



**Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Sociología**

Derechos Sexuales y Reproductivos en la Atención Primaria de Salud

Tesis para optar al grado de Socióloga

**María Ignacia Valdivieso Cariola
Profesor guía: Eduardo Morales**

**Santiago, Chile
Diciembre 2005**

Agradecimientos

Quiero expresar mi agradecimiento al Servicio de Salud Metropolitano Sur, especialmente al director Dr. Rodrigo Contreras, por el financiamiento que posibilitó la realización de esta investigación.

Gracias al personal del Centro de Salud Familiar San Joaquín y del Consultorio Amador Neghme, por la paciencia y colaboración en la recolección de las fichas médicas.

Gracias a todas las mujeres que me abrieron sus puertas para conversar de sus experiencias personales en torno al importante tema de la Salud Sexual y Reproductiva.

Gracias a la profesora Doris Cooper Myer por el tiempo y conocimiento entregados durante estos meses.

Gracias a los profesores Eduardo Morales y Silvia Lamadrid por sus valiosos comentarios y sugerencias.

Gracias a Ismael Puga por compartir sus conocimientos en metodología cuantitativa y SPSS.

Sin ellos esta investigación no se hubiese podido llevar a cabo.

ÍNDICE

Introducción	5
I. Planteamiento del problema	6
II. Antecedentes de la Investigación	7
1. Reseña histórica de los Derechos Sexuales y Reproductivos	7
2. Derechos sexuales y reproductivos en las políticas poblacionales	10
3. Proyecto de ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos	13
4. Investigaciones previas en Chile	15
5. Programa Salud de la Mujer	22
III. Marco Teórico	26
1. El Feminismo Marxista	27
2. El Feminismo Socialista	28
3. Los sistemas de género como sistemas de poder y resolución de conflictos	29
4. Género y sexualidad	32
5. Pierre Bourdieu y la dominación masculina	34
IV. Acápito Psicosocial	39
1. Las Percepciones Sociales	39
2. Los Valores y las Motivaciones	40
3. Los roles	41
4. Las actitudes	42
V. Objetivos del estudio	45
VI. Hipótesis	46
VII. Marco metodológico	47
1. Tipo de Investigación	47
2. Universo	47
3. Unidad de estudio	47
4. Muestra	48
5. Instrumentos de medición	48
6. Recolección de datos	49
7. Confiabilidad y Validez la investigación	50

VIII. Análisis de los datos	51
1. Introducción	51
2. Descripción Cuantitativa de la población	51
Objetivo Específico N° 1	51
A. CENTRO DE SALUD FAMILIAR SAN JOAQUÍN	51
B. CONSULTORIO AMADOR NEGhme RODRÍGUEZ	63
Conclusiones respecto del objetivo específico N° 1	75
Objetivo Específico N° 2	80
Conclusiones respecto del Objetivo Específico N° 2	85
3. Descripción Cualitativa de la población	86
Objetivo Específico N° 3	86
1. Regulación de la Fecundidad	86
2. Salud Sexual	96
3. Derechos Sexuales y Reproductivos	102
Conclusiones respecto del Objetivo Específico N° 3	111
Objetivo Específico N° 4	114
1. Conductas sexuales	114
2. Valores en torno a la sexualidad	117
3. Normas Sociales y otros factores socio-culturales	124
4. Roles de género: Maternidad y Sexualidad	131
5. Toma de decisiones y Manejo del Dinero	139
Conclusiones respecto del Objetivo Específico N° 4	143
Objetivo Específico N° 5	150
A. CENTRO DE SALUD FAMILIAR SAN JOAQUÍN	150
B. CONSULTORIO AMADOR NEGhme RODRÍGUEZ	160
Conclusiones respecto del Objetivo Específico N° 5	168
IX. Conclusiones y Recomendaciones	171
Anexos	184
X. Bibliografía	188

Introducción

Los Derechos Sexuales y Reproductivos se definen como “el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de los hijos y a disponer de información, educación y los medios para ellos; el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva; el derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción ni violencia”.

En 1994, en la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo, Chile firma un acuerdo internacional donde se compromete a trabajar por un conjunto de metas y mecanismos que hagan posible llevar a cabo estos Derechos. Entre ellos, se reafirma que todas las personas tienen derecho a servicios de buena calidad de atención en salud; se reconoce el papel central que tiene la sexualidad y las relaciones entre hombres y mujeres en lo relativo a la salud y los derechos de la mujer; y se afirma que los hombres deberían asumir la responsabilidad de su comportamiento sexual, su fecundidad, la transmisión de enfermedades de transmisión sexual y el bienestar de sus compañeras y los hijos que procrean.

Esta investigación pretende dar cuenta del estado de dichos derechos, a partir los conocimientos, actitudes, valores y percepciones de las usuarias del Control de Regulación de Fecundidad, actividad del Programa Salud Mujer del Ministerio de Salud de Chile. Esta actividad, que se realiza en los servicios de Atención Primaria de Salud, informa y otorga métodos anticonceptivos a mujeres y/o sus parejas que quieran regular su fecundidad, lo que implica un espacio para el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de la población.

La perspectiva de género abre enormes posibilidades de interpretación y explicación a los fenómenos referidos a la sexualidad y la reproducción. Por un lado, porque culturalmente se han construido diferentes definiciones en torno a las conductas sexuales y los roles en la reproducción para hombres y mujeres, constituyéndose un ámbito importante de desigualdad. Por otro, porque las políticas y programas de planificación familiar han estado a cargo de sectores de poder, principalmente masculinos, sin tomar en consideración las necesidades de las mujeres.

De esta manera, los aportes de la investigación sobre la percepción de las mujeres de los aspectos positivos y negativos de los servicios de salud, así como sobre la realidad de sus conocimientos y necesidades, pueden dar luces para el mejoramiento de los programas de Salud Sexual y Reproductiva. Además, la investigación da cuenta de algunos cambios en las vivencias y significaciones otorgados a la sexualidad y la reproducción, y cómo éstas pueden influir en la distribución de poder al interior de las parejas. Aportando a la discusión teórica, entonces, la importancia de los Derechos Sexuales y Reproductivos en las relaciones de género, tanto para los hombres y mujeres que quieren ejercerlos, como para las autoridades –públicas o privadas- que los concretizan y planifican.

I. Planteamiento del problema

La Salud Sexual y Reproductiva se ha constituido como un problema social reconocido por diversos organismos internacionales. Ya desde 1968 se comenzó a discutir el concepto de salud reproductiva, el cual se fue desarrollando y refinando cada vez más. Se han realizado distintas Conferencias Mundiales de Población y Conferencias de Población y Desarrollo, donde se ha demostrado la necesidad de incluir en los Derechos Humanos a los Derechos Sexuales y Reproductivos, dados los índices de embarazo no deseado, aborto inducido, y transmisión de enfermedades por vía sexual, incluyendo el VIH/SIDA. Chile asistió a algunas de estas conferencias, entre las que se destaca la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo, en 1994, donde el país firma el compromiso de otorgar a la población la información y los medios para ejercer libremente su derecho de decidir el número y espaciamiento de sus hijos. Así, el concepto de Derechos Reproductivos se ha ido abordando a través de los años como un paso previo para las políticas y los programas públicos de salud.

En Chile se han realizado diversas investigaciones sobre la sexualidad en jóvenes y adultos, las que muestran grandes cambios en las últimas décadas, tanto en las conductas sexuales como en las percepciones personales de su normatividad y significación. Entre estas investigaciones destaca la realizada por Sur Profesionales donde las mujeres muestran un cambio respecto a su sexualidad, en tanto ésta “no implica solo una condición instrumental en función del otro”, sino que constituye “una fuente de satisfacción para la mujer” (Sharim, et. al., 1996:83). Otras investigaciones dan cuenta de estos cambios, por ejemplo, respecto a las relaciones prematrimoniales. Aquí encontramos una encuesta realizada por FLACSO el 2001 que señala que la mayoría de la población (65%) está muy de acuerdo o de acuerdo con la afirmación “si una pareja de pololos se ama no hay nada de malo que mantengan relaciones sexuales”, en contraste con el 21% que está muy en desacuerdo o en desacuerdo con ella. La misma encuesta arroja opiniones respecto del aborto; el 57,6% de los encuestados opinó que en Chile se debiera legislar en torno al tema (FLACSO, 2001:64-71). Por otra parte, existen investigaciones cualitativas respecto de los sistemas de Salud Pública y los llamados “Programas de Planificación Familiar”, entre las que se destaca el estudio que muestra que las usuarias de los Dispositivos Intrauterinos (DIU), están desinformadas, y tienen percepciones sobre las matronas que hacen que no vuelvan a los controles (Di Silvestre, 1997).

Desde 1997, se ha ido efectuando en Chile el Programa Salud de la Mujer, entre cuyas actividades está el Control de Regulación de Fecundidad (CRF), también llamado Paternidad Responsable o Planificación Familiar. Sin embargo hasta la fecha no se han realizado estudios globales sobre el funcionamiento de esta actividad en sus diferentes aspectos; información, acceso, calidad de atención, métodos anticonceptivos (MAC), esterilización, etc., y en usuarias de diferentes estratos sociales, etnias, religiones, y edades, desconociéndose el alcance y el impacto del CRF sobre la población. Además, no se ha investigado sobre el uso masculino de estas actividades, si es que existe, ni las actitudes que tienen las usuarias y los usuarios hacia la sexualidad y sus roles dentro del ámbito sexual.

Tomando en cuenta estas carencias, se decidió evaluar el Control de Regulación de Fecundidad, como una forma de conocer cualitativamente el estado de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) en Chile, desde la perspectiva de las(os) propias(os) usuarias(os). La siguiente

investigación pretende dar cuenta entonces, desde la perspectiva de sus usuarias/os, tanto de las insuficiencias, como de los aciertos del CRF en relación con la calidad de la atención y de la información entregada sobre la regulación de la fecundidad, así también como los posibles efectos que éste pudiera tener en las conductas sexuales y las actitudes hacia la sexualidad y otros temas relevantes en los sistemas de sexo/género del Chile de hoy. De esta manera, la investigación permite utilizar la percepción de las propias usuarias del Control de Regulación de Fecundidad, en la elaboración y mejoramiento de esta actividad del Programa Salud Mujer, como una forma de contribuir, en lo posible, al ejercicio real en Chile de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres.

II. Antecedentes de la Investigación

1. Reseña histórica de los Derechos Sexuales y Reproductivos

La noción de Derechos Reproductivos surge como una ampliación a la formulación inicial de los Derechos Humanos, en la Conferencia sobre Derechos Humanos de Teherán de 1968, y como respuesta a los avances de los denominados “programas de planificación familiar” de entonces. Se definió a los Derechos Reproductivos como “el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de los hijos y a disponer de información, educación y los medios para ellos; el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva; el derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción ni violencia”. En 1969 se crea el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), con lo que se desarrolla un proceso ininterrumpido de conferencias, y la temática se incorpora al debate permanente de organizaciones multinacionales (Valdés, Faúndez, 1997:9). Luego, en 1974, se reafirmó el derecho a la decisión reproductiva ya establecida, y se amplió en dos sentidos: se mencionó que es un derecho de los individuos y no de las parejas, y además se determinó que le corresponde al Estado un papel activo en el resguardo de tal derecho, señalando que las personas deben tener los medios, la educación y la información para hacerlo efectivo. Estos derechos se definieron en relación con el libre ejercicio de la sexualidad y la reproducción, independientemente de la edad, sexo, condición social, etnia y religión.

En la década de los ochenta, continuó la discusión respecto de este problema social, redefiniéndose algunos aspectos y conceptos. En 1994, el área temática entró en discusión en la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo, donde hubo diversas posiciones que entraron en controversia. El Vaticano, el movimiento pro-vida y algunas delegaciones de países cuestionaron parte importante del documento de discusión, incluyendo cuestiones relativas “a la responsabilidad de los gobiernos de proveer servicios integrales, seguros y accesibles en salud reproductiva, incluidos los servicios para adolescentes; y donde se hacía referencia a la pluralidad de formas de familia” (Valdés, Faúndez, 1997:11), así como el concepto mismo de salud reproductiva elaborado por la Organización Mundial de la Salud¹.

¹ La OMS señala la salud reproductiva como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente de dolencias y enfermedades, en todas las cuestiones relacionadas al sistema reproductivo y a sus funciones y procesos. La salud reproductiva implica, entonces, que todas las personas estén capacitadas para tener una vida sexual segura y satisfactoria; y que tienen la capacidad para reproducirse y la libertad para decidir si, cuándo y con qué frecuencia hacerlo. Implícita en esta última condición está el derecho de los hombres y mujeres a estar informados y a tener acceso a métodos de regulación de la fecundidad seguros, y les otorguen a las parejas la mejor oportunidad de tener un niño/a saludable”

Por otra parte, los expertos en población mantenían una visión en el marco de la propuesta económica *transformación productiva con equidad* elaborada por CEPAL. Este enfoque buscaba el crecimiento económico para los países latinoamericanos junto con implementar políticas redistributivas en todos los ámbitos que acorten las brechas sociales que existen al interior de los países. Desde este punto de vista, el problema poblacional principal de la región es que las encuestas y otras investigaciones han demostrado que “la mayoría de la población desea ejercer ese derecho, pero parte importante de ella no lo puede hacer por falta de información y medios materiales”. El giro que aquí se expresa es que las metas demográficas no deben ser el norte de las políticas de población, sino la demanda insatisfecha de la población, es decir, que todos puedan ejercer sus derechos reproductivos.

Por su parte, las mujeres plantean una postura más radical en la defensa de estos derechos sobre la base de dos puntos centrales. Por un lado, la necesidad de que las políticas de población consideren a las mujeres como sujetos sociales, y no como objetos destinatarios de unos ciertos programas, es decir, reconocer el derecho de que ellas tomen sus propias decisiones y a participar en el diseño e implementación de las políticas que las afectan. Y por otro lado, se entiende el derecho reproductivo a decidir cuántos hijos y cuándo tenerlos en vinculación con otro derecho fundamental, que es el derecho a la decisión sobre el propio cuerpo.

También se hicieron otras críticas desde la perspectiva del género. Se señala que la planificación familiar recae solamente en las mujeres, de manera que no se promueve que los hombres asuman su responsabilidad en la reproducción; que se centra en la etapa marital, excluyendo a jóvenes, solteras y adultas mayores de los servicios; y que no se hace cargo de los abusos en los sistemas de salud como practicar esterilizaciones o dar Métodos Anticonceptivos (MAC), sin suficiente información. Además se señala que la sexualidad sigue siendo ocultada como tema de discusión y de educación, así también como que el tema ha sido concentrado en el tener menos hijos, pero no se han cuestionado los papeles estereotipados de madre y padre, ni se mira la reproducción como algo valioso.

A pesar de las divergencias, se logró un acuerdo entre los países respecto de estas materias que fueron plasmados en el Consenso sobre el Programa de Acción de la CIPD. El documento se refiere a varios aspectos sobre el desarrollo sostenible, entre los cuales, los relacionados a los derechos reproductivos son los siguientes (Valdés, Faúndez, 1997:14):

- ✓ Reafirma que todas las personas tienen derecho a servicios de buena calidad de atención en salud.
- ✓ Detalla las acciones necesarias para lograr el fomento de la autonomía de la mujer en la vida política, social, económica y cultural de su comunidad y no simplemente mejorar la condición del papel de la mujer.
- ✓ Reconoce el papel central que tiene la sexualidad y las relaciones entre hombres y mujeres en lo relativo a la salud y los derechos de la mujer.
- ✓ Afirma que los hombres deberían asumir la responsabilidad de su propio comportamiento sexual, su fecundidad, la transmisión de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el bienestar de sus compañeras y los hijos que procrean.
- ✓ Define los servicios de salud reproductiva y sexual y exhorta a proveer servicios e información integrales de buena calidad para todos, incluidos los y las adolescentes.

- ✓ Reconoce que el aborto en condiciones no adecuadas es un grave problema de salud pública y exhorta a los gobiernos a reducir la incidencia del aborto en condiciones no adecuadas, a asegurar que los servicios se presten en condiciones de seguridad cuando no están prohibidos por la ley, a ofrecer asesoramiento fiable y comprensivo a todas las mujeres que tengan embarazos no deseados y a proveer asistencia humanitaria a todas las mujeres que padezcan consecuencias de abortos practicados en condiciones no adecuadas.

Para concretar estos acuerdos los gobiernos también se comprometieron a desarrollar estrategias y políticas atinentes. Entre ellas se encuentran los siguientes principios de formulación de políticas:

- ✓ Definir las metas y políticas de población en función de las necesidades no satisfechas y no imponer cuotas o metas para el conseguimiento de usuarios; eliminar todas las formas de coerción en los programas de planificación de la familia.
- ✓ La promoción de los derechos reproductivos para todas las personas debería ser la base fundamental de todas las políticas y todos los programas que reciben apoyo en los gobiernos y la comunidad en la esfera de la salud reproductiva, incluidas la planificación de la familia y la salud sexual.
- ✓ En el ámbito internacional, especialmente en las instituciones públicas y privadas y el sistema de las Naciones Unidas, incorporar una perspectiva de género en todas las políticas y todos los programas para analizar sus efectos sobre los hombres, las mujeres y los niños, incluyendo cuestiones relativas al nivel socioeconómico y a la salud de la mujer.

Respecto de los mecanismos de seguimiento desde la sociedad civil, los países que firmaron el Plan de Acción en El Cairo y demás conferencias se comprometieron a:

- ✓ Establecer mecanismos multisectoriales, inter e intraministeriales para ejecutar y supervisar los compromisos, especialmente en las esferas de la Salud Sexual y Reproductiva y en la forma de las políticas y programas de salud de la mujer.
- ✓ Establecer y fortalecer los mecanismos en todos los niveles para asegurar la responsabilidad de los programas y políticas nacionales ante la población, en particular ante las mujeres y los grupos vulnerables, como los adolescentes y la población rural.
- ✓ En colaboración con las organizaciones no gubernamentales, preparar evaluaciones e informes periódicos para supervisar el logro de las metas y objetivos acordados en los compromisos internacionales.
- ✓ Establecer mecanismos nacionales de seguimiento para apoyar la sociedad civil y alentar su participación, especialmente las organizaciones no gubernamentales y los grupos de mujeres, incluido el suministro de recursos financieros y técnicos suficientes, así como la información y documentación.
- ✓ Intensificar la cooperación con el sector privado, y conseguir su participación, especialmente en la erradicación de la pobreza y el proceso de formulación y aplicación de políticas de salud.
- ✓ Descentralizar los servicios de salud y hacer participar a las organizaciones comunitarias y no gubernamentales, especialmente en la atención de la salud sexual y reproductiva.

Tomando en cuenta los principios y estrategias a los que se han comprometido los gobiernos, entre los cuales se encuentra Chile, surgió la pregunta respecto a en qué medida se llevan a cabo,

y también la necesidad de realizar una evaluación del cumplimiento de esos compromisos. Como lo señala Gysling (1994:14), la reflexión en torno a la salud reproductiva ha tenido históricamente un “carácter eminentemente político”, es decir, ha estado guiado por las supuestas necesidades de aumento o disminución de la población. Es decir, no han sido las necesidades de las propias mujeres y los propios hombres las que han determinado las políticas de salud reproductiva, sino que son los sectores de poder quienes han decidido. En este punto, surgió también la pregunta sobre qué instituciones u organizaciones están afectando directamente en las políticas de salud sexual y reproductiva, o si realmente se está logrando el compromiso de El Cairo que alude a la participación de las mujeres y sus necesidades como ejes de planificación de las políticas y los programas. En este sentido, cabe destacar una de las críticas que realizaron las ONGs al Informe Nacional sobre Población y Desarrollo realizado por una comisión técnica en Chile para la conferencia de El Cairo. La crítica se refiere al aborto; si bien este no está definido como método de planificación familiar, “en los hechos la población chilena lo usa como tal. Por lo cual los programas de planificación familiar existentes no dan cuenta de las reales necesidades de la población” (Valdés, 1997:23).

Respecto en los mecanismos de seguimiento, se pone énfasis en la participación de la sociedad civil en la evaluación de las estrategias seguidas por los gobiernos, cosa que hasta ahora no se ha realizado. Así, esta investigación se propone evaluar el Control de Regulación de Fecundidad de la salud pública, contribuyendo en lo posible, al seguimiento de las estrategias llevadas a cabo por el Estado para el cumplimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

2. Derechos sexuales y reproductivos en las políticas poblacionales

Siguiendo a Jacqueline Gysling, en América Latina las políticas de población han sido diseñadas tomando en cuenta el reconocimiento de los derechos de las personas a la determinación del número y espaciamiento de sus hijos, pero siempre este reconocimiento ha estado en conflicto con otros intereses. Ha sido especialmente decisiva la intención del Estado y otras fuerzas sociales de que la natalidad y la fecundidad descendan para que el crecimiento de la población crezca a tasas más moderadas. De hecho, el control de la natalidad durante los años cincuenta, fue visto como una necesidad vinculada al problema del hambre y la pobreza, asociando de esa manera el crecimiento demográfico con el subdesarrollo. Se promovieron entonces, desde esa época, políticas tendientes a disminuir el crecimiento demográfico, las que en Chile surgieron con toda fuerza en los sesenta, con la masificación de los MAC. (Gysling, 1994).

Sin embargo, las políticas poblacionales no trajeron consigo el esperado “desarrollo”, ni tampoco fueron planteadas en busca de la alteración de las dimensiones fundamentales de la desigualdad social; distribución desigual del ingreso, acceso diferencial a bienes y servicios. El reparto de la riqueza aparecía como dato del problema, y el Estado no tendría que incrementar sus gastos en servicios improductivos como salud, educación, vivienda e infraestructura urbana. Tampoco las políticas buscaron alterar otros ejes de diferenciación social, como entre generaciones, etnias ni géneros. No se cuestionaron la desigualdad entre hombres y mujeres presente tanto en la sociedad como en el nivel familiar, ni en las relaciones interpersonales; al contrario, todo indica que se trató de preservar el orden, jerarquías y distancias existentes (De Barbieri, 1991).

Además de los gobiernos, en la discusión sobre las políticas de población, entran otros actores como las iglesias, los partidos políticos, organizaciones de profesionales de la medicina, las

ciencias sociales y otros movimientos de la sociedad civil, como el feminista y el de liberación sexual. Pero en general, aunque algunas políticas de población han tenido como objetivo disminuir la mortalidad materna y evitar el aborto, y los defensores de la planificación familiar han reconocido el derecho de las mujeres a determinar su sexualidad y reproducción, en su diseño, las voces y los actores han sido predominantemente varones. (Gysling, 1994).

De esta forma, en el diseño de las políticas de población ha tenido mayor injerencia ciertas fuerzas y actores sociales que los -y sobre todo- las destinatarias. Aquí se pueden mencionar la Iglesia Católica, los dirigentes empresariales y sindicales, los políticos y expertos de las grandes potencias, y los técnicos de los organismos internacionales. Mientras que a pesar de que se han hecho estudios a mujeres sobre cuestiones relacionadas con sexualidad y reproducción, el sentido del relacionamiento sexual y de la maternidad de las usuarias reales y potenciales no han sido material para el diseño de las políticas de población y planificación familiar. Más bien, en este diseño, ha predominado una perspectiva masculina, y de corte tecnocrático.

De Barbieri (1991:12) hace varias críticas a las políticas de población en materia de fecundidad, separándolas en tres aspectos: la planificación familiar, la sexualidad, y la reproducción. Respecto de la planificación familiar, se hacen las siguientes críticas:

1. La planificación familiar y el control de la fecundidad es una práctica que recae en las mujeres. A los varones no se les convoca a controlar su fecundidad.
2. El acceso a la anticoncepción se centra en la fecundidad marital, por tanto los y las jóvenes están carentes de información y acceso a los servicios.
3. No hay disponibilidad de todos los anticonceptivos, en particular la poca difusión de los métodos de barrera y la baja o nula investigación sobre los mismos.
4. Una orientación más reciente, tiende a matizar la reproducción entre los 20 y los 35 años de edad de las mujeres, reduciendo la vida fértil a un lapso de 15 años.
5. La penalización y clandestinidad del aborto impiden que las mujeres ejerzan en plenitud los derechos a la determinación libre del momento y número de sus maternidades.
6. Finalmente, hay que considerar el maltrato a que son sometidas las mujeres en particular las de sectores populares por parte de los y las agentes de los servicios de salud. El machismo, el racismo, y el clasismo dominantes permean estas relaciones entre servidores/as y usuarias.

Respecto de la sexualidad, las críticas se refieren a:

1. A pesar de los movimientos (principalmente femeninos, de lesbianas y homosexuales), que abogan por el derecho al propio cuerpo, no ha habido desde los sectores interesados en el cambio del modelo demográfico la apertura necesaria y esperable.
2. El lenguaje oficial es técnico, aséptico y aparentemente neutro.
3. En los sectores de mayor educación formal existe desprejuiciamiento e informalidad, pero para importantes grupos sociales, la sexualidad sigue siendo un campo negro y desconocido, teñido de una carga de prejuicios y culpas.
4. En la educación primaria y secundaria sólo se habla de sexualidad en términos anatómo-fisiológicos, y tampoco los medios de comunicación utilizan palabras cotidianas y referentes concretos.

Sobre la reproducción, se plantea que “las políticas de población han inducido la producción de un menor número de hijas e hijos. Pero no han cuestionado los papeles estereotipados de madre y padre ni los contenidos simbólicos e imaginarios de la maternidad y la paternidad” (De Barbieri, 1991:19). No se han alterado los componentes narcisistas de nuestra organización del sistema de géneros; por el contrario, se “refuerzan en la medida que el neoliberalismo económico y las formas de ejercicio del poder político de la cultura yupi los estimulan cada vez más. Las mujeres y los varones persiguen afirmarse a través de la reproducción, sin verse otras alternativas de trascendencia de la muerte, lo que refuerza la necesidad de búsqueda de completud en las mujeres y de demostración de virilidad en varones” (De Barbieri, 1991:20). Todo esto, según la autora, trae consecuencias negativas como que la responsabilidad de la crianza, cuidado y socialización recaen en las madres, a quienes se les exige y reclama autoridad, pero no se le brindan apoyos seguros y confiables.

De esta forma, la autora plantea la necesidad de pensar las políticas de población en sentido más amplio; no como acciones dirigidas a alterar una o más variables demográficas, sino acciones orientadas a satisfacer las necesidades de la reproducción de la población, para lo cual se hace necesario un debate abierto sobre sexualidad y reproducción, con propuestas de redefiniciones de la maternidad y la paternidad, que no esté basado en las clásicas confrontaciones del tipo “aborto sí, derecho de la mujer; aborto no, porque hay que proteger la vida” o “Estado rector en la política de población versus Estado no debe intervenir”, sin que se base en el diálogo humano y sincero entre los y -sobre todo- las afectadas por las desigualdades del sistema sexo/género en la región.

En este sentido, conocer las necesidades y preferencias de las propias usuarias del Control de Regulación de Fecundidad, podría utilizarse como base empírica para los futuros programas y políticas de salud.

Por su parte, los programas de salud sexual y reproducción más recientes también han sido criticados en diferentes aspectos a raíz de las investigaciones realizadas. Por ejemplo, en una investigación (López, 1994:107) sobre la calidad de atención en el proyecto de salud *Postparto y Promoción de la lactancia materna* en el policlínico San Luis de Huechuraba, se encontró que en general la percepción de las usuarias respecto de las relaciones interpersonales con el personal de salud es bastante negativa. Las usuarias perciben que el personal de salud las hace sentir: que es muy poco o nada lo que pueden hacer o decir; que son consideradas “simples” e incapaces de comprender muchas cosas; que son responsabilizadas frente a cualquier problema que se presenta; que el personal se coloca en una postura de infalibilidad, sin asumir errores. Además de esto, las entrevistadas ven al personal de salud con un planteamiento de no colaborar con ellas en el proceso de la maternidad; los ven como asistentes despersonalizados, les parece que el tiempo que les dedican es escaso, y la atención descuidada. Por otra parte, plantean que en los servicios de salud, especialmente en los consultorios, “ellas son percibidas e identificadas como desocupadas u ociosas, creyéndolas con mucho tiempo para emplear en las salas de espera” (López, 1994:109).

Pero también son desfavorables las condiciones de vida y de trabajo entre los prestadores de servicios (Matamala, 1994:83). El 70% corresponde a mujeres, que en su mayoría desempeñan una doble jornada; la labor doméstica diaria, y las ocho horas de trabajo. Sufren estrés laboral y múltiples manifestaciones de daño físico, psicológico y/o social. Aunque habitualmente carecen

de poder, en su relación con las usuarias hacen valer el que les otorga su pertenencia a una institución de salud.

Por otra parte, en 1997 se creó el Programa de Salud del Niño y el Adolescente, entre cuyas metas figura la creación de servicios de Salud Sexual y Reproductiva. Sin embargo, este programa no cuenta con financiamiento. Las actividades están enfocadas exclusivamente a los niños y no cuenta con una estructura que concentre los problemas de salud de este grupo. Además se critica que si bien los registros de atención en salud del adolescente se implementaron a partir de 1995, éstos no están desagregados por sexo, y las atenciones en el nivel primario no especifican la causa de la consulta, por lo que no es posible analizar el perfil de la salud sexual y reproductiva en este grupo. Si los/as adolescentes no tienen acceso a una buena política de salud sexual y reproductiva, no son considerados como sujetos de derecho, por lo que el Estado está contradiciendo los acuerdos firmados en la Conferencia de El Cairo, donde se consagró que hombres y mujeres, sin considerar la edad, tienen derecho a estar informados, a tener acceso a métodos de regulación de fecundidad seguros, y contar con formas efectivas de prevención de ETS. De modo que al menos hasta ahora, los DSR sólo existen en un papel, y no son efectivos al nivel de usuarias y usuarios.

3. Proyecto de ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos

En vista de las transformaciones de los comportamientos, actitudes y significados que tienen los chilenos respecto de la sexualidad y la reproducción, junto con los compromisos que ha adquirido Chile en las distintas conferencias internacionales, algunas diputadas y diputados² presentaron la *Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos* (Biblioteca del Congreso Nacional, 2000) al Congreso. Los principales puntos del proyecto son³:

1. El objetivo del proyecto de esta ley es establecer las bases normativas generales para que el Estado de Chile asuma su responsabilidad internacionalmente comprometida, de modo que su accionar reconozca, garantice, proteja y promueva el ejercicio pleno de los Derechos Sexuales y Reproductivos (Artículo 1).
2. El cumplimiento de esta obligación corresponderá al Estado, especialmente a través de los órganos centralizados y descentralizados, promover e impulsar una cultura y educación no sexista, promoviendo y desarrollando acciones educativas destinadas a reconstruir los roles asignados y que mantienen la desigualdad de género, promover una valoración positiva de la sexualidad a fin de contribuir a que las personas asuman las responsabilidades que conlleva el ejercicio de la sexualidad, de tal manera que los hombres y mujeres puedan decidir libre y responsablemente sobre el ejercicio de su vida sexual y reproductiva (Art. 2).
3. El Estado deberá elaborar, ejecutar y evaluar sus acciones políticas sobre sexualidad y reproducción con la participación de toda la comunidad (Art. 3).
4. Las políticas públicas, programas, servicios y acciones sobre sexualidad y reproducción deberán promover relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres.

² Las diputadas son M. Antonieta Saa, Fanny Pollarolo, Isabel Allende, Rosa González y Marina Prochelle. Los diputados son Víctor Jeame Barrauto, Osvaldo Palma, Carlos Jarpa, Jaime Mulet y Gabriel Ascencio.

³ Biblioteca del Congreso Nacional, 2000. En el documento se señala que el proyecto está en la etapa de primer trámite constitucional.

- Deberán favorecer las modificaciones de los patrones socioculturales injustos, eliminando los prejuicios y las prácticas basadas en la idea de inferioridad o superioridad de cualquiera de los dos sexos o en funciones estereotipadas para ellos (Art. 4).
5. Se prohíbe toda forma de discriminación en el ejercicio de estos derechos, es decir, se prohíbe cualquier exclusión, menoscabo, restricción o diferenciación arbitraria basada en el sexo, la edad, la orientación sexual, el estado civil, el origen étnico, la clase social, la religión o las creencias, la discapacidad o cualquier causa análoga (Art. 5).
 6. Se reconoce el derecho de toda persona a disfrutar de la sexualidad como fuente de desarrollo personal y felicidad. Es deber del Estado diseñar y ejecutar las políticas públicas que garanticen y promuevan dicho derecho (Art. 8).
 7. Se reconoce el derecho a toda persona a ejercer la sexualidad independiente de la reproducción y la libertad para elegir con quien vivir la sexualidad (Art. 9).
 8. Se reconoce el derecho de las personas a tomar decisiones libremente respecto de la procreación (cuándo y cada cuánto tiempo tener hijos), así como el derecho de mujeres y hombres a recuperar la fertilidad cuando ésta ha sido dañada por falta de información y la falta de tratamientos adecuados (Art. 11).
 9. Se prohíbe toda esterilización sin el consentimiento informado y escrito de la persona en quien se efectúa, ni podrá exigirse el consentimiento del cónyuge u otra persona. Así mismo se prohíbe el uso forzado de anticonceptivos. Además se señalan los requisitos para la esterilización de personas con discapacidad mental. La esterilización sin consentimiento o la infracción de alguno de los requisitos señalados, serán motivos de sanción penal (Art. 12).
 10. Ninguna persona podrá ser sometida a métodos experimentales sin su consentimiento informado presentado por escrito. Cuando una persona sea sometida a métodos experimentales, el responsable será sancionado conforme a las penas establecidas en los artículos 313b y 317 del Código Penal (Art.13).
 11. Se reconoce el derecho a acceder a información clara y completa sobre métodos de regulación de fecundidad y de prevención de ETS, así como a tener acceso a servicios de consejerías sobre métodos seguros y eficaces. Se prohíbe toda discriminación por razones de edad o sexo; el funcionario que niegue el acceso dicha información o servicios será sancionado conforme a la infracción al artículo 55 letras a), b), c) del Estatuto Administrativo (Art.14).
 12. Se reconoce el derecho de todas las personas a acceder a una educación integral para la vida afectiva y sexual desde una temprana edad, y es deber del Estado otorgarla (Art. 15).
 13. Es deber del Estado asegurar y garantizar el acceso a servicios de salud de calidad y adecuados a las necesidades de mujeres y hombres en todo el ciclo vital que promuevan la salud integral y ayuden a recuperarla. Particularmente, en las y los adolescentes en salud sexual y reproductiva; en cuidados pre y post natales; prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA; prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad; prevención y tratamiento adecuado del cáncer cérvico uterino, de mamas y de próstata; prevención del embarazo no deseado; atención de calidad, adecuada y digna, para tratar las complicaciones del aborto y sus efectos en la salud de las mujeres; consejería en regulación de la fecundidad post aborto y servicios multidisciplinarios adecuados para la menopausia y la tercera edad (Art. 16).
 14. Se reconoce a todo usuario de los servicios de salud pública y privada el derecho a la confidencialidad de la información relacionada con la salud sexual y reproductiva, entre los cuales se incluye la información sobre complicaciones de aborto y acceso a métodos

anticonceptivos. Todo profesional o funcionario que incurriere en una infracción a la violación de la confidencialidad será penado conforme al artículo 246 del Código Penal y será responsable civilmente de acuerdo a las normas generales (Art.17).

4. Investigaciones previas en Chile

Otros antecedentes relevantes para esta investigación son los estudios que ya se han realizado en Chile en torno a la sexualidad y la reproducción, como una forma de acceder a la realidad de hombres y mujeres en el ámbito del control de la fecundidad y los Derechos Sexuales Reproductivos. A continuación se presentan extractos de las investigaciones revisadas.

Entre el año 1983 y 1984, Valdés realizó una investigación cuyo objetivo fue conocer el comportamiento reproductivo de las mujeres de sectores populares urbanos, entendiendo por comportamiento reproductivo como “un conjunto de hechos, conductas y acciones que tienen como consecuencia la procreación de hijos” (Valdés, 1988:32). No se indagó en la actividad sexual y sus regulaciones sociales, porque, aunque forman parte constitutiva del comportamiento reproductivo, excedían el marco de la investigación.

La investigación, realizada a 26 pobladoras de la Villa O’Higgins, encontró las siguientes tendencias relativas al comportamiento reproductivo:

1. Las mujeres menores entrevistadas tienden a tener hijos a más temprana edad.
2. El uso de anticonceptivos se inicia más pronto, pero en general no antes del primer hijo.
3. El uso de anticonceptivos aumenta el espaciamiento de los embarazos. Se dan largos períodos, de seis y más años, en que la mujer no tiene hijos.
4. Si bien las edades extremas en que las mujeres tienen hijos son entre los 14 y 42 años, la procreación se concentra entre los 20 y 30 años. Pasados los treinta, comienza a declinar. (Ibid., 63)

Además de esto, y a partir de los relatos de vida analizados, se construyeron tres tipos ideales de “proyecto de comportamiento reproductivo”.

El primero, “Primacía de lo Natural” se concentra en el “ser madre”, en la versión de que la mujer debe tener muchos hijos, durante todo su período de fertilidad, sin limitaciones de ningún tipo. Así, en la medida en que la maternidad es la condición natural de la mujer, todas sus relaciones se articulan desde esa gran tarea, tanto en lo individual como en lo colectivo. Ser madre va más allá de los propios hijos. Es la forma principal de relacionarse con los demás seres humanos. La mujer deberá tener todos los hijos que la naturaleza le mande sin intervenir en ello. Este “proyecto” no incluye regulaciones respecto de la pareja. El matrimonio como institución y norma no es condición necesaria para que el proyecto se lleve a cabo exitosamente: de hecho la mujer puede ser madre al margen de la normatividad social. Este proyecto se refuerza ampliamente con la división sexual del trabajo, dejando a cargo de la mujer las tareas reproductivas. El hombre es productor y proveedor por excelencia, debiendo allegar los recursos necesarios para el mantenimiento de su grupo familiar. Sin embargo, si el marido o conviviente no se comporta como proveedor (“sale malo”), ella tiene que trabajar, con el objetivo de llevar a cabo su proyecto de maternidad en el sentido de que sus hijos crezcan sanos y puedan incorporarse a la fuerza de trabajo oportunamente. Existen dos sanciones a las mujeres que no

adoptan este proyecto: primero, los métodos de control de la fecundidad implican intervención humana, por lo que usarlos constituye una violación a los propósitos de la Naturaleza. Segundo, la mala madre, que no es abnegada y no se sacrifica por los hijos es sancionada socialmente y no tiene derecho a las gratificaciones maternas, como la ayuda y compañía de sus hijos. (Ibid., 167-178)

El segundo tipo, revela una “primacía de lo social”, donde el objetivo central es la reproducción de una sociedad específica, con sus estructuras sociales, políticas y culturales, y sus relaciones de poder. Aquí hay una percepción y definición de los recursos naturales, económicos y sociales como limitados, y para resolver los problemas derivados de la escasez, resulta fundamental la intervención del ser humano en la naturaleza. Así, el proyecto, que también dice que la mujer debe ser “madre”, requiere de dos condiciones para la procreación: la oportunidad de los hijos (cuándo tenerlos) y el número de hijos, de modo que debe ser madre, pero de pocos hijos, para poder alimentarlos y cuidarlos bien. La situación apropiada para tenerlos es en el seno de una familia, que constituye la célula básica reproductora de la sociedad y hace posible la calidad deseada para los hijos. El ser “madre de familia” incluye el ser “dueña de casa”. A 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. Ante las necesidades económicas se generan conflictos para las mujeres y sus parejas porque el papel que asume cada uno no se corresponde a la calidad de vida que aspiran, y la mujer, aunque falten recursos, no debe salir a trabajar. (Ibid., 197-214)

En el tercer tipo ideal construido, hay una “primacía de lo individual”, donde se pone énfasis en lo que la mujer, como sujeto autónomo, quiere en la vida. Aquí la mujer es consciente de que su proyecto de vida excede la maternidad. El ser madre constituye sólo una parte de su proyecto, que puede ser en pareja o en forma individual. Las gratificaciones no son las maternas, sino de otro orden; satisfacción de vivir como se quiere, sin la intervención de decisiones de terceros. La vida tiene sentido en tanto se vive lo que se ha elegido vivir. Así, la maternidad es una acción plenamente elegida, en su materialidad y oportunidad, de modo que a este proyecto no le importan las regulaciones sociales respecto de la actividad sexual, y utiliza métodos anticonceptivos en concordancia con su proyecto personal. Este proyecto puede incluir la relación de pareja como no incluirla; se casará por la calidad de la relación afectiva, y la separación es considerada desde los inicios si es que ésta no concuerda con su proyecto. En este proyecto la mujer considera a los hijos como un proyecto y no como propiedad privada, por lo que espera que desarrollen su propia vida; el énfasis está en el desarrollo personal más que en la normatividad social. En cuanto a las actividades que desarrolla, éstas van más allá del “ser dueña de casa”; pueden ser laborales, políticas, sociales, religiosas, etc., y la mujer las desarrolla conscientemente como parte de su proyecto de vida personal, que es la vida que vale la pena vivir. En general, las mujeres que asumen este proyecto dan poca importancia al rechazo y las sanciones sociales. (Ibid., 244-251)

Junto a la construcción de los tipos ideales, la investigación constata la vigencia de un orden patriarcal en la vida familiar y social, organización que sitúa a la mujer en el mundo doméstico y la hace responsable de la reproducción generacional y cotidiana de la fuerza de trabajo, además

de proveer un conjunto de valores y normas que sustentan esta división sexual del trabajo social. El matrimonio es su ámbito de desarrollo, y su identidad social está ligada a la posición que ocupa en el grupo familiar: madre, esposa y dueña de casa son los espacios sociales para ella. En los espacios de madre y dueña de casa, tiende a ser la mujer quien detenta mayor poder con respecto al hombre. La figura de madre concentra toda la realización y justificación de su vida. Ser esposa, en cambio, es una relación de dominación sobre la mujer; él controla su vida, desde la esfera sexual hasta su participación en el ámbito de la vida social. La subordinación afecta todo su quehacer. Esto, en las condiciones de pobreza y precariedad de los sectores populares urbanos, agudiza las restricciones de la mujer, viviendo por tanto en una situación de doble opresión y subordinación. (Ibid., 285)

Por otra parte, la investigación “Representación social del cuerpo y sexualidad en mujeres pobladoras”, realizado en 1985 y 1986 indaga en la representación social del cuerpo y la sexualidad en la mujer popular urbana. (Rodó, 1987) Entre los hallazgos de la investigación, destaca que las mujeres investigadas asocian el cuerpo principalmente al trabajo, la limpieza, y las relaciones sexuales, privilegiándose una percepción instrumental y utilitaria del cuerpo, donde la maternidad no es mencionada. Se revela que tanto el trabajo como el sexo son percibidas como experiencias profanas generadoras de suciedad, cuyas huellas son borradas a través de la limpieza, a la que se le atribuye un significado moral (pureza) y de integración moral (decencia), que dignifica la pobreza.

