegan a distribuir la píldora del día después. Advirtieron que recurrirán al Tribunal Constitucional. Gobierno responde que tomarán acciones legales con quienes no acaten la norma.

07-09-06: alcaldes de la Alianza por Chile cumplen su amenaza de no distribuir la píldora e interponen dos recursos de protección contra el MINSAL.

07-09-06: Iglesia critica con fuerza norma sobre entrega de píldora. Afirman que medida es política pública propia de regímenes totalitarios.

07-09-06: La Moneda responde a la Iglesia en declaración de 5 puntos: "El gobierno no impone conductas", sino que se hace cargo de la realidad de la actividad sexual precoz, del embarazo adolescente y de la desigualdad.

11-09-06: Corte declaró admisibles recursos que intentan evitar distribución de la "píldora".

13-09-06: Corte detiene entrega de píldora sin consentimiento de padres.

22-09-06: Corte cambia postura y autoriza entrega de píldora del día después.

22-09-06: UDI pide a Iglesia más intervención en agenda valórica y acusa al Gobierno de intolerancia.

30-09-06: Masiva marcha contra "píldora" en Concepción (3.000 personas).

05-10-06: Juventud PPD interpone recurso contra alcaldesa de Concepción por no entregar la píldora.

05-10-06: Alianza formalizó interpelación a Ministra de Salud por píldora.

19-10-06: Tribunal Constitucional evaluará distribución de píldora del día después

20-10-06: Interpelación a Barría no tocó tema de paro ni píldora. (preguntas muy largas de la alianza malgastaron su tiempo).

26-10-06: Corte analiza recursos contra la Píldora del Día Después

10-11-06: Corte da luz verde a entrega de la "píldora del día después"

15-11-06: A la Corte Suprema entrega de la "píldora del día después"

13-01-07: Píldora del día después: Bachelet firmará decreto supremo tras fallo "de forma" del TC, ahora sólo podrá ser entregada en casos de violación.

15-01-07: Funcionarios de la salud llaman a seguir entregando píldora del día después.

31-01-07: Corte Suprema rechaza demanda contra la píldora del día después.

02-02-07: Alcaldesa Elhers reitera que no entregará la píldora

03-02-07: Rige obligación de entrega de la píldora del día después

16-02-07: Alcalde Zalaquett presenta recurso de protección contra "píldora del día después"

20-02-07: Fracasa nuevo recurso contra la píldora del día después interpuesto por Zalaquett.

25-02-07: Zalaquett insistirá en Corte Suprema para impedir distribución de píldora del día después.

16-03-07: El Bosque entregará píldora del día después a mujeres de Lo Barnechea y Puente Alto (Comunas donde sus alcaldes no la distribuyen).

22-03-07: Tribunal Constitucional declara inadmisibile nuevo recurso contra la píldora del día después

10-10-07: Fuerte ofensiva contra farmacias que no distribuyen "píldora del día después"

30-10-07: Obispos abogan por "libertad de conciencia" de farmacias

02-11-07: Acusan a farmacias de boicotear políticas de salud.

04-11-07: Diputados (DC, RN, UDI) insisten en que píldora del día después es abortiva

30-11-07: Pugna en TC por píldora del día después. Alianza tiene como abogada a asesora de la Conferencia Episcopal.

04-04-08: Tribunal Constitucional confirma prohibición de la "píldora del día después".

04-04-08: Píldora: Gobierno dice que fallo del TC perjudica a sectores más pobres

07-04-08 Píldora: diputados RN apoyarán al gobierno.

07-04-08: Minsal estudia alternativas para distribuir la "píldora"

08-04-08: Píldora: Obispo Goic pide "respetar la institucionalidad del país"

11-04-08: Crecen manifestaciones en contra del fallo del TC por píldora del día después.

Trabajadores llaman a movilizarse

19-04-08: Tribunal Constitucional oficializa fallo contra la píldora

22-04-08: Barría: la píldora puede ser distribuida en municipios

22-04-08: Más de 20 mil personas marchan contra fallo del TC

23-04-08: Píldora: municipios la venderán a \$1, o será distribuida gratis vía ONGs

22-05-08: Píldora: la Presidenta Bachelet apela a libertad de las personas y anuncia que píldora estará disponible en los municipios.

01-08-08: Gobierno reitera autonomía de municipios para entrega de la "píldora"

19-06-09: Gobierno buscará la forma legal de distribuir la píldora

22-06-09: Gobierno resolvió legislar distribución de la píldora del día después

02-07-09: Se avanza en mayoría para entrega de píldora (gobierno en cámara de diputados)

13-07-09: Píldora del día después pasa primera valla con votos de Rubilar (RN) y Lobos (UDI)

15-07-09: Píldora aprobada en agitado debate de diputados

11-08-09: Comisión de Salud del Senado da luz verde a píldora del día después