Específicamente respecto a la sexualidad, se encontró que la gran mayoría de las mujeres investigadas inició su vida sexual antes de los 20 años y siendo solteras, y que el conocimiento respecto a la sexualidad fue aprendido principalmente a través de la experiencia de pareja, expresando que el conocimiento previo de sus propios cuerpos, así como la información biológica, era nula o escasa. Sólo algunas mujeres jóvenes reconocen en las instituciones sociales (familia, colegio, escuela) un aporte en sus conocimientos.

La vivencia de las relaciones sexuales es percibida como positiva por la mayoría de estas mujeres, aunque más de la mitad de las mujeres alude a la sensación de valoración en tanto viven con satisfacción el hecho de ser una fuente de placer para su pareja, sin que para ellas la relación sexual sea una experiencia física satisfactoria. Las relaciones sexuales expresan el cumplimiento de un rol conyugal que conlleva retribuciones afectivas. En contraste, el grupo que expresa una vivencia física-sexual placentera, es pequeño. Junto a esto, se encontró que la gran mayoría de las mujeres opinó que la sexualidad masculina es distinta a la femenina en tanto se le atribuye a los hombres mayor potencia, capacidad y frecuencia de la excitación. La sexualidad de los hombres aparece como una demanda-necesidad principalmente corporal, mientras para ellas la relación sexual es muchas veces un medio para encontrar afecto y cariño. La representación de las relaciones sexuales como servicio y entrega da cuenta, según la autora, de un proceso de maternización de la sexualidad en las mujeres. En este proceso, la sexualidad de las mujeres se ve enmascarada por un sexo maternal que en la mujer popular, adquiere además un sentido social: define a la mujer como “decente”, lo que refuerza la percepción de su sexualidad como instrumento y servicio, y no como una realidad gratificante y necesaria en sí misma.

En contraste con las asociaciones del cuerpo, se encontró que las mujeres investigadas se autoasignan una posición social construida en torno a la maternidad. Es ampliamente mayoritaria la idea de que el rol más importante de la mujer es ser madre, junto con, en menor medida,

“rebuscárselas” y “ser esposas”. La maternidad es la situación donde la mujer encuentra la máxima cercanía con su autoidentificación ideal, y es definida como el único espacio exclusivo y propio a la condición de mujer. Así como es idealizada, la maternidad sólo es vivida fugazmente en el embrazo, estado en que el cuerpo deja de ser un instrumento para expresar materialmente la condición de madre-mujer. De este modo, durante el embarazo y la lactancia, el cuerpo pierde todo su significado erótico. (Rodó, 1987:109-164)

Otra investigación relevante para este estudio, se presenta en “Los Discursos Contradictorios de la Sexualidad”, realizada en 1994 y 1995, cuyo objetivo fue “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 etéreos distintos” (Sharim, et. al., 1996:14)

Al analizar la vivencia de la sexualidad, se encontraron algunas diferencias según la variable sexo, por ejemplo, en relación con las descripciones y significaciones de la iniciación sexual. 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. Del mismo modo, la mayoría de las jóvenes se sentían motivadas a tener relaciones sexuales, pero manifestaron haber enfrentado dos grandes temores: el dolor físico y el quedar embarazada, los que hicieron disminuir el grado de satisfacción de los primeros encuentros. Las mujeres adultas, por su parte, señalan que intentaban evitar las relaciones sexuales debido al temor al embarazo o contagio de enfermedades, la falta de atracción sexual, o la inseguridad en la pareja. Así, se encontró una valoración dual de las primeras relaciones sexuales; por un lado, se legitima por una relación afectiva importante y estable, y por otro, el sexo aparece como un elemento amenazante. Los hombres, por su parte, rescatan y reivindicar el placer, dado que si bien la sexualidad también se asocia al mundo afectivo, la ausencia de éste no excluye la posibilidad de placer. El temor no aparece como sentimiento involucrado en el primer coito. (Ibid., 24)

Más allá de las primeras vivencias, las jóvenes evalúan negativamente sus experiencias el área de la sexualidad, debido a que la soledad, malos tratos, y haber tenido relaciones con hombres comprometidos, les han dejado una sensación de frustración. Esto repercute en una actitud de rechazo a enamorarse y comenzar nuevas relaciones amorosas, en tanto implican relaciones sexuales, lo que contrasta con la valoración positiva general de las relaciones de pareja estables. Así, las relaciones ocasionales podrían ser una manera de evitar las relaciones permanentes. Los hombres jóvenes, en cambio, evalúan positivamente sus experiencias sexuales; experimentan y buscan el orgasmo, valoran el juego erótico, las caricias previas, tanto como el acto en sí.

También se encontró como diferencias entre lo femenino y masculino la significación del sexo. Para las mujeres, el sexo tiene nombre y apellido; está asociado a una sola persona, específicamente el cónyuge o pololo, y es valorado y legitimado en la medida en que existe un compromiso afectivo. La asociación principal de los hombres al sexo, en cambio, se refiere al placer y a “la mujer” en términos genéricos, ligando el sexo a lo genital, el desahogo físico, y a la

satisfacción, sin aludir a una mujer en particular. En este sentido las autoras señalan que “para las mujeres el sexo constituye un medio importante para asegurarse fines y metas afectivas, mientras que para los hombres, en tanto experiencia placentera, significa un fin en sí mismo.” (Ibid., 35)

El “tener relaciones sexuales” es para las mujeres diferente a “hacer el amor”, en tanto carecen del componente afectivo, y por lo tanto no es valorado. Hacer el amor, en cambio, es legitimado y permite explicitar el placer; el amor es una fuente de placer. El modelo de sexualidad está para ellas compuesto por elementos como pareja estable, entorno romántico, que incluya ternura, cariño, la monogamia y la exclusividad. Para los hombres el sentimiento amoroso aparece escindido del placer, en tanto se logra el placer con la pareja ocasional, y no la estable. La relación amorosa no implica necesariamente la experiencia de placer en el terreno sexual; aun cuando “hacer el amor” es valorado por el afecto, no es el lugar exclusivo del placer. Respecto al orgasmo, las investigadoras señalan que de la manera en que las jóvenes se refieren a éste, se puede entender que ellas priorizan la obtención de éste más en el hombre que en sí mismas. Percepción desde la cual “es el orgasmo masculino el que determina la duración y el éxito de la relación sexual de la pareja, así como el que define las posibilidades del orgasmo femenino”. (Ibid., 37)

Tanto hombres como mujeres en edad adulta señalan que la sexualidad va mejorando con el tiempo. Las mujeres destacan los conocimientos y experiencias aprendidos, en tanto permiten vivir la sexualidad con mayor confianza y apertura. Los hombres, por su parte, expresan una evolución en el sentido de que se preocupan más de la satisfacción femenina que antes. Esto genera sentimientos contradictorios, puesto que valoran aportar en la sexualidad de sus parejas, pero lo sienten a la vez como una pérdida en su propia experiencia sexual.

Las autoras destacan además un elemento nuevo en los discursos referido a una percepción de las expresiones sexuales masculinas más similares a las femeninas, en relación con el deseo sexual y el reconocimiento de la afectividad. Las mujeres, a pesar del reconocimiento del menor impulso femenino, no se perciben a sí mismas como pasivas en el terreno sexual; se sienten más activas, lo que es definido como una “erotización del romanticismo”. Asimismo, los hombres no se sienten ni son percibidos como poseedores de una sexualidad irrefrenable, sino que aparece también la idea de un sexo que integra placer y amor, lo que es conceptualizado por las investigadoras como “sentimentalización del erotismo”. De esta manera, 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”. (Ibid., 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, 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, los autores 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” (Ibid., 83).

Este desplazamiento del discurso social chileno se observa, por ejemplo, en la actitud hacia las relaciones sexuales prematrimoniales. En una encuesta⁴ realizada por la Fundación Futuro (2000:9) se observa que el 47% de los encuestados opina que las relaciones prematrimoniales no son ni buenas ni malas, y un 40% opina que son buenas. El 12% restante opina que son malas. Así también existe un cambio respecto del matrimonio; mientras que en 1980 se registraron 86.001 matrimonios, en el año 2002 fueron 61.605⁵.

Por otra parte, la desinformación sigue siendo una constante en el campo de la sexualidad; en la misma encuesta de la Fundación Futuro (2000:3), el 38% de los consultados se sienten desinformados, mientras que el 45% se sienten más o menos informados. Sin embargo, esta desinformación que los chilenos declaran no impide ni disminuye su actividad sexual, lo que puede implicar un riesgo importante en relación con los embarazos no deseados y la transmisión de enfermedades venéreas. En este sentido, los jóvenes entre los 15 y 29 años afirman en su mayoría (78%) haber tenido relaciones sexuales, condición que aumenta con la edad, pero siempre supera el 40% (INJUV, 2000:13). Cabe señalar también que el 13,5% de los partos

⁴ Encuesta telefónica realizada a los habitantes mayores de 18 años de 50 ciudades principales del país. La encuesta representa el 53% de la población.

⁵ Fuente: INE, anuario de demografía y compendio estadístico; Ministerio de Justicia, Anuarios de justicia y Registro Civil. Los datos se pueden encontrar en la página Web www.sernam.cl

ocurridos en los doce meses previos a la encuesta CASEN del año 2000 fueron de mujeres entre 12 y 19 años, tramo en que se incluye el embarazo adolescente. Entre las mujeres más jóvenes (12 a 29 años), se consigna el 59,5% del total de partos (MIDEPLAN, 2000:42), por lo que resulta evidente que ni la información sobre sexualidad ni el acceso a métodos anticonceptivos en los más jóvenes está siendo suficiente.

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. En la encuesta de la Fundación Futuro el 83% opina que “las mujeres no pueden tener una relación sexual con un hombre que no quieren” (esto ocurre en todos los grupos), mientras que el 54% opina que los hombres sí pueden tenerla (esto ocurre en todos los grupos excepto entre los hombres mayores de 54 años, de estrato bajo, y los habitantes de regiones, en que las opiniones están empatadas). Esto refleja que se mantiene una visión desigual entre los sexos en tanto existe la percepción de que los hombres pueden disociar la afectividad de la sexualidad. Lo mismo ocurre respecto a la pregunta de cuán a menudo se tienen relaciones sexuales; en promedio se cree que una mujer tiene 8.1 relaciones al mes, mientras que el promedio de los hombres es de 10,6 relaciones sexuales al mes.

Es importante incluir también en los antecedentes ciertos discursos que pueden reflejar la visión más conservadora de la sexualidad en Chile. Por ejemplo, ciertas instituciones han mostrado su oposición respecto al Proyecto de Ley antes mencionado, que pretende hacer efectivos los Derechos Sexuales y Reproductivos. Una de estas instituciones es la Fundación Chile Unido, que el 2001 presentó un artículo en *Corriente de Opinión*, publicación de dicha fundación “que tiene por objeto promover aquellos valores propios de nuestra cultura, que forman parte de la identidad nacional, e integran y proyectan a Chile por sendas de paz, fraternidad y progreso” (Fundación Chile Unido, 2001:1). El artículo señala que los DSR que se proponen en la Ley Marco “esconden la imposición ideológica a través de los organismos internacionales de políticas de control de la natalidad basadas en la anticoncepción como fundamento, y en supuestos culturales ajenos a la realidad chilena, que poco a poco van mermando valores que como sociedad hemos ido aceptando como válidos, como por ejemplo una familia monogámica compuesta por un hombre y una mujer, (...) temas que hace cuarenta años atrás no eran cuestionados por nuestra sociedad” (Fundación Chile Unido, 2001:3). Aquí se observa claramente cómo ciertos sectores de la sociedad se oponen a la institución de nuevos valores en la cultura, y cómo estos romperían con la estabilidad que otorga el sistema familiar a la sociedad.

La Fundación Chile Unido está negando la existencia de otras opciones de familia que se dan en Chile, como mujeres solteras que llevan a cabo sus vidas como jefas de hogar y de familia, o la posibilidad de que surjan nuevos tipos de familias, como las constituidas por homosexuales o lesbianas. Estos tipos familiares, diferentes del tradicional, se pueden observar, por ejemplo, en la proporción de hombres y mujeres jefes de hogar que hay en Chile. A nivel de país, en las zonas urbanas el 24,3% de los hogares tienen jefatura femenina, y en zonas rurales, estos alcanzan al 16% (MIDEPLAN, 2000:20). Estas cifras no son menores si se toma en cuenta que contradicen al discurso tradicional de la dominación masculina, en que es el hombre quien debe trabajar y mantener a su familia. Junto a esto, la proporción de hogares de tipo “nuclear biparental”, que son aquellos que se organizan en torno a una pareja, con o sin hijos, ha disminuido del 50% al 47% desde el año 1992 al 2002, según los datos censales (SERNAMEC, 2004:16). Así mismo, del total

de hogares nucleares monoparentales, el 85% tiene jefatura femenina. Junto a esto cabe señalar que los matrimonios han disminuido considerablemente desde 1980; en términos absolutos, ése año hubo 86.000 matrimonios y 3.000 nulidades. En cambio, en 1998 hubo aproximadamente 73.000 matrimonios y 6.000 nulidades (INE, 2000:2). Se comprueba entonces, que la tasa de nulidad ha ido aumentando en forma sostenida desde 1980; ése año, se anularon 35 de cada 1000 matrimonios, tasa que en 1998 asciende a 85 anulaciones por cada mil matrimonios. (INE, 2000:5). Además se estima que el estado civil “conviviente” corresponde al 5% de la población masculina, y al 6% de la población femenina. Del mismo modo, el estado civil separado o anulado corresponde al 3% de la población en hombres, y al 5% en las mujeres (INE, 2000:8). Todos estos datos vienen a comprobar que en Chile existen de facto otras formas de hogar diferentes al matrimonio.

Respecto al rol de educador y formador del Estado que propone el proyecto de ley, el artículo de Chile unido señala: “esta norma es gravísima pues se desplaza a los padres en su rol de primeros educadores de sus hijos, sobre todo en materia moral” (Fundación Chile Unido, 2001:5). Sin embargo, en la práctica, se constata que el 42% de la población señala que los padres colaboran poco en la educación sexual y el 41% declara que colaboran “más o menos”, por lo que el rol de educadores en el ámbito sexual por parte de los padres no ha sido efectivo (Fundación Futuro, 2000). El Estado, propone el proyecto de Ley, es el que podría completar esa carencia en información.

Por su parte, el Estado ha actuado en torno al tema de los Derechos Sexuales y Reproductivos principalmente desde el área de la salud. Es así como el Ministerio de Salud en 1994 decide transformar el tradicional Programa de Salud Materna y Perinatal en el Programa Salud de la Mujer, que, sin descuidar las acciones de protección del proceso reproductivo, se propone agregar aspectos no reproductivos (salud mental, salud laboral, atención en el período posmenopáusico) e incorporar el enfoque de género en las actividades programáticas (MINSAL, 1997). A continuación se revisan los objetivos y las actividades del Programa, como último antecedente de esta investigación.

5. Programa Salud de la Mujer

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 generales 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 del Desarrollo Psicoafectivo del Feto y Preparación para el Parto y Post Parto, 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” (Ibid., 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.
5. Promover la prevención del VIH/SIDA a través de consejería y evaluación de la exposición al riesgo propio y de la pareja; consentimiento informado.

Las acciones para el primer control son:

1. Anamnesis:
 - Datos generales: identificación completa, previsión, escolaridad, estado civil, fecha de nacimiento, edad, Rut, domicilio habitual, actividad laboral.
 - Antecedentes mórbidos: familiares, personales, pareja, remotos y actuales, incluido hábitos y adicciones (tabaco, alcohol, drogas).
 - Antecedentes gineco-obstétricos: historia gineco-obstétrica, sexual, uso de métodos anticonceptivos, tratamientos hormonales, etc.
 - Presencia de disfunciones sexuales.
 - Identificación de factores de riesgo biosicosocial.
 - Pesquisa de factores de riesgo cardiovascular, hipertensión, obesidad.
2. Examen físico general: peso, talla, estado nutricional (según índice masa corporal, índice cintura cadera).
3. Examen físico de mamas protocolizado, si corresponde.
4. Examen ginecológico.
5. Toma de muestra cervical para citología (PAP).
6. Inserción o control de dispositivos (en caso de traslado).
7. Prescripción o control de otros métodos de regulación de fecundidad.
8. Solicitud de exámenes de laboratorio:
 - VDRL
 - Test de Elisa.
9. Informar a la usuaria en relación a:
 - El método prescrito.
 - Signos y síntomas relacionados con el uso del método.
 - Importancia de la periodicidad del control.
 - Autocuidado (autoexamen de mamas, higiene, actividad sexual, etc.).
 - Indicaciones terapéuticas según corresponda.
 - Consejería antitabáquica según corresponda.
2. Derivación o referencia según normas.
3. Plan de controles según método prescrito.

4. Registro de la actividad

Las acciones para los controles siguientes son:

1. Revisión de la ficha clínica.
2. Anamnesis con énfasis en:
 - Características de las menstruaciones.
 - Aceptabilidad del método.
 - Efectos colaterales.
 - Pesquisar factores de riesgo sicosocial.
 - Evaluar modificaciones de los factores y conductas de riesgo de adquisición de VIH/SIDA.
3. Examen físico general.
4. Evaluación del estado nutricional
5. Examen de mamas si corresponde.
6. Toma de muestra citología cervical (PAP) cuando corresponda.
7. Examen ginecológico cuando corresponda.
8. Diagnóstico y tratamiento de morbilidad relacionada con el método.
9. Derivación o referencia para una atención de mayor complejidad, según normas, cuando corresponda.
10. Reforzar a la usuaria en relación a:
 - el método que está usando.
 - Signos y síntomas que sugieran complicación.
 - Importancia de cumplir indicaciones y tratamientos.
 - Autocuidado en salud.
 - Educación en prevención de VIH/SIDA.
11. Citar al próximo control según normas vigentes para los distintos métodos.
12. Registro de la actividad.

III. Marco Teórico

Una investigación sociológica que integre los derechos reproductivos, las políticas de población, y las distintas actitudes y conductas sexuales y reproductivas, es posible de realizar desde las perspectivas teóricas del género, ya que abarcan diferentes aspectos que se relacionan al tema, como la subordinación de las mujeres, la dominación masculina, la división sexual del trabajo, el control del cuerpo femenino, y principalmente los roles, características y conductas que cada sociedad atribuye al hecho de ser de un sexo u otro.

El concepto de **género** fue acuñado por primera vez en la psicología por Stoller y Money, dos investigadores dedicados a las disfunciones sexuales. La pregunta que se formularon fue por qué, habiendo las mismas disfunciones en los sujetos, como el hermafroditismo, cada uno definía su identidad de manera diferente. Así descubren que las identidades de mujer y hombre en los casos estudiados, dependía más de la forma en que los individuos fueron socializados y de la identidad asignada por los padres, que de los datos biológicos u hormonales. Por esta razón proponen una distinción conceptual entre sexo (referido a lo biológico) y género (referido a la construcción social de las diferencias sexuales, es decir, lo femenino y lo masculino). De esta forma, “el sexo se hereda, y el género se adquiere a través del aprendizaje cultural” (Montecino y Rebolledo, 1996:21).

Adoptar esta concepción en las ciencias sociales implicó una serie de rupturas epistemológicas respecto de la posición de las mujeres en las sociedades. Primero, supuso la idea de **variabilidad**, ya que las definiciones de mujer u hombre, como constructo social, variarían de cultura en cultura. Segundo, configura una idea **relacional**; el género alude a la distinción entre femenino y masculino construida socialmente, y por lo tanto a las relaciones entre ellos. Tercero, propone el principio de **multiplicidad** de elementos que constituyen la identidad del sujeto toda vez que el género será experimentado y definido de modo particular de acuerdo a su pertenencia étnica, de clase, de generación, etc.

Si bien en las investigaciones es posible encontrar diferentes usos del concepto “género”, como por ejemplo, en reemplazo de “mujeres”, en este estudio el concepto se empleará como forma de referirse a la organización social de las relaciones entre los sexos. Siguiendo a E. Dio Bleichmar (1992), una definición muy simple de “**género**” es la de “sexo asignado”, es decir, el dimorfismo de respuestas que generan los progenitores a partir de la forma de los órganos sexuales externos del bebé⁶. De esta forma, desde el nacimiento comienza a construirse la identidad sexual del recién nacido.

Estudiar y entender las sociedades comprendiendo la categoría del género implica reconocer que lo que se le atribuye a cada sexo depende de la cultura y el contexto histórico, por lo tanto es cambiante y no inmutable. Los **sistemas de sexo/género** son definidos por Gayle Rubin como “el conjunto de arreglos por los que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de actividad humana; con estos productos culturales son satisfechas las necesidades sexuales. Cada sociedad tiene su sistema sexo/género, o sea, su conjunto de normas por las cuales las materias crudas del sexo humano y de la procreación es moldeada por la intervención social y satisfecha de una manera convencional” (Lamas, 1986:191).

⁶ Citado en Rivera, Rodó, Sharim, Silva, 1995, Pág. 4

El interés de los objetivos de los estudios de género desde sus inicios, fue explicar porqué la diferencia sexual implica desigualdad social, ya sea en el trabajo, en la política, o en las mismas relaciones sociales. Para responder esta pregunta central, ha habido diferentes líneas explicativas: las teorías de las diferencias de género, las teorías de la desigualdad entre los géneros, y las teorías de la opresión de género. De todas ellas, se escogieron cinco que parecen estar en mayor relación con los Derechos Sexuales y Reproductivos y son desarrolladas a continuación.

1. El Feminismo Marxista

Los enfoques de la construcción social del género sostienen, como la teoría marxista lo hace, que es más importante considerar qué es lo que los hombres y mujeres hacen, y no los símbolos, y que ése hacer está relacionado con la división sexual del trabajo. Ritzer (1993) señala que el feminismo marxista es una de las teorías de la desigualdad de géneros, y que parte de la teoría desarrollada por Marx y Engels a partir de la opresión social. El feminismo marxista combina la perspectiva de la opresión social de clase (centrada en la dominación de los trabajadores por los intereses de la clase dominante), con la protesta social feminista. Marx y Engels analizaron la opresión de género en *Los Orígenes de la Familia, La Propiedad Privada y el Estado*, de 1884. Los principales argumentos de este libro, según Ritzer, son:

1. La subordinación de las mujeres no es el resultado de su constitución biológica, presumiblemente inmutable, sino de un orden social que tienen claras raíces históricas, y que debe cambiar.
2. La subordinación de las mujeres se fundamenta en la familia, una institución cuyo nombre procede de la palabra latina *serviente* y que en las sociedades complejas constituye un sistema de roles dominantes y subordinados. Entre los rasgos centrales de la familia en las sociedades occidentales se encuentran el hecho de que es “patrilineal, ya que la propiedad y la descendencia se transmiten por línea masculina; es patriarcal, porque la autoridad se encarna en la cabeza de la familia, y monógama” al menos en lo tocante a la esposa (Ritzer, 1993:376). En casos en que la mujer no recibe ingresos, las mujeres son en realidad “enseres o propiedades del marido”.
3. La sociedad legitima tal sistema de familia al considerarla como la institución fundamental de todas las sociedades. Esta afirmación, según la evidencia antropológica, es falsa; en la prehistoria humana no existían tales estructuras familiares. Las personas mantenían lazos en redes extensas de parentesco: las gens, grandes grupos de personas unidas por lazos de sangre, los que se establecían por la línea materna, puesto que el vínculo era más fácil de demostrar que el paterno. Por lo tanto eran matrilineales, y también matriarcales, porque la mujer ostentaba de un poder considerable, y cumplían una función económica crucial e independiente. Así, Marx y Engels describieron esto como comunismo primitivo, con el estatus social libre y poderoso de las mujeres.
4. “La derrota histórico-mundial del sexo femenino”, en términos de Engels, fue causada por factores económicos; con la sustitución de la caza y la recolección por las economías de pastoreo, horticultura y agricultura, surgió la *propiedad*. Fueron los hombres los que se proclamaron propietarios “ya que su movilidad, su fuerza y su monopolio sobre ciertas herramientas les confirieron poder económico.” Con este cambio los hombres desarrollaron las necesidades tanto de mano de obra como de herederos que sirvieran para preservar y transmitir la propiedad. Así surgió la familia, un amo y sus esclavos-servientes, esposas-

sirvientes, niños-sirvientes, una unidad en la que el señor defendía su pretensión de acceso sexual único a sus mujeres para asegurarse de la autenticidad de sus herederos.

5. Desde entonces la explotación del trabajo desarrolló estructuras de dominación cada vez más complejas, particularmente, relaciones de clase; se creó el orden político para salvaguardar todos estos sistemas de dominación y la familia evolucionó así, dictando la subordinación de las mujeres.

A partir de estos argumentos, las feministas marxistas contemporáneas, plantea Ritzer, enmarcan las relaciones de género en lo que consideran la estructura más fundamental del sistema de clases, y en particular en la estructura del sistema de clases capitalista contemporáneo. Desde esta perspectiva teórica, la naturaleza de las experiencias vitales de todo individuo constituye, en primer lugar, un reflejo de su posición de clase, y en segundo lugar, de su género. Así, dentro de cada clase las mujeres están en desventaja frente a los hombres en lo que se refiere a bienes materiales, poder, estatus y posibilidades de autorrealización. Las causas de esta desigualdad residen en la organización del propio sistema capitalista.

El hecho de que la desigualdad entre géneros se enmarca dentro del sistema de clases, se ve con mayor claridad y precisión en la clase dominante contemporánea, la burguesía: los varones burgueses poseen los recursos productivos y las mujeres no son propietarias, sino que constituyen ellas mismas una propiedad. De esta forma, las mujeres no son iguales a los hombres, y ello no se debe a un conflicto directo entre intereses de género, sino al funcionamiento de la opresión de clase, son sus factores de desigualdad en la propiedad, el trabajo explotado y la alienación. Por lo tanto la solución a la desigualdad entre los géneros es la eliminación de la opresión de clase, mediante la acción revolucionaria de la clase asalariada. Es necesario erradicar la división del trabajo (en términos de segregación por sexo) para acabar con la dominación del varón. (Ibid., 375-379)

Tomando en cuenta la teoría del feminismo marxista, esta investigación se propuso conocer cuál es la función que se le otorga a la institución de la Familia, y cómo ésta legitima la sexualidad y la reproducción. Además se indagó en las percepciones sociales respecto de cuestiones relacionadas con la familia, como el patriarcalismo, la monogamia, la infidelidad, etc., y en qué medida éstas percepciones pueden incidir en una visión que entiende a la subordinación femenina como algo natural y no como un producto cultural que tiene una base histórica.

2. El Feminismo Socialista

Por su parte, las teorías de la opresión de género, describen la situación de las mujeres como la consecuencia de una relación de poder directa entre los hombres y las mujeres en la que los hombres, que tienen intereses concretos y fundamentales en el control, uso sumisión y opresión de las mujeres, llevan a cabo efectivamente sus intereses. Esta pauta de opresión está profundamente incorporada en la organización de la sociedad, el *patriarcado*, que constituye una estructura primaria de poder que se mantiene intencionada y deliberadamente. (Ibid., 379)

El feminismo socialista se enmarca dentro de esta línea explicativa, y pretende hacer una síntesis explicativa entre el pensamiento feminista marxista y el feminista radical. De esta síntesis nacen dos subvariedades, una que se centra en la opresión de clase, y se propone identificar los elementos comunes y las diferencias entre las distintas experiencias de la subordinación de las

mujeres, describiendo el sistema como *patriarcado capitalista*. La otra variante, enfocada más en la opresión de género, intenta describir y explicar todas las formas de la opresión social basadas no sólo en la clase y el género, sino también la raza, la etnicidad, la edad, la profecía sexual, etc. Aquí se describe el sistema con el término de *dominación*.

Ambas variantes mantienen un compromiso con el materialismo histórico, es decir, entienden que las condiciones materiales de la vida humana, incluidas las actividades y las relaciones que producen esas condiciones, constituyen los factores clave que configuran la experiencia humana, la personalidad, las ideas y las disposiciones sociales. Pero las feministas socialistas han ido más lejos que los marxistas en tres sentidos.

Primero, han ampliado el significado de las *condiciones materiales* incluyendo además de la dinámica económica, otras condiciones que crean y mantienen la vida humana: el cuerpo humano, su sexualidad e implicancia en la procreación y crianza de los hijos; el mantenimiento del hogar, con sus tareas domésticas no reconocidas; y la producción de conocimiento. Las disposiciones explotadoras en todas estas actividades producen desigualdad y son fundamento de la dominación.

Segundo, esta ampliación implica una preocupación mayor por los fenómenos ideacionales; la conciencia, la motivación, las ideas, las definiciones sociales, el conocimiento, las ideologías, todos estos factores influyen en la personalidad y la acción humanas, en las estructuras de dominación que se llevan a la práctica. Además, estos aspectos de la subjetividad humana son productos de estructuras sociales que están entrelazadas con otras igualmente poderosas: las que producen los bienes económicos.

Tercero, el feminismo socialista tiene por objeto de análisis no sólo la desigualdad de clases, sino una amplia serie de desigualdades sociales interrelacionadas. Desarrolla una descripción de la organización social en la que las estructuras públicas de la economía, la política y la ideología interactúan con los procesos privados e íntimos de reproducción humana, la domesticidad, la sexualidad y la subjetividad para mantener un *sistema polifacético de dominación*. Así, su análisis se traslada constantemente de la descripción de los grandes sistemas de dominación a las experiencias cotidianas y específicas de opresión, y utilizan sus estudios sobre los grupos oprimidos como estrategia para el cambio, en tanto se espera que los individuos y los grupos aprendan a actuar para lograr su emancipación colectiva. (Ibid., 388-391)

En esta investigación se pretende justamente comprender la dominación en los diferentes niveles abordados por el feminismo socialista, entendiendo las condiciones materiales, en su amplio significado el cuerpo, la sexualidad, la procreación y crianza de los hijos. Se busca entonces, indagar en cómo la posesión de dichas condiciones materiales pueden mantener la opresión de las mujeres y la dominación masculina.

3. Los sistemas de género como sistemas de poder y resolución de conflictos

En una revisión sobre las teorías de género, Teresita De Barbieri define a los sistemas de sexo/género “como los conjuntos de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anatómo-fisiológica y que

dan sentido a la satisfacción de los impulsos sexuales, a la reproducción de la especie humana y en general al relacionamiento entre las personas” (De Barbieri, 1992: 114).

La autora distingue diferentes orientaciones teóricas, de las cuáles será una la que desarrolla particularmente. Se trata de una corriente que parte del análisis pionero de Gayle Rubin y que posteriormente se desarrolla con otros autores, donde se consideran a los sistemas de género como sistemas de poder, resultado de un conflicto social. Las jerarquías sociales entre los géneros responden más que a prestigio, a resoluciones del conflicto desfavorables hasta ahora para las mujeres frente a los varones. Se trata de una perspectiva en la que los fenómenos sociales se definen por las relaciones que guardan entre sí, de modo que la contextualización se vuelve un principio de primer orden a todo lo largo del proceso de investigación.

Según De Barbieri, ésta es la perspectiva que abre más posibilidades para el análisis de los géneros en América Latina. Se parte de la idea de que si bien, hombres y mujeres son necesarios para el proceso de reproducción de la especie, sólo las mujeres tienen un cuerpo que produce otro cuerpo, de modo que todo grupo que pretenda sobrevivir, debe asegurar la existencia de un cierto número de mujeres en edad fértil. De ahí que el cuerpo femenino en esta edad sea valioso, y ahí hay un poder particular y específico del cuerpo de las mujeres. Se aclara que no es el cuerpo femenino como entidad biológica el que tiene poder, sino que son las sociedades las que le otorgan el poder. ¿Quién o quiénes controlan la capacidad reproductiva de las mujeres? ¿Cómo ejercer el control sin eliminarlas o destruirlas? Frente a estas preguntas, la autora señala que para asegurar un control efectivo sobre la reproducción, es también necesario actuar sobre la sexualidad. De esta forma, el problema en las sociedades de dominación masculina es cómo, por qué, en qué condiciones, en qué momentos, desde cuándo, los varones se apropian de la capacidad reproductiva, de la sexualidad y de la fuerza de trabajo de las mujeres.

Cabe aquí señalar que la **sexualidad** es definida por De Barbieri (1992:118) como “el conjunto de las maneras muy diversas en que las personas se relacionan como seres sexuados con otros seres también sexuados, en intercambios que, como todo ser humano, son acciones y prácticas cargadas de sentido”. Esas prácticas, símbolos, valores, normas, representaciones, etc., son cambiantes, tanto por su historicidad como por las diferencias culturales, étnicas, de clase, y generacionales, por lo que al analizar las conductas sexuales, es necesario remitirse a la cultura en que éstas se desarrollan.

Dados estos planteamientos teóricos, se derivan algunas cuestiones metodológicas en las ciencias sociales. Primero, no debe estudiarse a “la mujer” o “el varón”, sino a las mujeres y los varones, entendiendo que hay una multiplicidad de formas, valores, símbolos y normas sociales atribuidas a la sexualidad según las distintas condiciones sociales en que se encuentran los sujetos. Además, hablar de “la mujer” implica una esencia inmutable en ella, lo que no permite entender las diferencias culturales e históricas y menos modificar la situación de subordinación en las mujeres se encuentran. Segundo, se debe delimitar la organización de la vida familiar y doméstica, “espacio privilegiado de las mujeres e identificado en nuestras sociedades como el *lugar* de la subordinación femenina” (De Barbieri, 1992:120) Así mismo hay que tomar en cuenta las relaciones domésticas y entre parientes externos al grupo doméstico. Por otra parte, en América Latina y en general en las sociedades plurales desde el punto de vista racial, es necesario dar cuenta del contexto étnico-cultural, bajo el supuesto de que los géneros se construyen de manera distinta en cada uno de ellos.

Teórica y empíricamente, la perspectiva del género como conflicto remite a analizar:

1. Los sistemas de parentesco, es decir, las normas y formas del matrimonio, la filiación y la herencia.
2. Tanto en los ámbitos domésticos como en el mercado del trabajo y en otras esferas de sociabilidad, es necesario analizar la división social del trabajo según los géneros y las dinámicas particulares de la misma. Desde esta perspectiva teórica, un ámbito fundamental del sistema de géneros es la división social del trabajo, que es consecuencia del conflicto de poder y por lo tanto del control que los varones ejercen sobre la capacidad reproductiva y el acceso sexual a las mujeres, mas no como la clave desde donde se origina la subordinación-dominación entre los géneros.
3. Si el sistema de género es un sistema de poder, remite a las maneras como se estructura y se ejerce en los espacios reconocidos del mismo, es decir, es necesario mirar las definiciones de persona y ciudadanía en tanto sujetos de derechos y responsabilidades, a las formas y contenidos de la participación en la esfera pública, el Estado, el sistema político (y de partidos) y a la cultura política.
4. El análisis de los sistemas de género remite a considerar la subjetividad de los distintos actores en el sistema, las formas como se estructura el psiquismo y se construyen los sujetos y objetos de deseo.

Comprender la sociedad dividida en géneros implica algunas consecuencias metodológicas: exige recoger y analizar la información a partir de la variable sexo, en la medida en que éste es el referente empírico más inmediato de observar. Pero será el análisis de la información contextualizada la que podrá dar cuenta del estado de los géneros en una sociedad y momento determinados. Esto quiere decir que la variable sexo es necesaria pero no suficiente para que un análisis social sea un estudio de género. Además es necesario estudiar los ámbitos sociales donde interactúan las personas en función de géneros distintos, los espacios de evidente predominio y exclusividad de cada uno de ellos, pero también aquellas esferas de la sociedad aparentemente neutras.

La autora precisa que como se trata de un sistema de poder que busca controlar el cuerpo y algunas de sus capacidades, “estamos en presencia de relaciones inestables e inseguras” (De Barbieri, 1992:123), recordando la frase de Foucault “el poder se ejerce, no se posee”, por lo que siempre está en peligro y amenazado de perderse. Por eso que “los lugares de control sobre las mujeres -en nuestras sociedades el desempeño de los papeles de las madres-esposas-amas de casa- sean también espacios de poder de las mujeres: el reproductivo, el acceso al cuerpo y la seducción, la organización de la vida doméstica. Se vuelven entonces espacios contradictorios, inseguros, siempre en tensión” (De Barbieri, 1992:124). La superación del conflicto no puede ser la guerra que mata y destruye al enemigo, sino la negociación permanente (y siempre inestable) que asegure la paz.

Otro punto que se plantea es que el género es una forma de desigualdad social, que si bien tiene una dinámica propia, está articulado con otras formas de la desigualdad; las distancias y las jerarquías sociales. Esto se hace patente en la articulación género-clase, donde se sostiene que las mujeres de bajo estrato son mano de obra más barata porque a la vez que tienen capacidad de trabajo, también tienen características psicológicas y entrenamiento que permiten aumentar los

niveles de explotación: sumisión ante la autoridad, disciplina, paciencia para el trabajo tedioso, disponibilidad para extender la jornada de trabajo, etc.

Tomando en cuenta los planteamientos de De Barbieri, la desigualdad de género se basa en la apropiación del cuerpo femenino y de su capacidad reproductora, de modo que al indagar en el Control de Regulación de Fecundidad o Paternidad Responsable del Ministerio de Salud, es posible conocer los sistemas de sexo/género en Chile. Esta actividad del Programa Salud Mujer justamente se propone informar e instruir a la población acerca de la sexualidad, la reproducción, y el control de la fecundidad, por lo que a través de las percepciones sociales de sus usuarias y usuarios respecto a qué es ser mujer y ser hombre, se puede dar cuenta de los roles sexuales que se atribuyen culturalmente a cada sexo, así como establecer en qué medida la sexualidad y la reproducción son elementos que contribuyen al control masculino de la capacidad reproductiva y de la apropiación del cuerpo de las mujeres.

Si bien De Barbieri explica la desigualdad de género a través de la apropiación del cuerpo femenino, se hace necesario comprender mejor la importancia de la sexualidad en las relaciones de poder. Para esto se pasará a revisar algunos planteamientos respecto de esta relación.

4. Género y sexualidad

Otras teorías se han enfocado en cómo los sistemas sexo/género y las relaciones de poder basadas en las diferencias sexuales afectan en la experiencia de la sexualidad. Se debe entender que la sexualidad, aunque es constitutiva de la esfera privada e íntima de cada individuo, incluye demasiados aspectos sociales que requieren ser tomados en cuenta. La sexualidad, entonces, es un concepto amplio, “que abarca tanto la capacidad física de excitación y de placer erótico, como los significados personales y socialmente compartidos en relación al comportamiento sexual y a la conformación de identidades sexuales” (Rivera, et. al., 1995:3). Así, la sexualidad es un concepto biológico, pero atravesado por la cultura; es un producto social, es la representación e interpretación de funciones naturales en relaciones sociales jerarquizadas, lo que en palabras de De Barbieri, “son acciones y prácticas cargadas de sentido” (Rivera et. al. 1995:5).

La sexualidad, como producto social, es un tema que E. Laumann desarrolla desde una perspectiva sociológica a través de su “**teoría de los scripts**”, donde se relacionan el discurso social con las prácticas sexuales. Aquí se plantean cuatro supuestos; el primero plantea que 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. Un segundo supuesto 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. El tercer supuesto plantea que los individuos adquieren modelos de conducta sexual que son apropiados a su cultura, aprendizaje que también incluye las desviaciones de las normas establecidas. Por último, se plantea 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 de su desarrollo vital cada uno va realizando adaptaciones individuales de los parámetros conductuales establecidos” (Rivera et. al. 1995:6)

Otra teoría importante respecto a la sexualidad como producto cultural, es la que desarrolla Castoriadis, quien identifica un “imaginario social”, que corresponde al universo de significaciones que instituyen una sociedad (Fernández, 1995). Según Castoriadis “la sociedad se mantiene unida por su institución, es decir, el proceso por el cual la sociedad se instituye como totalidad”. Existen dos tipos de sistemas de sentido. Uno es el **instituido**, que corresponde al conjunto de significaciones sociales –reconocibles en los discursos y mitos sociales- que ordenan, legitiman, disciplinan y definen los lugares y las características de los actores y sus espacios sociales. Aquí, las significaciones imaginarias sociales operan como “organizadores de sentido de los actos humanos”, demarcando las líneas entre lo lícito y lo ilícito, lo permitido y lo prohibido, lo bello y lo feo. Estas líneas se consolidan a través del discurso del orden y el imaginario social, los que consolidan la reproducción del poder producido, y por lo tanto garantizan la continuidad del poder instituido.

Lo que es diferente de ese discurso, se instituye como un peligro al sistema de interpretaciones del poder instituido, de modo que estas situaciones pueden ser vividas por los individuos como ataques a su identidad, y las diferencias son entonces imaginadas como amenazantes. Así Castoriadis define lo **instituyente** como los nuevos organizadores de sentido, que originan las transformaciones de sentido, proponen nuevos sistemas de significaciones y operan con una gran resistencia desde lo instituido.

Rivera et. al, (1995) señala como ejemplo de emergencia de contenidos instituyentes la transformación de la sexualidad durante los años sesenta. Hasta ese período se podía identificar nítidamente la organización y orden de lo instituido sobre la sexualidad y respecto a la definición de lo femenino y lo masculino; “imperaba un conjunto de normas, creencias, valores y expectativas, sin mayores contradicciones y resistencias sociales”.

Así fue como algunas autoras identificaron algunas de estas normas, no sólo como “neutralizantes de la sexualidad, sino además como reproductoras de la desigualdad de género”. Entre ellas está Gayle Rubin, quien identifica los siguientes mitos y significados organizadores de la sexualidad:

- Las relaciones heterosexuales.
- La suposición de que hombres y mujeres son radicalmente distintos y opuestos, lo que genera comportamientos diferenciados en el ámbito de la sexualidad.
- El tabú del incesto.

Así mismo, Ana María Fernández (1992), refiriéndose a los mitos que han estructurado la institución familiar, menciona:

- 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).

Estos elementos y significados aseguraban el mantenimiento del matrimonio y la exclusividad sexual. En los movimientos sociales de los sesenta “hay una propuesta de nuevos comportamientos sexuales, que se expresa en el amor libre y grupal. Esto conlleva el

reconocimiento del erotismo femenino y, principalmente, la reivindicación del sexo-placer. Pero también significa una propuesta del sexo fuera de la pareja, y de la no exclusividad sexual. Desde lo instituido, estos elementos instituyentes amenazan todo el orden social y sus repercusiones pueden ser incalculables, por lo tanto inaceptables” (Rivera et. al. 1995:7-10).

Según Barthes (1958), las sociedades tienen dos mecanismos que permiten absorber los elementos emergentes, sin que ello desestabilice su organización; la “recuperación” y la “dilución”, a través de los cuales, por un lado, se refuerza el orden y las dinámicas existentes; y por otro, se priva al fenómeno de su sentido colectivo, integrándolo, o anexándolo a la representación más tradicional y estereotipada. Se propone una “coexistencia” armónica entre elementos o contenidos que, en rigor, no son susceptibles de integración alguna.

De esta forma, el texto de Rivera et. al. (1995) propone como hipótesis que la renovación de la sexualidad desde el 68, incluye la implantación de nuevos elementos, pero a la vez mantiene contenidos anteriores, de modo que “se reconoce a la erótica femenina, pero bajo ciertas condiciones, como el compromiso de estabilidad en la relación de pareja y, por tanto, en la exclusividad sexual. Se legitima la recuperación del placer, pero estableciéndolo dentro de la familia y en un entorno amoroso romántico. Esto, a su vez, implica el desarrollo de la dimensión afectiva en la sexualidad masculina, lo que en este esquema resulta más congruente que la tradicional disociación amor-placer que ha descrito tradicionalmente la conducta de los hombres”. Las autoras amplían esta hipótesis, reconociendo que los nuevos significados son incorporados en otras esferas sociales como el mercado, por ejemplo, dónde aparecen nuevos productos, con una mujer más erotizada en la publicidad, etc. Esto corresponde a una ampliación de lo instituido, que sigue coexistiendo con lo instituyente; la mujer es sexual, pero sólo al interior de la familia; una sexualidad normada a través del amor.

Para comprender cabalmente los sistemas de sexo/género y los roles atribuidos culturalmente a cada sexo, así como el papel que cumple la institución de la Familia en la sexualidad, la reproducción y la subordinación de las mujeres, se quiso conocer cómo se produce y reproduce esta subordinación en un nivel subjetivo (tanto en las mujeres subordinadas como en los hombres dominadores) y en un nivel objetivo, esto es, en las instituciones y estructuras de poder. Para esto se pasará a revisar la perspectiva de Pierre Bourdieu sobre la dominación masculina.

5. Pierre Bourdieu y la dominación masculina

En su libro *La dominación masculina*, Bourdieu, desarrolla la idea de que el orden social está sexualmente diferenciado, produciéndose una desigual distribución de poder entre los sexos, en tanto éste es un atributo expresamente masculino. La dominación masculina se reproduce al estar inserta en nuestras estructuras cognitivas y en nuestras estructuras sociales, apareciendo como naturales, obvias. El autor realiza un estudio de las sociedades mediterráneas a través de la sociedad de la Cabilia, como representación paradigmática de la visión “falnarcisista” y de la cosmología androcéntrica. En esta sociedad las diferencias sexuales permanecen inmersas en un conjunto de oposiciones que organizan todo el cosmos; las oposiciones masculino/femenino son homólogas a alto/bajo, arriba/abajo, delante/detrás, recto/curvo, seco/húmedo, duro/blando, fuera (público)/dentro (privado), que también corresponden a movimientos; subir/bajar, salir/entrar, etc. Cada una de estas oposiciones tiene gran “densidad semántica originada por la sobredeterminación de afinidades, connotaciones y correspondencias” (Bourdieu, 2000:20).

Esta división entre los sexos se encuentra en dos planos diferentes; en “el orden de las cosas”, es decir lo normal, lo natural, hasta el punto de ser inevitable, como estado objetivo, tanto en las cosas como en el mundo social; y en estado incorporado en los cuerpos y en los hábitos de sus agentes, que funcionan como sistemas de esquemas de percepciones, tanto de pensamiento como de acción. La concordancia entre las estructuras objetivas y las estructuras cognitivas, permite una relación con el mundo que las considera naturales y legítimas. Así se descubre la fuerza del orden masculino, que prescinde de cualquier justificación: “la visión androcéntrica se impone como neutra y no siente la necesidad de enunciarse en unos discursos capaces de legitimarla” (Bourdieu, 2000:22). Así, el mundo social construye el cuerpo como realidad sexuada y como depositario de principios de visión y de división sexuales, de modo que la diferencia biológica o anatómica entre los órganos sexuales puede aparecer como la justificación natural de la diferencia socialmente establecida entre los sexos, y en especial de la división sexual del trabajo.

Cuando los dominados aplican a lo que les domina los esquemas de pensamiento y de percepción que son producto de la dominación, estructurados de acuerdo a la relación de dominación que se les ha impuesto, sus actos de conocimiento son inevitablemente de reconocimiento, de sumisión. Ejemplo de esto es que las mujeres cabileñas se apoyen en los esquemas de percepción dominantes que les conducen a tener una representación muy negativa de su propio sexo. A estas oposiciones fundamentales entre lo positivo y lo negativo que impone el principio masculino, obedece la representación de la vagina como falo invertido⁷, lo que reproduce la oposición fuera/dentro y público/privado, y la percepción de la vagina como un fetiche, secreto o tabú.

Bourdieu vincula la sexualidad y el poder señalando que el mismo acto sexual es asimétrico, tanto en sus representaciones como en sus prácticas. Los puntos de vista son muy diferentes entre mujeres y hombres; las relaciones amorosas son “casi siempre pensadas por los hombres en la lógica de conquista” y el acto sexual es concebido como “una forma de dominación, de apropiación, de posesión”. De este modo, la relación sexual aparece como una relación social de dominación, constituyéndose a través del principio de división fundamental entre lo masculino como activo, y lo femenino como pasivo, y ese principio crea, organiza, expresa y dirige el deseo, deseo masculino de posesión, dominación erótica; y deseo femenino de dominación masculina, subordinación erotizada.

La desigualdad entre los sexos no se explica a través de la idea de que las necesidades de reproducción biológica determinan la organización simbólica de la división sexual del trabajo, y de todo el orden natural y social, sino que se trata de “una construcción social arbitraria de lo biológico, del cuerpo femenino y masculino, de sus costumbres y sus funciones, que proporciona un fundamento aparentemente natural a la visión androcéntrica de la división de la actividad sexual y de la división del trabajo” (Bourdieu, 2000: 37). De este modo, la dominación masculina legitima una relación de dominación inscribiéndola en una naturaleza biológica que es en sí misma una construcción social naturalizada. La incorporación de los principios opuestos en la identidad masculina y la identidad femenina, se realiza también a través de una ética que se ha naturalizado, y que diferencia ambos sexos en las formas de mantener el cuerpo y de comportarse.

⁷ Esto fue descubierto por Marie-Christine Pouchelle en los textos de un cirujano de la Edad Media. Citado en Bourdieu, 2000: 27

Las divisiones constitutivas del orden social y las relaciones sociales de dominación y explotación instituidas entre los sexos se inscriben de modo progresivo en dos clases de hábitos diferentes; tanto en las cosas del mundo como en todas las prácticas. Así es como corresponde a los hombres, situados en el campo de lo exterior, de lo oficial, de lo público, realizar los actos a la vez breves, peligrosos, espectaculares. En cambio a las mujeres, al estar situadas en el campo de lo interno, de lo húmedo, de abajo, de la curva y de lo continuo, les corresponden “los trabajos domésticos, privados, y ocultos, prácticamente invisibles o vergonzosos” (Bourdieu, 2000:45). No se trata de que las mujeres “disfruten” de su propia opresión, ni de que a los hombres se les “ocurra” oprimirlas; sus inclinaciones son producto de estructuras objetivas, y que esas estructuras sólo deben su eficacia a las inclinaciones que ellas mismas desencadenan y que contribuyen a su reproducción.

Por lo tanto la sola toma de conciencia por parte de los dominados no es suficiente para su liberación; al carecer “de una teoría disposicional de las prácticas”, Marx ignoraba la inercia que resulta de la inscripción de las estructuras sociales en los cuerpos, puesto que el principio de visión dominante no es una simple representación mental, una ideología, sino un sistema de estructuras estables inscritas en las cosas y en los cuerpos (Bourdieu, 2000:57). Esto explica, a su vez, por qué después de cuarenta años de reivindicaciones femeninas, todavía la dominación masculina esté presente en nuestras sociedades; la reproducen una ética, una socialización, unas instituciones, unas categorías de pensamiento, todos ellos, inscritos en el lenguaje, que escapan a la conciencia y al discurso explícito.

Las inclinaciones (*habitus*) son inseparables de las estructuras que las producen y reproducen, tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres, y que encuentran su fundamento en la estructura del mercado de bienes simbólicos. La fuerza simbólica es una “forma de poder que se ejerce directamente sobre los cuerpos y como por arte de magia, al margen de cualquier coacción física; pero esta magia sólo opera apoyándose en unas disposiciones registradas, a la manera de unos resortes, en lo más profundo de los cuerpos” (Bourdieu, 2000:54). El principio de inferioridad y de la exclusión de la mujer no es más que la asimetría fundamental del sujeto y del objeto, que se establece entre el hombre y la mujer en el terreno de los intercambios simbólicos, de las relaciones de producción y de reproducción el capital simbólico, cuyo dispositivo central es el mercado matrimonial, y que constituyen el fundamento de todo el orden social.

Así, en la economía de los intercambios simbólicos, las mujeres tienen un estatuto social de objetos de intercambio, definidos según los intereses masculinos, de modo que la transacción matrimonial tiene una dimensión política que tiende a conservar o aumentar la fuerza simbólica, la diferencia del intercambio de mercancías. Al estar orientada hacia la acumulación del capital simbólico (el honor), la economía de intercambios simbólicos transforma los materiales brutos (como las mujeres) en *dones*, es decir, en signos de comunicación que son instrumentos de dominación. Así como las mujeres, al estar sometidas a una socialización que tiende a menoscabarlas, practican el aprendizaje de actitudes negativas de abnegación, resignación y silencio, los hombres también están prisioneros de la representación dominante, cuya contrapartida está en la tensión y la contención que impone a cada hombre el deber de afirmar permanentemente su virilidad.

Las estructuras de dominación objetivas a las que se refiere Bourdieu son *el producto de un trabajo continuado de reproducción* al que contribuyen unos agentes singulares y unas instituciones: Familia, Iglesia, Escuela y Estado. La Familia es la que asume el papel principal en la reproducción de la dominación y visión masculinas; en ella se impone la experiencia precoz de la división sexual del trabajo y de la representación legítima de esta división, asegurada por el derecho e inscrita en el lenguaje. La Iglesia, señala el autor, es habitada por un profundo antifeminismo, que condena toda falta de decencia de las mujeres, y reproduce una visión pesimista de ellas, y ha inculcado explícitamente una moral pro-familiar, “enteramente dominada por los valores patriarcales, especialmente por el dogma de la inferioridad natural de las mujeres” (Bourdieu, 2000:107). La Escuela, por su parte, sigue transmitiendo los presupuestos de la representación patriarcal (basada en la homología entre la relación hombre/mujer y la relación adulto/niño) y connotaciones sexuales, entre las diferentes disciplinas como blandas y duras, por ejemplo; entre unas maneras de ser y unas maneras de ver, de verse, de representarse sus aptitudes y sus inclinaciones. El Estado, también ha contribuido a la reproducción de la división de los sexos al ratificar e incrementar las prescripciones del patriarcado privado con las de un *patriarcado público*, inscrito en todas las instituciones encargadas de gestionar y de regular la existencia cotidiana de la unidad doméstica. Se percibe que el Estado convierte a la familia patriarcal en el principio y en el modelo del orden social como orden moral, basado en la preeminencia de los hombres respecto de las mujeres, y de los adultos respecto de los niños, y de la identificación de la moralidad con la fuerza, con la valentía y con el dominio del cuerpo, sede de las tentaciones y de los deseos; los Estados modernos han inscrito todos los principios fundamentales de la visión androcéntrica.

Si bien ha habido cambios importantes en estas instituciones, como los vinculados a la transformación de la función escolar, con el aumento del acceso de las mujeres a la instrucción y, por consiguiente, la independencia económica y la transformación de las estructuras familiares, la dominación masculina todavía se hace presente en tanto las mujeres, aunque sean profesionales, “permanecen prácticamente excluidas de los puestos de mando y de responsabilidad, sobre todo en la economía, las finanzas y la política” (Bourdieu, 2000:113). El hecho de que las estructuras antiguas de la división sexual todavía determinen la dirección y la forma de los cambios, se debe a que actúan a través de tres *principios prácticos* que las mujeres y su entorno ponen en práctica en sus decisiones:

1. Las funciones adecuadas para las mujeres son una prolongación de las funciones domésticas: enseñanza, cuidado, servicio.
2. Una mujer no puede tener autoridad sobre unos hombres.
3. El hombre tiene el monopolio de la manipulación de los objetos técnicos y de las máquinas.

Estos principios se transmiten en lo esencial de cuerpo a cuerpo, sin requerir de la conciencia y del discurso, por lo tanto escapan a la presión del control conciente y a las transformaciones o correcciones.

Otro factor determinante en la división entre los sexos es la economía de los bienes simbólicos (especialmente el matrimonio), que es autónoma respecto de las transformaciones de los modos de producción económicos, lo que es favorecido por el apoyo que la Familia recibe de las Iglesias y del Derecho. La dominación masculina se debe, entonces, principalmente a la economía de los

bienes simbólicos, y por esto la práctica de la sexualidad, “aunque pueda parecer cada vez más liberada de la obligación matrimonial, permanece ordenada y subordinada a la transmisión del patrimonio, a través del matrimonio, que sigue siendo uno de los caminos legítimos de la transferencia de la riqueza” (Bourdieu, 2000:120), y de que el mundo social funcione entonces como un mercado de los bienes simbólicos dominado por la visión masculina.

Podemos ver entonces que la sexualidad es un factor de reproducción del orden masculino, en tres aspectos. Primero, en el mismo acto sexual, en tanto el hombre busca poseer a la mujer a su vez que la mujer busca ser poseída, reproduciéndose así la dominación masculina en un nivel no conciente. Segundo, la dominación masculina se reproduce a través de la sexualidad si ésta descansa y se legitima sólo en el matrimonio, puesto que se despoja de su aspecto de placer y satisfacción personal, para cumplir la función de ser, dentro del matrimonio, una institución de transferencia de la riqueza. Tercero, la dominación masculina se reproduce por medio de la ética, en tanto la sexualidad de la mujer y del hombre descansa en ciertos valores y normas éticas construidas al alero de una cultura dominada por los hombres.

Considerando los planteamientos sobre la reproducción de la dominación masculina a través de su incorporación en los hábitos, en las instituciones sociales y en los significados que adquiere la sexualidad, este estudio intenta describir las percepciones sociales respecto de la sexualidad, el control de la fecundidad y las relaciones de poder en las parejas. Se quiso conocer si estas percepciones sociales pueden dar cuenta de las estructuras desiguales de poder entre hombres y mujeres, y de qué forma éstas se reproducen a través de su incorporación tanto en los hábitos de los agentes, como en instituciones específicas que reproducen el sistema de dominación, tales como el Estado, la Escuela y la Iglesia.

Una vez revisadas las teorías sociológicas en las cuales se basa esta investigación, es necesario incluir en este trabajo algunos constructos de la Psicología Social, tales como las percepciones sociales, los valores, los roles sociales y las actitudes, ya que a través de ellos se indagó en las áreas temáticas que incluye este estudio. Tales áreas, como ya se ha dicho, corresponden a los sistemas de sexo/género, la reproducción, la sexualidad, el control de la fecundidad, las estructuras de poder, y las instituciones que inciden en la reproducción de la desigualdad de género. De este modo, se revisaron los diferentes constructos psicosociales que se indagaron en esta investigación, y que se presentan en el acápite psicosocial.

IV. Acápite Psicosocial

Para conocer la reproducción de la dominación masculina dentro del ámbito de la sexualidad y el control de la fecundidad, esta investigación indagó en las percepciones y actitudes hacia ellos por parte de usuarios y usuarias del Control de Regulación de Fecundidad, tomando en cuenta los siguientes conceptos del el área psicosocial.

1. Las Percepciones Sociales

Dentro de la psicología social, se entiende la percepción como una respuesta a un estímulo del medio ambiente, que está mediada por la socialización, distinguiendo diferentes tipos de percepción, dependiendo del tipo de estímulo al que se presenta al sujeto; la percepción puede ser de objetos físicos, de otras personas, o del medio social (Salazar et. al., 1979).

Respecto de la percepción social, Salazar propone un constructo que cubre dos aspectos:

- a) La influencia de los factores sociales y culturales sobre la percepción y cognición.
- b) La percepción de las personas, conocimiento de los otros, la formación de impresiones y procesos de atribución.

Este constructo no significa recibir pasivamente estímulos, sino seleccionar, formular hipótesis, decidir, procesar la estimulación eliminando, aumentando o disminuyendo algunos de sus aspectos, de modo que la percepción no sólo depende de la naturaleza y características del estímulo, sino que resulta afectada por los estados momentáneos o permanentes de los sujetos, en el contexto en el cual se realiza el proceso y por las expectativas respecto a las consecuencias. Lo que diferencia la percepción social de la percepción de objetos físicos, según el autor, es que si bien en ambos tipos de percepción predominan los juicios evaluativos y las inferencias, en la percepción social la validez de los juicios es mucho más difícil de demostrar.

Respecto de la percepción del medio social, la Cultura Subjetiva corresponde a la forma en que “un grupo cultural percibe el ambiente construido por el hombre” (Salazar, et. al., 1979:106), así como la percepción de las normas sociales, los roles y los valores predominantes en el contexto cultural. Se presupone aquí que las diferencias sociales, económicas, políticas, ideológicas, etc., determinan ambientes diferentes presentan características específicas, las cuales, a su vez, conforman patrones de comportamiento y de percepción.

Un aspecto importante dentro de la percepción de la Cultura Subjetiva es la forma de percibir a otros grupos, clases y categorías humanas, lo que ha sido tratado tradicionalmente dentro del dominio de los estereotipos e imágenes. Los estereotipos constituyen formas particulares de percepción y categorización de aspectos de la realidad, o de grupos sociales o individuos. Son una forma de conceptualización, donde se incluyen en una clase elementos que poseen o suponen poseer, ciertas características o atributos. El proceso de clasificación cumple una función de economía que facilita la percepción de la realidad, y constituye sistemas conceptuales relativamente rígidos que pueden ser positivos o negativos en su evaluación.

Considerando estos planteamientos, se indagó en las percepciones sociales de las/los usuarias/os de la actividad Control de Regulación de Fecundidad en torno a la sexualidad y la reproducción,

como un aspecto que podría reflejar cómo la dominación masculina es reproducida -o no- dentro de las relaciones sexuales. Además la investigación quiso indagar en los factores sociales, culturales o de grupo que pueden influir en esas percepciones. Del mismo modo, se investigó si en la forma en que se lleva a cabo la atención, se está ampliando el concepto de sexualidad, como fuente de satisfacción y placer, o si sólo se le reduce a su función reproductiva.

Por otra parte, en un análisis del Control de Regulación de Fecundidad y de la sexualidad, se debió incluir otros aspectos de la psicología social, como las motivaciones y los valores, en tanto éstos pueden llevar a las personas a controlar su fecundidad, y por lo tanto a asistir –o no- a los consultorios y hospitales. Para esto se revisó el significado de los valores y las motivaciones desarrollados por la Psicología Social.

2. Los Valores y las Motivaciones

Desde la perspectiva de la Psicología Social, los valores y las motivaciones son reflejo del contexto sociocultural en el que se desenvuelven los individuos, y son adquiridos e internalizados por ellos durante el proceso de socialización. Este proceso media entre el estímulo y la respuesta, de modo que la socialización, con sus valores y sus motivaciones, está interconectada con el proceso de percepción.

Los valores son definidos por Rokeach (1973) como creencias relativamente permanentes de que un modo de conducta particular o que un estado de existencia es personal y socialmente preferible a modos alternos. Esta definición lleva a diferenciar entre valores instrumentales y terminales. Los primeros están relacionados con los modos de conducta, y pueden ser valores morales (con un foco interpersonal y que pueden producir problemas de “conciencia” cuando no son cumplidos), como “ser honesto”, o valores de suficiencia (con un foco individual y están orientados a un comportamiento autorreforzante), como “ser imaginativo”. Los valores terminales, referidos a valores deseables de existencia, pueden ser valores personales (centrados en el “yo”), como el placer, o valores sociales, con un foco interpersonal, como “la verdadera amistad). Esta concepción de lo deseable, implícito en el valor, puede referirse a lo deseable para el sujeto, como lo deseable para los demás, dualidad que implica la posibilidad de un doble estándar, en que el sujeto espera un determinado valor de los demás, pero no de sí mismo.

Los valores son utilizables de diversas maneras: a) como guías para la acción, indicando la forma en que debemos comportarnos; b) como guía para evaluar o juzgar las situaciones, sirviendo como punto de comparación con nuestras conductas; c) como base para racionalizar conductas o creencias, permitiendo aceptar acciones tomando en cuenta el fin con que se realizan.

Los individuos poseen un sistema de valores, en donde éstos se ordenan según el grado de importancia que se les atribuye, de modo que este sistema permite hacer elecciones a los individuos entre varias alternativas.

Así, este trabajo investiga el sistema de valores de los y las usuarios/as del Control de Regulación de Fecundidad, en relación con diferentes aspectos en torno a la sexualidad; la sexualidad como fuente de placer o como fuente de reproducción; el matrimonio, la reproducción, y el control de la fecundidad.

Respecto a las características que median entre el estímulo y la respuesta, en Psicología Social se ha discutido acerca de si el actor social es atraído por metas externas (que serían los valores), o si es “empujado” por deficiencias internas, aspecto que corresponde a las motivaciones. De modo que al tratar los valores desde una perspectiva analítica, el énfasis se centra en las metas hacia las cuales se orienta el individuo, mientras que al hablar de motivos, se hace referencia a condiciones del organismo que los impulsan a la acción. Los motivos son definidos entonces como “estímulos internos orientados hacia el futuro” (Salazar, et. al., 1979:132).

De esta manera, se indagó también en las motivaciones principales que tienen los usuarios y usuarias del CRF para asistir a él y para usar algún método anticonceptivo.

Por otra parte, como se vio anteriormente en las perspectivas teóricas del género, el orden social está sexualmente diferenciado. Esta diferenciación, que también se expresa en desigualdad, se asienta en un contexto cultural que incluye normas y roles sociales, los que vienen a reproducir -o cambiar- la situación desfavorecida de las mujeres frente a los hombres. Para estudiar los roles de los hombres y de las mujeres, tanto en el ámbito sexual, como en las demás esferas de la vida social, se hizo necesario definir a qué se refiere el concepto de rol social.

3. Los roles

La Teoría del Rol ha sido construida interdisciplinariamente por psicólogos, sociólogos y antropólogos. Sus dos constructos principales son rol y posición, y pretenden ser modelos para la explicación, comprensión e interpretación de la interacción social, donde la sociedad sería un sistema de roles y posiciones entrelazados. Según Talcott Parsons, habría un equilibrio “entre los roles que lo integran, las expectativas existentes respecto de ellos, la calidad de personas que pueden ocuparlos, y los límites, más o menos amplios, que le son impuestos a su comportamiento, en su condición de actores de esos roles” (Salazar, et. al., 1979:225).

Sin embargo el concepto de roles sociales de Parsons ha sido criticado, en tanto los roles no son estáticos ni están en ningún equilibrio, sino por el contrario son cambiantes y pueden estar en tensión. En este sentido, Giddens señala que los roles sociales son las “expectativas socialmente definidas que sigue una persona en una determinada posición social”, y que son aprendidos durante el proceso de socialización. Pero se debe considerar que la socialización no es un tipo de “programación cultural” por el cual las personas absorben pasivamente las influencias, sino que es “un proceso que dura toda la vida y en el cual el comportamiento humano se ve constantemente configurado por las interacciones sociales. Permite que los individuos desarrollen su personalidad y sus potencialidades, así como el aprendizaje y la realización de ajustes (Giddens, 2002:59, 154).

Por su parte, Goffman plantea la interacción social como un “modelo dramático”, en tanto la vida social es como la representación de unos actores en un escenario, donde la forma de actuar depende del papel que se represente en determinado momento. Se puede dividir la vida social en dos regiones diferentes: las regiones delanteras son los encuentros sociales en los que los individuos asumen papeles formales, es la obra de teatro. Las regiones traseras, en cambio, son las que ocurren detrás del escenario, donde las personas pueden relajarse, mostrar sus sentimientos y se aceptan diversos comportamientos (Ibid., 139).

En este sentido, y como lo plantea Salazar, el entrenamiento para la representación de estos papeles en el escenario, puede ser formal (escuela, familia), como puede no serlo, en cuyo caso se trata de la internalización de modelos de conducta mediante mecanismos de interacción e imitación. Las expectativas ligadas a los roles, entonces, y su anticipatoriedad de la conducta, crean una compleja red de normas que rige la conducta social de los individuos. Así, las normas sociales, en primer lugar, fijan modelos de acción que permiten el surgimiento de esas expectativas compartidas y en este sentido, son evaluativas. En segundo lugar, su obligatoriedad, lograda por el mismo comportamiento de los otros, asegura que el prototipo de conducta por ellas establecido va a ser de cumplimiento general. En tercer lugar, al establecer cuál es la conducta observable, la norma indica implícitamente cuál es la conducta desviante. En cuarto lugar, esa observación global que permite la formación de expectativas, y que se ven reforzadas con el cumplimiento de la conducta esperada, otorga una gran seguridad a los miembros del grupo (Salazar, 1979)

Una política de Salud Sexual y Reproductiva puede considerar el área temático-teórica de los roles sociales, en tanto a las mujeres y a los hombres se les asignan culturalmente diferentes roles, por ejemplo, que las mujeres se dediquen a la crianza y cuidado de los hijos, y a los hombres, el trabajo para el mantenimiento del hogar. Si las políticas de salud reproducen esta idea, excluyendo de sus programas a los hombres, se está reproduciendo una visión dominante de lo masculino por sobre lo femenino. En este sentido, el presente estudio indagó en las percepciones que tienen las usuarias del Control de Regulación de Fecundidad respecto de los roles sociales atribuidos a cada sexo, y si estos roles son entendidos o no como parte de una construcción social. Así mismo, se indagó en las normas sociales percibidas por los sujetos respecto de sus conductas sexuales y reproductivas, que siguiendo a los teóricos revisados, generarían modelos de conducta deseables, o formas de representarse en el escenario del mundo social.

Por otra parte, para conocer la forma en que la dominación masculina está incorporada en los habitus, y cómo ésta se reproduce en un nivel subjetivo y probablemente hasta inconsciente, se hizo necesario indagar en las actitudes de las usuarias del CRF hacia temas relacionados con la sexualidad y el control de la fecundidad, como la actitud hacia las relaciones sexuales prematrimoniales, la infidelidad, la maternidad, entre otros. Para esto se estudió el concepto de actitud de la Psicología social.

4. Las actitudes

Desde la perspectiva de la Psicología Social, el estudio de las actitudes es relevante por diferentes motivos. Primero, las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas, por lo que conocerlas en una persona permite que se puedan hacer inferencias acerca de éstas. Segundo, las actitudes sociales desempeñan funciones específicas para cada uno de nosotros, ayudándonos a formar una idea más estable de la realidad en que vivimos, y que nos sirven al mismo tiempo, para proteger nuestro yo de conocimientos indeseables. Tercero, las actitudes son base de una serie de importantes situaciones sociales, como las relaciones de amistad y de conflicto (Rodrigues, 1976).

Rodrigues toma diferentes definiciones de actitud de la literatura psicológica y sociológica, para señalar que la actitud social se refiere a “un sentimiento a favor o en contra de un objeto social, el

cual puede ser una persona, un hecho social, o cualquier producto de la actividad humana” (Rodrigues, 1976:328). Esta definición es bastante amplia, por lo que luego es acotada, y se plantea que actitud social consiste en una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes sociales son entonces, variables no observables, pero directamente sujetas a inferencias de observables, compuestas por tres elementos diferentes:

1. Un componente cognitivo.
2. Un componente afectivo.
3. Un componente relativo a la conducta.

Tanto para que exista una actitud hacia un objeto social determinado, así como para que exista una carga afectiva a favor o en contra de él, es necesario que exista también alguna representación cognoscitiva de dicho objeto. Las creencias y demás componentes cognoscitivos (conocimiento, manera de encarar al objeto) relativos al objeto de una actitud, constituyen el componente cognoscitivo de la actitud. Muchas veces la representación cognoscitiva que la persona tiene de un objeto social es vaga o errónea; cuando es vaga, su afecto con relación al objeto tenderá a ser poco intenso; sin embargo, cuando es errónea, esto no afecta la intensidad del afecto, el cual será consistente respecto a la representación cognitiva que la persona tiene del objeto, corresponda o no a la realidad.

El componente afectivo se define como el sentimiento a favor o en contra de un determinado objeto social, y es el componente más evidentemente característico de las actitudes. Esto diferencia las actitudes de las creencias o las opiniones, que aunque muchas veces se integren a una actitud provocando un afecto positivo o negativo en relación a un objeto y creando una predisposición a la acción, no necesariamente se encuentran impregnadas de una connotación afectiva.

Por otra parte, el componente activo sería el instigador de conductas coherentes con las condiciones y los afectos relativos a los objetos actitudinales. Existen teorías dentro de la psicología social que conciben que los tres componentes de las actitudes deben ser congruentes entre sí. Sin embargo, en este estudio, considerando el doble estándar que existe en Chile en relación con la sexualidad, tomaremos en cuenta las teorías que aceptan la incoherencia entre algunos de los componentes. Por ejemplo, según Newcomb, Turner y Converse (1965), las actitudes sociales crean un estado de predisposición a la acción que al combinarse con una situación activadora específica resulta en una conducta, y debido a este carácter instigador de la acción, las actitudes pueden ser consideradas como buenos elementos para la predicción de conductas. Sin embargo, no siempre se registra empíricamente una absoluta coherencia entre los componentes cognoscitivos, afectivos y conductuales. La incongruencia entre las actitudes y las conductas puede explicarse al entender que las actitudes involucran lo que las personas piensan, sienten, así como el modo en que a ellas les gustaría comportarse en relación a un objeto actitudinal. “La conducta no se encuentra sólo determinada por lo que las personas les gustaría hacer, sino también por lo que piensan que deben hacer, o sea, normas sociales, por lo que ellas generalmente han hecho, o sea, hábitos, y por las consecuencias esperadas de su conducta” (Rodrigues, 1976:334). Por lo tanto, la conducta es la resultante de múltiples actitudes.

Tomando estos conceptos, la investigación indagó en las actitudes de las usuarias del Control de Regulación de Fecundidad respecto a temas como la sexualidad, el matrimonio, las relaciones de poder, etc., como una forma de explorar el estado subjetivo de la dominación masculina, y si estas ellas perciben que estas actitudes cambian con la asistencia a esta actividad. Se indagó además en las actitudes de las usuarias en relación con la calidad de la atención y su funcionamiento en general, como una forma de evaluar sus beneficios y deficiencias. Por último, se investigó en qué medida el CRF informa y otorga una buena calidad de Salud Reproductiva, así como si los usuarias/os del sistema tienen conocimientos respecto de sus Derechos Reproductivos.

De esta forma, la investigación da cuenta del estado de la Salud Reproductiva en Chile, a través del estudio de las actitudes y conocimientos de los usuarios y usuarias del Control de Regulación de Fecundidad, sobre la reproducción y el control de la fecundidad, y la aplicación de éstos en su vida práctica.

V. Objetivos del estudio

Objetivo General

Describir y evaluar los conocimientos, actitudes, valores y percepciones respecto a sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, y roles sexuales, de las usuarias del Control de Regulación de Fecundidad (CRF) del Programa Salud Mujer.

Objetivos Específicos:

1. Describir y comparar a las/los usuarias/os del Control de Regulación de Fecundidad, respecto de sus antecedentes ginecológicos, y el nivel de uso del CRF en dos consultorios investigados, a partir de datos secundarios extraídos de las fichas médicas de las/os consultantes.
2. Describir y comparar las variables de base de las usuarias del CRF de ambos consultorios investigados.
3. Describir y comparar los conocimientos y actitudes de las usuarias del Control de Regulación de Fecundidad (CRF) respecto de la sexualidad y regulación de la fertilidad, la Salud Sexual, y los Derechos Sexuales y Reproductivos, en ambos consultorios estudiados.
4. Describir desde una perspectiva sociológica, las conductas, valores y roles sexuales que asumen las usuarias del CRF, y su percepción de los efectos que éste ha tenido en ellos.
5. Conocer y comparar la percepción de las usuarias respecto a la difusión, funcionamiento y calidad de la atención del Control de Regulación de Fecundidad en los dos consultorios estudiados.

VI. Hipótesis

Es necesario señalar que, al ser esta una investigación cualitativa, las hipótesis serán utilizadas como orientadoras al análisis de algunas variables, pero no se buscará correlacionar ni explicar las diferentes variables. Tampoco se pretende generalizar los resultados a toda la población ni a todos los consultorios, puesto que no se trata de una muestra representativa. De esta forma, es posible plantear algunas hipótesis en torno al tema de la sexualidad y la reproducción, tomando en cuenta los Antecedentes y las Teorías revisados más arriba:

- a) A mayor nivel educacional de las/los usuarias/os, mayor comprensión de la información.
- b) La experiencia de la sexualidad de las mujeres refleja la dominación masculina puesto que ésta sólo se legitima en sus discursos bajo la significación afectiva y específicamente a través del matrimonio.
- c) El Control de Regulación de Fecundidad otorga buena información respecto de Métodos Anticonceptivos.
- d) El CRF no logra trascender del foco primordial de las familias y especialmente las mujeres adultas.
- e) El CRF es mejor evaluado por las usuarias en el Centro de Salud Familiar San Joaquín que en el Consultorio Amador Neghme.

VII. Marco metodológico

1. Tipo de Investigación

El siguiente estudio es una investigación exploratoria, descriptiva y cualitativa. La metodología cualitativa se enmarca dentro de la perspectiva teórica fenomenológica, en la cual el “investigador pretende conseguir datos sobre las percepciones de los actores locales “desde dentro”, a través de un proceso de profunda cortesía, comprensión empática (verstehen), y suspensión o “puesta entre paréntesis” de las percepciones sobre los temas que se habla” (Miles y Huberman, 1994:6). Desde esta perspectiva, la metodología cualitativa consiste en “la investigación que produce datos descriptivos: las palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable (...) El investigador cualitativo obtiene conocimiento directo de la vida social, no filtrado por conceptos, definiciones operacionales y escalas clasificatorias” (Tylor y Bogdan, 1992:20-22). Los estudios descriptivos buscan “especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar” (Hernández, Fernández, Baptista, 1991:60).

En este trabajo, tales aspectos o dimensiones que se conocen y describen son:

- Nivel de uso del Control de Regulación de Fecundidad.
- Percepción de la calidad de la atención.
- Conocimientos de las usuarias.
- Actitudes de las usuarias respecto a Derechos Sexuales y Reproductivos.
- Conductas sexuales de las usuarias.
- Percepciones de las usuarias respecto a los roles de hombre y mujer.

Además el estudio es comparativo, en tanto las dimensiones estudiadas son comparadas entre los dos consultorios investigados.

2. Universo

El universo está constituido por todas las usuarias del Control de Regulación de Fecundidad del Centro de Salud Familiar San Joaquín de la comuna de San Joaquín (CSFSJ), y del Consultorio Amador Neghme Rodríguez (CANR) de la comuna Pedro Aguirre Cerda, en la Región Metropolitana, de edad entre 15 y 35 años.

Se escogieron dichas comunas por encontrarse ambas bajo la dirección del Servicio de Salud Metropolitano Sur, entidad que financió esta investigación. Además se eligieron dichos centros de salud con el objetivo de compararlos puesto que el CSFSJ ha implantado la modalidad de atención familiar, y quiso evaluarse si habían diferencias en la atención entre la modalidad nueva y la tradicional.

3. Unidad de estudio

La unidad de estudio corresponde a cada una de las usuarias del Control de Regulación de Fecundidad del Centro de Salud Familiar San Joaquín de la comuna de San Joaquín (CSFSJ), y

del Consultorio Amador Neghme Rodríguez (CANR) de la comuna Pedro Aguirre Cerda, en la Región Metropolitana, de edad entre 15 y 35 años.

4. Muestra

Para el análisis cuantitativo la muestra corresponde a todas las usuarias del CRF en un sector de cada consultorio a estudiar. Los sectores que usan las usuarias dependen de la unidad vecinal en que viven. En el CSFSJ se escogió el sector estudiado por ser al que se tuvo acceso para revisar las fichas médicas de las usuarias. En el CANR, al tener acceso a todos los sectores, la elección de uno en específico se debió a que la población de esas unidades vecinales es más heterogénea, y por lo tanto más representativa de la población total⁸.

Para la investigación cualitativa, se utilizó un muestreo intencional o deliberado que consideró 16 usuarias del CRF de los consultorios estudiados (8 de cada uno). La realización de nuevas entrevistas se detuvo cuando se cubrió una gama amplia de perspectivas, y comenzó a producirse saturación de la información, es decir, que las “personas adicionales no producen ninguna comprensión auténticamente nueva” (Tylor y Bogdan, 1992.).

En la muestra no se hicieron entrevistas a hombres porque constituyen un porcentaje demasiado pequeño: en el Centro de Salud Familiar San Joaquín no hay hombres inscritos, y en el Consultorio Amador Neghme los hombres representan el 0,5% del total de usuarias/os. La edad comprendida en el universo y muestra responde sólo a criterios de tiempo, espacio y dinero, puesto que se entiende que la edad reproductiva supera ampliamente el rango comprendido en esta investigación.

Según Rodríguez, Gil y García (1999:135), en la estrategia de selección de casos intencional o deliberada “las personas o grupos no se seleccionan al azar para completar una muestra de tamaño n , se eligen uno a uno de acuerdo con el grado en que se ajustan a los criterios o atributos establecidos por el investigador”. De acuerdo a esto, los criterios para elegir a los informantes se refieren justamente a su inscripción en el Control de Regulación de Fecundidad de los consultorios mencionados, sean hombres o mujeres, y que tengan edades entre 15 y 35 años.

5. Instrumentos de medición

En el estudio se utilizaron diferentes instrumentos de medición, dependiendo del aspecto o dimensión que se estudió:

- a. Un instrumento con datos secundarios proporcionados por los consultorios respecto al número y el perfil de las/los usuarias/os.
- b. Entrevistas en profundidad a las/los usuarios del CRF.
- c. Encuesta de evaluación del Control de Regulación de Fecundidad aplicada a las mismas entrevistadas.

⁸ Esto se conversó con la directora del CANR y con la jefa de las matronas, quienes señalaron que el resto de los sectores son más homogéneos en términos socioeconómicos.

Los datos secundarios de las fichas médicas de las/os usuarias/os de ambos consultorios fueron extraídos durante aproximadamente dos semanas en cada consultorio, para lo cual fue necesario el préstamo de alguna sala y la facilitación de las fichas de las personas inscritas en el CRF. Los datos fueron ingresados en el programa SPSS para posteriormente ser limpiados y analizados.

La entrevista en profundidad es “un proceso comunicativo por el cual un investigador extrae información de una persona (...) que se haya contenida en la biografía de ese interlocutor”. La biografía se entiende como “el conjunto de las representaciones asociadas a los acontecimientos vividos por el entrevistado. Esto implica que la información ha sido experimentada y absorbida por el entrevistado y que será proporcionada con una orientación e interpretación significativa de la experiencia del entrevistado (...) La técnica de la entrevista abierta se presenta útil, por lo tanto, para obtener información de carácter pragmático, es decir, de cómo los sujetos diversos actúan y reconstruyen el sistema de representaciones sociales en sus prácticas individuales” (Alonso, 1994:225-226).

En este sentido, para esta investigación, la entrevista abierta resultó muy útil en tanto el discurso del informante dio luces sobre las representaciones sociales asociadas a la sexualidad, la reproducción, y los roles de género. Para realizar las entrevistas se elaboró una pauta de entrevista (ver anexo N° 1) donde se incluyeron diferentes preguntas con el fin de responder a los objetivos propuestos.

6. Recolección de datos

Para la selección de los casos, se revisó la base de datos de las/os usuarias/os en el SPSS, y se les llamó aleatoriamente por teléfono. Las usuarias que podían y querían realizar las entrevistas fueron las citadas. Las entrevistas fueron realizadas por la propia investigadora en la casa de las entrevistadas, como una forma de generar confianza y empatía durante la entrevista, puesto que realizarlas en el consultorio podría haber resultado poco íntimo, y generado inseguridades por parte de las entrevistadas.

Los datos se registraron en una grabadora, previo aviso y aprobación del informante. Fue importante generar empatía con las entrevistadas para que permitieran a la investigadora acceder a sus representaciones e interpretaciones significativas del fenómeno en estudio. En este sentido, establecer rapport según Tylor y Bogdan (1992:55), justamente consiste en “comunicar la simpatía que se siente por los informantes y lograr que ellos la acepten como sincera. Penetrar a través de las “defensas contra el extraño” de la gente. Lograr que las personas se “abran” y manifiesten sus sentimientos respecto del escenario y de otras personas (...) Compartir el mundo simbólico de los informantes, su lenguaje y sus perspectivas”. Para lograr el rapport, los autores ofrecen algunas reglas generales, tales como no interferir en sus rutinas; establecer lo que se tiene en común con la gente; ayudar a la gente; ser humilde; e interesarse. Todas ellas se intentaron seguir durante las entrevistas realizadas. La entrevista en profundidad “se debe estructurar como una oportunidad para la producción de relatos, en la que el entrevistado se entiende como una especie de contador de historias”, entrevista en la que es fundamental la “reciprocidad presente en el discurso de la entrevista y la necesidad de que el entrevistador esté abierto al dolor y a la incertidumbre que supone el autodescubrimiento” (Shaw, 2003:210).

Para complementar la información obtenida a través de la entrevista, se aplicaron los cuestionarios de las variables de base antes de realizar la entrevista. Al final de éstas se aplicó a cada entrevistada la encuestas de evaluación del CRF, que se pueden revisar en el anexo N° 2.

7. Confiabilidad y Validez la investigación

La fiabilidad de una investigación “alude a la posibilidad de que un estudio pueda ser replicado, es decir, que otro investigador, utilizando los mismos procedimientos, llegue a obtener los mismos resultados” (Rodríguez, Gil y García, 1999:284). Para lograr la fiabilidad en esta investigación, se ha detallado el papel desempeñado por el investigador en el contexto estudiado, ya que los datos obtenidos dependen de las relaciones sociales establecidas con los participantes, y replicar el estudio requiere de requiere un investigador con un status similar entre las personas y dentro del escenario en estudio. Además el investigador proporciona una descripción precisa de las características de los informantes y los criterios por los cuales fueron seleccionados, de modo que cualquier intento de replicación del estudio deberá tener una selección de informantes similares a los empleados en la primera ocasión.

La validez en una investigación de tipo cualitativa está dada por “el grado en que los constructos elaborados y las conclusiones de un estudio se corresponden con la realidad” (Rodríguez, Gil y García, 1999:285). Específicamente, la validez interna tiene que ver con “la correspondencia entre el significado que atribuye el investigador a las categorías conceptuales utilizadas en el estudio y el significado que atribuyen a esas mismas categorías los participantes”. En esta investigación, para incrementar la validez en la recolección y análisis de la información, se realizaron dos procedimientos: **1) Revisión de los sujetos que han sido entrevistado:** una vez que se hizo una primera interpretación, se volvió a los entrevistados para su revisión, con el objetivo de cada entrevistada pueda corregir los posibles errores que se hayan producido. **2) Triangulación de las fuentes de los datos:** se complementó la información de las entrevistas en profundidad con las encuestas de calidad de atención aplicadas.

VIII. Análisis de los datos

1. Introducción

Respecto de las variables sociodemográficas, se realizó un análisis cuantitativo simple, que describe algunas variables que aparecen en las fichas de las/los usuarias/os del CRF en los dos consultorios. Cabe señalar que primero se obtuvo la información en el Centro de Salud Familiar San Joaquín, y luego en el Consultorio Amador Neghme. Una vez que se obtuvieron esos datos y se analizaron, se contactaron las usuarias y se realizaron las entrevistas, para después analizarlas.

Para el análisis cualitativo, se siguió el método propuesto por Tylor y Bogdan en su libro “Métodos Cualitativos de Investigación”, donde el proceso de análisis de los datos incluye tres etapas:

1. **Fase de descubrimiento.** Se trata de identificar y desarrollar conceptos y proposiciones.
2. **Fase de codificación y refinamiento de los datos.** El proceso de codificación incluye la reunión y análisis de todos los datos que se refieren a temas, ideas, conceptos, interpretaciones, y proposiciones.
3. **Relativización de los datos.** Esto implica comprender los datos en el contexto en que fueron recogidos (Tylor y Bogdan, 1992:161-174).

El análisis de los datos se realizó objetivo por objetivo, tratando de no repetir los temas tratados.

2. Descripción Cuantitativa de la población

Objetivo Específico N° 1

- Describir y comparar a las/los usuarias/os del Control de Regulación de Fecundidad, respecto de sus antecedentes ginecológicos, y el nivel de uso del CRF en dos consultorios investigados, a partir de datos secundarios extraídos de las fichas médicas de las/os consultantes.

A. CENTRO DE SALUD FAMILIAR SAN JOAQUÍN

Las usuarias inscritas en el **Control de Regulación de Fecundidad (CRF)** del **Centro de Salud Familiar San Joaquín (CSFSJ)** están divididas en seis sectores según la unidad vecinal donde viven⁹. En este trabajo se utilizó un solo sector como lo estableció en la muestra durante el diseño de la investigación.

1. MÉTODO ANTICONCEPTIVO

En el sector estudiado, las inscritas en el CRF son 547 en total, sin embargo sólo 284 siguen asistiendo a las consultas; el resto ha pasado a “inactivas”. Las usuarias de **Anticonceptivos Orales (ACO)** pasan a inactivas luego de seis meses de inasistencia y las usuarias de **Dispositivos Intrauterinos (DIU)** y **OTROS** métodos anticonceptivos (preservativos u

⁹ El sector 1 corresponde a la unidad vecinal 22; el sector 2 corresponde a la unidad vecinal 17; el sector 3 a la unidad vecinal 24; el sector 4 a la unidad vecinal 29; el sector 5 a la unidad vecinal 19 y el sector 6 corresponde a las unidades vecinales 30 y 31.

hormonas inyectables) pasan a inactivas luego de un año de inasistencia. De esta forma, la distribución de la población usuaria del CRF, según el **Método Anticonceptivo (MAC)** que utiliza, se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 1: Distribución de Usuarias según MAC

Método usado	Activas	Inactivas	TOTAL
DIU	147	179	326
% fila	45,1	54,9	100,0
% columna	51,8	68,1	59,6
ACO	132	68	200
% fila	66,0	34,0	100,0
% columna	46,5	25,9	36,6
Otros MAC	5	16	21
% fila	23,8	76,2	100,0
% columna	1,8	6,1	3,8
TOTAL	284	263	547
% fila	51,9	48,1	100,0
% columna	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CSFSJ.

Se puede observar que el 59,6% de la población usa DIU, sin embargo la mayoría de ellas es inactiva. En cambio, entre las usuarias de ACO, que corresponden al 36,6% de la población, el porcentaje de las usuarias asistentes es mayor que el de las inasistentes. Esto podría explicarse por el hecho de que las usuarias de ACO deben ir al consultorio regularmente a buscar sus pastillas anticonceptivas, mientras que las usuarias DIU pueden faltar a sus controles sin dejar su tratamiento, puesto que lo tienen inserto en el útero. Las usuarias de otros MAC corresponden al 3,8% de la población, de las cuales el 23,8% está activa. En este sentido, se puede extraer que el uso de otros MAC a través del CRF es mucho menos frecuente, y menos constante a lo largo del tiempo que el uso de DIU o ACO.

Entre las usuarias activas, el 1,8% usa DIU y el 46,5% usa ACO. El uso de otros MAC corresponde sólo al 1,8% de las usuarias activas. La población descrita a continuación corresponde sólo a las usuarias que están activas en el CRF, y la información fue extraída directamente desde sus fichas médicas, obtenidas e ingresadas en el CSFSJ.

2. EDAD

Las edades de las usuarias activas en este consultorio varían entre los 15,7 y los 57,6 años, siendo el promedio de edad 32,6 años. Este es el promedio de tan sólo el 96,1% (273) de las inscritas activas, puesto que el resto no tenían su fecha de nacimiento en las fichas clínicas, o las fichas no se encontraron.

Al separar las usuarias activas según el método que utilizan, obtenemos que la edad de las usuarias DIU varía entre los 17,5 y 57,6, siendo el promedio de edad 34,35 años. Las edades de usuarias de ACO varían entre 15,7 y 48,8 años, y su promedio es 30,5 años. Las edades de usuarias de Otros Métodos Anticonceptivos varían entre 23,7 y 50,3 años de edad, con un promedio de 42,4 años.

Cuadro N° 2: Edad promedio de las usuarias activas según MAC

USUARIAS	Casos válidos	% Casos Válidos	Edad Mínima	Edad Máxima	Edad Promedio	Desviación Estándar
DIU	138	50,5	17,5	57,6	34,35	9,76
ACO	131	48,0	15,7	48,8	30,46	8,3
Otros MAC	4	1,5	23,7	50,3	42,36	12,54
TOTAL	284	96,1	15,7	57,6	32,6	9,37

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CSFSJ.

Se observa que las usuarias de ACO son 3,9 años menores que las usuarias DIU, y se puede afirmar con un 99,9% de confianza que esta diferencia de promedios es significativa (Prueba T de diferencia de promedios). Además, con un 95% de confianza se puede estimar que las usuarias de DIU tienen en promedio entre 1,72 y 6,06 años más que las usuarias de ACO. La distribución de usuarias según tramos de edad se expone en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 3: Usuarias por tramos de edad según MAC

Tramos	Usuarias DIU		Usuarias ACO		Usuarias Otros MAC		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
12 a 17,9 años	1	33,3	2	66,7	0	0,0	3	100,0
18 a 23,9 años	28	43,1	36	55,4	1	1,5	65	100,0
24 a 29,9 años	27	52,9	24	47,1	0	0,0	51	100,0
30 a 35,9 años	23	40,4	34	59,6	0	0,0	57	100,0
36 a 41,9 años	24	58,5	17	41,5	0	0,0	41	100,0
42 a 47,9 años	23	57,5	16	40,0	1	2,5	40	100,0
48 a 53,9 años	12	80,0	1	6,7	2	13,3	15	100,0
54 años o más	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Total	139	50,9	130	47,6	4	1,5	273	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CSFSJ.

Los porcentajes en negrita corresponden a los mayores porcentajes dentro de cada tramo de edad. Así se observa que en los dos tramos de menor edad, las usuarias usan con mayor frecuencia Anticonceptivos Orales. Entre los 24 y 29,9 años es más común el uso de Dispositivo intrauterino, sin embargo es el tramo donde la elección de MAC es más pareja. Luego, entre los 30 y 35,9 años vuelve a ser más usual los ACO, y desde los 36 años en adelante, para cada tramo de edad se encuentran más usuarias que usan DIU. Para conocer si existe relación entre la edad y el MAC en las usuarias, se realizó un análisis de contingencia con los casos agrupados según edad en tres grupos iguales, como se revela a continuación:

Cuadro N° 4: Frecuencias observadas y esperadas de usuarias por MAC según edad

MAC		25 años o menos	De 25 a 35 años	Más de 35 años	TOTAL
DIU	Count	34	40	73	147
	Expected Count	40,0	47,4	59,5	147
ACO	Count	42	50	40	132
	Expected Count	36,0	42,6	53,5	132
Total	Count	76	90	113	279
	Expected Count	76	90	113	279

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CSFSJ.

Se obtuvo que existe una relación entre la edad de las usuarias y el método anticonceptivo utilizado significativa en un 99,9% (Coeficiente C de contingencia). Como se observa en el cuadro, esta relación consiste en una tendencia hacia el uso de ACO en los segmentos de menor edad y una tendencia al uso de DIU en los segmentos de mayor edad.

3. ESTADO CIVIL

El estado civil de las usuarias no aparece con regularidad en las fichas médicas; el 15,9% de las usuarias no presenta la información. Cabe señalar que el estado civil que se presenta en los siguientes cuadros corresponde al estado civil de las usuarias en el momento de la inscripción en el CRF, ya que este dato no se actualiza posteriormente. De esta manera, el estado civil que se presenta en el siguiente cuadro corresponde al estado civil de las usuarias en el momento de la inscripción en el CRF, y no toma en cuenta los casos perdidos.

Cuadro N° 5: Distribución de usuarias por Estado Civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje acumulado
Soltera	107	37,7	46,3	46,3
Casada	91	32,0	39,4	85,7
Conviviente	24	8,5	10,4	96,1
Separada	8	2,8	3,5	99,6
Viuda	1	0,4	0,4	100,0
Total	231	81,3	100,0	
Missing	53	18,7		
TOTAL	284	100,0		

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CSFSJ.

Se obtiene que el estado civil más frecuente es el de soltera con el 46,3% de los casos. Las usuarias casadas representan el 39,4%, las convivientes el 10,4%, y las separadas corresponden al 3,5%. Cabe resaltar los altos porcentajes de usuarias solteras y convivientes, que podrían estar mostrando que el matrimonio no es un requisito de facto para que las mujeres deseen controlar su fecundidad. En este sentido, el cambio de rótulo de Planificación Familiar a Control de Regulación de Fecundidad se corresponde con el perfil de la población usuaria.

Debido a que el estado civil que aparece en las fichas no está actualizado, no es posible hacer otros cruces de variables, por ejemplo con el MAC que utilizan, con la edad de las usuarias o con el número de hijos, porque estas variables sí toman en cuenta variaciones desde la inscripción de las usuarias.

4. NUMERO DE HIJOS

El número de hijos de las usuarias que aparece en las fichas médicas es anotado en el momento de la inscripción en el CRF, de modo que los hijos posteriores a ésta pueden no aparecer en las fichas. En muchos casos, esta información no aparecía en la inscripción, por lo que tuvo que extraerse de los documentos de partos o del seguimiento del uso de anticonceptivos de las fichas médicas. Como pueden haber partos previos a la inscripción en el CRF que no aparezcan en las fichas médicas, o partos no documentados, no es seguro que los siguientes datos corresponden

efectivamente al número de hijos de las usuarias, más bien se trata del mínimo número de hijos que aparecen en las fichas de las usuarias.

Respecto al promedio de número de hijos de las usuarias del CSFSJ, podemos señalar que en promedio tienen 1,49 hijos, con una desviación estándar de 0,84. Su distribución se presenta en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 6: Distribución de Usuarias por Número de hijos

Numero de hijos vivos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sin hijos	25	8,8	9,9	9,9
	1	108	38,0	42,7	52,6
	2	96	33,8	37,9	90,5
	3	20	7,0	7,9	98,4
	4	4	1,4	1,6	100,0
	Total	253	89,1	100,0	
Missing	99	31	10,9		
Total		284	100,0		

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CSFSJ.

Se puede señalar que el 9,9% de las usuarias no tiene hijos, y que es más frecuente que tengan un hijo (42,7% de los casos) y luego que tengan dos hijos (37,9%). En el cuadro se observa también que un 10,9% no tenía la información en las fichas médicas ni era deducible a partir de los documentos que allí se encontraban. El número mayor de hijos encontrado en las fichas fue de 4 hijos.

Al separar los datos según el MAC que utilizan, se obtiene que el promedio de número de hijos en usuarias DIU, es 1,57; en usuarias ACO, es 1,37 y en usuarias de otros MAC, es 2,67 hijos por usuaria, sin embargo aquí la muestra es de 3 casos porque los otros dos están perdidos. La distribución de número de hijos según MAC se encuentra en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 7: Distribución de Usuarias por Número de hijos según MAC

Número de hijos * MAC Crosstabulation

			MAC			Total
			DIU	ACO	Otros MAC	
Número de hijos	sin hijos	Count	2	23		25
		% within Número de hijos	8,0%	92,0%		100,0%
1		Count	62	46		108
		% within Número de hijos	57,4%	42,6%		100,0%
2		Count	53	41	2	96
		% within Número de hijos	55,2%	42,7%	2,1%	100,0%
3		Count	8	12		20
		% within Número de hijos	40,0%	60,0%		100,0%
4		Count	2	1	1	4
		% within Número de hijos	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
Total		Count	127	123	3	253
		% within Número de hijos	50,2%	48,6%	1,2%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CSFSJ.

Se puede apreciar que de las usuarias sin hijos, el 92% usa anticonceptivos orales, y el 8% restante usa DIU. Resulta extraño que estas mujeres usen DIU y no otro tipo MAC, aunque no tengan hijos, por las limitaciones médicas respecto al uso de DIU en mujeres nuligestas. En este sentido, la información respecto del número de hijos puede estar incompleta y el número real de sus hijos no aparecer en las fichas médicas. Por su parte, el 57,4% de las usuarias que tienen un hijo usan DIU, al igual que el 55,2% de las usuarias con dos hijos.

Al cruzar la variable Maternidad con Edad en tres grupos iguales, se obtuvo el coeficiente C de contingencia, con el cual se puede afirmar con un 99,9% de confianza que a mayor edad hay más usuarias madres, lo que se puede apreciar en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 8: Frecuencias observadas y esperadas de usuarias por Edad según Maternidad

Edad		No es madre	Es madre	Total
25 años o menos	Count	19,0	58,0	77,0
	Expected Count	6,8	70,2	77,0
De 25 a 35 años	Count	6,0	84,0	90,0
	Expected Count	7,9	82,1	90,0
Más de 35 años	Count	0,0	117,0	117,0
	Expected Count	10,3	106,7	117,0
Total	Count	25,0	259,0	284,0
	Expected Count	25,0	259,0	284,0

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CSFSJ.

La distribución de edades por tramos se analiza en el cuadro N° 9:

Cuadro N° 9: Distribución de usuarias por tramos de edad según número de hijos

Tramos De edad	Número de hijos					Total
	0	1	2	3	4	
12 - 17,9		2		1		3
% fila		66,7		33,3		100,0
% columna		1,9		5,0		1,2
18 - 23,9	19	27	11	2		59
% fila	32,2	45,8	18,6	4,3		100,0
% columna	76,0	25,2	25,5	10,0		23,6
24 - 29,9	6	27	12	2		47
% fila	12,8	57,4	25,5	4,3		100,0
% columna	24,0	25,2	12,8	10,0		18,8
30 - 35,9		14	30	7		51
% fila		27,5	58,8	13,7		100,0
% columna		13,1	31,9	35,0		20,4
36 - 41,9		20	17		2	39
% fila		51,3	43,6		5,1	100,0
% columna		18,7	18,1		50,0	15,6
42 - 47,9		12	18	7	1	38
% fila		31,6	47,4	18,4	2,6	100,0
% columna		11,2	19,1	35,0	25,0	15,2
48 - 53,9		5	6	1	1	13
% fila		38,5	46,2	7,7	7,7	100,0
% columna		4,7	6,4	5,0	25,0	5,2
TOTAL	25	107	94	20	4	250
% fila	10	42,8	37,6	8	1,6	100,0
% columna	100	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CSFSJ.

En el cuadro se observa que el 1,2% de las usuarias tienen hijos siendo menores de edad, y que no hay usuarias menores de edad sin hijos. En el segundo y tercer tramo (de 18 a 29,9 años) la mayor parte de las usuarias tiene un hijo, mientras que entre los 30 y 35,9 es más frecuente que las usuarias tengan dos hijos.

5. NÚMERO DE ABORTOS

Otro dato interesante para la descripción de la población se refiere al número de abortos en las usuarias. En las fichas médicas no siempre aparece esta información, pero de todas formas resulta interesante ver qué ocurre con el aborto en general.

Cuadro N° 10:

Mínima, máxima, promedio y sumatoria de abortos encontrados por usuaria

	N	Mínimo	Máximo	Promedio	Sumatoria
Frecuencia	90	0	4	0,59	53

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CSFSJ.

Cabe señalar que el tamaño de la población disminuye drásticamente: sólo 90 fichas médicas tienen la información requerida, lo que representa el 31,7% de las usuarias. Entre estas usuarias, se obtiene que el promedio de abortos es de 0,59 abortos por usuaria. La alta cantidad de casos perdidos podría explicarse por el hecho de que la matrona o médico que atendió no haya escrito en las fichas médicas el número de abortos justamente porque no los ha habido, de modo que entre los casos perdidos probablemente hay muchas usuarias que nunca han abortado. Dada esta hipótesis, se ha calculado el promedio de abortos con todos los casos, no solamente los válidos, de forma que en promedio hay 0,19 abortos por usuaria.

6. USO DE MAC ANTES DE INSCRIBIRSE EN EL CRF

Un dato interesante que aparece en las fichas médicas de las usuarias dice relación con el uso de MAC antes de la inscripción al Control de Regulación de Fecundidad. En el siguiente cuadro se encuentran las frecuencias y porcentajes de uso de algún método anticonceptivo previo a la inscripción en el CRF.

Cuadro N° 11: Uso previo de Anticonceptivos en usuarias

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
No usaba	104	36,6	41,1	41,1
Usaba	149	52,5	58,9	100,0
Total	253	89,1	100,0	
Missing	31	10,9		
Total	284	100,0		

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CSFSJ.

Se aprecia que entre las usuarias, el 10,9% no tiene esta información en sus fichas médicas; el 58,9% sí ha tomado algún tipo de anticonceptivos antes de la primera consulta en el CRF, y el 41,1% restante no ha tomado ningún tipo de anticonceptivos previamente.

En el siguiente cuadro se explicita el tipo de anticonceptivo que se ha usado antes de la inscripción al CRF. Aquí las usuarias que no tienen la información en sus fichas médicas, corresponden al valor X, y representan el 12% de los casos.

Cuadro N° 12: Método anticonceptivo usado antes de la inscripción en el CRF

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
No usaba	101	35,6	35,6	35,6
Aco	63	22,2	22,2	57,7
Diu	57	20,1	20,1	77,8
X	34	12,0	12,0	89,8
diu, aco	9	3,2	3,2	93,0
inyectable	5	1,8	1,8	94,7
preservativos	4	1,4	1,4	96,1
aco, diu	4	1,4	1,4	97,5
No usaba	3	1,1	1,1	98,6
diu, aco, diu	2	0,7	0,7	99,3
diu, preservativos	1	0,4	0,4	99,6
inyectable-aco	1	0,4	0,4	100,0
Total	284	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CSFSJ.

Se observa que el 25,8% de las usuarias ha usado DIU antes de inscribirse, ya sea como método único o alternado con ACO o preservativos. A su vez, el 27,5% de las usuarias ha tomado ACO alguna vez, antes de la inscripción. El 2,2% ha usado hormonas inyectables, y el 1,8% señala haber usado preservativos.

Otro dato que aparece en las fichas médicas es la causa de abandono del MAC usado previamente. En el cuadro N° 13 se muestran las frecuencias de las diferentes razones por las que dejaron de usar algún MAC, donde las usuarias que no tenían esta información aparecen con el número 99, las que corresponden al 23,2% de las usuarias.

Cuadro N° 13: Causa de abandono del MAC usado antes de la inscripción en el CRF

causa abandono

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid no usaba	104	36,6	36,6	36,6
99	66	23,2	23,2	59,9
en uso	55	19,4	19,4	79,2
por embarazo	16	5,6	5,6	84,9
proyecto embarazo	13	4,6	4,6	89,4
económicas	9	3,2	3,2	92,6
sin pareja	3	1,1	1,1	93,7
olvido	3	1,1	1,1	94,7
aumento de peso	2	,7	,7	95,4
amenorrea	1	,4	,4	95,8
razones personales	1	,4	,4	96,1
cefalea	1	,4	,4	96,5
hemorragia	1	,4	,4	96,8
razones médicas	1	,4	,4	97,2
expulsion, olvido, en uso	1	,4	,4	97,5
expulsión	1	,4	,4	97,9
efectos colaterales	1	,4	,4	98,2
cambio a diu	1	,4	,4	98,6
ansiedad, diu en uso	1	,4	,4	98,9
molestias	1	,4	,4	99,3
dolor	1	,4	,4	99,6
cambio de país	1	,4	,4	100,0
Total	284	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CSFSJ.

El 36,6% no usaba ningún MAC y el 19,4% señala que sigue usando el MAC en el momento de la inscripción (en uso). Entre las razones de abandono del MAC más recurrentes, se encuentran: por haber quedado embarazada (5,6%), por haber deseado embarazarse (4,6%), por razones económicas (3,2%), por no tener pareja (1,1%) y por olvidar tomar las pastillas (1,1%).

7. TASA DE RETENSIÓN Y DESERCIÓN DEL CRF

Como se demostró mediante el cuadro N° 1, el 51,9% del total de usuarias del CRF en este consultorio (284 de 547 mujeres) está asistiendo en el momento de la recolección de la información, mientras que el 48,1% de ellas están inactivas. De este modo, se puede afirmar que de cada dos mujeres que se inscriben en el Control, poco más de una sigue asistiendo y poco menos de una lo abandona. Más exactamente, de cada 10 mujeres inscritas en el CRF, 5.19 se quedan.

8. TIEMPO DE USO DEL CRF

El tiempo de uso del Control de Regulación de Fecundidad corresponde al cálculo del tiempo transcurrido entre la inscripción al CRF y Julio de 2005. En el siguiente cuadro se constata que 268 usuarias tienen la fecha de inscripción, lo que corresponde al 94,4% del total de los casos.

Cuadro N° 14: Años de uso del CRF

MAC que utiliza	N	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación Estándar
DIU	134	0,0	24,3	6,326	5,5838
ACO	130	0,2	22,5	5,181	4,7689
Otros MAC	4	0,8	28,8	12,4	13,7831
TOTAL	268	0,0	28,8	5,862	5,4431

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CSFSJ.

Se obtiene que el promedio de años de uso del CRF es de 5,9 años, siendo el mínimo 0,0 años (es decir que se inscribieron en Julio de este año) y el máximo 28,8 años de uso. Respecto a los datos desagregados según el MAC utilizado, se observa que las usuarias de Anticonceptivos orales llevan menos tiempo en que las usuarias de DIU.

En el siguiente cuadro se exponen las frecuencias y porcentajes del tiempo de uso del CRF según tramos de años, desagregados por tipo de MAC que se utiliza.

Cuadro N° 15: Usuarias por Tramos de Años de uso del CRF según MAC

Tiempo de uso del programa en tramos * MAC Crosstabulation

			MAC			Total
			DIU	ACO	Otros MAC	
Tiempo de uso del programa en tramos	0 -4,9 años	Count	71	77	2	150
		% within Tiempo de uso del programa en tramos	47,3%	51,3%	1,3%	100,0%
		% within MAC	53,4%	60,2%	50,0%	56,6%
	5 -9,9 años	Count	26	34		60
		% within Tiempo de uso del programa en tramos	43,3%	56,7%		100,0%
		% within MAC	19,5%	26,6%		22,6%
	10 -14,9 años	Count	26	10		36
		% within Tiempo de uso del programa en tramos	72,2%	27,8%		100,0%
		% within MAC	19,5%	7,8%		13,6%
15 -19,9 años	Count	7	4	1	12	
	% within Tiempo de uso del programa en tramos	58,3%	33,3%	8,3%	100,0%	
	% within MAC	5,3%	3,1%	25,0%	4,5%	
20 -24 años	Count	3	3		6	
	% within Tiempo de uso del programa en tramos	50,0%	50,0%		100,0%	
	% within MAC	2,3%	2,3%		2,3%	
25 -29,9 años	Count			1	1	
	% within Tiempo de uso del programa en tramos			100,0%	100,0%	
	% within MAC			25,0%	,4%	
Total	Count	133	128	4	265	
	% within Tiempo de uso del programa en tramos	50,2%	48,3%	1,5%	100,0%	
	% within MAC	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CSFSJ.

Se puede observar que más de la mitad de las usuarias (56,6%) se han inscrito hace cinco o menos años, hecho que se repite en los grupos desagregados según el MAC. Esto indica que la mayoría de las usuarias se ha inscrito desde julio del año 2000 hasta la fecha. Además se observa que en los dos tramos menores, donde las usuarias llevan hasta 10 años en Control, es más común el uso de Anticonceptivos orales, mientras que en los tramos siguientes se tiende a preferir el uso de dispositivo intrauterino.

9. EDAD DE INSCRIPCIÓN

Se obtuvo la edad que tenían las usuarias al momento de inscribirse en el CRF, calculando la diferencia entre la fecha de nacimiento y la fecha de inscripción. Al incluir estas dos variables, el número de casos perdidos aumentan, de modo que el total de casos válidos corresponden al 94% del total de usuarias (267 casos).

Cuadro N° 16: Mínima, Máxima y Promedio de Edad de inscripción en el CRF

Statistics		
edad PC exact		
N	Valid	267
	Missing	17
Mean		26,687
Std. Deviation		7,9762
Minimum		15,0
Maximum		52,1

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CSFSJ.

Con los casos válidos, se obtuvo que el promedio de edad a la inscripción en el CRF es de 26,7 años. Estas edades varían entre los 15,0 y los 52,1 años de edad. En el siguiente cuadro se muestran las frecuencias y porcentajes de usuarias por tramos de edad de inscripción según Estado civil.

Cuadro N° 17: Distribución de Usuarias por Tramos de edad de inscripción en el CRF según Estado Civil

Tramos de edad de inscripción	Estado Civil					Total
	Soltera	Casada	Conviviente	Separada	Viuda	
12 – 17,9 años	19	3	2			24
% fila	79,2	12,5	8,3			100,0
% columna	18,1	3,3	8,3			10,5
18 – 23,9 años	50	24	10			84
% fila	59,5	28,6	11,9			100,0
% columna	47,6	26,4	41,7			36,7
24 – 29,9 años	16	25	4	2		47
% fila	34	53,2	8,5	4,3		100,0
% columna	15,2	27,5	16,7	25,0		20,5
30 – 35,9 años	12	15	16	4		37
% fila	32,4	40,5	16,2	10,8		100,0
% columna	11,4	16,5	25,0	50,0		16,2
36 – 41,9 años	5	17	2	2	1	27
% fila	18,5	63,0	7,4	7,4	3,7	100,0
% columna	4,8	18,7	8,3	25,0	100,0	11,8
42 – 47,9 años	3	5				8
% fila	37,5	62,5				100,0
% columna	2,9	5,5				3,5
48 – 53 años		2				2
% fila		100				100,0
% columna		2,2				3,5
TOTAL	105	91	24	8	1	229
% fila	45,9	39,7	10,5	3,5	0,4	100,0
% columna	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CSFSJ.

Se puede concluir que el tramo de edad de inscripción en que se concentran más usuarias va entre los 18 y los 23,9 años con el 36,7%, seguido por el de 24 a 29,9 con el 20% y luego el de 30 a 35,9 con el 16,2% de las usuarias. El 10,5% de las usuarias se inscribieron siendo menores de edad, de las cuales casi el 80% son solteras y el 12,5 son casadas.

Las mujeres casadas, que representan el 39,7% de las usuarias, se inscriben principalmente entre los 24 y los 29,9 años, y es el único estado civil en el que las mujeres se inscriben en todos los tramos de edad.

10. EDAD DEL PRIMER PARTO

Otra variable interesante de revisar es la edad del primer parto de las mujeres inscritas en el Control de Regulación de Fecundidad, que fue calculada con la fecha de nacimiento y la fecha del primer parto que aparecía en las fichas médicas; se restan los años y meses de la fecha de nacimiento a los mismos de la fecha del parto¹⁰. Se debe tomar en cuenta que si hubo partos previos no documentados, no es posible saber su fecha y por lo tanto se pierde esa información. Los estadísticos de la edad del primer parto aparecen en el siguiente cuadro.

Cuadro N° 18: Mínima, máxima y Promedio de Edad del primer parto

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Edad primer parto, o el que aparece	224	12,8	42,0	26,430	6,3678
Valid N (listwise)	224				

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CSFSJ.

Se puede observar que la edad mínima de primer parto es de 12,8 años, y la edad máxima es de 42 años. El promedio de edad en el primer parto es de 26,4 años. La distribución por tramos de edad se observa en el cuadro que se presenta a continuación:

Cuadro N° 19: Distribución de usuarias por Tramos de Edad al primer parto

edad del primer parto en tramos					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sin partos	35	12,3	13,5	13,5
	12 a 17,9 años	19	6,7	7,3	20,8
	18 a 23,9 años	74	26,1	28,6	49,4
	24 a 29,9 años	69	24,3	26,6	76,1
	30 a 35,9 años	43	15,1	16,6	92,7
	36 a 41,9 años	18	6,3	6,9	99,6
	42 a 47,9 años	1	,4	,4	100,0
	Total	259	91,2	100,0	
Missing	System	25	8,8		
Total		284	100,0		

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CSFSJ.

El mayor porcentaje se concentra en el tramo entre los 18 y 23,9 años, con el 28,6%, seguidas por los dos tramos siguientes. El 7,3% de las usuarias tiene su primer parto siendo menor de edad, y el 13,5% no ha tenido partos.

¹⁰ Las fechas de los abortos han sido analizadas como partos porque también implican embarazo. En este sentido, una usuaria que ha tenido un aborto puede no tener hijos y sin embargo aparecer con fecha de primer parto.

Resulta interesante también analizar la relación existente entre la edad del primer parto y la edad de inscripción en el CRF, puesto que durante la recolección de los datos, a menudo se encontró que la inscripción de las usuarias tenía fecha uno o dos meses exactos después del primer parto. Por esto, se quiso saber la proporción de mujeres que se inscriben inmediatamente después del parto, calculando los años transcurridos entre la fecha de inscripción y la del primer parto, restándole la segunda a la primera. Así se obtuvo una larga lista de frecuencias, donde los números negativos correspondían a las usuarias que tuvieron su primer parto después de haberse inscrito en el CRF, y los positivos a las usuarias que tuvieron su primer parto antes de haberse inscrito. Estos números fueron recodificados separadamente de los que iban entre el 0 y el 1, es decir, aquellas usuarias que se inscribieron después del primer parto, y dentro del mismo año. Las frecuencias y porcentajes recodificadas se describen en el cuadro N° 20.

Cuadro N° 20: Momento de Inscripción en relación con primer parto

momento inscripción en relación con primer parto

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sin partos	35	12,3	13,6	13,6
inscripción antes del primer parto	82	28,9	31,8	45,3
inscripción durante primer año luego de primer parto	64	22,5	24,8	70,2
inscripción al año siguiente o más después de primer parto	77	27,1	29,8	100,0
Total	258	90,8	100,0	
Missing System	26	9,2		
Total	284	100,0		

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CSFSJ.

Se observa que el 13,6% de las usuarias no ha tenido partos hasta la fecha, y el 31,8% se inscribió antes de su primer parto, por lo que en total el 45,4% de las usuarias comienza a regular su fecundidad en el consultorio antes de parir por primera vez. Por su parte, las mujeres que se inscribieron en el CRF después de su primer parto, corresponden al 54,6% restante. Específicamente, el 24,8% de las usuarias se inscribió en los doce meses siguientes al primer parto, lo que significa que ellas llegan a regular su fecundidad y controlar el post parto al consultorio derivadas desde el hospital donde parieron.

B. CONSULTORIO AMADOR NEGhme RODRÍGUEZ

Las personas inscritas en el **Control de Regulación de la Fecundidad (CRF)** del **Consultorio Amador Neghme Rodríguez (CANR)** están divididas en cuatro sectores según la unidad vecinal donde viven¹¹. En este trabajo se utilizó un solo sector como muestra de la población usuaria del

¹¹ El sector azul corresponde a la unidad vecinal 2, 17 y 28. El sector verde corresponde a la unidad vecinal 1, 27 y las/os usuaria/os de otras comunas que quieran atenderse en este consultorio. El sector amarillo corresponde a la unidad vecinal 24 y 32 y el sector rojo a la unidad vecinal 14.

consultorio, y fue escogido por ser el que presenta la población más heterogénea en términos socioeconómicos.

1. MÉTODO ANTICONCEPTIVO

En este sector, las personas inscritas en el CRF son 578 en total, las cuales son presumiblemente todas activas puesto que las inactivas no estaban separadas. Las egresadas sí estaban señaladas y no fueron incluidas en la muestra. Así, la distribución de la población usuaria del CRF, según el **Método Anticonceptivo (MAC)** que utiliza, se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 21: Distribución de Usuarias según MAC

		Mac utilizado			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	diu	301	52,1	52,1	52,1
	aco	254	43,9	43,9	96,0
	preservativos	12	2,1	2,1	98,1
	IM	11	1,9	1,9	100,0
	Total	578	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CANR.

En el cuadro se aprecia que el 52,1% de las usuarias usa Dispositivo Intrauterino y el 43,9% usa Anticonceptivos orales. El 4% restante usa otro método anticonceptivo; 2,1% usa preservativos y el 1,9% usa hormonas inyectables intramusculares. Cabe señalar que a diferencia del consultorio anterior, aquí sí se encuentran 3 casos de consultantes hombres (0,5% del total de usuarios), los cuales se sitúan en la casilla de usuarios de preservativos. Sin embargo, los consultantes hombres no tienen en sus fichas médicas ningún dato referido a las variables analizadas acá; no tienen la ficha del CRF y por lo tanto no aparece su fecha de inscripción, su número de hijos, etc., por lo que no son considerados en los análisis que siguen (excepto el referido a la edad).

2. EDAD

Las edades de las usuarias de este consultorio varían entre los 15,5 y los 57,2 años, siendo el promedio de edad 31,2 años.

Al separar las usuarias según el método que utilizan, obtenemos que la edad de las usuarias DIU varía entre los 17,5 y 57,2, siendo el promedio de edad 33,4 años. Las edades de usuarias de ACO varían entre 15,5 y 53,9 años, y su promedio es 28,7 años. Las edades de usuarias de Otros Métodos Anticonceptivos varían entre 17,4 y 49,7 años de edad, con un promedio de 29,9 años.

Cuadro N° 22: Edad promedio de las usuarias según MAC

MAC	Casos válidos	% Casos Válidos	N	Mínimo	Máximo	Promedio
DIU	300	99,7	301	17,5	57,2	33,4
ACO	253	99,6	254	15,5	53,9	28,7
Otros MAC	23	100,0	23	17,4	49,7	29,9
TOTAL	576	99,7	578	15,5	57,2	31,2

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CANR.

En el cuadro se observa que las usuarias ACO son 4,7 años menores que las usuarias de DIU, diferencia estadísticamente significativa con un nivel de confianza de 99,9% según la prueba T realizada. Además, con un 95% de confianza podemos estimar que las usuarias de DIU tienen en promedio entre 3,1 y 6,13 años más que las usuarias de ACO. La distribución de usuarias según tramos de edad se expone en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 23: Usuarias por tramos de edad según MAC

Tramos	Usuarias DIU		Usuarias ACO		Usuarias Otros MAC		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
12 a 17,9 años	1	6,3	14	87,5	1	6,3	16	100,0
18 a 23,9 años	54	35,3	89	58,2	10	6,5	153	100,0
24 a 29,9 años	62	52,5	54	45,8	2	1,7	118	100,0
30 a 35,9 años	70	61,9	41	36,3	2	1,8	113	100,0
36 a 41,9 años	52	66,7	22	28,2	4	5,1	78	100,0
42 a 47,9 años	45	63,4	23	32,4	3	4,2	71	100,0
48 a 53,9 años	15	57,7	10	38,5	1	3,8	26	100,0
54 años o más	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Total	300	52,1	253	43,9	23	4,0	576	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CANR.

Tanto en el tramo de 12 a 17,9 años como en el de 18 a 23,9 años, la mayor parte de las personas usa anticonceptivos orales, mientras que en todos los tramos, desde los 24 años en adelante, se usa más el dispositivo intrauterino en cada tramo de edad. Por su parte, los/as usuarios/as de otros MAC se concentran principalmente en el tramo entre los 18 y los 23,9 años. Para conocer si existe relación entre la edad y el MAC en las usuarias, se realizó un análisis de contingencia con los casos agrupados según edad en tres grupos iguales, como se expone en el cuadro N° 13:

Cuadro N° 24: Frecuencias observadas y esperadas de usuarias por MAC según edad

MAC		25 años o menos	De 25 a 35 años	Más de 35 años	TOTAL
DIU	Count	64	117	120	301
	Expected Count	97,1	104,1	99,8	301
ACO	Count	115	75	64	254
	Expected Count	81,9	87	84,2	254
Total	Count	179	192	184	555
	Expected Count	179	192	184	555

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CANR.

Puede apreciarse entonces que existe una relación significativa en un 99,9% (Coeficiente C de contingencia), entre la edad de las usuarias y el método anticonceptivo utilizado. Como se

observa en el cuadro, esta relación consiste en una tendencia hacia el uso de ACO en los segmentos de menor edad y una tendencia al uso de DIU en los segmentos de mayor edad. En efecto, se estima con un 95% de confianza que las usuarias de DIU tienen en promedio entre 3,1 y 6,13 años más que las usuarias de ACO.

3. ESTADO CIVIL

El estado civil es una variable que no aparece con regularidad en las fichas médicas; el 18,7% de las usuarias no presenta la información. Cabe volver a señalar que el estado civil que aparece en las fichas médicas corresponde al de las usuarias en el momento de la inscripción en el CRF, ya que los datos no se actualizan después de la inscripción.

Cuadro N° 25: Distribución de Usuarias por Estado Civil

		Estado Civil			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	soltera	286	49,5	58,8	58,8
	casada	180	31,1	37,0	95,9
	conviviente	16	2,8	3,3	99,2
	separada	3	,5	,6	99,8
	viuda	1	,2	,2	100,0
	Total	486	84,1	100,0	
Missing	System	92	15,9		
Total		578	100,0		

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CANR.

El estado civil más frecuente es el de soltera con el 58,8% de los casos. Las usuarias casadas representan el 37,0% y las convivientes el 3,3%. El alto porcentaje de usuarias solteras podría estar mostrando, como en el CSFSJ, que no hay asociación entre el matrimonio y el deseo de controlar la fecundidad por parte de las mujeres estudiadas.

4. NUMERO DE HIJOS

Al igual que en el Centro de Salud Familiar San Joaquín, el número de hijos de las usuarias que se obtuvo a partir de las fichas médicas es más bien el número mínimo de hijos que tienen, puesto que pueden haber partos previos a la inscripción en el CRF que no aparezcan en las fichas médicas, o partos no documentados.

El promedio de número de hijos de las usuarias del CANR es de 1,49 hijos por usuaria, con una desviación estándar de 1,02. La distribución del Número de hijos se presenta en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 26: Distribución de Usuarias por número de hijos

n de hijos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	72	12,5	13,3	13,3
	1	230	39,8	42,6	55,9
	2	173	29,9	32,0	88,0
	3	45	7,8	8,3	96,3
	4	11	1,9	2,0	98,3
	5	8	1,4	1,5	99,8
	7	1	,2	,2	100,0
	Total	540	93,4	100,0	
Missing	99	38	6,6		
Total		578	100,0		

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CANR.

Se puede observar que el 13,3% de las usuarias no tiene hijos, y que es más frecuente que tengan un hijo (42,6% de los casos) y luego que tengan dos hijos (32,0%). En el cuadro se observa también que un 6,6% no tenía la información en las fichas médicas ni era deducible a partir de los documentos que allí se encontraban.

Al separar los datos según el MAC que utilizan, se obtiene que el promedio de número de hijos en usuarias DIU es 1,71; en usuarias ACO, es 1,18 y en usuarias de otros MAC, es 2,0 hijos por usuaria. La distribución de número de hijos según MAC se puede apreciar en el cuadro N° 27:

Cuadro N° 27: Distribución de usuarias por número de hijos según MAC

n de hijos * Método anticonceptivo Crosstabulation

			Método anticonceptivo			Total
			DIU	ACO	Otros	
n de hijos	0	Count	5	66	1	72
		% within n de hijos	6,9%	91,7%	1,4%	100,0%
	1	Count	131	92	7	230
		% within n de hijos	57,0%	40,0%	3,0%	100,0%
	2	Count	105	62	6	173
		% within n de hijos	60,7%	35,8%	3,5%	100,0%
	3	Count	27	17	1	45
		% within n de hijos	60,0%	37,8%	2,2%	100,0%
	4	Count	9	2		11
		% within n de hijos	81,8%	18,2%		100,0%
	5	Count	5	2	1	8
		% within n de hijos	62,5%	25,0%	12,5%	100,0%
	7	Count			1	1
		% within n de hijos			100,0%	100,0%
Total	Count	282	241	17	540	
	% within n de hijos	52,2%	44,6%	3,1%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CANR.

Se observa que de las usuarias sin hijos, el 91,7% usa anticonceptivos orales, el 6,9% usa DIU, y el 1,4% restante usa otros MAC. Por su parte, el 57% de las usuarias que tienen un hijo usan DIU, al igual que el 60,7% de las usuarias con dos hijos.

Al cruzar la variable Maternidad con Edad en tres grupos iguales, se obtuvo el coeficiente C de contingencia, con el cual se puede afirmar con un 99,9% de confianza que a mayor edad hay más usuarias madres, lo que se expone en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 28:
Frecuencias observadas y esperadas de usuarias por Edad según Maternidad

Edad		No es madre	Es madre	Total
25 años o menos	Count	60,0	131,0	191,0
	Expected Count	23,8	167,2	191,0
De 25 a 35 años	Count	7,0	188,0	195,0
	Expected Count	24,3	170,7	195,0
Más de 35 años	Count	5,0	187,0	192,0
	Expected Count	23,9	168,1	192,0
Total	Count	72,0	506,0	578,0
	Expected Count	72,0	506,0	578,0

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CANR.

La distribución de edades por tramos se observa en el cuadro N° 29:

Cuadro N° 29:
Distribución de usuarias por tramos de edad según número de hijos

Tramos de edad	Número de hijos							Total
	0	1	2	3	4	5	7	
12 - 17,9	8	4	1					13
% fila	61,5	30,8	7,7					100,0
% columna	11,1	1,8	0,6					2,4
18 - 23,9	47	84	13					144
% fila	32,6	58,3	9,0					100,0
% columna	65,3	36,8	7,5					26,8
24 - 29,9	11	62	36	2				111
% fila	9,9	55,9	32,4	1,8				100,0
% columna	15,3	27,2	20,8	4,4				20,4
30 - 35,9	3	36	51	18	1	1		110
% fila	2,7	32,7	46,4	16,4	0,9	0,9		100,0
% columna	4,2	15,8	29,5	40,0	9,1	12,5		13,9
36 - 41,9	2	21	36	13		3		75
% fila	2,7	28,0	48,0	17,3		4		100,0
% columna	2,8	9,2	20,8	28,9		37,5		11,2
42 - 47,9	1	13	26	10	8	2		60
% fila	1,7	21,7	43,3	16,7	13,3	3,3		100,0
% columna	1,4	5,7	15,0	22,2	72,7	25,0		11,2
48 - 53,9		8	9	2	2	2	1	24
% fila		33,3	37,5	8,3	8,3	8,3	4,2	100,0
% columna		3,5	5,2	4,4	18,2	25,0	100,0	4,5
54 o más			1,0					1
% fila			100,0					100,0
% columna			0,6	0,0				0,2
TOTAL	72	228	173	45	11	8	1	538
% fila	13,4	42,4	32,2	8,4	2,0	1,5	0,2	100,0
% columna	100	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CANR.

En el tramo de edad de 12 a 17,9 años la mayor parte de las usuarias no tiene hijos (61,5%) y el 30,8% tiene un hijo. Tanto en el tramo que va de los 18 a los 23,9 años, como el de 24 a 29,9 años, la mayor parte de las usuarias tienen un hijo, mientras que en todos los tramos siguientes la mayoría de las usuarias tiene dos hijos.

5. NÚMERO DE ABORTOS

En relación con el aborto, se encontró la información en 106 casos, los que corresponden al 18,3% del total de usuarias.

Cuadro N° 30: Mínima, Máxima, Promedio y sumatoria de abortos encontrados

	N	Mínimo	Máximo	Promedio	Sumatoria
Frecuencia	106	0	5	1,07	113

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CANR.

Dada la hipótesis de que la alta cantidad de casos perdidos podría explicarse por el hecho de que la matrona o médico que atendió no haya escrito en las fichas el número de abortos porque no los ha habido, se ha calculado el promedio de abortos con todos los casos, no solamente los válidos, de forma que en promedio hay 0,2 abortos por usuaria.

6. USO DE MAC ANTES DE INSCRIBIRSE EN EL CRF

Al igual que en el CSFSJ, se describe el uso de algún método anticonceptivo previo a la inscripción al Control de Regulación de Fecundidad:

Cuadro N° 31: Uso previo de Anticonceptivos en usuarias

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
No usaba	243	42,0	47,3	47,3
Usaba	271	46,9	52,7	100
Total	514	88,9	100	
Missing	64	11,1		
Total	578	100		

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CANR.

El 11,1% de los/as usuarios/as no tiene esta información en sus fichas médicas. De los casos válidos, se revela que el 52,7% sí ha tomado algún tipo de anticonceptivos antes de la primera consulta en el CRF, y el 47,3% restante no ha tomado ningún tipo de anticonceptivos previamente.

En el siguiente cuadro se muestra el tipo de anticonceptivo que se ha usado antes de la inscripción. Aquí el valor X corresponde a los casos perdidos, es decir, el 12,5% de las usuarias no tienen la información en sus fichas médicas.

Cuadro N° 32: Método anticonceptivo usado antes de la inscripción en el CRF

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
no usaba	242	41,9	41,9	41,9
Aco	94	16,3	16,3	58,1
Diu	76	13,1	13,1	71,3
X	75	13,0	13,0	84,3
Preservativos	32	5,5	5,5	89,8
aco, diu	20	3,5	3,5	93,3
diu, aco	19	3,3	3,3	96,5
hormonas inyectables	5	0,9	0,9	97,4
aco, preservativos	5	0,9	0,9	98,3
aco, IM	3	0,5	0,5	98,8
óvulo vaginal	2	0,3	0,3	99,1
preservativos, aco	2	0,3	0,3	99,5
diu, IM	1	0,2	0,2	99,7
IM, preservativos	1	0,2	0,2	99,8
IM, aco, diu	1	0,2	0,2	100,0
Total	578	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CANR.

Del cuadro se desprende que casi el 42% de las usuarias no ha usado métodos anticonceptivos antes de la inscripción en el CRF. El 16,8% de las usuarias ha usado DIU antes de inscribirse, ya sea como método único o alternado con ACO, u hormonas inyectables (IM). A su vez, el 24,1% de las usuarias ha tomado ACO alguna vez, antes de la inscripción en el CRF, ya sea método único o alternado con otro. El 1,8% ha usado hormonas inyectables, y el 6,9 señala haber usado preservativos.

Otro dato que se encuentra en las fichas médicas es la causa de abandono del MAC usado previamente. En el siguiente cuadro se muestran las frecuencias de las diferentes razones que se dieron para haber abandonado el último MAC usado antes de inscribirse en el CRF. El 19,9% de las usuarias no tenía la información, lo que en el cuadro aparece con el número 99.

Cuadro N° 33: Causa de abandono del MAC usado antes de la Inscripción en el CRF

causa abandono

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid no usaba	243	42,0	42,0	42,0
99	115	19,9	19,9	61,9
en uso	81	14,0	14,0	76,0
proyecto embarazo	42	7,3	7,3	83,2
ocasional	16	2,8	2,8	86,0
personal	16	2,8	2,8	88,8
embarazo	13	2,2	2,2	91,0
médicas	10	1,7	1,7	92,7
económicas	7	1,2	1,2	93,9
expulsión	5	,9	,9	94,8
olvido	5	,9	,9	95,7
sin pareja	4	,7	,7	96,4
intolerancia	3	,5	,5	96,9
Hombre	3	,5	,5	97,4
quistes	3	,5	,5	97,9
descenso	2	,3	,3	98,3
aburrimiento	1	,2	,2	98,4
alergia	1	,2	,2	98,6
cambio a aco	1	,2	,2	98,8
cambio a diu	1	,2	,2	99,0
cambio de país	1	,2	,2	99,1
irregularidad menstrual	1	,2	,2	99,3
nauseas	1	,2	,2	99,5
mal usado	1	,2	,2	99,7
hemorragia	1	,2	,2	99,8
se rompió preservativo	1	,2	,2	100,0
Total	578	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CANR.

El porcentaje más alto corresponde a las usuarias que no usaban previamente anticonceptivos, seguidas por las usuarias que no tienen la información. El 14,0% se inscribió al Control señalando que el MAC que utiliza está en uso, es decir, no lo ha abandonado. Entre las razones de abandono del MAC más recurrentes, se encuentran: por haber deseado embarazarse (7,3%), por ser un método ocasional (2,8%), por razones personales (2,8%) y por haber quedado embarazada (2,2%).

7. TASA DE RETENSIÓN Y DESERCIÓN DEL CRF

En este consultorio no es posible obtener la tasa de retención y deserción del CRF porque no estaban especificadas las usuarias inactivas, sino sólo las egresadas.

8. TIEMPO DE USO DEL CRF

El tiempo de uso del Control de Regulación de Fecundidad corresponde al cálculo del tiempo transcurrido entre la inscripción al Control y Julio de 2005. En el siguiente cuadro se observa que 540 usuarias tienen la fecha de inscripción, lo que corresponde al 93,4% del total de los casos.

Cuadro N° 34: Años de uso del CRF

MAC	Casos válidos	% Casos Válidos	N	Mínimo	Máximo	Promedio
DIU	280	93,0	301	0	29,1	8,7
ACO	239		254	0	30,7	6,4
Otros MAC	19	82,6	23	0	18,9	4,3
TOTAL	538	93,1	578	0	30,7	7,5

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CANR.

Se observa que el promedio de años de uso del CRF es de 6,9 años, siendo el mínimo 0,0 años (se inscribieron en julio de este año) y el máximo 30,4 años de uso. Respecto a los datos desagregados según el MAC utilizado, las usuarias de Anticonceptivos orales llevan en promedio 2,4 años menos usando el CRF, diferencia que resulta estadísticamente significativa con una confianza de 97,8%. Cabe señalar que el máximo de tiempo en Control es de 30,4 años, correspondiente a usuarias de ACO. A continuación se exponen las frecuencias y porcentajes del tiempo de uso del CRF según tramos de años, desagregados por tipo de MAC que se utiliza.

Cuadro N° 35: Usuarias por Tramos de Años de uso del CRF según MAC

Tramos de años De uso del CRF	Método anticonceptivo			
	DIU	ACO	Otros MAC	Total
0 - 4,9 años	99	136	14	249
% fila	39,8	54,6	5,6	100,0
% columna	35,4	56,9	73,7	46,3
5 - 9,9 años	82	50	3	135
% fila	60,7	37,0	2,2	100,0
% columna	29,3	20,9	15,8	25,1
10 - 14,9 años	45	32		77
% fila	58,4	41,6		100,0
% columna	16,1	13,4		14,3
15 - 19,9 años	32	8	2	42
% fila	76,2	19,0	4,8	100,0
% columna	11,4	3,3	10,5	7,8
20 - 24,9 años	15	9		24
% fila	62,5	37,5		100,0
% columna	5,4	3,8		1,7
25 - 29,9 años	7	2		9
% fila	77,8	22,2		100,0
% columna	2,5	0,8		1,7
30 años o más		2		2
% fila		100,0		100,0
% columna		0,8		0,4
TOTAL	280	239	19	538
% fila	52,0	44,4	3,5	100,0
% columna	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CANR.

Las usuarias se concentran principalmente en la casilla donde la inscripción se ha hecho en los últimos 5 años (46,3%), lo que se repite en los grupos desagregados según el MAC. Además se puede constatar que sólo en el primer tramo, desde 0 a 5 años, la mayor parte de las usuarias usa ACO; en los tramos siguientes se tiende a usar el dispositivo intrauterino.

9. EDAD DE INSCRIPCIÓN

Al igual que en el CSFSJ, se obtuvo la edad de inscripción de las usuarias calculando la diferencia entre la fecha de nacimiento y la fecha de inscripción. Al incluir estas dos variables, el número de casos perdidos aumentan, de modo que el total de casos válidos corresponden al 93,1% del total de usuarias (578 casos).

Cuadro N° 36: Mínima, Máxima y Promedio de Edad de Inscripción en el CRF

Statistics		
Edad PC exacta		
N	Valid	538
	Missing	40
Mean		23,580
Std. Deviation		7,2378
Minimum		12,8
Maximum		50,4

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CANR.

Con los casos válidos, se obtuvo que el promedio de edad a la inscripción al CRF es de 23,6 años. Estas edades varían entre los 12,8 y los 50,4 años de edad. En el siguiente cuadro se muestran las frecuencias y porcentajes de usuarias por tramos de edad de inscripción, según Estado Civil.

Cuadro N° 37: Distribución de Usuarias por Tramos de Edad de inscripción en el CRF según Estado Civil

Tramos de edad de inscripción	Estado Civil					Total
	Soltera	Casada	Conviviente	Separada	Viuda	
12 - 17,9 años	103	10	2			115
% fila	89,6	8,7	1,7			100,0
% columna	33,1	5,7	12,5			23,9
18 - 23,9 años	128	49	6	1		184
% fila	69,3	26,6	3,3	0,5		100,0
% columna	44,9	27,8	37,5	33,3		38,3
24 - 29,9 años	35	62	5			102
% fila	34,3	60,8	4,9			100,0
% columna	12,3	35,2	31,3			21,2
30 - 35,9 años	11	27	2	1	1	42
% fila	26,2	64,3	4,8	2,4	2,4	100,0
% columna	3,9	15,3	12,5	33,3	100,0	8,7
36 - 41,9 años	7	18		1		26
% fila	26,9	69,2		3,8		100,0
% columna	2,5	10,2		33,3		5,4
42 - 47,9 años	1	9	1			11
% fila	9,1	81,8	9,1			100,0
% columna	0,4	5,1	6,3			2,3
48 - 53 años		1				1
% fila		100				100,0
% columna		0,6				0,2
TOTAL	285	176	16	3	1	481
% fila	59,3	36,6	3,3	0,6	0,2	100,0
% columna	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CANR.

El tramo que concentra mayor porcentaje de usuarias es el que va desde los 18 a los 23,9 años, con el 38,3% de los casos, seguido por el tramo de usuarias que se inscribieron siendo menores de edad, con el 23,9%, entre las cuales, casi el 90% es soltera y el 8,7% es casada. Las mujeres casadas, que representan el 36,6% de las usuarias, se inscriben principalmente entre los 24 y los 29,9 años, y es el único estado civil en el que las mujeres se inscriben en todos los tramos de edad.

10. EDAD DEL PRIMER PARTO

Al igual que el anterior, en este consultorio la edad del primer parto de las mujeres inscritas fue calculada con la fecha de nacimiento, y la fecha del primer parto¹² que aparecía en las fichas médicas. Se debe tomar en cuenta que si hubo partos previos no documentados, no es posible saber su fecha y por lo tanto se pierde esa información. Los estadísticos de la edad del primer parto aparecen a continuación:

Cuadro N° 38: Mínima, Máxima y Promedio de Edad del primer parto

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Edad primer parto que aparece	467	9,7	40,9	23,221	5,5391
Valid N (listwise)	467				

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CANR.

Se desprende que la edad mínima de primer parto es de 9,7 años, y la edad máxima es de 40,9 años. El promedio de edad en el primer parto es de 23,2 años. La distribución por tramos de edad se observa en el siguiente cuadro.

Cuadro N° 39: Distribución de Usuarias por Tramos de edad al primer parto

Edad del primer parto en tramos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sin partos	65	11,2	12,2	12,2
12 a 17,9 años	74	12,8	13,9	26,2
18 a 23,9 años	220	38,1	41,4	67,6
24 a 29,9 años	117	20,2	22,0	89,6
30 a 35,9 años	37	6,4	7,0	96,6
36 a 41,9 años	18	3,1	3,4	100,0
Total	531	91,9	100,0	
Missing System	47	8,1		
Total	578	100,0		

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CANR.

¹² Las fechas de los abortos han sido analizadas como partos porque también implican embarazo. En este sentido, una usuaria que ha tenido un aborto puede no tener hijos y sin embargo aparecer con fecha de primer parto.

El mayor porcentaje se concentra en el tramo entre los 18 y 23,9 años, con el 41,4%, seguido por el tramo siguiente de 24 a 29,9 años con el 22% de las usuarias. El 13,6% de las usuarias tiene su primer parto siendo menor de edad, porcentaje levemente mayor que el de las usuarias que no han tenido partos, con el 12,2%.

Para analizar la relación existente entre la edad del primer parto y la edad de inscripción en el CRF, se calculó los años transcurridos entre la fecha de inscripción y la del primer parto de la misma forma que en el CSFSJ. Las frecuencias y porcentajes se describen en el cuadro N° 40:

Cuadro N° 40: Distribución de Usuarias por el Momento de su Primer parto en relación con la Inscripción en el CRF

momento inscripción en relación con primer parto

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sin partos	65	11,2	12,3	12,3
inscripción antes del primer parto	251	43,4	47,4	59,7
inscripción durante primer año luego de primer parto	96	16,6	18,1	77,9
inscripción al año siguiente o más después de primer parto	117	20,2	22,1	100,0
Total	529	91,5	100,0	
Missing System	49	8,5		
Total	578	100,0		

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CANR.

Se constata que el 12,3% de las usuarias no ha tenido partos hasta la fecha, y el 47,4% se inscribió antes de su primer parto, por lo que en total el 59,7% de las usuarias comienza a regular su fecundidad en el consultorio antes de parir por primera vez. Por su parte, las mujeres que se inscribieron en el CRF después de su primer parto corresponden al 40,3% restante. Específicamente, el 18,1% de las usuarias se inscribió en los doce meses siguientes al primer parto, lo que significa que las usuarias llegan a regular su fecundidad y controlar el post parto al consultorio derivadas desde el hospital donde parieron.

Conclusiones respecto del objetivo específico N° 1.

En base a los antecedentes empíricos secundarios expuestos, a continuación se describen y comparan las usuarias de los dos consultorios estudiados, para luego definir un perfil de ellas a partir de las tendencias encontradas.

Las usuarias del Centro de Salud Familiar San Joaquín (CSFSJ) usan principalmente Dispositivo Intrauterino (51,7%) y Anticonceptivos Orales (46,48%), mientras que el uso de otros tipo de Métodos Anticonceptivos (MAC), como hormonas inyectables o preservativos es muy bajo: 1,5% del total de las inscritas. El Consultorio Amador Neghme Rodríguez (CANR) presenta tendencias similares: el 52% de las inscritas en el sector estudiado usa DIU, y el 43,9% usa ACO. Se observa, sin embargo, un mayor uso de otros MAC en este consultorio, puesto que corresponde al 4% de las usuarias.

Las usuarias del CSFSJ tienen entre 15,7 y 57,6 años de edad, con un promedio de 32,6 años. El 1,2% de las usuarias son menores de edad. Las usuarias de anticonceptivos orales (ACO) tienen en promedio 3,9 años menos que las usuarias de dispositivo intrauterino (DIU), y se observa que entre las usuarias más jóvenes hay mayor uso de ACO, situación que se revierte en los tramos posteriores a los 36 años. En el CANR las edades son similares: tienen entre 15,5 y 57,2 años, con un promedio de 31,2 años. Las usuarias de ACO son en promedio 4,7 años menores que las usuarias de DIU, y en ambos consultorios se demostró que a menor edad hay mayor uso de ACO, mientras que a mayor edad hay mayor uso de DIU.

Al inscribirse, las usuarias de ambos consultorios son en mayor porcentaje solteras, siendo éste más alto en el CANR (58,8%) que en el CSFSJ (46,3%). En el CSFSJ las usuarias casadas al momento de la inscripción al CRF, representan el 39,4%, y en el CANR el 37%. El porcentaje de usuarias convivientes es más alto en el CSFSJ, con 10,4%, que en el CANR, con el 3,3%.

El promedio de hijos de las usuarias de ambos consultorios coincide en 1,49 hijos, encontrándose una diferencia en el porcentaje de usuarias sin hijos; en el CSFSJ el 9,9% no tiene hijos, mientras que el 13,3% no los tiene en el CANR. El 42,7% de las usuarias del CSFSJ tiene un hijo y el 37,9% tiene dos hijos, porcentajes similares a los del CANR, donde el 42,4% de las usuarias tiene un hijo y el 32,2% tiene dos hijos.

En ambos consultorios las usuarias sin hijos usan más ACO que DIU y que Otros MAC, mientras que las que tienen uno o dos hijos es más frecuente el uso de Dispositivo Intrauterino que de ACO u otros. El análisis reveló en ambos consultorios que a mayor edad, hay más usuarias con hijos, y que a menor edad, hay más usuarias sin hijos. El máximo número de hijos encontrados en el CSFSJ es de 4 hijos, mientras que en el CANR es de 7 hijos.

Respecto al nivel de uso, se puede señalar que en el Centro de Salud Familiar San Joaquín el Control de Regulación de Fecundidad tiene una tasa de retención de 5,19 usuarias cada 10 mujeres. En contraste, esta tasa no fue posible de obtener en el CANR porque las usuarias activas e inactivas no se encontraban especificadas. En el CSFSJ el promedio de años de uso del CRF es de 5,9 años, encontrándose usuarias inscritas desde hace 28,8 años (la más antigua) y desde la fecha de la recolección de datos (Julio 2005), las más nuevas. En el CANR, se encontró que las usuarias son más antiguas que en el CSFSJ: en promedio el uso del CRF es de 7,5 años, con usuarias inscritas desde hace 30,7 años (la más antigua) y desde la fecha de la recolección de datos, las más nuevas. Esto fue confirmado por la prueba t de diferencia de promedios, que reveló con un 99,9% de confianza que la diferencia de años de uso es significativa, de modo que en el CANR las usuarias se han inscrito 1,6 años antes que en el CSFSJ.

Se encontró además que en el CSFSJ la mayoría de las usuarias (56,6%) se inscribió en los últimos 5 años, mientras que en el CANR esto sólo ocurre con el 46,3% de las usuarias. El análisis reveló que en el CSFSJ, hasta los primeros 10 años de uso del CRF, las usuarias tienden a usar más ACO que DIU, situación que se revierte luego de los 10 años de uso del Control. En el CANR, en cambio, se observa el mismo traspaso de frecuencias de ACO a DIU, pero éste ocurre luego de cinco años de uso del CRF.

La edad promedio de inscripción en el CRF en el CSFSJ es de 26,7 años, y en el CANR de 23,5 años, diferencia estadísticamente significativa con un 99,9% de confianza. Así, la prueba t de diferencia de promedios arrojó que se puede estimar con un 95% de confianza que la diferencia entre ambos consultorios va de 2,0 a 4,2 años de edad en la inscripción en el CRF. Además, en ambos consultorios se encontró que el tramo de edad de inscripción en que se concentran más usuarias va entre los 18 y los 23,9 años con el 36,7% en el CSFSJ, y el 38,3% en el CANR. Sin embargo, el tramo con la segunda frecuencia más alta varía por consultorio: el 20% de las usuarias del CSFSJ se inscribió entre los 24 y 29,9 años, mientras que en el CANR el 23,9% lo hizo entre los 12 y 17,9 años.

Cabe resaltar que en el CANR se han inscrito más usuarias siendo menores de edad (23,9%) que en el CSFSJ (10,5%), datos que nuevamente muestran que las usuarias del CANR se han inscrito siendo más jóvenes que las usuarias del CSFSJ. De las usuarias que se inscriben siendo menores de edad, en el CSFSJ el 79,2% es soltera y el 12,5% casada, mientras que en el CANR, el 89,6% es soltera y el 8,7% casada, de modo que en el CSFSJ las usuarias menores de edad se tienden a casar más que en el CANR. En ambos consultorios se encontró que las mujeres casadas se inscriben principalmente entre los 24 y 29,9 años de edad, y es el único estado civil en que se inscriben en todos los tramos de edad. Esto podría estar demostrando la legitimación de la sexualidad en las mujeres a través del matrimonio, como institución que permite regular la fecundidad sin importar la edad que se tenga.

El número de abortos por usuaria es de 0,9% en el CSFSJ y de 0,2% en el CANR, diferencia que no es estadísticamente significativa. Sin embargo aquí los datos pueden no reflejar la realidad debido a las sanciones morales y legales que implica el aborto inducido en Chile.

El 58,9% de las usuarias del CSFSJ usaba algún MAC antes de inscribirse en el CRF, mientras que el 52,7% de las usuarias del CANR lo hacía. Según la comparación de medias de esta variable, no existe diferencia significativa entre los dos consultorios, por lo que puede afirmarse que el comportamiento de las usuarias en relación con el control de su fecundidad con anterioridad a la intervención es similar en ambos consultorios. Esto validaría la significación de las diferencias producidas después de la inscripción en el CRF entre ambos consultorios.

La edad promedio del primer parto en el CSFSJ es de 26,4 años y en el CANR es de 23,2 años. La diferencia de 3,2 años resulta significativa con un 99,9% de confianza al realizar la prueba t de diferencia de promedios. Además se puede estimar con un 95% de confianza que la diferencia entre ambos consultorios va de 2,2 a 4,2 años en la edad del primer parto.

En el CSFSJ se obtuvo que el 31,8% de las usuarias se inscribió en el CRF antes de haber tenido algún parto, lo que se suma al 13,6% que nunca ha tenido partos. El 54,6% restante se inscribió después de haber tenido su primer parto. Específicamente, el 24,8% de las usuarias se inscribió en el primer año siguiente después de su primer parto, lo cual implica que casi un cuarto de las usuarias comienza a regular su fecundidad en el consultorio, poco tiempo después de haber parido por primera vez. En el CANR hay más usuarias que se inscriben antes de algún parto (47,4%), lo que sumado al 12,3% de las usuarias que nunca ha tenido partos, representa el 59,7% del total. El 40,3% restante se inscribió después de haber tenido su primer parto. Específicamente, el 18,1% de las usuarias se inscribió en el primer año siguiente después de su primer parto.

La variable Momento de la inscripción en relación con el primer parto fue recodificada en categorías dicotómicas para realizar una prueba de diferencias de proporciones, con lo cual se obtuvo lo siguiente:

Cuadro N° 41: Comparación Momento de parto entre ambos consultorios

	CSFSJ	CANR	Dif. de %	Significación	Variación	
					más baja	más alta
Usuaris inscritas antes del primer parto	45,35%	59,74%	14,39	99,9	-0,22	-0,07

Fuente: Elaboración propia en base a fichas médicas del CRF del CSFSJ y del CANR.

Se desprende del cuadro que en el Centro de Salud Familiar San Joaquín el 45,4% de las usuarias comenzaron a regular su fecundidad en el consultorio antes de tener su primer parto, mientras que en el Consultorio Amador Neghme esta proporción corresponde al 59,7%. La diferencia de 14,39 puntos porcentuales resulta significativa con un 99,9% de confianza con la prueba t. Se puede estimar además con un 95,5% de confianza que en el CANR hay entre un 7% y un 22% más usuarias que se inscriben en el CRF antes de su primer parto. En este sentido, las usuarias del CANR comienzan a regular su fecundidad en el CRF antes de su primer embarazo en mayor proporción que las usuarias del CSFSJ.

Finalmente, es posible definir un perfil de usuarias para cada consultorio a partir de los datos obtenidos.

Así, se puede señalar que las usuarias del CRF del CSFSJ:

1. Usan en proporciones similares DIU y ACO, aunque hay un uso levemente mayor de DIU. Tienen muy poco a usar hormonas inyectables y preservativos.
2. Tienen en promedio entre 32,6 años, y se encontró que las usuarias más jóvenes tienden a usar más ACO que DIU.
3. Al inscribirse, tienden en primer lugar a ser solteras, luego casadas, y también muchas son convivientes. El estado civil "casada" es el único en que las usuarias se inscriben en todos los tramos etéreos.
4. Tienen principalmente un hijo, y a mayor edad, tienden a tener más hijos. Tienen dos hijos en mayor proporción que en el CANR.
5. Son pocas las que no han tenido hijos.
6. Se inscriben en el CRF a los 26 años en promedio, y la mayoría lo hizo en los últimos cinco años.
7. Tienen a inscribirse en el CRF siendo mayor de edad. Las usuarias que se inscriben siendo menores de edad son mayoritariamente solteras, aunque también algunas son casadas.
8. Se inscriben mayoritariamente después de haber tenido algún embarazo.
9. Tienen más a usar ACO durante los primeros 10 años de uso del CRF, para luego cambiar a DIU.
10. Usan algún método anticonceptivo antes de inscribirse en el CRF en mayor proporción que las que no lo hacen.
11. Tienen, en promedio, su primer parto a los 26 años de edad.

12. Tienden a no tener antecedentes abortivos.

Por su parte, las usuarias del CRF del CANR:

1. Usan en proporciones similares DIU y ACO aunque hay un uso levemente mayor de DIU. Tienden a usar hormonas inyectables y preservativos en mayor proporción que las usuarias del CSFSJ, aunque en ambos éste representa un porcentaje muy bajo del total de inscritas.
2. Tienen en promedio 31,2 años, y al igual que en el CSFSJ, las usuarias más jóvenes tienden a usar más ACO que DIU.
3. Al inscribirse, la mayoría es soltera, y tienden menos a ser casadas y convivientes que en el CSFSJ. Igual que en el CSFSJ, el estado civil “casada” es el único en que las usuarias se inscriben en todos los tramos etéreos.
4. Al igual que en el CSFSJ, tienen principalmente un hijo, y a mayor edad, tienden a tener más hijos.
5. Tienden más a no tener hijos que las usuarias del CSFSJ.
6. En promedio, se inscriben a los 23 años, siendo más jóvenes que las usuarias del CSFSJ, y llevan más tiempo en el CRF, por lo que son más antiguas.
7. Tienden más a inscribirse siendo menores de edad que las usuarias del CSFSJ.
8. Se inscriben en el CRF antes de su primer parto en mayor proporción que las usuarias del CSFSJ.
9. Tienden a usar ACO durante los primeros cinco años de uso del CRF, para luego pasar a DIU
10. Al igual que las usuarias del CSFSJ, tienden a usar MAC antes de la inscripción en el CRF en mayor proporción que las no lo hacen.
11. Tienen su primer parto a los 23 años en promedio, es decir, son madres antes que las usuarias del CANR.
12. Al igual que las usuarias del CSFSJ, tienden a no tener antecedentes abortivos.

Objetivo Específico N° 2

- Describir y comparar las variables de base de las usuarias del CRF de ambos consultorios investigados.

Antes de describir las variables de base de las usuarias entrevistadas del CRF, resulta relevante conocer el Nivel Socioeconómico de las comunas en las cuales se encuentran los dos consultorios investigados. A continuación se presentan los porcentajes de hogares en las comunas investigadas, según Nivel Socioeconómico, extraídas del Mapa Socioeconómico de Chile (Adimark, 2004), elaborado a partir del CENSO del año 2002.

Cuadro N° 42: Porcentaje de Hogares en las Comunas Investigadas según Nivel Socioeconómico

Comuna	ABC1	C2	C3	D	E
San Joaquín	3,4%	15,5%	42,7%	28%	10,4%
Pedro Aguirre Cerda	2,6%	13,4%	26,9%	46,1%	11%

Fuente: Adimark, Mapa Socioeconómico de Chile, 2004

Se detecta que los hogares de la comuna San Joaquín se concentran principalmente en el Estrato C3, mientras que en Pedro Aguirre Cerda, esto ocurre en el Estrato D. También se puede señalar que en San Joaquín, porcentualmente hay más hogares que en Pedro Aguirre Cerda en los dos estratos más altos, del mismo modo como en Pedro Aguirre Cerda se encuentran más hogares en los dos estratos más bajos. De hecho, al sumar los porcentajes de los estratos D y E, se obtiene que en San Joaquín, el 38,4% es de estrato D o E, y en Pedro Aguirre Cerda este valor asciende al 57,1% de los hogares. De esta forma, se puede afirmar que los hogares de la comuna de San Joaquín tienen un nivel socioeconómico levemente mayor que los de Pedro Aguirre Cerda.

Las variables de base analizadas más adelante, corresponden a la muestra de usuarias entrevistadas, esto es, ocho usuarias por cada consultorio, la que no pretende en absoluto ser representativa. En los cuadros que se presentan a continuación, aparece su información, junto con los seudónimos de las usuarias. Estos seudónimos, que en el análisis cualitativo se utilizarán para exponer sus discursos, están compuestos por las dos primeras iniciales del nombre, la edad, el estado civil, el número de hijos, la religión y el tipo de MAC que utilizan. Las variables de base que fueron estudiadas son: Estado Civil, Nacionalidad, Lugar de Nacimiento, Historia Migracional, Pertenencia Étnica, Religión, Nivel Educativo, Ingresos Familiares, Ocupación, Previsión, Estructura Familiar y algunos datos ginecológicos de las entrevistadas. Es importante señalar que tanto en los análisis de estas variables, como en el análisis cualitativo de los discursos, se interpretarán los datos en términos porcentuales para facilitar la comprensión del lector o los investigadores interesados en este estudio, pero no son representativos ni pretenden ser aplicables a la población general de usuarias del CRF en los consultorios investigados.

A. CENTRO DE SALUD FAMILIAR SAN JOAQUÍN

Cuadro N° 43: Características sociodemográficas de las usuarias entrevistadas

Entrevistada	Nacionalidad	Lugar de Nacimiento	Historia Migracional	Comuna de Residencia
Ma33ca2hCD	Chilena	San Miguel, Santiago	Siempre ha vivido en San Joaquín	San Joaquín
Da32co1hCA	Chilena	Rancagua	Rancagua, Puente Alto, San Joaquín	San Joaquín
So30se1hCD	Chilena	San Miguel, Santiago	Siempre ha vivido en San Joaquín	San Joaquín
Pa29co1hSA	Chilena	San Miguel, Santiago	Providencia, Independencia, La Pintana y San Joaquín	San Joaquín
Na26so0hSA	Chilena	Santiago	San Joaquín, Independencia, La Cisterna, La Florida	La Florida
Ja20co2hCD	Chilena	San Joaquín, Santiago	Siempre ha vivido en San Joaquín	San Joaquín
Ab19so2hEN	Chilena	San Joaquín, Santiago	La Legua, La Florida, San Joaquín	San Joaquín
An18so1hCD	Chilena	San Joaquín, Santiago	Siempre ha vivido en San Joaquín	San Joaquín

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas a usuarias del CRF del CSFSJ.

La totalidad de las usuarias del CRF del CSFSJ entrevistadas, son chilenas y han nacido en Chile. El 38% de ellas nació en la comuna de San Miguel y otro 38% en San Joaquín. Otra entrevistada nació en la comuna de Santiago y otra en Rancagua. El 88% de las entrevistadas vive en la comuna de San Joaquín, y la mitad de ellas siempre ha vivido en dicha comuna. La totalidad de las usuarias entrevistadas ha vivido solamente en zonas urbanas.

Cuadro N° 44: Edad, Estado Civil, Religión y Etnia de las usuarias entrevistadas

Entrevistada	Edad	Estado Civil	Religión	Percepción de práctica religiosa	Pertenencia Étnica
Ma33ca2hCD	33	Casada	Católica	No mucho, de vez en cuando ir a misa	Ninguna
Da32co1hCA	32	Conviviente	Católica	Sí la practica	Ninguna
So30se1hCD	30	Separada	Católica	No mucho, de vez en cuando ir a misa	Ninguna
Pa29co1hSA	29	Conviviente	Ninguna	Ninguna	Ninguna
Na26so0hSA	26	Soltera	Ninguna	Ninguna	Ninguna
Ja20co2hCD	20	Conviviente	Creyente	Ninguna	Ninguna
Ab19so2hEN	19	Soltera	Evangélica	Poco, a veces leer la Biblia	Ninguna
An18so1hCD	18	Soltera	Católica	Poco	Ninguna

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas a usuarias del CRF del CSFSJ.

Se detecta que las entrevistadas tienen entre 18 y 33 años de edad. El 38% de ellas es soltera, el 25% es conviviente y el 13% es casada. El 38% se declara católica, el 25% evangélica, y el 13% señala que cree en Dios pero no adhiere a ninguna religión. El otro 25% no tiene religión. Ninguna entrevistada declara pertenecer a alguna etnia.

Cuadro N° 45: Características socioeconómicas de las usuarias entrevistadas

Entrevistada	Nivel Educativo	Ocupación	Previsión	Ingresos Familiares aproximados	Personas con que vive
Ma33ca2hCD	CFT: administración de personal	Dueña de casa	Fonasa D	Entre 120 y 140 mil pesos. No pagan arriendo porque viven en casa de atrás de sus padres	Marido y sus dos hijas. En la casa de adelante viven su papá y mamá
Da32co1hCA	Educación Media TP completa	Dueña de casa	Sin prevision	700 mil pesos	Pareja, suegra, mamá de suegra, primo de pareja, y su hija
So30se1hCD	Educación media TP completa	Estudiante y trabaja en supermercado	Fonasa B	No sabe	Papá, mamá, hermano, dos tíos, abuela, y su hija
Pa29co1hSA	Educación media CH completa	Vendedora en tabaquería de supermercado	Sin previsión	No sabe	Papá, mamá, cuatro hermanos, su pareja y su hija
Na26so0hSA	Educación superior completa: Profesora de Historia y Geografía	Cesante	No sabe si tiene previsión. Antes tenía Fonasa, pero ya no impone por cesantía.	500 mil pesos	Papá y mama
Ja20co2hCD	Ed. Media incompleta: Segundo Medio	Dueña de casa	Sin previsión	80 mil pesos más aportes en mercadería de su madre	Conviviente y sus dos hijos
Ab19so2hEN	Educación media CH completa	No trabaja	Sin previsión	Entre 120 y 170 mil pesos	Papá, mamá, 4 hermanos y sus dos hijos
An18so1hCD	Educación media CH completa	No trabaja	Sin previsión	240 mil pesos	Papá, mamá, hermano de 24, hermana de 20 y su hijo.

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas a usuarias del CRF del CSFSJ.

El 63% de las entrevistadas completó la Educación Media, ya sea Científico-Humanista o Técnico Profesional. El 13% sólo terminó Segundo Medio. Un 13% de las entrevistadas hizo cursos en Centros de Formación técnica y otro 13% tiene Educación Superior Completa. El 38% de las usuarias investigadas son dueñas de casa; el 25% trabaja y el 13% está cesante. Los ingresos familiares de las entrevistadas varían entre los 120 mil y los 800 mil pesos, y en sus hogares habitan entre dos y ocho personas.

Cuadro N° 46: Datos ginecológicos de las usuarias entrevistadas

Entrevistada	MAC	Número de hijos	Número de gestaciones	Edad Primer parto
Ma33ca2hCD	DIU	2	2	25 años
Da32co1hCA	ACO	1	1	19 años
So30se1hCD	DIU	1	2	22 años
Pa29co1hSA	ACO	1	1	22 años
Na26so0hSA	ACO	0	0	---
Ja20co2hCD	DIU	2	2	17 años
Ab19so2hEN	Ninguna	2	2	17 años
An18so1hCD	DIU	1	1	17 años

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas a usuarias del CRF del CSFSJ.

La mitad de las usuarias entrevistadas usa Dispositivo Intrauterino (DIU) y el 38% usa Anticonceptivos Orales (ACO). La mitad tiene un hijo; el 38% tiene dos hijos y una no ha tenido hijos. El primer parto más temprano fue a los 17 años, lo que ocurre en las tres entrevistadas más jóvenes. El parto más tardío fue a los 25 años, en la usuaria entrevistada de mayor edad.

B. CONSULTORIO AMADOR NEGhme¹³

Cuadro N° 47: Características sociodemográficas de las usuarias entrevistadas

Entrevistada	Nacionalidad	Lugar de Nacimiento	Historia Migracional	Comuna de residencia
Ma34co2hCA2	Argentina	Asunción, Paraguay	Asunción, Buenos Aires, Chile. Hace 13 años viven en Pedro Aguirre Cerda	Pedro Aguirre Cerda
Ce32ca2hED2	Chilena	Chillán	Zona rural cerca de Chillán hasta hace 8 años, que vino a Santiago, Macul, Pedro Aguirre Cerda	Pedro Aguirre Cerda
Mg29ca2hCD2	Chilena	San Clemente	Zona rural VII Región hasta hace 8 años, que vino a Pedro Aguirre Cerda, Santiago	Pedro Aguirre Cerda
Ya26so1hCA2	Chilena	San Miguel, Santiago	Siempre ha vivido en Pedro Aguirre Cerda	Pedro Aguirre Cerda
Ca25ca2hCD2	Chilena	Lo Espejo, Santiago	Lo Espejo y Pedro Aguirre Cerda	Pedro Aguirre Cerda
Sa23so1hCD2	Chilena	Santiago	La Bandera, Pedro Aguirre Cerda	Pedro Aguirre Cerda
Na21so0hCNR2	Chilena	San Miguel, Santiago	Siempre ha vivido en Lo Espejo	Lo Espejo
An19so2hCD2	Chilena	La Cisterna, Santiago	Siempre ha vivido en Pedro Aguirre Cerda	Pedro Aguirre Cerda

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas a usuarias del CRF del CANR.

A diferencia del CSFSJ, en el CANR no se encontró que todas las entrevistadas eran chilenas puesto que una tiene nacionalidad argentina. Se encontró además que el 25% de las usuarias vivieron en zonas rurales antes de migrar a Santiago. Excepto por una entrevistada que vive en Lo Espejo, todas residen en la comuna de Pedro Aguirre Cerda.

Cuadro N° 48: Edad, Estado Civil, Religión y Etnia de las usuarias entrevistadas

Entrevistada	Edad	Estado Civil	Religión	Percepción de práctica religiosa	Pertenencia Étnica
Ma34co2hCA2	34	Separada-Conviviente	Católica	Sí la practica	Ninguna
Ce32ca2hED2	32	Casada	Evangélica	No la practica	Ninguna
Mg29ca2hCD2	29	Casada	Católica	La practica pero no mucho	Ninguna
Ya26so1hCA2	26	Soltera	Católica	La practica en casa	Ninguna
Ca25ca2hCD2	25	Casada	Católica	Sí la practica	Ninguna
Sa23so1hCD2	23	Soltera	Creyente	No practica	Ninguna
Na21so0hCNR2	21	Soltera	Católica	No la practica	Ninguna
An19so2hCD2	19	Soltera	Creyente	No la practica	Ninguna

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas a usuarias del CRF del CANR.

Las edades de las entrevistadas varían entre los 19 y los 34 años. La mitad de las usuarias investigadas es soltera, el 38% es casada y el 13% es separada y ahora convive. El 63% se declara católica, el 13% evangélica, y el 25% se declara creyente pero sin adherir a una religión en particular. Al igual que en el CSFSJ, ninguna entrevistada declara pertenecer a alguna etnia.

¹³ Los nombres de estas usuarias finalizan con un 2 para indicar que se trata del segundo consultorio estudiado.

Cuadro N° 49: Características socioeconómicas de las usuarias entrevistadas

Entrevistada	Nivel Educativo	Ocupación	Previsión	Ingresos Familiares aproximados	Personas con que vive
Ma34co2hCA2	Educación Media CH completa	Dueña de casa	Sin previsión	300 mil pesos	Pareja, y sus dos hijos
Ce32ca2hED2	Educación Básica completa	Dueña de casa	Fonasa	150 mil pesos	Marido y sus dos hijos
Mg29ca2hCD2	Educación Media CH completa	Dueña de casa	Fonasa C	250 mil pesos	Marido y sus dos hijos
Ya26so1hCA2	Educación Media TP completa	Técnico en alimentación	Fonasa B	no sabe	Papá, mamá, 2 hermanos, y su hija
Ca25ca2hCD2	Educación Media CH completa	Dueña de casa	Fonasa D	Entre 300 y 400 mil pesos	Marido y sus dos hijos
Sa23so1hCD2	Educación Media TP completa	Operadora telefónica medio tiempo	Fonasa C	250 mil pesos	Papá, mamá, hermana y su hijo
Na21so0hCNR2	Ed. Media TP completa y CFT de un año	Asistente en gerencia comercial	Fonasa	800 mil pesos	Mamá
An19so2hCD2	Educación Básica completa	No trabaja	Fonasa A	120 mil pesos	Papá, mamá, hermana, hijo de hermana, hermano y sus dos hijos

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas a usuarias del CRF del CANR.

El 25% de las entrevistadas completó la Educación Básica y el 63% completó la Educación Media, ya sea Científico-Humanista o Técnico-Profesional. El 13% restante realizó un curso de un año en un Centro de Formación Técnica (CFT). El 63% es dueña de casa y el 38% trabaja. Los ingresos familiares varían entre los 120 mil pesos y los 800 mil pesos. El número de habitantes por hogar va desde dos a las ocho personas.

Cuadro N° 50: Datos ginecológicos de las usuarias entrevistadas

Entrevistada	MAC	Número de hijos	Número de gestaciones	Edad Primer parto
Ma34co2hCA2	ACO	2	3	19 años
Ce32ca2hED2	DIU	2	2	22 años
Mg29ca2hCD2	DIU	2	2	21 años
Ya26so1hCA2	Abstinencia	1	1	26 años
Ca25ca2hCD2	DIU	2	2	19 años
Sa23so1hCD2	DIU	1	2	16 años
Na21so0hCNR2	NR	0	0	---
An19so2hCD2	DIU	2	2	15 años

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas a usuarias del CRF del CANR.

El 63% de las usuarias entrevistadas usa Dispositivo Intrauterino (DIU); el 13% usa Anticonceptivos Orales (ACO) y el 13% se abstiene de tener relaciones sexuales. El 25% tiene un hijo, el 63% tiene dos hijos, y el 13% no ha tenido hijos. La edad del primer parto varía entre los 15 años, en la usuaria más joven, y los 26 años.

Conclusiones respecto del Objetivo Específico N° 2

En el CSFSJ, la totalidad de las usuarias entrevistadas tiene nacionalidad chilena y siempre ha vivido en zonas urbanas. La mitad de las entrevistadas siempre ha vivido en San Joaquín. En tanto, en el CANR se entrevistó una usuaria de nacionalidad argentina, y se encontró además que el 25% vivió en zonas rurales antes de migrar a Santiago. En ambos consultorios el 88% de las entrevistadas vive en la misma comuna donde se encuentra el consultorio al que asisten.

Las entrevistadas del CSFSJ tienen entre 18 y 33 años de edad, un 38% de ellas es soltera, un 25% conviviente y un 13% es casada. El 38% se declara católica, el 25% evangélica, el 13% señala creer en Dios pero no adhiere a ninguna religión, y 25% restante no tiene religión. Ninguna entrevistada declara pertenecer a alguna etnia. Por su parte, En el CANR las edades de las entrevistadas varían entre los 19 y los 34 años. La mitad de ellas es soltera, el 13% es separada y ahora convive, y el 38% es casada. El 63% se declara católica, el 13% evangélica y el 25% se define como creyentes pero sin adherir a una religión en particular. Al igual que en el CSFSJ, ninguna entrevistada declara pertenecer a alguna etnia.

Respecto al nivel educacional, en el CSFSJ el 13% sólo terminó Segundo Medio, mientras que el 63% completó la Educación Media, ya sea Científico-Humanista o Técnico Profesional. El 13% hizo un curso en un Centro de Formación técnica luego de la Educación Media y otro 13% tiene título profesional universitario. En el CANR, el 25% de las entrevistadas sólo completó la Educación Básica y el 63% la Educación Media, ya sea Científico-Humanista o Técnico-Profesional. El 13% realizó un curso de un año en un Centro de Formación Técnica. En este sentido, se puede señalar que las entrevistadas del CSFSJ tienen un mayor nivel educacional que las del CANR, ya que hay más usuarias con educación universitaria y menos usuarias que no terminaron la Educación Media.

En el CSFSJ, el 38% de las mujeres investigadas es dueña de casa; el 25% trabaja y el 13% está cesante. Los ingresos familiares de las entrevistadas varían entre los 120 mil y los 800 mil pesos. En sus hogares habitan entre dos y ocho personas. La descripción no es muy diferente para las entrevistadas del CANR, ya que los ingresos y el número de habitantes por hogar presentan las mismas variaciones. En el CANR, eso sí, se entrevistaron más dueñas de casa, puesto que representan el 63%, mientras que el 38% de ellas trabaja.

La mitad de las usuarias estudiadas del CSFSJ usa Dispositivo Intrauterino (DIU) y el 38% usa Anticonceptivos Orales (ACO). La mitad tiene un hijo; el 38% tiene dos hijos y el 13% no ha tenido hijos. El primer parto más temprano fue a los 17 años, lo que ocurre en las tres entrevistadas más jóvenes. El parto más tardío fue a los 25 años, en la usuaria entrevistada de mayor edad. En tanto, en el CANR, el 63% de las entrevistadas usa DIU, el 13% usa ACO y el otro 13% se abstiene de tener relaciones sexuales. El 25% de las entrevistadas tiene un hijo, el 63% tiene dos hijos, y el 13% no ha tenido hijos. La edad del primer parto varía entre los 15 años, en la usuaria más joven, y los 22 años. En este último consultorio, entonces, las usuarias tuvieron su primer parto siendo más jóvenes que en el CSFSJ.

3. Descripción Cualitativa de la población

La descripción cualitativa se realizó a partir del análisis de las dieciséis entrevistas en profundidad que se realizaron a usuarias de los dos consultorios estudiados.

Objetivo Específico N° 3

- Describir y comparar los conocimientos y actitudes de las usuarias del Control de Regulación de Fecundidad (CRF) respecto de la sexualidad y regulación de la fertilidad, la Salud Sexual, y los Derechos Sexuales y Reproductivos, en ambos consultorios estudiados.

1. Regulación de la Fecundidad.

A. CENTRO DE SALUD FAMILIAR SAN JOAQUÍN

Las usuarias tienen conocimientos básicos sobre fecundidad; describen lo que es la **fecundidad** en sus discursos y el significado del concepto **regulación de la fecundidad**. El siguiente discurso da cuenta de estas definiciones construidas por las usuarias:

Da32co1hCA:

M.V: ¿Qué entiendes por fecundidad?

E: Tener hijos.

M.V: ¿Y por regulación de la fecundidad?

E: Regularla, cuando uno quiere tener hijos se supone que se cuida.

M.V: ¿Y quiénes pueden hacer eso?

E: Las mujeres y los hombres, hay métodos para los dos, pero por lo general nos toca siempre a nosotros.

Este tipo de definiciones y la comprensión del área temática, se encontraron en la totalidad de las entrevistadas adultas (5 de las 8 entrevistadas en este consultorio), sin embargo las usuarias más jóvenes muestran más dudas en sus respuestas y devuelven la pregunta esperando retroalimentación por parte de la entrevistadora.

Ja20co2hCD:

M.V.: ¿Qué entiendes por fecundidad?

E: El embarazo, o sea, fecundar algo, se podría decir eso, ¿cierto?

M.V.: ¿Y por regulación de la fecundidad?

E: ¿Regulación? No sé. No sé, sabís que igual, no sé. A ver si fecundación es fecundar algo, regular es como cuidarse, ¿una cosa así se podría decir?

M.V.: ¿Y cómo podría hacerse eso?

E: Con anticonceptivos, ¿está bien? Ayúdame

M.V: ¿Y para qué podría ser?

E.: Para no fecundar. Para no quedar embarazada

M.V. ¿Quiénes debería regular su fecundidad?

E.: Los dos, la pareja, o sea, hombre y mujer. Porque supuestamente la fecundación no se hace sola

Las usuarias más jóvenes, si bien tienen ideas sobre lo que los conceptos significan, dan muestras de que no han escuchado los términos con frecuencia y no los tienen internalizados claramente,

sino que más bien expresan una deducción de los significados. También se encontraron confusiones respecto al ítem sobre quién debe regular la fecundidad, en tanto otras usuarias respondieron que debía hacerlo la matrona o un ginecólogo. Las usuarias no distinguen entre la finalidad (planificar los embarazos), que es una decisión de ellas, y el medio (usar MAC), que se hace consultando a la matrona. El conocimiento de esta distinción podría contribuir a que las usuarias se sientan efectivamente responsables de su reproducción, y que esa toma de conciencia implique a su vez una conducta acorde con sus intenciones.

Las usuarias señalan que los conocimientos que tienen los han adquirido de tres fuentes principales: 1) los padres (u otro familiar con autoridad), cuando se señala que tienen padres abiertos que les han hablado de sexualidad sin “tapujos” desde que eran niñas; 2) los profesores, con que aprendieron sobre fecundidad, métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual en las clases de biología y las disertaciones que debían hacer; y 3) los pares (del barrio), que constituyen la fuente de información más informal, donde los conocimientos tienen más que ver con prácticas sexuales y creencias populares. El consultorio no es señalado como una fuente importante de conocimiento, lo cual resulta relevante, porque la consulta con la matrona pretende representar no solamente un lugar en donde obtienen gratuitamente los MAC que requieran, sino también una fuente de información científica permanente y confiable.

Al analizar los discursos, es posible situar a las usuarias en una línea imaginaria de conocimientos adquiridos por medio del consultorio, la cual va desde no haber aprendido nada hasta haber aprendido bastante, sin embargo la mayor parte de ellas está en el polo del desconocimiento. Se puede separar a las usuarias en tres grupos; 1) las usuarias que señalan que no han aprendido nada (casi todas son las más jóvenes), y en efecto muestran desconocimiento respecto a los temas relacionados con la sexualidad y la reproducción, que representan el 50% de la muestra; 2) las usuarias que afirman haber aprendido algunas cosas (dos casos), que tienden a ser mayores, y se refieren especialmente a la higiene y el uso del MAC que están usando; y 3) las usuarias que se sienten conformes con los aprendizajes adquiridos en el consultorio, y muestran conocimientos más específicos respecto a la salud sexual y reproductiva.

Las usuarias del primer grupo, con mayor desconocimiento sobre salud sexual y reproductiva, corresponden al 50% de las entrevistadas, y señalan que desde antes de asistir al CRF sabían “todo”, sin embargo ante las preguntas específicas muestran ciertos desconocimientos y afirman que esto afecta sus conductas sexuales.

An18solhCD:

M.V.: Antes de que te embarazaras, ¿qué sabías sobre la sexualidad y la reproducción?

E: Harto, yo creo que fui tonta no más, porque en el colegio me decían todo... De tonta no más, pero de información la tenía toda

M.V.: ¿Sabías por ejemplo la fecha en que eres fértil?

E: Claro

M.V.: ¿Y con los controles has aprendido cosas nuevas?

E: No, es lo mismo que me enseñaban en el colegio, que tenía de repente que exponer y todo eso

M.V.: (...) Tú me decías que contabas los días, ¿cómo lo hacías?

E: Es que una tía que vive por aquí es enfermera y me explicaba, pero igual no lo entendí muy bien, no me preocupaba. Yo estuve como dos años teniendo relaciones y jamás quedé embarazada, y de un día para otro quedé. O sea, no me preocupé. Usábamos condones muy rara vez.

M.V.: ¿Y por qué crees que no te preocupaba?

E: No sé, de cabra chica que era no más. De irresponsable. No pensaba que me iba a embarazar, decía eso no es pa mí, no, pa qué. De tonta.

En el discurso se revela, por un lado, que los conocimientos aprendidos en el colegio se perciben como suficientes, y que sin embargo no fueron llevados a la práctica. Por otro lado, se señala que el consultorio no aportó nuevos conocimientos respecto de los adquiridos en el colegio. Existe cierta incongruencia al señalar que parientes les explicaban, que sabían todo, pero también señalan que no lo entendían bien, de modo que no hay conciencia del vacío de conocimientos científicos. Este problema de “no saber que no saben” resulta muy interesante para entender los embarazos no deseados, ya que las mujeres jóvenes creen saber que pueden embarazarse, y cómo impedirlo, sin embargo no se dan cuenta de que no saben aplicar esos conocimientos a sus vidas personales. Este desconocimiento está además acompañado por actitudes de no preguntar ni pedir más información, ya sea por vergüenza o por falta de interés, como se señala en varios discursos.

An18so1hCD:

M.V.: ¿Y después de tu embarazo, volviste a la matrona y qué pasó?

E: Claro, después me puse el tratamiento, la T, y nada, nunca me dijo ná, me revisaba no más, que estaba súper bien y nada más.

M.V.: Pero no te dan más información

E: No, depende de cómo sea uno también porque yo no tengo así facilidad para hablar.

M.V.: ¿Qué falta que te informen para que te sientas completamente informada?

E: No sé, es que yo voy a que me revisen y chao no más...

Las usuarias señalan que se les ha dado poca información, pero tampoco muestran inquietudes al respecto, lo que puede derivar en tener prácticas sexuales sin la información necesaria para el cuidado de la salud. Esta falta de inquietud se puede observar en el siguiente discurso:

Ja20co2hCD:

M.V.: ¿Qué te parece la información que te entregan sobre la regulación de la fecundidad?

E: Es que igual me acuerdo que la matrona me habló caleta. Pero yo soy de esa onda que “ya sé, no, si entiendo, no se preocupe, no me dé sermones”, cachai, yo soy de esa onda. Pero no, yo creo que es bueno.

M.V.: Lo que tú me dices que te explicó caleta, ¿eso fue cuando fuiste por primera vez?

E: Sí, antes de embarazarme.

M.V.: ¿Y qué has aprendido con la matrona?

E: ¿Qué he aprendido? Nada. Nada. Nada, porque igual ella me dice tenís que cuidarte, pero eso lo sé po. Pero algo que no sepa, no...

En este discurso se puede constatar cómo el intento por parte de las matronas para entregar la información no sirve, dado que las usuarias no desean escuchar “sermones” y afirman que no les han enseñado nada. No escuchan lo que les informan porque están convencidas de que ya lo saben, sin embargo más tarde se embarazan. Estos embarazos, que son tempranos (16-18 años), más tarde lo explican debido a olvidar tomar las pastillas. En este sentido la falta de inquietud por nuevos conocimientos formales podría estar influyendo directamente en los embarazos no deseados, ya que no se detecta interés en conocer el funcionamiento del propio cuerpo.

También se observaron casos de usuarias que antes de embarazarse no llevaban la cuenta de los ciclos menstruales porque no tenía relaciones sexuales. Comenzaron a tomar pastillas luego de inscribirse en el CRF, para lo cual aprendieron su uso correcto y constatan esto en sus discursos.

Sin embargo, aún no saben cómo es el ciclo menstrual y las fechas en que se es fértil, a pesar de que las matronas, ocasionalmente y según ellas, las “retaban” por sus desconocimientos.

Pa29co1hSA:

E: ...Y la matrona es como bien, me retaba, con las pastillas es más fácil, pero me dice “¿cuándo fue tu última regla?, y yo contaba con las pastillas así pa atrás. Ella me retaba, me decía que tenía que saber esas cosas.

M.V.: (...) ¿Y sabes cómo funcionan los métodos naturales?

E: Bueno por las fechas no más.

M.V.: ¿Pero sabes cómo es esto de los ciclos, más o menos cuando estás fértil o no?

E: No

En este sentido, se puede señalar que los conocimientos sobre fecundidad y regulación de ésta aparecen aislados; no se les inculca a las usuarias una actitud de responsabilidad sobre el propio cuerpo, con el objetivo de hacer los métodos realmente efectivos. Tomar una pastilla cada noche parece no ser suficiente para programar eficazmente los embarazos. Tampoco ha sido suficiente conocer el funcionamiento del aparato reproductor a través de las clases de biología del colegio.

Los conocimientos que las usuarias señalan haber obtenido a través del CRF, varían en cuanto al contenido y la cantidad. Lo más común es que el aprendizaje sea respecto al uso del MAC que se escoge, por ejemplo cómo se toman las pastillas anticonceptivas. Sin embargo se deduce por los discursos que la información recibida no es suficiente, puesto que se refieren a la mecánica y los procedimientos para el uso de anticonceptivos pero esto no le da sentido a lo que se quiere hacer: evitar que un embarazo no deseado pueda impedir o dificultar sus proyectos personales.

Da32co1hCA:

M.V.: ¿La primera vez que fuiste te dieron más información?

E: No, la primera vez que empecé a tomar pastillas, sí me dijeron; que debía tomarse la primera cuando una se indisponía, yo tomaba unas que por decirte eran todas blancas y habían 7 café, entonces me dijeron que cuando yo tomara la tercera o cuarta café, me iba a indisponer, y se tenía que cortar cuando se terminaba la última café, y ahí empezaba con las blancas. Yo por lo general empezaba los viernes con una. Eso, te explican, lo básico

M.V.: ¿Cuánta información sientes que fue?

E: Ni mucha ni poca, porque yo encuentro que era lo justo. En ese aspecto, porque yo creo que una ya es grande, ya sabe para qué son, para qué las tomas. En el colegio te pasan un poco eso, yo creo que eso es más que nada la matrona, después no te dan mucha información porque se supone que uno debe saber.

M.V.: ¿Y aprendiste algo nuevo además de cómo usar las pastillas?

E: No.

La información otorgada por el consultorio se limita al uso práctico de los MAC, pero no se refiere al funcionamiento específico de ellos sobre cómo evitan la fecundación. La usuaria señala que “se supone que uno lo debe saber”, supuesto que está impidiendo cubrir los vacíos de conocimientos que pueden haber. De hecho más adelante algunas usuarias relataron que se embarazaron antes de lo presupuestado, porque creían que si dejaban de tomar las pastillas se demorarían unos seis meses en recuperar su fertilidad, y sólo cuando fueron a consultar una matrona por su embarazo, éstas les explicaron que eso no era cierto.

Las usuarias que señalan haber aprendido nuevas cosas con el consultorio (dos de las ocho entrevistadas), también perciben que pueden recurrir al consultorio para resolver dudas. Además presentan mayor claridad sobre la efectividad de los métodos anticonceptivos que utilizan.

So30se1hCD:

M.V.: ¿Y cuando ya estás ahí, la información que te entregan, te explicaron sobre los métodos anticonceptivos?

E: La niña me explicó porque yo de hecho tengo la T, entonces yo le pregunté, le hice las consultas si podía quedar embarazada, si podía cuidarme mejor, y me dijo que bueno, con todos los tratamientos yo era propensa a quedarme embarazada, o sea hay que cuidarse anexo a eso¹⁴.

M.V.: ¿Aprendiste algo nuevo?

Sí, aprendí a manejar el calendario ese que manejan ellos. Eso es bueno, porque tengo el tratamiento y más con eso. Es lo mejor, porque uno se cuida más, está más segura.

M.V.: (...) ¿Y la información que te dan, te parece clara?

E: Para mí sí, me ha quedado todo claro, y si tengo alguna duda se la puedo preguntar y me responde de buena forma.

M.V.: (...) ¿Antes de que fueras a la matrona, qué cosas sabías de la sexualidad y la reproducción?

E: Que había que cuidarse, que el hombre se cuida con condón, la mujer con pastillas, y nada más po. O sea no sabía qué día ovulaba yo, o qué día estaba más fértil.

En el discurso se observa que las usuarias aprenden que su MAC no es 100% seguro por lo que optan por cuidarse con el calendario adicionalmente. En este caso particular podemos observar que la usuaria no sabía cómo es el ciclo menstrual, y al asistir a la matrona lo aprendió. Además señala que si se tiene dudas se puede preguntar y las matronas responden “de buena forma”.

Otras usuarias que se acercan a este polo de mayor conocimiento en la línea imaginaria trazada, presentan mayor claridad respecto a la regulación de la fecundidad, esto se refleja en el discurso, en su lenguaje y en sus respuestas en cuanto a la importancia que le dan al uso del MAC.

Na26so0hSA:

E: ...Yo iba al consultorio porque me duele la cabeza siempre, entonces tenía que detectar por todas las formas qué me estaba haciendo mal. Y las pastillas podían ser. Pero la única forma de saberlo, es dejarlas, y yo no las puedo dejar, así que por ese lado no pude saber si son las pastillas las que me provocan el dolor de cabeza.

M.V.: (...) Tú me decías que igual aprendiste cosas nuevas, ¿qué aprendiste?

E: Como algunas enfermedades que uno puede tener, por ejemplo hongos, y uno puede tener por ejemplo, al dejar el calzón en el suelo, o una pensaba que a uno le salían esas cosas por ser cochina o por tener varias parejas, pero en realidad me decía que no, que uno puede tener porque se seca mal, o no es adecuada con los calzones, o se sienta en otros baños que no son de la casa y ahí se puede transmitir ese tipo de enfermedades. Ahí me explicó eso. O en la ducha por ejemplo uno se baña con jabón por ejemplo, y eso no es bueno porque propicia que te salgan hongos, ya porque el PH, no sé qué uno nunca se tiene que echar jabón porque o sí no, pasa eso. Ese tipo de cosas me enseñó ella.

M.V.: ¿Y de regulación de la fecundidad?

E: Es que eso ya lo sabía, como yo tomaba (pastillas) de hartos años, ya lo sabía, pero me lo volvió a decir y si es que tenía alguna duda.

En el discurso se observa que los anticonceptivos constituyen una prioridad en la salud de este tipo de usuarias, de modo que no pueden dejar de usarlos aunque puede que les provoquen jaquecas. Además se observa que les enseñaron nuevos conocimientos a parte de los que ya tenían. Y aunque consideraban que sus conocimientos sobre regulación de fecundidad eran

¹⁴ La entrevistada además del DIU usaba el método del calendario para mayor protección.

suficientes, les explicaron de nuevo y les preguntaron si tenían otras dudas. Esta usuaria en particular, más tarde señaló que haría preguntas sobre las diferencias entre las pastillas anticonceptivas la próxima vez que fuera al consultorio, de modo que se detecta que la usuaria aprendió cosas nuevas, y además muestra interés por aumentar sus conocimientos, y confianza por la respuesta que le darán.

Dado que se encuentran algunas usuarias que tienen conocimientos científicos sobre la fecundidad y cómo regularla, mientras que otras usuarias no los tienen, se puede afirmar que el CRF del CSFSJ entrega conocimientos, pero éstos no son aprendidos por todas las usuarias. En este sentido, se puede señalar que las diferentes formas de percibir, recibir y aplicar la información entregada por el consultorio, al parecer, dependen más de cada usuaria que del CRF en particular. Probablemente la edad, la historia familiar, y el nivel educacional de las mujeres conforman un perfil de usuaria para las que el CRF podría resultar más eficaz. Por esto, cabe concluir que es probable que la metodología subyacente al CRF, cumpla el objetivo de planificar los embarazos en cierto tipo de mujeres, pero el resto no logra incorporar los conocimientos y aplicarlos a sus conductas.

En suma, se puede señalar que los conocimientos aprendidos en el consultorio sobre **fecundidad** y **regulación de la fecundidad** son variables. Si bien las usuarias saben en qué consisten estos conceptos y los definen con sus propias palabras, no todas presentan conocimientos sobre el ciclo menstrual, el funcionamiento y la efectividad de los métodos anticonceptivos. Algunas usuarias no tienen inquietudes respecto de la sexualidad y la reproducción, y se limitan a saber cómo deben usar sus anticonceptivos, aunque no sepan cómo funcionan.

B. CONSULTORIO AMADOR NEGHME

En este consultorio se encontró que la mitad de las usuarias señala con sus propias palabras en qué consiste la **fecundidad**, mientras que la otra mitad se declara ignorante al respecto. Entre las usuarias que sí lo saben, la mitad no sabe qué significa **regular la fecundidad**, de modo que se obtienen tres grupos de usuarias; a) las que señalan que no saben, b) las que saben qué es la fecundidad pero no saben qué significa regularla, y c) las que saben ambas cosas. Los siguientes son los discursos de cada categoría respecto a los niveles de conocimientos.

An19so2CD2:

M.V.: ¿Qué entiendes tú por fecundidad?

E: Soy ignorante yo, pero no sé.

M.V.: ¿Y Sabes lo que es la Regulación de la Fecundidad?

E: No.

M.V.: ¿Y que es el Control de Regulación de la Fecundidad del consultorio?

E: No.

El análisis de discurso revela que algunas usuarias no saben ni intentan deducir el significado de los conceptos de fecundidad y regulación de fecundidad, y se observa que hay conciencia de la ignorancia. Si bien esto podría explicarse por la juventud de algunas usuarias, también se podría deducir que en el consultorio no usan este tipo de palabras, que son las que justamente le dan el nombre a la actividad realizada por el Programa Salud Mujer. El segundo tipo de conocimiento es ejemplificado con las siguientes respuestas:

Ya26so1hCA2:

M.V.: ¿Qué entiendes tú por fecundidad?

E: Viene de la palabra fecundación, o sea cuando uno tiene un hijo. Eso es lo que entiendo, no mucho.

M.V.: ¿Y por Regulación de la fecundidad?

E: No sé.

M.V.: ¿Sabes lo que es el Control de Regulación de Fecundidad del consultorio?

E: No.

Algunas usuarias pueden entender el significado del concepto de fecundidad, pero no lo relacionan con el control de la reproducción ni con el consultorio; se conoce el término, pero no se lo entiende como para aplicarlo a la vida cotidiana. En este sentido, el tipo de conocimiento se ajusta al caso anterior; no así el que se expone en el siguiente discurso.

Ma34co2hCA2:

M.V.: ¿Qué entiendes tú por fecundidad?

E: Fecundidad, fecundar, crear, procrear.

M.V.: ¿Y por Regulación de la fecundidad?

E: Planear embarazos, teniendo un control, una matrona, haciéndose los estudios regularmente, y todas las indicaciones que da la matrona, y bueno uno cuidarse y ser responsable, obvio.

M.V.: ¿Quiénes deben regular la fecundidad?

E: Yo creo que la misma persona con el control de una matrona. Las mamás, las futuras mamás; las mujeres. No, no, también el hombre porque es responsabilidad del hombre también.

M.V.: (...) ¿Sabes lo que es el Control de Regulación de Fecundidad del consultorio?

Me imagino que será no sé, el control que me harán ahora.

Esta fue la respuesta más completa que se encontró entre las usuarias, donde se explican los conceptos de fecundidad primero y luego se deduce lo que significa el Control de Regulación de Fecundidad.

En este sentido, se puede señalar que en el consultorio las usuarias no son capaces de hacer una distinción respecto de los diferentes servicios que se otorgan, por lo que el CRF no es percibido como una actividad específica de un Programa; las usuarias hablan de “ir a la matrona” del mismo modo como van al doctor, y no conocen las palabras que le dan nombre al CRF. Hacen referencia, por ejemplo, al “tratamiento” en vez de Métodos anticonceptivos, y de “cuidarse” en vez de controlar o regular la fecundidad. Se encontró además que las usuarias tampoco conocen el Control por rótulos como Paternidad Responsable o Planificación Familiar. Cabe precisar que esto no es necesariamente negativo, puesto que puede corresponder a un verdadero aprendizaje, en tanto son capaces de explicarlo con sus propias palabras. Lo que sí resulta negativo es que las usuarias no perciben que haya un Programa, ya que no hay un procedimiento formal de capacitación e información, donde luego decidan el MAC que usarán, y luego se controlen regularmente; ellas van a la matrona para que las “revisen y listo”.

Las usuarias señalan que los conocimientos que tienen sobre sexualidad los han adquirido de tres fuentes principales: a) las clases, donde aprendieron sobre métodos anticonceptivos, la familia, aunque muchos padres fueron cerrados y “a la antigua”, hubo primas o hermanos y hermanas que llenaron los vacíos de conocimientos. Por último se encuentran los pares (amigas del barrio), donde el conocimiento se refiere más a las prácticas y chistes sexuales. Al igual que el Centro de Salud Familiar San Joaquín, este consultorio no es mencionado espontáneamente como una fuente de conocimientos importante.

Al preguntarle a las usuarias qué han aprendido con los Controles, las usuarias señalan que no han aprendido mucho, sin embargo también señalan aprendizajes en tres aspectos diferentes: los Métodos Anticonceptivos, la higiene, y la relación con la pareja. La mayoría de las usuarias se sitúa en el primer aspecto, señalando que han aprendido las ventajas y desventajas de los diferentes tratamientos anticonceptivos, que ningún MAC es 100% seguro, y cuáles son los efectos secundarios del método que escogen.

Sa23so1hCD2:

M.V.: ¿Aprendiste algo nuevo?

E: Por ejemplo ahora con la T, cómo lo controlo más para no quedar embarazada de nuevo, con preservativos, por lo menos yo, a parte de la T.

M.V.: ¿Y por qué?

E: Por lo que me pasó la vez pasada, cuando tenía la T primera; que se me corrió, no me di cuenta y me podría haber embarazado.

M.V.: ¿Y entonces la matrona te dijo que mejor usaras preservativos?

E: Claro ella me dio toda la información de que los primeros meses hay como más riesgo de que te quedes embarazada. O el primer mes hay más riesgo. Como que te da las ventajas y las desventajas. Por ejemplo con la T, los cambios que hay por cambiar de las pastillas a la T; que la regla va a ser más intensa, que voy a sentir dolor, que de repente voy a sentir contracciones, y todo eso es normal. Que te dure más. Lo único que no es normal es que te duela al estar teniendo relaciones. Y bueno hablamos también que el riesgo disminuye después de un año de ponérsela, va disminuyendo a medida que va pasando el tiempo. Así que yo igual he tenido relaciones, pero con preservativos, así como si no tuviera nada.

En el discurso se observa que los conocimientos adquiridos son específicos para el MAC que utilizan las usuarias, en cuestiones prácticas para su uso. También se muestra un cambio de actitud hacia el control de la fecundidad ya que a partir de los conocimientos se comienza a usar doble MAC. Si bien la mitad de las usuarias señala aprender las ventajas y desventajas de los MAC que utilizan, ninguna de ellas aprendió en el consultorio cómo éstos impiden embarazarse. Las ventajas y desventajas de los otros MAC a las que las usuarias aluden, se limitan al hecho de que para usar Anticonceptivos Orales (ACO) no deben ser olvidadizas y que al usar DIU la menstruación es más larga y abundante. Además, siete de las ocho usuarias entrevistadas no tienen claridad respecto a los beneficios del condón en relación con la transmisión de ETS.

Por su parte, las usuarias que señalan haber adquirido conocimientos referidos a la higiene los valoran mucho ya que son útiles para evitar infecciones y hongos, y nadie les había dicho cómo debían hacerlo. Aquí se encontraron críticas a la comunicación con la familia por no hablar de este tipo de cosas en casa.

Las usuarias que señalan haber aprendido asuntos sobre las relaciones de pareja se refieren a dos cosas; la importancia de la fidelidad para prevenir enfermedades de transmisión sexual, y la importancia de la comunicación en la relación de pareja. Se señala que las matronas les enseñaron a confiar y no tener vergüenza para hablar de temas personales. El siguiente discurso revela que esto significó un cambio en la comunicación con la pareja.

An19so2hCD2:

M.V.: ¿Y tú crees que en eso ha influido estar yendo a la matrona?

E: Sí po. Porque igual con ellos, ellos son más adultos que uno entonces te conversan; sobre por qué la ruptura de los matrimonios, todo, entonces como que eso igual ayuda harto a mantenerte firme con una pareja.

M.V.: ¿Qué te dicen?

E: Te dicen que las rupturas de los matrimonios es debido a que las cosas no se conversan. Entonces yo opté por conversar con él y no esconder lo que me pasaba o lo que yo sentía. Entonces igual influye mucho en que yo vaya a la matrona y conversar con ella.

Se observa que las conversaciones con las matronas han implicado un cambio en las actitudes con las parejas y se valoran mucho sus enseñanzas, como personas que saben sobre relaciones amorosas. Para las usuarias que no hablan con su pareja sobre sus sentimientos, resulta una revelación comenzar a hacerlo y descubrir que eso mejora la relación, de modo que se valora mucho ese tipo de consejos.

Por otra parte, dejando de lado estas tres temáticas en que las usuarias señalan aprender conocimientos entregados por las matronas, se encontraron importantes desconocimientos respecto al aparato reproductivo y la regulación de la fecundidad. Por ejemplo, las usuarias no saben calcular su período fértil. Sólo una de todas las usuarias entrevistadas sabe cuáles son los días fértiles en su ciclo menstrual. Si bien algunas dicen que sí saben determinarlo, sus conocimientos son errados:

An19so2hCD2:

M.V.: ¿Qué has aprendido con ir a la matrona? ¿Qué sabes ahora que no sabías antes?

E: Nada porque ya sabía todo igual lo que ya me habían explicado mis papás, la matrona, todo po.

M.V.: ¿Sabes cuándo estás fértil, por ejemplo?

E: Claro, suponte a mí la matrona me dijo que yo cuando me indispongo, yo no puedo tener relaciones al tiro, o antes de una semana, después de tres días, o antes de que me indisponga, entonces ahora ya me preocupo de en qué fecha me indispongo, antes no sabía ni cuando me indisponía. Pero ella me dice que tres días antes y tres días después no se pueden tener relaciones.

Las usuarias no tienen conocimientos certeros sobre su período fértil, en tanto confunden las fechas de la regla con las de fertilidad. Esto muestra que falta mayor especificidad en la entrega de información, ya sea por falta de tiempo, voluntad o informativos escritos. Por su parte, otras usuarias señalan que conocían el ciclo menstrual por el colegio, pero que ya se les olvidó, y que ya no lo necesitan porque están usando otro MAC. La matrona no se los ha recordado y ellas tampoco le han preguntado.

Finalmente, sólo una de todas las usuarias entrevistadas conoce el ciclo menstrual, como se puede constatar en el siguiente discurso.

Ya26so1hCA2:

M.V.: ¿Qué MAC conoces? Ya hablamos de las pastillas, el preservativo...

E.: La T, la inyección, también he visto en las revistas que hay unas agujitas que se ponen debajo del brazo, pero no es mucho lo que sé sobre los preservativos. Ah, y hay una tabla para saber cuándo uno está fértil y cuándo no, para las personas que no usan preservativos por religión.

M.V.: ¿Y tú sabes cómo se usa esa tabla?

E.: No muy bien, pero la traté de usar para quedar embarazada. Para saber qué día estaba fértil. Por lo que había aprendido era el día 14, el más fértil, pero comenzaba desde como el día 9 hasta el 14, son como una semana, o 5 días, pero hay un día que es el 100% fértil. Pero yo trataba así como de adivinar un poco porque no lo tenía muy claro, no me lo enseñaron en el consultorio, sino que en el colegio; revisé mis cuadernos, además le pregunté a mi hermano porque a él se lo pasaron en el colegio, entonces dime tal fecha, y ahí él me sacó la cuenta y yo traté de hacer mis cosas para quedar embarazada, y me resultó.

Las usuarias no aprenden el calendario biológico relativo a las fechas fértiles en el consultorio, sino en el colegio, y la única usuaria que lo averiguó más tarde, fue porque quería embarazarse, de modo que no hay interés por las usuarias por conocer el funcionamiento de su cuerpo en este aspecto, dado el desconocimiento de su relevancia.

En relación con el MAC que utilizan, las usuarias tienen conocimientos sobre cómo se usan, los efectos que podrían producirles, pero no saben cómo impiden los embarazos.

Ma34co2hCA2:

M.V.: Me decías que usas pastillas, ¿tú sabes cómo funcionan?

E.: Yo las que tomo, tomo todos los días, sin parar. Porque estas son cuando das el pecho, porque las otras son con descanso como de 7 días, son 21 pastillas. Estas son 35, todos los días. Me dijo al mismo horario, que si dejo de dar el pecho, que vaya y le diga a la matrona porque ya no tengo que tomar la misma pastilla, tengo que cambiar de tratamiento, me explicó eso.

M.V.: ¿Y cómo evitan que te embaraces?

E.: No sé.

M.V.: ¿Y las de 21 días?

E.: No, tampoco.

Ya26so1hCA2:

M.V.: ¿Sabes cómo funcionan las pastillas?

E.: Las que tomaba yo eran de 28... O sea, se descansaba cada tres días. Era una pastilla diaria, posiblemente a la misma hora para que tenga un mayor efecto y no sea un desorden.

M.V.: ¿Y cómo evitan que quedes embarazada?

E.: No es mucha la explicación ahí, o sea yo tengo una duda porque se supone que las pastillas no son abortivas, entonces ¿y cómo lo hacen las pastillas para evitar que yo no quede embarazada? Entonces yo pienso que las pastillas sí son abortivas. Entonces ahí como que no me queda muy claro.

En los discursos se observa que las usuarias aprenden a tomar las pastillas anticonceptivas; que deben tomar una cada día, ojalá a la misma hora, que no las deben olvidar. Pero no saben cómo impiden la fecundación, incluso piensan que son abortivas. Sólo una usuaria sabía efectivamente cómo el MAC que utiliza impide la fecundación, sin embargo ese conocimiento lo adquirió con un ginecólogo particular, y no en el consultorio.

En suma, se puede señalar que los conocimientos aprendidos en el consultorio sobre fecundidad y regulación de la fecundidad son variables, pero más bien escasos. Los aprendizajes que adquirieron en el consultorio dicen relación con los efectos de los métodos anticonceptivos, con la higiene personal y con la comunicación que deben mantener con la pareja sexual para hacerla más sana y duradera. Sin embargo las usuarias no saben en qué consisten los conceptos de fecundidad y regulación de la fecundidad, y no distinguen el Control de Regulación de la Fecundidad del consultorio, como una actividad de un programa del cual son usuarias. Por último, las usuarias del CANR no tienen inquietudes respecto del control de la fecundidad, no presentan conocimientos sobre el ciclo menstrual, ni sobre el funcionamiento de los métodos anticonceptivos que utilizan sino más bien limitan la asistencia a Control a saber cómo deben usar sus anticonceptivos en sus aspectos prácticos.

2. Salud Sexual

A. CENTRO DE SALUD FAMILIAR SAN JOAQUÍN

De las ocho usuarias entrevistadas en el CSFSJ, cinco señala no saber cuando se le pregunta qué es la salud sexual. Las otras respuestas varían en cuanto a la calidad y el uso que se le da a esa información.

An18so1hCD:

M.V.: ¿Sabes en qué consiste la salud sexual?

E.: ¿Cómo? Es que sexual puede ser... yo creo que cuidarse, eso no más.

M.V.: ¿Cuidarse de qué?

E.: De las enfermedades, de los embarazos no deseados, esas cosas.

M.V.: ¿Y tú tomas alguna medida para cuidar tu salud?

E.: Eh... bueno, más que el agua.... Bueno, la T, el tratamiento y... siempre con el mismo hombre no más. Yo he tenido uno no más.

En el discurso se detecta que no hay claridad en los conocimientos y el significado de la salud sexual, y surge la pregunta respecto a si las medidas que se toman para conservarla son producto de una determinada situación de pareja y/o reproductiva, o de una forma realmente preventiva de vivir la sexualidad. Al parecer, el consultorio no está explica el concepto y el área temática real que involucra a las usuarias.

Ab19so2hEN:

M.V.: ¿Sabes en qué consiste la salud sexual?

E.: ¿En la prevención? La salud sexual... La pregunta me suena como cuidarse sexualmente, por ejemplo con preservativos porque aunque uno se cuide con pastillas para no quedar embarazada, igual existen infecciones que uno no sabe bien con quién se está metiendo. En eso yo creo.

M.V.: ¿Y qué significa para ti?

E.: Para mí en especial, bueno yo nunca me he metido con un hueón así que no conozco bien. Y yo no soy muy cuidadosa por decirlo así en ese sentido, porque pa mí todas las personas con que he estado, han sido personas que he conocido hace años, que sé de su vida, por decirlo así, que sé que no tienen nada, entonces sí. No ando con condones en la cartera ni algo por el estilo. Porque jamás he ido a la disco y me he metido con un hueón. Eh, eso. Yo sé que a la hora de, no sé, cuando mis hijos estén grandes, en unos diez años más, ir a la disco y que me llame la atención un hombre como para ir a comérmelo al tiro, cachai, onda, así a un motel, que no creo que lo haga nunca, yo creo que ahí sí usaría preservativo. Pero por ahora no.

El discurso revela que las usuarias deducen el significado del concepto de salud sexual y distingue entre los anticonceptivos que son para el control de la fecundidad y los que son para evitar enfermedades venéreas. Cabe señalar, sin embargo, que durante las entrevistas algunas usuarias señalaron que pocas veces han usado condón, a pesar de que han tenido varias parejas sexuales. En este sentido, se puede señalar que si bien las usuarias pueden entender lo que significa la salud sexual, eso no significa que esos conocimientos transformen realmente sus conductas y prácticas sexuales. También en el discurso se refleja ingenuidad ya que señala que conocer a los hombres con que han tenido relaciones sexuales, no significa que sepan si tienen infecciones o no. En este sentido, el CRF no inculca a las usuarias una actitud estricta con las parejas sexuales en relación con enfermedades de transmisión sexual (ETS) ni las motiva a pedir exámenes de VIH/SIDA, sin importar si conocen o no a la pareja. Cabe destacar aquí también que las usuarias se refieren a que mientras los hijos estén pequeños, perciben limitaciones con

respecto al ejercicio de la sexualidad que terminarían cuando los hijos sean más grandes. En este sentido, tal como lo señala Rodó (1987), el cuerpo es percibido por las mujeres como un instrumento separado de su identidad de madres, de modo que mientras la maternidad es la principal actividad de la mujer, el aspecto sexual del cuerpo es silenciado, queda “ausente”, y sólo vuelve a surgir una vez que los roles de la maternidad son menos evidentes.

Na26so0hSA:

M.V.: ¿Sabes en qué consiste la salud sexual?

E.: Tener pareja única, tratar de no ser infiel, eso.

M.V.: ¿Qué significa para ti la salud sexual?

E.: Tratar de no contagiarme con otras enfermedades venéreas, o el SIDA, por eso lo que te dije antes, tener una pareja única y no ser infiel.

M.V.: ¿Tomas alguna medida para cuidar tu salud?

E.: Pastillas y pareja única.

Sólo una de las usuarias entrevistadas muestra conocimientos respecto a la salud sexual y en las entrevistas se observa que efectivamente los aplica en su vida práctica. Cabe señalar, eso sí, que esta usuaria, antes de inscribirse en el CRF, asistió a CEMERA¹⁵, donde señala haber aprendido la mayor parte de lo que sabe sobre sexualidad y reproducción. En este sentido, es probable que parte de los conocimientos y la aplicación de ellos en la vida práctica, no se deban al Control de Regulación de Fecundidad, sino a factores externos al consultorio.

Al indagar en los conocimientos y actitudes de las usuarias en relación con las ETS, se encontró que las usuarias conocen principalmente tres enfermedades: Sífilis, Gonorrea y SIDA. También señalan que se pueden prevenir con el uso del condón y con pareja única, como se puede constatar en el siguiente discurso.

Na26so0hSA:

M.V.: ¿Qué enfermedades de transmisión sexual conoces?

E.: De conocer-conocer el SIDA no más. Los otros los he oído, pero no los conozco; la sífilis, gonorrea, eso no lo conozco, sino que lo he oído de nombre.

M.V.: ¿Pero sabes cómo se previenen?

E.: Lo único que sé es manteniendo una pareja única, y no andar por otros lados con otras parejas. Eso.

El análisis de discurso muestra que los conocimientos más bien son generales, puesto que las ETS no se conocen realmente, sino sólo los nombres. Otras enfermedades señaladas por las usuarias son Herpes, Hongos y Ladilla. Del mismo modo, se trata de conocimientos con sin fundamentos científicos.

Da32co1hCA:

M.V.: ¿Qué enfermedades de transmisión sexual conoces?

E.: La sífilis, la gonorrea, pero no sé bien de lo que son, una las ha escuchado hablar... El SIDA, pero no sé qué es lo que son. La ladilla creo que es esa de los piojitos, eso, otras cosas no.

M.V.: ¿Y dónde las aprendiste?

E.: En la escuela nos hicieron hacer una carpeta de las enfermedades sexuales, pero ya no me acuerdo específicamente cuál era de cuál, me acuerdo de los nombres no más.

¹⁵ CEMERA: Centro de Medicina Reproductiva del Adolescente, organismo de la Universidad de Chile que brinda servicios de atención a la salud sexual y reproductiva de las/os adolescentes de mayor riesgo bio-médico y psicosocial. Más información en <http://www.cemera.uchile.cl>

El discurso revela una realidad que es común a todas las usuarias entrevistadas, que se refiere a las fuentes de conocimiento; las diferentes ETS las aprendieron principalmente en el colegio, y también, en menor medida, se señalan medios de comunicación como la televisión y la radio. El consultorio, aparentemente, no estaría constituyendo una fuente de conocimiento importante sobre las enfermedades de transmisión sexual.

Si bien muchas usuarias entienden que hay una relación directa entre la infidelidad y la transmisión de enfermedades por vía sexual, no presentan una actitud estricta frente a esta temática con sus parejas. El siguiente discurso ejemplifica un caso en que el marido le había sido infiel.

Ma33ca2hCD:

E.: A mí me costó un poco aceptarlo. Lo primero que le dije fue “qué va a pasar si yo me enfermo, por el hecho de que tú te hayas metido con cualquier persona” “oye si yo sé con quién me meto”, me dijo, “no, pero es que uno ve caras”, siempre le dije, pero nos costó nuevamente empezar una relación, cuesta. Después ya con el tiempo ya... No, y justo después me tocaba hacerme unos exámenes, entonces de ahí ya me sentí segura.

M.V.: ¿Y le pediste exámenes a él, por ejemplo?

E.: No, es más reacio, le tiene miedo a las agujas.

Aunque existe conciencia por parte de las usuarias de la posibilidad de adquirir alguna enfermedad sexual, no tienen una actitud exigente para con sus esposos, y son ellas las que se someten a los exámenes. Cabe señalar que los exámenes a los que se refieren, los hacen en el consultorio como parte de las actividades del CRF. Otras actitudes que se observaron en las usuarias son que ellas les advierten a sus parejas que en caso de infidelidad se cuiden para no perjudicarlas, como se expone en el siguiente discurso.

Pa29co1hSA:

“...Yo le digo que si hace algo que se cuide igual, que piense en mí, en la niña... Porque él trabaja en la ciudad empresarial, y hay muchas niñas bonitas, entonces yo le digo “cuidadito”, la cuestión es que yo le digo que si él lo llegase a hacer, le digo que se cuide, pa que no me vaya a pegar la sífilis, o el SIDA, porque tampoco me va a decir “sabes qué, me metí con otra así que no nos podemos meter hasta que yo me haga un examen”... tendría que ser mucho más civilizada la gente onda “ah ya, te espero” no po.”

(...) “Y si se es infiel, no contarle, no decirle al pololo o al marido “sabís que, que te fui infiel”, porque pienso que se arma la grande. No sé, pienso yo, de repente hay que contarle, pero a mí no me gustaría.”

Se desprende del discurso que si bien las usuarias tienen claro que la infidelidad puede aumentar el riesgo de transmisión de ETS, y que esto se conversa con las parejas, también se señala que se prefiere no saber si han sido infieles para no dañar la relación. Por otra parte, ninguna de las usuarias señaló haber pedido exámenes de VIH/SIDA a ninguna de sus parejas sexuales antes de tener relaciones con ellos. Si bien todas las usuarias se habían hecho exámenes por el consultorio, éstos no incluyen el VIH/SIDA, y ellas no se lo habían hecho por su cuenta.

El problema de las ETS pareciera ser más difícil de resolver en “parejas estables”, ya que en ellas se da por supuesto la pareja única. Sin embargo no hay forma de asegurarse de ello, y las usuarias señalan que “no pueden poner las manos al fuego” por sus parejas, aunque lo han conversado y sienten cierta confianza de que con eso es suficiente. En este sentido, las usuarias podrían asegurar su salud sexual comprendiendo que no basta con saber que la pareja única es un método

para prevenir ETS, si no se hace un pacto de fidelidad con ésta, porque no se trata de un tema valórico sino de salud.

En suma, la mayoría de las usuarias no sabe lo que es la salud sexual. Conocen de nombre las enfermedades de transmisión sexual y cómo se transmiten, pero no tienen actitudes y conductas estrictas con sus parejas en relación con ellas. El consultorio, aparentemente, no informa en términos adecuados a las usuarias sobre qué significa la salud sexual y cómo pueden cuidarla. Más bien el consultorio resulta ser un lugar donde entregan los MAC gratuitamente y revisan que estén bien, pero no pareciera haber una política educativa detrás. Sólo en dos usuarias se observó una actitud más inquieta para conocer sobre temas en relación con la salud sexual y las ETS, pero el resto pareciera ser muy pasiva en la búsqueda de conocimientos respecto de su organismo y sistema reproductor.

B. CONSULTORIO AMADOR NEGhme RODRÍGUEZ

Del total de las usuarias entrevistadas, seis señalan no saber cuando se les pregunta qué es la salud sexual. Las otras respuestas varían en cuanto a la calidad y el uso que se le da a esa información, como se puede observar en los siguientes discursos.

Sa23so1hCD2:

M.V.: ¿Sabes en qué consiste la salud sexual?

E.: En cuidarse uno mismo. Bueno, la higiene, qué más, la pareja estable. La higiene con la limpieza de los genitales.

M.V.: ¿Qué significa para ti la salud sexual?

E.: Hago lo que te estoy diciendo; higiene y pareja estable.

Na21so0hCNR2:

M.V.: ¿Sabes en qué consiste la salud sexual?

E.: No sé en lo que consiste, sólo sé lo que ella (la matrona) me explicó, o sea, lo que te decía yo, que era algo muy responsable, que uno tenía que tener mucha confianza con la pareja que estaba para empezar, porque... o sea se jugaban muchas cosas; enfermedades y si... por ejemplo si yo no quería tener hijos yo tenía que estar conciente de que yo podía quedar embarazada igual, aunque estuviera usando inyecciones. Y eso yo lo tenía muy claro, y ella también me lo dijo; me dijo que podía ser y no podía.

M.V.: ¿Y qué significa para ti personalmente la salud sexual?

E.: No sé, yo creo que es una cosa muy esencial en una pareja, es algo muy de responsabilidad. Yo confío plenamente... Yo estoy más segura cuidándome yo, a que mi pareja me diga “no, no te preocupís, si yo soy súper cuidadoso”; yo siempre estoy muy al tanto de todo, de que si tiene algún dolor, de que si yo siento algún malestar, o sea, estoy como muy al tanto de eso, o sea, me dan mucho miedo esos problemas (...) O sea, para mí es una cosa súper importante. Es una cosa de mucho cuidado.

El análisis del discurso indica que las usuarias que tienen nociones sobre la salud sexual, comprenden la importancia de una pareja única y de la responsabilidad sexual. Sin embargo la gran mayoría no sabe a qué se refiere el concepto, de lo que se puede deducir que no es una temática que se trata ni en la que se pone énfasis en las consultas con las matronas.

Al indagar en los conocimientos y actitudes de las usuarias en relación con las enfermedades de transmisión sexual (ETS), se encontró que las usuarias tienen conocimientos muy variables sobre las diferentes enfermedades. Las usuarias mencionan principalmente el SIDA, aunque también se hacen referencias a la Gonorrea, los Hongos y las Ladillas, aunque sólo las conocen de nombre.

Mg29ca2hCD2:

M.V.: ¿Qué te parece la información que te entregan sobre las enfermedades de transmisión sexual?

E.: No, nada. Eso en realidad que yo sepa no han entregado información

M.V.: (...) ¿Qué ETS conoces?

E.: Conozco, la que se puede saber como más es el SIDA, que es la más conocida. Las otras no... De nombre.

M.V.: ¿Como cuáles?

E.: Eh no sé, en realidad se me olvidaron los nombres. Es que a uno a veces les pasan en el colegio, pero en realidad de escucharlos no más, no de haber sabido de gente cercana que le haya pasado.

En el análisis del discurso se constata que las usuarias tienen pocos conocimientos sobre ETS, y además se observó que siete de las entrevistadas señalaron que no reciben este tipo de información en el consultorio. Las usuarias señalan que los conocimientos que tienen los adquirieron en el colegio principalmente, y también mencionan la familia, la televisión y los libros. En este sentido, se puede señalar que el tema de las ETS aparentemente no es tratado en el consultorio y que los conocimientos y actitudes de las usuarias dependen de otras fuentes de información que no son el CANR. De hecho, las usuarias que presentan mayores conocimientos sobre ETS afirman que los han adquirido por medio de libros y no a través del consultorio, y se refieren principalmente a los síntomas a los que deben estar alertas.

Sa23so1hCD2:

M.V.: ¿Y qué ETS conoces?

E.: Hay momentos en que pongo a leer, de unos libros que trae mi papá, como trabaja en una imprenta, de repente trae libros. De esas son las que me acuerdo; la sífilis, la gonorrea, eso. Por ejemplo de los síntomas me acuerdo. La mayoría de las ETS son con picazón, enrojecimiento, como con pequeñas espinillitas, en otras se te forma una verruga, como escamas, entonces en eso me fijo, si tengo algo raro, pero nunca he tenido algo así.

M.V.: ¿Y sabes cómo prevenirlas?

E.: Con la higiene, supongo. Y con la pareja estable, y bueno, que él también sea... que haga lo mismo.

Las usuarias señalan en sus discursos que pueden prevenir las ETS con una pareja estable y destacan también la relevancia del uso del condón, aunque esta información, afirman, no la obtienen del consultorio. Se encontraron además algunas usuarias con conocimientos erróneos o ambiguos sobre la transmisión del SIDA:

An19so2CD2:

M.V.: ¿Y qué enfermedades de transmisión sexual conoces?

E.: El SIDA, que se puede transmitir por relaciones o por un beso... que si tú no sabís, o sea que si la persona tiene SIDA te la puede pegar a ti, a través de una relación sexual que tengai.

M.V.: ¿Y cómo lo puedes prevenir?

E.: No metiéndote con ella y con todos los métodos que hay ahora, como el condón, aunque no creo que sirva mucho, porque en realidad eso es una enfermedad po, igual te puede quedarte en la esta, no confío mucho en eso.

M.V.: (...) ¿Y como las previenes?

E.: Ahora que estoy con la T, y me tengo que hacer ese chequeo que te digo y ver que pasa.

Se detecta en el análisis de los discursos que las usuarias no están realmente informadas acerca de las ETS. Además no se encontraron conductas referidas a la exigencia de pedir exámenes de SIDA a las parejas sexuales por parte de las usuarias, las que defienden argumentando que saben con “quién se meten”. Los exámenes que ellas se realizan en el consultorio tampoco parecen constituir una ayuda real a clarificar los conocimientos.

Sa23so1hCD2:

M.V.: ¿Y qué te parece la información que te han dado sobre las ETS?

E.: No, no me han dado nada de información, pero sí hay un examen que detecta las ETS

M.V.: ¿Y cuáles enfermedades detecta?

E.: No sé, es que así le llama; te vamos a hacer el examen de ETS, pero yo... a ver... cómo se llaman... gonorrea, sífilis, bueno y el SIDA

M.V.: ¿Y después te dan los resultados?

E.: Cuando voy por ejemplo al próximo control, ahí me dicen ah, sí, el examen estuvo bien, negativo, o sea, no tienes nada. Me lo dicen, no con papel.

Las usuarias saben que en el consultorio les hacen un examen de ETS, el VDRL, pero no saben qué enfermedades específicas detecta, a lo cual podría ayudar que los resultados fueran entregados en forma escrita. En efecto, el VDRL no detecta el VIH/SIDA, y como se expone en el discurso anterior, las usuarias creen que sí lo hace.

Del análisis de las entrevistas se puede deducir que la temática de las ETS aparentemente no es tratado por las matronas. Sólo en el caso de una usuaria joven, que había tenido varias parejas sexuales, se encontró que se había conversado en la consulta sobre los riesgos que puede implicar una vida sexual desprotegida, y sobre la necesidad de hacer diferentes exámenes.

Na21so0hCNR2:

M.V.: ¿Qué te dijo?

E.: Para empezar me dijo que si yo no quería tener hijos, tenía que cuidarme. Y lo segundo que tenía que empezar igual a hacerme como un tratamiento, y más que nada hacerme un examen del SIDA, por si acaso. Porque ella sabía que yo tenía una pareja hace mucho tiempo. Entonces me dijo que igual lo hiciera. Y claro que me dijo que los cuidados necesarios, que no involucrarte con otra persona, o los aseos en general, todas esas cosas. Fue súper directa y súper clara en ese sentido.

M.V.: ¿Aprendiste algo nuevo con ella?

E.: Sí, en lo que es como más de pareja, en ese asunto. Por ejemplo de cuidarnos entre ambos; que él fuera muy cuidadoso y que yo también. Bueno y lo general, lo que es el aseo, eso.

M.V.: ¿Qué significa cuidarse entre ambos?

E.: No involucrarnos con otra persona, ser cuidadosos más que nada en el aseo, porque de repente podemos tomarnos cualquier infección, y eso puede ser peligroso. Porque a mí me pasó: yo estuve con un problema y por eso me ella me dijo tú tienes que hacer esto y esto, tú tienes que estar segura de que tu pareja es fiel, y todo eso.

Este discurso constituye una excepción dentro del total de los analizados, puesto que fue la única usuaria que afirmó haber mantenido una conversación en la consulta sobre los riesgos de la infidelidad en términos de la salud sexual. En cambio, se encontró que las usuarias casadas o convivientes señalaron que este tema no es tratado con las matronas.

Ca25ca2hCD2:

M.V.: ¿Qué te parece la información que te entregan sobre las enfermedades de transmisión sexual?

E.: No, nada. Eso en realidad que yo sepa no han entregado información.

Ma34co2hCA2:

M.V.: ¿Y qué te parece la información que te entregan sobre las enfermedades de transmisión sexual?

E.: Eh... No, mucho no me hablaron, pero sí me dijeron que cada seis meses hay que hacerse el VDRL, que es el de las ETS, pero no sé si aquí me hicieron el del SIDA, sí me lo hicieron en Argentina porque sin

eso, no me iban a dejar tenerlo en el hospital. Pero aquí no sé si me lo hicieron. Yo me imagino que sí, pero no me dieron los resultados. No sé si me lo hicieron, el VDRL sí, me dijeron todo bien.

M.V.: ¿Y qué enfermedades te prueba el VDRL?

E.: Yo me imagino que sífilis, no sé, cosas de esas.

M.V.: ¿Pero no te dicen específicamente qué enfermedades son?

E.: No.

En el análisis de los discursos se observa que, al parecer, en la consulta no se trata la temática de las ETS más allá de los exámenes que hace el consultorio, lo que puede resultar perjudicial para las parejas ya establecidas si no se toma en cuenta el problema de la infidelidad. Al igual que en el Centro de Salud San Joaquín, las usuarias señalan que “no pueden poner las manos al fuego” por sus parejas, e incluso algunas no tocan el tema con ellos. Esto cobra especial relevancia en nuestro país, donde se ha encontrado que los hombres se declaran infieles y las mujeres mantienen consiente esa actitud como parte de los deseos irrefrenables masculinos (Sharim, et. al., 1996)

En suma, se encontró que el 75% de las usuarias entrevistadas no tiene conocimientos sobre el significado de la salud sexual. Además se destaca el hecho de que las usuarias que tienen algunas nociones sobre este concepto, enfatizan más en sus discursos sobre la importancia de mantener una pareja única para prevenir la transmisión de ETS. A partir del análisis de los discursos, se puede afirmar que las usuarias, aparentemente, no son advertidas sobre los riesgos de las ETS en el CRF del CANR, y se encontró que en mujeres casadas o convivientes esta temática no es tratada en absoluto. Así, las usuarias conocen los rótulos de algunas ETS, pero no saben cuáles son sus síntomas. Además en el análisis de los discursos se encontró que la información sobre las ETS proviene generalmente de libros o la televisión, y se afirma que el consultorio no representa para las usuarias una fuente de conocimiento en relación con este tema. Además se detectó que las usuarias no tienen claridad con respecto a los exámenes que les hacen en el consultorio, y, al igual que en el CSFSJ, no se encontró interés por parte de las usuarias de aumentar sus conocimientos sobre la salud sexual. En efecto, parecen ser muy pasivas en la búsqueda de conocimientos científicos respecto de su organismo y sistema reproductor.

3. Derechos Sexuales y Reproductivos

A. CENTRO DE SALUD FAMILIAR SAN JOAQUÍN

De las ocho entrevistadas en este consultorio, seis no conocen el término ni el significado de los derechos sexuales y reproductivos. Por esto, se puede afirmar que probablemente en el CRF no se entrega este tipo de información ni se usan estos conceptos. Sólo dos de las entrevistadas conocen el concepto, como se expone en el siguiente discurso.

Da32co1hCA:

M.V.: ¿Sabes en qué consisten los derechos sexuales y reproductivos?

E.: Yo creo que los derechos sexuales es con quién elige y los quiere tener. Y reproductivos es en el momento que quiere tener hijos o no. Me imagino que puede ser eso.

M.V.: ¿Y qué significa eso para ti?

E.: Que uno está con el que quiere, no sé, sin violación, sin nada a la fuerza. Y tener hijos sin que nadie te obligue. No sé, po, antiguamente yo siempre escuchaba a mis tías más de edad que les corrían el tratamiento para que tuvieran más hijos cuando tenían menos, yo creo que eso no es con tu derecho. No es como ahora, ahora uno elige si tiene o no hijos.

El análisis del discurso indica que si bien las usuarias no están seguras del significado del concepto que se les pregunta, puesto que señalan “me imagino que puede ser eso”, tienen claro que se trata del derecho a decidir cuándo y con quién tener hijos. De hecho, aplican este conocimiento refiriendo como ejemplo al hecho de que “antiguamente corrían el tratamiento”, lo cual, señalan, implica no ejercer ese derecho.

Ma33ca2hCD:

M.V.: ¿Sabes en qué consisten los derechos sexuales y reproductivos?

E.: Los derechos reproductivos el decidir si yo quiero o no tener otro hijo.

M.V.: ¿Y qué significan esos derechos para ti?

E.: Bueno, es más que nada mis hijas decididas por ambos, ambos lo queríamos, nunca se ha dado otra situación, hemos tomado la situación en pareja.

M.V.: ¿Y cómo tú pones en práctica los derechos sexuales y reproductivos?

E.: Ponte tú el hecho de colocarme un dispositivo eso ya significa que uno no va a quedar embarazada nuevamente... el hecho de tener un tratamiento, entre los dos decidimos si queremos o no queremos.

Se percibe que el derecho se ejerce a través del uso de anticonceptivos, y que la decisión se toma en conjunto con la pareja. Sin embargo, en este 25% de usuarias que conocen el término y significado de los DSR, no se hace referencia el derecho a la información, la educación y los medios para ejercer esa decisión libremente, ni se señala tampoco el derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación.

Al no considerar el derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción, las usuarias no se refieren espontáneamente a las temáticas relacionadas a los DSR, como el aborto o la pastilla del día después, sin embargo se les preguntó por sus conocimientos y actitudes como una forma de entender el estado de los Derechos Sexuales y Reproductivos en la Salud Pública.

En cuanto a los conocimientos sobre la Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE), o pastilla del día después, el análisis de los discursos permite situar a las usuarias en tres categorías diferentes: A) las usuarias que saben usarla, y que en efecto, lo aprendieron porque la han tomado, que representan el 13% del total de entrevistadas. B) las usuarias que afirman que no sabrían usar la PAE, pero que, en caso de necesitarla, preguntarían a un farmacéutico o una matrona cómo hacerlo, porque sí la tomarían, quienes representan el 50% de las usuarias entrevistadas. C) las usuarias que no saben usarla y que afirman que no la tomarían (38%), ya sea porque están en desacuerdo con la pastilla, porque no saben cómo se toma, o porque quieren operarse para no tener más hijos después de finalizar su embarazo.

Respecto a las actitudes hacia la pastilla del día después, los discursos permiten agrupar a las usuarias en dos tipos de actitudes; 1) aquellas que piensan que sólo las mujeres que han sido violadas debieran usarla (dos entrevistadas), y 2) aquellas que piensan que todas las mujeres debieran tener acceso a la pastilla porque es decisión de cada persona (seis de las ocho entrevistadas). El primer tipo de actitud encontrado se expone en el siguiente discurso.

So30se1hCD:

M.V.: ¿Qué piensas sobre la pastilla del día después?

E.: Mira de mi punto de vista estoy de acuerdo. Pero estoy de acuerdo según el caso porque si a una niña la violan, o algo le pasa, está bien, pero cuando uno hace las cosas a sabianda, no lo justifico. O sea en caso de violación no más justificaría la pastilla del día después. Pero no porque “pucha, me equivoqué en la cuenta, lo siento”, porque uno sabe a lo que va. Por eso te digo, para mí es en casos extremos. Porque lo

demás si te quedas embarazada es cuento de ella, es porque no te cuidaste, porque no usaste un tratamiento, es que no te informaste, pero no por algo más fuerte que eso. Por los condoros de uno, no. (...) En esa norma me gustaría que si te van a dar la pastilla del día después, no sé, te den un papel, o sea, que te digan que realmente la necesita, pero que no cualquier persona tenga acceso. O si no se va a hacer normal tomar pastilla del día después. Está bien que haya salido, pero que se use solamente en casos extremos, con su receta médica como tienen que ir, como se compran los remedios psiquiátricos.

A las usuarias que justifican el uso de la PAE sólo en caso de violación, les parece que sería bueno exigir receta médica para pedirla. El resto de las usuarias tiene una actitud más abierta respecto a los requisitos para su uso.

Pa29co1hSA:

M.V.: ¿Qué piensas tú de la pastilla del día después?

E.: Que está bien porque la gente que está en contra dice que es matar, que es una vida, para mí no es así. Si a ti te violan tú no quieres quedar embarazada por obligación. No sé cómo funciona, pero si es del día después me imagino que se toma el día después. Pero por qué no dejarla (...)

M.V.: ¿Y quiénes la deberían usar?

E.: Cualquiera que no quiera quedar embarazada, o que cachan que no se cuidaron bien, y usarla, no sólo para las violadas, prácticamente todas(...) Yo creo que si quedas embarazada, tienes 15 años, y estás con tu pololo y quedas embarazada, qué haces. Ahora tienes ese acceso, esa libertad.

El análisis del discurso indica que las usuarias que presentan este tipo de actitud justifican el uso de la pastilla del día después para mujeres violadas, para las jóvenes que no tienen claro su futuro y también para gente de escasos recursos que no puede mantener más hijos. Se encontró además que en este grupo de usuarias existe una actitud positiva en relación con la entrega de la PAE en los consultorios, puesto que en las farmacias sí las venden y debiera ser accesible a todos los grupos socioeconómicos, como se puede observar a continuación.

Na26so0hSA:

M.V.: ¿Qué piensas sobre la pastilla del día después?

E.: Me parece que está bien. Sobre todo para gente que se puede mandar un condoro, o gente que no tiene la plata suficiente para tener el hijo, tener otra alternativa. Y si la venden en la farmacia, porque no una política, la gente que tiene escasos recursos de poder ir a buscarla al consultorio; si se está vendiendo en las farmacias por qué unos pueden comprarla y otros no. Y creo que está bien el derecho de tener una pastilla del día después para gente que se haya mandado un condoro y que no quiera traer hijos al mundo.

El análisis del discurso muestra actitudes a favor de la entrega de la pastilla del día después en los consultorios, y se detecta que detrás de estas actitudes está alojado el concepto de Derechos Reproductivos, que no pueden ser ejercidos por personas de todos los niveles socioeconómicos.

Cabe analizar también las actitudes que tienen las usuarias hacia el aborto. En sus discursos se observaron diferentes motivos que podrían justificar un aborto, y diferentes niveles de rigidez frente al tema. De esta manera, se obtiene que dos usuarias señalan ser más estrictas con este tema, puesto que están de acuerdo con el aborto, pero sólo en casos de problemas de salud.

So30se1hCD:

M.V.: ¿Qué piensas tú del aborto?

E.: No me gusta hablar de ese tema. Son las niñas que no tienen cinco dedos de frente, y recurren a esas cosas... según ellas, que lo pueden sacar de cualquier apuro, pero ellas no ven que están haciendo daño a la persona, y el condoro es de ella.

(...) Hay casos, yo sé que hay casos que amerita un aborto terapéutico, por problemas que hay en la guagua, los hay. Yo sí estoy de acuerdo, pero en casos extremos, hay que analizar caso a caso... Pero el aborto porque sí yo no lo acepto.

La decisión de abortar es juzgada duramente por algunas usuarias, y sólo se acepta el aborto en casos de problemas de salud. Este tipo de discurso se encontró en dos de las usuarias entrevistadas (25%), donde una de las cuales opina que debería legalizarse el aborto terapéutico. Una posición menos tajante es la de las mujeres que señalan que el aborto se justifica en los casos de violación, como se expone a continuación.

Da32co1hCA:

M.V.: ¿Y qué piensas del aborto?

E.: No sé, es que de repente es malo juzgar. Yo creo que yo no me lo haría, pero a lo mejor si a mi hija le pasara algo, se lo haría. No sé, ver la niña y que fuera violada. Ahora que si ella pololea y quiere al pololo y queda embarazada, así niñita y porque ella quiso, bien po, hay que apechugar, pero si fuera por una cosa así, yo creo que en ese caso yo creo que sí. O me lo haría si me hubieran violado, pero a esta altura yo creo que tenerlo no más.

Las usuarias que justifican el aborto en caso de violación representan son cuatro de las ocho entrevistadas, de las cuales, dos opinan que debería ser legalizado. También se encontró en los discursos una distinción realizada por dos entrevistadas, donde se hace referencia al raspaje, considerado como feo y dañino y con el cual se está en desacuerdo, y se le distingue del aborto realizado a través de pastillas u otros métodos que han escuchado, como hierbas, o piña con sal, donde se trata de algo más “inocente” y que no hace sufrir al feto. Estas usuarias están de acuerdo con estos métodos menos efectivos, más naturales, pero no con el raspaje, lo cual podría interpretarse como una forma de intentar abortar pero dejándose a la suerte, probablemente, con el objetivo de quitarse la culpa y/o sanción social de hacerlo. Esta categoría de usuarias no reconocen en sus discursos que están de acuerdo con suprimir la vida de un feto, sin embargo lo intentan de todas formas, de modo que es una actitud no declarada, que evita incorporar el tema valórico; una decisión que no quiere entrar al nivel de la conciencia y la responsabilidad.

El caso más liberal en relación con el aborto corresponde al una usuaria, que afirman que el aborto debiera legalizarse sin importar la razón que se tenga, como se expone a continuación.

Na26so0hSA:

M.V.: ¿Qué piensas del aborto?

E.: Encuentro que está bien. Mira, para los casos de violación encuentro que está totalmente bien porque no vas a traer un hijo al mundo de una violación. En caso de que esté mal formado, encuentro que los médicos también tienen el derecho, y la mujer si así lo quiere, de hacer un aborto. Y, un aborto para las personas que así lo quieran, igual encuentro que está bien porque para qué traer al mundo hijos si la persona tiene bajos recursos y no puede criarlos, es mejor que no lo traiga al mundo, es mejor a que esté tirado ahí, viviendo en las calles, que no tenga que comer, tenga mala educación, no tenga mamá, lo tengan botado...

Se desprende del discurso que en algunas usuarias existe una visión enfocada al derecho a decidir respecto al aborto de cada persona, puesto que aunque señalan que no abortarían, deberían tener la opción de todas maneras. En este sentido, podría decirse que se las usuarias se refieren a la definición de los Derechos Sexuales y Reproductivos, aunque no siempre la conozcan como tal.

La totalidad de las entrevistadas señala que no abortaría en sus discursos, sin embargo tres de ellas hacen el alcance de que lo harían, o al menos lo pensarían, en caso de violación. A su vez, dos entrevistadas afirman que pensaron en abortar a través de métodos “naturales”, como haciendo fuertes ejercicios físicos, o tomando unas hierbas especiales. Sin embargo, estas actitudes aparecen acompañadas de un buen cuidado del feto (por ejemplo dejando de fumar), como señalan, “por si el aborto no resultaba”.

Otro tema que surgió en relación con los DSR se refiere a la posibilidad de operarse para no tener más hijos.

Da32colhCA:

E.: ...por eso pensamos en tener la guagua y (...) operarme después de tener la guagua. Sí, operarme y así no andar con problemas de las pastillas ni nada

M.V.: ¿Y cómo tendrías que hacerlo para operarte?

E.: Dicen, por lo que yo he escuchado, que ahora en el mismo momento del parto te preguntan si quieres operarte o no.... Yo quiero averiguar eso antes con la matrona para cuando me falte menos tiempo para irme al hospital. Porque ahora yo estoy recién (embarazada). Preguntarle, para ver si uno lo puede planificar de antes.

M.V.: ¿No estás segura de que te va a resultar?

E.: Es que me han dicho que por la edad y porque tengo pocos niños, puede que no me operen. Pero la otra vez decían en la tele que ahora están operando sin la autorización del marido, porque antes tenía que tener la autorización, la firma. Yo tengo una amiga que se operó pero la diferencia es que ella tiene cuatro niños, entonces no sé si es que en mi caso será lo mismo porque ella tiene mi misma edad. Entonces por eso quiero averiguar porque me gustaría operarme.

En el discurso se detecta la necesidad de ejercer los Derechos Sexuales y Reproductivos, y cómo la desinformación y “lo que dicen” puede causar incertidumbre en las usuarias. Hay ignorancia respecto al número de hijos mínimo requerido para realizarse la operación, y se observa que la información proviene de los grupos de pares y los medios de comunicación. Esto podría indicar una falta de difusión del derecho a la esterilización por parte del CRF del CSFSJ, ya que las usuarias no saben si tienen los mismos derechos que las mujeres que tienen más hijos.

En suma, se puede señalar a partir del análisis de los discursos, que existe bastante desconocimiento por parte de las usuarias del CSFSJ respecto al concepto de Derechos Sexuales y Reproductivos, en tanto sólo dos conocen su significado. Además, respecto a las temáticas asociadas a los DSR, se encontró que siete de las ocho entrevistadas no sabe usar la PAE, pero cuatro señalan que la usarían en caso de necesitarla. Además, en los discursos se detecta que la mayoría de las usuarias tiene actitudes a favor del uso de la PAE por todas las mujeres que quieran tomarla, en contraste con el dos de las entrevistadas que señalan que sólo debe usarse para casos de violación. En cuanto al aborto, se encontró que la mitad de las usuarias están de acuerdo con el aborto en caso de corresponder a embarazos producto de una violación, mientras que dos circunscribe el aborto a casos problemas de salud.

Además, el análisis de los discursos permite reconocer diversas necesidades en relación con los Derechos Sexuales y Reproductivos por parte de las usuarias: 1) se reconoce ignorar los procedimientos para el uso de la PAE, a pesar de que la mitad de las entrevistadas afirma que la usaría en caso de necesitarla; 2) se plantea que el aborto debería legalizarse en algunos casos, ya sea por malformación o por violación; 3) se señala que los consultorios debieran entregar la pastilla del día después ya que es vendida en las farmacias y eso representa una inequidad social.

Todas estas necesidades de las mujeres, que no están satisfechas, se enmarcan dentro de los DSR, y son verbalizadas por las usuarias entrevistadas, a pesar de que, como se dijo, seis de ellas no conoce el significado de estos derechos. En este sentido, se puede concluir, por un lado, que existe desinformación en las usuarias del CSFSJ respecto a las temáticas asociadas a los Derechos Sexuales y Reproductivos, por lo que el consultorio, aparentemente, no informa sobre ellas. Y, por otro lado, se detectó que en la mayoría de las usuarias entrevistadas (cinco), la necesidad de ejercer los DSR efectivamente está presente en sus discursos.

B. CONSULTORIO AMADOR NEGhme RODRIGUEZ

En este consultorio se encontró que ninguna de las entrevistadas conocía el significado de los Derechos Sexuales y Reproductivos, de lo que podría deducirse que ésta, probablemente, no es una temática que se converse ni un término que se utilice en la consulta con las matronas. En cuanto a los conocimientos sobre la Píldora Anticonceptiva de Emergencia, de todas las entrevistadas, ninguna la ha usado, y todas señalan que no sabrían usarla, pero el 38% de ellas señala que en caso de necesitarla iría al médico o la matrona para aprender a hacerlo. Sin embargo en los discursos se detectó que esto puede no resultar efectivo, por falta de información.

Sa23so1hCD2:

M.V.: ¿Quiénes pueden usarla?

E.: Yo creo que debería ser como más accesible, porque para qué vas a tener un embarazo no deseado si no estás preparada. Igual es como falta de información, pero de pre información. Después de que tuviste relaciones sexuales estay como “la embarré, no debería haber tenido porque no me estaba cuidando, y qué pasa si estoy embarazada”, cachai... Igual tampoco es la idea que las minas se pongan todas locas total está la pastilla, pero que igual sea accesible para los casos de emergencia.

M.V.: ¿Sabrías usar la pastilla?

E.: No, tendría que ir a la matrona para saber.

M.V.: ¿Y cuándo irías a la matrona?

E.: Dentro de la semana yo creo porque si es del día después hay que hacerlo luego, pero en realidad no sé...

Se observa en los discursos que si bien existen actitudes a favor de la pastilla, y se optaría por tomarla en caso de necesitarla, las usuarias no podrían impedir embarazos no deseados porque al no saber cómo se usa se demorarían más de lo que la PAE permite (sólo 78 horas después de la relación sexual). En este sentido, se puede señalar que las usuarias del CANR no han aprendido ni por las matronas ni por otras fuentes de información, cuál es el procedimiento a seguir en caso de necesitar la píldora, y, aparentemente, tampoco se detecta en los discursos que el consultorio ha tenido una actitud de difusión sobre los casos y condiciones de su entrega o no entrega.

Respecto a las actitudes de las usuarias frente a la PAE, el análisis permite agrupar los discursos en tres tipos; a) las usuarias que señalan estar en desacuerdo con ella en todos las situaciones posibles, b) las usuarias que están de acuerdo con su uso sólo en casos de violación, y c) las usuarias que están de acuerdo con su uso para todas las mujeres que deseen tomarla. El primer tipo de discurso, que corresponde a uno de los analizados, se refiere a que la pastilla es abortiva, como se expone a continuación.

An19so2hCD2:

M.V.: ¿Qué piensas tú sobre la pastilla del día después?

E.: Mira, nunca la he probado, pero no me da mucha espina. No me gusta, es que la pastilla, si tú estás embarazada hace que abortís, po. Una cosa así. Yo no soy partidaria del aborto, no me gusta. De eso sí que no. Yo digo si uno está embarazada, uno tiene que decidir tener al hijo; partidaria de quitar vida yo no soy.
M.V.: ¿Crees que hay personas que deberían usar la pastilla del día después?
E.: No. No me gusta nunca. No sé, como te digo yo no soy partidaria de estar abortando, para mí esa es una pastilla que quita vida, es que yo soy más de criar hijos y si Dios le da a uno la oportunidad de tener hijos, uno está pa criarlos, po. Pero yo no recomiendo esa pastilla que pa empezar yo no la he tomado, cachai, no me convence.

El análisis de discurso indica que se percibe que la PAE es abortiva y por lo tanto las usuarias no justifican su uso en ningún caso. Además se observa cómo la religión puede incidir en esta actitud, en tanto se piensa que la pastilla actuaría interrumpiendo la oportunidad que Dios da para criar hijos.

El segundo tipo de discurso, que corresponde a tres del total de entrevistadas, señala que se está de acuerdo con el uso de la PAE, pero se restringe a los casos de violación, porque en las otras situaciones, señalan algunas usuarias, las mujeres deben asumir sus responsabilidades.

Ya26so1hCA2:

M.V.: ¿Qué piensas sobre la pastilla del día después?
E.: Bueno, dicen que esa pastilla es abortiva, que se utiliza el día después de haber tenido relaciones. Yo pienso que cada persona tiene derecho a elegir. Algunos están en contra del aborto y otros no están en contra. Entonces igual tengo un tema difícil porque hay situaciones en que sí debiera usarse, pero hay gente que la utilizaría mal. Yo pienso que es para el caso de violación, porque uno tiene derecho en ese caso a decidir si uno quiere que nazca o no quiere que nazca porque todo va en el amor que uno le tenga, porque si uno va a traer al mundo a un hijo para que sufra o para no cuidarlo o regalarlo, mejor que no, para qué hacerlo sufrir. Pero sí se utilizaría mal porque habría más, o sea, andaría todo al lote; las niñas tendrían relaciones y no estarían ni ahí con quedar embarazadas porque dicen ah, total me tomo la pastilla del día después y chao. Habría más irresponsabilidad si se diera así fácilmente. Es para los casos de violaciones no más (...) Pero es un tema como más de estudio pienso yo.

Si bien algunas usuarias perciben que cada persona tiene derecho a elegir, este derecho se circunscribe solamente a los casos de violación, y en los discursos señalan que estos casos deben ser adecuadamente estudiados para que la PAE no derive en conductas promiscuas o riesgosas en las mujeres. Por esto se percibe que la entrega de la pastilla debe estar restringida y no se puede entregar a cualquiera que la pida.

Por último, en el tercer tipo de discurso, que aprueba la pastilla en todas las realidades posibles, se pueden situar a cuatro de las entrevistadas, donde se destaca la necesidad de que sea accesible para todas las personas, y se señala que esto debiera haber ocurrido antes.

Ca25ca2hCD2:

M.V.: ¿Qué piensas tú sobre la pastilla del día después?
E.: Estoy de acuerdo porque creo que nadie tiene que decidir por uno, encuentro que si una persona no está apta para tener un hijo, se podría dejar de complicar la vida. Y así evitaríamos ponte tú en las noticias niños maltratados, niños enfermos, en las calles, yo creo que sería bueno.
M.V.: ¿Para qué personas?
E.: Para los amantes, yo creo que sería evitar los hijos después del matrimonio, que yo no estoy de acuerdo con eso (...) En mi caso, mi papá tuvo un desliz. De eso creo que quedaron dos hijos o tres, no sé, entonces yo creo que a él le hubiese servido en ese momento esa pastilla, que se hubiese evitado montones de problemas que tiene ahora. Sí, yo creo que es buena opción. Yo la hubiese sacado mucho antes. Pero la

sociedad no más, yo creo que tiene mucho que ver la Iglesia. Yo soy muy católica y todo, pero creo que la Iglesia es un poquito cerrada en ese aspecto. Pero bueno, yo creo que las que tenemos que decidir somos las mujeres, que la vamos a usar, no los hombres.

Como en el anterior, en los discursos aparece la necesidad de ejercer el derecho de las mujeres a decidir en este tema, puesto que es algo que depende de cada persona. Se señala que la intervención de la Iglesia impide el derecho de elección de las mujeres. También se encontró usuarias disconformes porque no entregan las PAE en el consultorio, como se observa en el discurso siguiente.

Ce32ca2hED2:

M.V.: ¿Qué piensas tú sobre la pastilla del día después?

E.: Yo pienso que es buena porque por ejemplo hay muchas niñas que tienen embarazos no deseados y así la ayudan a que sigan su vida adelante porque ya después que quedan embarazada con su hijo es más difícil. O las niñas violadas. Yo creo que para todos, no sólo para las violadas porque de repente hay jóvenes que por una casualidad... y resulta que ellas también tienen derecho a tener eso.

M.V.: ¿Y cómo lo harías si la necesitaras?

E.: Yo creo que iría al médico primero que nada, porque no te la dan en el consultorio tampoco, tiene que ser un caso muy extremo para que te la den.

M.V.: ¿Por qué dices que es difícil que te la den?

E.: Porque he sabido, por ejemplo aquí mismo en la población fue cuando la niña fue violada, y no le prestaban ayuda en el consultorio, y ella tuvo que quedarse con su guagua porque también fue al hospital y tampoco le prestaron ayuda. Fue hace como 3 años atrás.

M.V.: ¿Y eso no ha cambiado?

E.: No sé, como que no se habló mucho del asunto, y tampoco nunca se me ocurrió preguntarle a la matrona si eso, prestan ayuda en caso de.

El análisis del discurso revela que existe una actitud a favor de la pastilla del día después para todos los casos, que se fundamenta en las necesidades prácticas de las mujeres cuando no quieren tener un hijo. Junto a esto las entrevistadas cuentan situaciones en que se necesitó la PAE, pero ésta no fue suministrada por el consultorio. Se puede señalar también que esta idea de que el consultorio que no otorga ayuda, se queda en la percepción de las usuarias, lo que puede derivar en que no averigüen si esto ha cambiado o no. En este sentido, los discursos de las usuarias exponen que existe conciencia de una necesidad de la población que no ha sido escuchada por parte de las autoridades de salud, y reclaman ese derecho.

Por otra parte, respecto al tema del aborto, se encontraron dos tipos de actitudes en los discursos de las usuarias entrevistadas. Por un lado, se encontraron cinco usuarias que están en total desacuerdo con el aborto, y por otro, tres usuarias que señalan estar de acuerdo con él, aunque sólo en caso de violación. El primer tipo de actitud se expone a continuación.

Na21so0hCNR2:

M.V.: ¿Qué piensas tú del aborto?

E.: Que, no sé, me da mucha lata pensar en eso porque estoy en contra del aborto, netamente. Pienso que bueno, la pastilla igual es un sistema como el aborto. No sé qué tanto, porque igual es un óvulo que está fecundado hace muy poquito, pero o sea, igual me da lata, por eso te digo que en ese caso del abuso está bien, pero el aborto es un crimen

M.V.: ¿No hay casos en que el aborto se justifica?

E.: No, ningún caso.

Se detecta en el discurso una actitud de tajante rechazo al aborto, y se lo distingue de la PAE porque ésta se aplica cuando el óvulo recién está fecundado. En cambio, el otro tipo de actitud, de las tres entrevistadas restantes, parece más abierta en relación con los casos de violación.

Ya26so1hCA2:

M.V.: ¿Qué piensas del aborto?

E.: Encuentro que es algo horrible, horroroso porque Dios es el único que nos da la vida y nos las puede quitar, entonces nosotros no podemos, es un crimen, y Dios nos está viendo, entonces, no digo que nunca lo voy a hacer, porque uno no lo debe hacer, yo no sé qué extremo me va a tocar más adelante, pero sí pienso que es algo que no debiera hacer. Solo se justifica en caso de violación. A mí me ha tocado, yo he sabido de mucha gente que ha sido violada y han tenido los hijos, entonces igual es terrible, vivir un embarazo así. Y peor ser un hijo y saber que uno fue producto de una violación, eso causa mucho daño psicológico.

M.V.: ¿Y alguna otra situación que justifique un aborto?

E.: No, yo pienso que es solamente eso, porque si uno no quiere tener hijos, uno tiene que cuidarse, tener un poco más de responsabilidad, pero si a uno se la violan no toma la decisión de tener relaciones, entonces es como robado, es como robar a esa persona lo más lindo que ella tiene y que quede embarazada, yo creo que ahí no más se justifica.

El aborto es percibido por algunas usuarias como una posible solución frente a las violaciones que pueden terminar en embarazos, bajo el fundamento de los daños psicológicos que esto puede traer tanto a la madre como al hijo. En este consultorio, a diferencia del Centro de Salud Familiar San Joaquín, no se encontraron usuarias que estuvieran a favor del aborto en todos los casos. Ninguna de las entrevistadas señaló que abortaría, ni si quiera en caso de violación. Si bien varias pensaron en el aborto cuando estuvieron embarazadas, no llevaron a cabo esta idea porque señalan que no se lo plantearon realmente, y que era mejor tener a sus hijos. Por otro lado, en este consultorio se encontró el discurso de una usuaria que se había realizado un aborto. La usuaria señala que fueron los padres quienes tomaron la decisión, como se expone a continuación.

Sa23so1hCD2:

M.V.: Tú me contaste que habías abortado, cuéntame un poco sobre eso

E.: Eh, fue una decisión muy influenciada por mis papás. Tenía 15. Y no sé, aquí quedó la escoba. Porque no sé, todos llorando, toda la cuestión. Y mi mamá no me dio, mi papá, no me dieron alternativas, sino que ya, tenemos que hacerlo. No sé, me acuerdo que en ese tiempo me decían que igual como que mi vida corría peligro porque yo era chica y todo. Entonces al hacerlo también corría peligro mi vida y bueno había una vecina de al frente que lo había hecho en más de una ocasión, entonces tenían como la información de donde hacerlo, entonces ya, vamos a ir, y yo ya. Y yo igual como que he cambiado porque era súper callada, y mi mamá me decía anda a acostarte, y yo me acostaba, entonces así como cualquier cosa, y yo lo hacía. No po, ahora no, ahora discutimos. Bueno y eso me pasó, fue una cuestión así como ya vamos, y al final, cuando ya estaba como todo listo, ya estaba allá, ahí me preguntaron si yo quería hacerlo. Pero ya estábamos allá, no sé... pero fue traumático. Mis papás igual están como arrepentidos de haberlo hecho. Por lo mismo. Porque quizás era como una decisión netamente mía, y ellos como que me influenciaron en hacerlo. Y yo como era más pollita cachai, lo hice. Y no sé po, más preocupados ellos por el qué dirán, y después se han dado cuenta de que no es eso lo más importante, sino uno mismo; yo misma.

En el discurso se detecta que la edad puede ser un factor determinante para que los padres de una adolescente embarazada decidan que se realice un aborto, sin darle la oportunidad de elegir. En este caso particular, cuando se le preguntó a la usuaria si abortaría en caso de embarazo no deseado, señaló tajantemente que no; y de hecho un año después de su aborto volvió a quedar embarazada, y esta vez sí tuvo a su hijo.

En suma, del análisis de los discursos se desprende que las entrevistadas del CANR ignoran el significado de los Derechos Sexuales y Reproductivos, y que respecto a las temáticas asociadas a ellos, se encontró que todas ellas no saben usar la PAE, a pesar de que tres señalan que la usarían en caso de necesitarla. Además, en los discursos se detecta que la mitad de las usuarias tiene una actitud a favor del uso de la PAE para todas las mujeres que quieran tomarla, mientras que tres señalan que sólo debe usarse en casos de violación. Una usuaria se muestra en desacuerdo total a la PAE. En cuanto al aborto, se encontró que cinco usuarias está en desacuerdo con el aborto, en tanto el tres señalan estar de acuerdo en caso de corresponder a embarazos producto de una violación. A diferencia del CSFSJ, en el CANR ninguna entrevistada señala que el aborto se justifica en todos las situaciones posibles.

Por otra parte, Además, el análisis de los discursos permite reconocer algunas necesidades en relación con los Derechos Sexuales y Reproductivos por parte de las usuarias: 1) se señala la dificultad de acceso a la pastilla del día después en la Salud Pública; 2) se plantea la necesidad de que la Iglesia no interfiera en las Políticas de Salud; 3) que el aborto debiera legalizarse en casos como violación; y 4) se reclama la coerción hacia el aborto experimentada por una usuaria por parte de los padres. En este sentido, al igual que en el CSFSJ, se puede concluir, que existe desinformación en las usuarias respecto a las temáticas asociadas a los Derechos Sexuales y Reproductivos, por lo que el CANR, aparentemente, tampoco estaría informando adecuadamente sobre ellas. Esto, a pesar de las diversas necesidades que se exponen en los discursos de las usuarias en relación con la necesidad de ejercer los DSR.

Conclusiones respecto del Objetivo Específico N° 3

Comparando las entrevistadas de ambos consultorios respecto de los conocimientos sobre sexualidad y regulación de la fecundidad, se puede señalar que en el CSFSJ las usuarias saben, o al menos tratan de deducir los conocimientos respecto de la fecundidad y regulación de la fecundidad, y aunque las más jóvenes se muestran menos seguras de las respuestas, igual las elaboran. En cambio, entre las usuarias del CANR se observó mayor ignorancia respecto de estos conocimientos y menos interés por aprenderlos. Las usuarias de ambos consultorios hablan más bien de “ir a la matrona”, y no saben lo que es el Control de Regulación de Fecundidad, lo que está mostrando un problema social importante respecto de la difusión por parte de ambos consultorios.

Ninguno de los dos consultorios es señalado espontáneamente por las entrevistadas como una fuente importante de conocimientos sobre la sexualidad y la reproducción. En ambas categorías, los padres, las clases del colegio y los grupos de pares son las fuentes principales de conocimientos, aunque en el CSFSJ, la familia aparece como más importante, y donde se habla más abiertamente de temas sexuales con los padres. En el CANR se encontró que las usuarias tienen menos comunicación con sus padres, y se apoyan más en el colegio y los grupos de pares. En ambos consultorios se encontraron usuarias que señalan que con las matronas no se aprendió nada nuevo o se aprendió muy poco. En el CSFSJ esta falta de aprendizaje se encuentra mayoritariamente en las más jóvenes, mientras que en el CANR los conocimientos no estaban necesariamente concentrados en las usuarias mayores. En el CSFSJ se observó que las usuarias que presentaban mayor conocimiento tendían a hacerse más preguntas y buscaban en el consultorio las respuestas. En cambio, en el CANR se encontró que las usuarias en general eran menos inquietas y señalaban que no tenían dudas.

En el CSFSJ se encontraron mayores proporciones de conocimientos en las usuarias respecto del ciclo menstrual que en el CANR, donde sólo una de todas las entrevistadas lo sabía, y no lo había aprendido en el consultorio. En ambos consultorios los aprendizajes que se encontraron se refieren al uso práctico del MAC que se escoge, pero no habían conocimientos sobre cómo los MAC impiden el embarazo, ni si quiera el MAC que las mismas entrevistadas estaban usando. Junto a esto, las usuarias de ambos consultorios señalan haber aprendido cuestiones referidas a la higiene y el aseo para prevenir enfermedades como los hongos. Se encontró también que la falta de inquietud por conocer tanto el funcionamiento del organismo, dado el desconocimiento de su relevancia, como el de los distintos métodos anticonceptivos, podía derivar en embarazos no deseados.

Por otra parte, en el CSFSJ se encontró que cinco de las usuarias entrevistadas conocen o son capaces de deducir el significado del término salud sexual. Sin embargo, esto no significa necesariamente que tengan actitudes y conductas acordes con esos conocimientos, puesto que se encontró que no siempre usan condón, no acostumbran a pedir exámenes de VIH/SIDA a sus parejas, ni tampoco ellas se realizan dicho examen por iniciativa propia, sino como parte de los procedimientos del CRF. Las usuarias señalan que enfocan el cuidado de la salud sexual, principalmente en no ser infieles, aunque tampoco se observaron actitudes realmente estrictas con sus parejas en este tema. En tanto, en el CANR se encontró que sólo dos entrevistadas tienen conocimientos sobre el significado de la salud sexual, quienes señalan que deben cuidarse con “pareja única”. Predomina un tipo de conocimiento vago y una actitud poco severa, en tanto las entrevistadas no saben lo que significa el concepto, y se refieren a la “pareja única” como a un tema valórico antes que de salud. Las entrevistadas que muestran algunos conocimientos sobre la salud sexual, afirman no haberlos aprendido en el consultorio, al igual que en el CSFSJ. Así, se puede concluir que no hay una diferencia importante entre ambos consultorios puesto que si bien en el CSFSJ más usuarias tienen conocimientos sobre salud sexual, según sus discursos, estos conocimientos no son adquiridos a través del consultorio, y no todas cuidan su salud sexual; en el CANR se sabe poco de la salud sexual y mantienen conductas similares.

Respecto de las ETS, en el CSFSJ se encontró que las usuarias conocen principalmente tres enfermedades: Sífilis, Gonorrea y SIDA, aunque también se mencionan los Herpes, Hongos y Ladilla, pero en general conocen más sus rótulos que sus síntomas y efectos. Las usuarias señalan que las pueden prevenir con el uso del condón y con pareja única, aunque afirman que los conocimientos que tienen han sido adquiridos a través de las clases en el colegio y de los medios de comunicación, y no del consultorio. Por su parte, las usuarias del CANR hacen referencia a menos enfermedades (SIDA, gonorrea, hongos y ladillas) que las usuarias del CSFSJ, señalan que se previenen con el condón y algunas hablan de la importancia de la pareja única. Otra desinformación que se encontró en ambos consultorios se refiere a las enfermedades que detecta el VDRL, ya que algunas usuarias señalan que suponen que detecta el SIDA, pero que en realidad no saben específicamente cuáles detecta. A nuestro criterio, los resultados de los exámenes deberían ser entregados en forma escrita, ya que este desconocimiento podría ser grave en el caso de que alguna usuaria esté infectada con el virus del VIH/SIDA. En todo caso, a partir de los discursos, se puede afirmar que, aparentemente, en ninguno de los consultorios las ETS son tratadas como una temática importante, y los conocimientos provienen mayoritariamente del colegio, de los libros y los medios de comunicación.

Comparando los discursos respecto a los conocimientos de las usuarias en torno a los Derechos Sexuales y Reproductivos, se puede señalar que ninguno de los consultorios pareciera abarcar este concepto en la consulta de las matronas. Si bien en el CSFSJ dos usuarias conocen su significado, no es una constante que se observe en las entrevistadas. En el CANR, por su parte, ninguna usuaria conoce el concepto, de modo que se puede señalar que el CRF, aparentemente no incluye, en estos dos consultorios, información o educación sobre los derechos que, en parte, lo fundamentan.

En cuanto a las actitudes de las usuarias respecto de las temáticas relacionadas con los Derechos Sexuales y Reproductivos, en ambos consultorios hay diferentes posturas en torno a la pastilla del día después y del aborto. En el CSFSJ hay usuarias que están en total desacuerdo tanto con la PAE como con el aborto, señalando que no es derecho humano quitar la vida. Además, se encontraron usuarias que aceptan el aborto y la PAE en caso de violación, por el daño psicológico para la madre y el hijo, y otras usuarias que los aceptan en todos los casos que las mujeres lo decidan, basándose en el derecho a elección. En el CANR, se encontró los mismos tipos de discursos con respecto a la pastilla del día después, pero con respecto al aborto ninguna se mostró en total acuerdo, puesto que lo circunscriben al ámbito de violación.

Las necesidades específicas que se pueden extraer de los discursos, en relación con los DSR en las entrevistadas de cada consultorio también varían. En CSFSJ se encontró: 1) ignorancia respecto a los procedimientos para el uso de la PAE; 2) necesidad de legalizar el aborto en algunos casos de malformación o violación; y 3) necesidad de que los consultorios entreguen la PAE, como una forma de equidad social. Por su parte, en el CANR se señala: 1) la dificultad de acceso a la PAE en la Salud Pública; 2) la necesidad de que la Iglesia no interfiera en las Políticas de Salud; 3) que el aborto debiera legalizarse en casos como violación; y 4) se reclama la coerción hacia el aborto experimentada por una usuaria por parte de los padres.

Dados los niveles de desconocimiento respecto a la regulación de la fecundidad y las acciones para el cuidado de la salud sexual, se recomienda incorporar formalmente a los roles laborales de las matronas el informar y motivar a las usuarias a preocuparse por aprender sobre su aparato reproductivo y cómo funciona éste, por aclarar sus dudas antes de tomar decisiones respecto de sus métodos anticonceptivos. Además podría resultar útil que en la primera consulta, las matronas conversaran con las usuarias respecto a qué pasaría en sus vidas si quedaran embarazadas, como una forma de aterrizar la posibilidad de embarazo, puesto que algunas entrevistadas señalan que se imaginan que a ellas no les podría pasar, como un tema abstracto y ajeno a ellas.

Para esto sería recomendable generar una pauta escrita respecto de los temas que deben tratar con las usuarias en el momento en que se inscriben en el CRF, que incluya el ciclo menstrual, los diferentes métodos anticonceptivos, sus usos y su funcionamiento, junto con los síntomas y formas de prevención de las ETS y los exámenes que se realizan en el CRF. Todo esto, dentro de un ambiente de confianza, donde quede claro que en la consulta las usuarias pueden y deben hacer preguntas sobre salud sexual y reproductiva y tratar temas de pareja y sexualidad. Debido a que se encontró que las usuarias casadas o convivientes señalan que no tratan el tema de las ETS en la consulta, porque se da por supuesta la fidelidad, es importante que este instructivo sea aplicado a todas las usuarias, sin importar la situación de pareja en que se encuentren, destacando que la pareja única, o el uso obligatorio de preservativos es un problema de salud más que valórico, y que por esto recomienden ser estrictas con sus parejas en el cuidado mutuo.

Objetivo Específico N° 4

- Describir desde una perspectiva sociológica las conductas, valores y roles sexuales que asumen las usuarias del CRF, y su percepción de los efectos que éste ha tenido en ellos.

Cabe señalar respecto de este objetivo, que no se observaron diferencias importantes en los discursos de las usuarias entre ambos consultorios, de modo que el análisis no se hará en forma comparativa.

1. Conductas sexuales

Para analizar las conductas sexuales de las usuarias, previas a la inscripción en el CRF se comenzará interpretando el cuadro comparativo que se presenta a continuación.

Cuadro N° 51: Conductas sexuales de las entrevistadas

Usuarias	Edad	Edad de primera relación sexual	Número de parejas sexuales	Pololos con que ha tenido relaciones sexuales	Uso de algún MAC antes de la inscripción	Frecuencia de uso
An18so1hCD	18	15	1	1	Condón	Muy rara vez
Ab19so2hEN	19	14	15	3	No usaba	A veces
An19so2hCD2	19	15	3	3	No usaba	Se embarazó en la primera relación y luego se inscribió
Ja20co2hCD	20	14	3	3	No usaba	Nunca
Na21so0hCNR2	21	14	5	2	Óvulos vaginales y condones	Casi todas las veces
Sa23so1hCD2	23	15	1	1	Condón	Sólo a veces, si no, contaban los días
Ca25ca2hCD2	25	17	1	1	No usaba	Nunca
Ya26so1hCA2	26	17	1	1	Óvulos vaginales y condones	Siempre
Pa29co1hSA	29	21	1	1	No usaba	Nunca
Mg29ca2hCD2	29	19	1	1	Cálculo días fértiles	Permanente
So30se1hCD	30	19	4	3	No usaba	Nunca
Da32co1hCA	32	17	1	1	Cálculo días fértiles	Permanente
Ce32ca2hED2	32	17	2	2	Coito interrumpido	Permanente
Ma33ca2hCD	33	21	2	2	Condón	A veces luego de la segunda relación
Ma34co2hCA2	34	18	2	2	No usaba	Nunca

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas realizadas a usuarias del CRF del CSFSJ y del CANR.

Del cuadro se desprende que del total de entrevistadas, siete no usaban ningún método (44%); sólo dos usaban siempre algún método, que coinciden con dos de las tres entrevistadas que no han tenido embarazos no deseados; y el resto de las usuarias usaba condón en forma ocasional, calculaba los días fértiles o su pareja interrumpía el coito. Tres alternativas que no dieron resultado ya que todas se embarazaron. En este punto se puede agrupar a las usuarias en dos categorías: las usuarias que han planificado exitosamente sus embarazos (tres del total,

correspondientes al 19%), y las que han tenido al menos un hijo no planificado (trece de las entrevistadas).

Las usuarias que no han planificado sus embarazos señalan en sus discursos que se inscribieron en el CRF para controlar el embarazo, o luego del parto. La mayoría de ellas no ha vuelto a tener embarazos no deseados, de modo que se puede señalar que en cuanto al uso de métodos anticonceptivos, sus conductas efectivamente han cambiado con la asistencia a Control. Dos de las usuarias, sin embargo, volvieron a embarazarse sin desearlo después de haberse inscrito, y en sus discursos señalan que este segundo embarazo fue producto de olvidar tomar las pastillas. En este sentido, se puede decir que en algunas usuarias (cada una asiste a uno de los dos consultorios estudiados), el CRF pareciera no haber resultado efectivo en cuanto al uso correcto de los métodos anticonceptivos.

Las mujeres que hasta ahora han planificado sus embarazos, son tres, y en sus discursos se detecta que antes de a la inscripción al CRF, sus conductas eran más preventivas, en tanto usaban algún MAC siempre o casi siempre (una señaló que no usó condón muy pocas veces, pero calculando los días). Al preguntarles cómo habían adquirido este tipo de conducta, se encontraron en sus discursos diferentes agentes que incentivaron a las usuarias a buscar asistencia médica para usar un MAC:

- 1) **Las madres** de las usuarias, quienes siempre les habían hablado en forma clara y las habían incentivado a ir al ginecólogo desde chicas.
- 2) **CEMERA**, centro recomendado por el colegio, donde se les había recomendado a las adolescentes tomar anticonceptivos aunque no tuvieran una vida sexual activa, por lo que tomaban ACO desde antes de tener relaciones sexuales por primera vez.
- 3) **Las parejas** de las mujeres, quienes eran mayores y tenían más experiencia, habían convencido a las usuarias que tenían que usar algún MAC y que debían ir a la matrona del consultorio.

De esta forma, se puede señalar que para incentivar una conducta sexual preventiva, al parecer, no basta con la información otorgada en el colegio o las familias, sino que se requiere de motivación para la acción, en este caso, para asistir a un centro de salud que pueda educar a las mujeres y otorgarles los medios para ello.

Actualmente, cuando las usuarias ya han asistido o están asistiendo a la matrona, catorce del total de entrevistadas está usando algún MAC en forma permanente, lo que corresponde a un cambio positivo en sus conductas sexuales. Una usuaria ha optado por la abstinencia mientras no le ponen el DIU, puesto que señala que no confía en los condones, como se expone a continuación.

Ya26so1hCA2:

M.V.: ¿Y cómo lo has hecho este tiempo que no estás usando nada?

E.: No, he tenido cero relación

M.V.: ¿No hay algún método que puedas usar por mientras?

E.: Preservativo. Tampoco lo he usado, he tratado de evitar eso... he estado con él pero no últimamente porque una que él tampoco quiere que yo quede embarazada, así que tratar de evitar ese encuentro hasta que yo esté con la T, ni si quiera me he ido a quedar con él por lo mismo, porque la tentación es más fuerte.

M.V.: ¿Y por qué no has intentado con el condón?

E.: No, no confío. Se me imagina que vienen rotos algunos entonces no los encuentro muy seguros. No por temas de incomodidad como dicen algunos, porque encuentro que está todo en la cabeza. No.
M.V.: ¿Lo has usado alguna vez?
E.: Sí, antes de usar las pastillas lo usamos como unas cinco veces.

En el discurso se observa que las usuarias conocen los preservativos pero optan por dejar su vida sexual de lado para no arriesgarse a nuevos embarazos.

Otra entrevistada, en cambio, aparece como el opuesto, en tanto aparentemente, su asistencia al CRF no ha modificado sus conductas sexuales, como se detecta en el discurso a continuación.

Ab19so2hEN:
M.V.: ¿Qué anticonceptivos usas?
E.: Ahora ya, ninguno, pero tomaba la Anulette. Tomé hasta que se me olvidaron tomar como cinco pastillas, porque no puedo continuarlas así no más, y de ahí se me olvidaron.
M.V.: ¿Y eso cuándo fue?
E.: Hace como un mes.
M.V.: ¿Y vas a volver a tomar?
E.: Mira estoy haciendo un estudio con mi cabecita porque ya me estoy poniendo demasiado irresponsable con las pastillas con el asunto de que tengo que ver a los niños, o sea que realmente a uno se le olvida porque es algo tan mínimo, cachai, aunque es súper importante, pero es como ah, una pastilla, entonces tengo que ver a los niños, hacerles la leche, después me voy a costar, y se me olvidó la pastilla, en la mañana me levanto y si es que me acuerdo.

Al parecer las conductas de algunas usuarias respecto al uso de ACO, no han cambiado en forma positiva por el hecho de asistir a las matronas, puesto que en sus discursos no consideran importante el tomar anticonceptivos y en efecto, no lo hacen en forma constante. Del mismo modo, se encontraron discursos donde las entrevistadas relatan conductas riesgosas en relación a las ETS, y que fueron posteriores a la inscripción en el CRF.

Ab19so2hEN:
E.: Y... bueno, los demás eran todos conocidos de tiempo... me acuerdo que a todos les vendí la pomá que era virgen. Jajajaja. A todos, te juro, menos al Alejandro, la primera vez que me penetró se quedó mirándome onda “tu no soy virgen”, y yo no le decía nada, y me dijo “pero cuéntame si yo no me voy a enojar si tu hai tenido otra pareja” A todos les dije eso... Me acuerdo que el Gonzalo también, él era pero estúpido total, hasta vaselina el pobrecito, para que no me doliera. Pero fíjate que con todos no así al tiro, con todos se llevaba un tiempo cachai, pero caleta de hombres.
M.V.: ¿Tú no les pides examen de SIDA o esas cosas?
E.: Eh, no. Una vez me acuerdo que le pedí a uno, pero se enojó, me mandó a la chucha. Me acuerdo que una vez le pedí a uno que usara condón, pero no... Pero me gusta el preámbulo cachai, y ese día le dije, “a onde la viste”, me dijo “nunca he usado esa hueá y me la voy a poner ahora”. Me acuerdo que una vez conocí a un niño y tiramos... pero sabís que el mino la tenía muy grande y quedé muy adolorida, te juro, igual me llama de repente, pero le digo que me da miedo...

En el análisis de discurso se observa que algunas usuarias no presentan conductas preventivas con las ETS, puesto que a pesar de constantes cambios de parejas sexuales, no usan preservativos. Además se relata que ellas les dicen a sus parejas que son vírgenes, de modo que podrían estar generando una red de enfermedades venéreas. En este sentido, se puede señalar que las usuarias del CRF no han incorporado conductas preventivas luego de asistir a los controles.

Siguiendo con las conductas respecto de las ETS, al preguntarle a las usuarias si sabían la historia sexual de sus parejas antes de tener relaciones con ellas, se encontró que siete de las dieciséis entrevistadas no la sabían, o que sabían sólo un poco. Las usuarias señalan que con el tiempo van hablando sobre el pasado sexual de las parejas, y en sus discursos no pareciera que las ETS significaran una preocupación para ellas. Además de esto, se encontró usuarias cuyas parejas les habían sido infieles, y ellas, a pesar de referirse en sus discursos respecto a la preocupación por la transmisión de ETS, no les habían pedido que hicieran ningún tipo de examen. Como se dijo más arriba, ninguna de las usuarias investigadas ha pedido exámenes de ETS a sus parejas, ni antes ni después de inscribirse en el CRF, aunque dos del total de entrevistadas señalan que su pareja se hizo el examen por iniciativa propia. En este sentido, la realización de exámenes de ETS es más bien una cuestión de decisión personal del hombre, y las usuarias no les exigen a sus parejas que se los realicen, ni antes ni después de la inscripción. Esto podría indicar que la temática de las ETS no es adecuadamente tratada en la consulta, puesto que las usuarias no perciben ni exponen en sus discursos que cambien sus conductas en cuanto a la preocupación personal por el cuidado de las ETS ni en la exigencia para con sus parejas.

En cuanto a los cambios que las usuarias perciben como producto de su asistencia al CRF, varias usuarias señalan que los controles no han implicado un cambio en sus conductas. En otras, en cambio, se encontraron diferentes ámbitos en que éste sí ha influido en sus conductas, ya sea por el uso de MAC o por la comunicación con la pareja.

Dos de las dieciséis usuarias señalan que por estar usando un MAC, se sienten más seguras y tranquilas por no embarazarse en las relaciones sexuales, y por eso las disfrutaban más. Esta mayor tranquilidad implica en ellas que quieren tener relaciones sexuales más a menudo porque las disfrutaban más. En este sentido, el CRF, al otorgar métodos anticonceptivos, puede contribuir a que las usuarias lleven una vida sexual más tranquila y satisfactoria.

Otras usuarias señalaron que las matronas las había incentivado a hablar sobre los cuidados sobre el embarazo que debían tener con sus parejas, y que esto mejoraba la comunicación.

Na21so0hCNR2:

M.V.: Desde que fuiste por primera vez, ¿Han cambiado tus conductas sexuales?

E.: Sí, he tomado más concientemente lo que es ser padre. Bueno nadie está preparado para serlo, pero creo que uno tiene que estar muy conciente de que si estás embarazada, por lo menos en mi caso, yo no me haría aborto, pero creo que es algo súper importante, y es algo de pareja también, y que nosotros hemos conversado mucho.

Las usuarias señalan también que al ir a la matrona y ver mujeres embarazadas y/o con hijos se hacen más conscientes de que ellas no quieren embarazarse, y que conversan sobre esto con sus parejas, mientras que con las parejas anteriores no hablaban sobre el tema. Otro cambio de conducta en el ámbito de la sexualidad se encontró en usuarias que debido a que las matronas le dijeron que la T no es 100% segura, habían optado por usarla en combinación con los preservativos.

2. Valores en torno a la sexualidad

Respecto a la sexualidad, se encontraron dos tipos de discursos en las usuarias. Uno corresponde a aquél que ve la sexualidad unida al amor, y otro que señala que éstos no tienen por qué ir

juntos. En el primero, donde se sitúa a quince de las dieciséis entrevistadas, se señala que la sexualidad es parte del amor de pareja, que implica una entrega mutua y el requisito general para tener relaciones sexuales es conocer bien a la persona.

Ja20co2hCD:

M.V.: ¿Qué función cumple para ti la sexualidad?

E.: La sexualidad pa mi siempre ha sido una entrega y a parte que estaba con mi pareja, así que filo, para mí era lindo...

M.V.: ¿Qué cosas son las que más valora en tu vida sexual?

E.: De la sexualidad, valoro el amor que entregamos, eso, y la unión que tienes con la persona, eso yo creo que valoro porque no es llegar así como estoy caliente, me metí y chao, sino que después de la relación, sus cariños, las cosas lindas, esa es la idea.

El análisis de discurso constata que se valora el aspecto amoroso, de cariño y entrega de las relaciones sexuales. Dentro de este tipo de discurso se encuentran distintos requisitos para el acto sexual. Por ejemplo, las más jóvenes no presentan límites de edad para comenzar la vida sexual; señalan que el amor es lo importante, y de hecho indican haber tenido su primera relación sexual entre los 14 y 16 años de edad. Esto difiere del discurso de dos usuarias de mayor edad, donde se señala que se sorprenden porque las jóvenes comienzan su vida sexual mucho antes de los que ellas lo hicieron, y esto lo ven como algo negativo.

Ma33ca2hCD:

E.: ...Hoy en día tantas niñas que van a la matrona de uniforme, yo antes cuándo lo había visto yo eso, pero ahora hay niñas que van de uniforme a la matrona, entonces yo no sé, para mí es raro verlo así. Tal vez tengo un pensamiento antiguo, no sé. Sé que hoy en día existen las niñas que se embarazan muy temprano, pero a la fecha que yo me embaracé, jamás hubiera visto una niña de uniforme, ahora no, cambió totalmente todo.

M.V.: ¿Y qué te parece que las niñas de uniforme vayan a la matrona?

E.: No sé, lo encuentro es que muchas veces son de básica, cambia bastante a que sean de media o estén terminando la enseñanza media. Pero yo he visto niñas que van ponte tú en séptimo y octavo. Y he visto, no sé, me da pena. Pensar que yo estoy casada, tengo hijas, sé lo que cuesta. Cuesta llevar que un niño esté bien, educarlo, pero qué pasa con esas niñas, qué edad tendrán, 13, 14 años, y si es que tienen... prácticamente van a quedar hasta ahí no más, o tal vez no, pero son esas niñas que no se van a casar, no van a establecer yo creo una relación formal, entonces no sé, no es bueno en ese sentido

Las usuarias perciben un cambio en relación con la vivencia de la sexualidad por parte de las y los adolescentes, valorando la sexualidad adulta, mientras que la adolescente se percibe como negativa. También se señala que la sexualidad adolescente implica más problemas en caso de embarazo, por lo que se percibe que los padres debieran obligar a sus hijas a tomar anticonceptivos, de modo que aprendan a evitar los embarazos no deseados desde antes de comenzar la vida sexual.

Otro requisito que se encontró en los discursos, corresponde a seis usuarias, y se refiere a que la pareja debe tener proyección en el tiempo, de modo que la sexualidad debe vivirse sólo con la pareja y no con cualquiera, como se constata a continuación.

Na26so0hSA:

M.V.: ¿Qué piensas de las relaciones sexuales prematrimoniales?

E.: Encuentro que también está bien porque hoy en día el matrimonio ya no es ninguna institución (...) para mí por lo menos, tener relaciones sexuales es estar con una pareja, que yo tenga proyección al futuro. No tengo relaciones con cualquiera. Por ejemplo ahora yo pretendo en el futuro casarme, si es que tengo

plata, etc., con eso voy a tener relaciones, pero no porque me vaya a casar voy a tener que esperar después, como tampoco soy católica no encuentro que eso sea algo importante.

M.V.: ¿Qué significan para ti las relaciones sexuales pre matrimoniales?

E.: Las que yo he tenido, las encuentro que están buenas, que han sido fruto de un amor, de una proyección que yo tengo con mi pareja, así que está bien

Además de ir acompañado del amor, se percibe que el sexo debe vivirse con la seguridad de que la pareja va a perdurar en el tiempo. Esto, según los discursos de las usuarias, no significa que puedan tener sólo una pareja sexual en su vida, puesto que la relación podría no funcionar, pero sí ponen énfasis en la continuidad del vínculo amoroso para comenzar la vida sexual. Además varias usuarias hacen hincapié en que las relaciones sexuales fortalecen la pareja y ayudan a aferrarse a la otra persona. Desde la perspectiva de las teorías de Género y Sexualidad revisadas, la perspectiva de estas usuarias se puede asimilar la hipótesis planteada por Rivera et. al. (1995), donde los discursos sobre sexualidad incluyen nuevos elementos, pero a la vez mantienen contenidos anteriores, reconociendo a la erótica femenina, pero bajo condiciones como la estabilidad en la relación de pareja y, la exclusividad sexual. Se legitima el placer en la mujer, pero estableciéndolo al interior de la familia y en un entorno amoroso romántico.

El segundo tipo de discurso que se encontró, se refiere a que las relaciones sexuales no son necesariamente por amor, sino más bien por placer. Cabe señalar que este tipo de discurso se encontró sólo en una de las dieciséis entrevistadas, quien fue abusada sexualmente cuando niña, lo que según ella, ha afectado su forma de percibir la sexualidad.

Ab19so2hEN:

E.: ...Para mí el sexo yo nunca lo he tomado como algo “es amor, es algo para el amor” no, para mí el sexo es placer, cachai, lamentablemente es mi punto de vista. Sabís que a mí me da pena a mí misma porque en realidad el responsable de que yo vea el sexo de esa manera es que yo cuando niña yo era abusada sexualmente, yo nunca fui penetrada, pero sí me tocaban, y con intento de penetración y todo. Entonces yo nunca vi el sexo como algo sano, como algo de amor, sino como una hueá.

Este discurso aparece como una excepción entre el resto de las usuarias, no sólo en el sentido de que se valora el sexo por el placer, en forma dissociada al amor, sino también en otras actitudes y conductas en torno a la sexualidad, como la fidelidad, el número de parejas sexuales y la forma de percibir los roles de hombre y mujer en la pareja. Tomando en cuenta los dos tipos de discurso encontrados respecto de la sexualidad y su relación con el amor, puede plantearse que el primero corresponde a un sistema de sentido *instituido*, donde la sexualidad es normada a través del amor, y esta idea constituye parte del “imaginario social”. El segundo tipo de discurso, entonces, sería el *instituyente*, que, amenazando el sistema de interpretaciones del poder instituido, defiende una sexualidad femenina enfocada exclusivamente en el placer y despojada del amor y las relaciones de pareja. Cabe señalar que la justificación de esta actitud a través de experiencias de abuso sexual en la infancia puede corresponder justamente a la coexistencia de elementos nuevos con los tradicionales, ya que la usuaria, si bien reconoce su discurso como “alternativo”, evita una sanción social a través de la figura de la víctima.

Los sistemas organizadores de sentido como instituidos e instituyentes también permiten analizar la percepción de las relaciones matrimoniales. A partir de los discursos, se encontró que todas las usuarias las aprueban y declaran haberlas tenido o tenerlas. Lo que varía, al igual que con la sexualidad en general, son los requisitos para tenerlas.

An18so1hCD:

M.V.: ¿Qué piensas tú de las relaciones sexuales prematrimoniales?

E.: Yo creo que es decisión de cada uno. Pero yo creo que están bien, porque no sé, después del matrimonio sería bonito y todo, pero no sé, uno se puede dar cuenta de que ah no, este no era el que me gustaba, jaja. Yo creo que están bien. Pero no hay que abusar; ya con un pololo, con otro pololo, y tener 10 pololos y con los 10, eso no me gusta, lo encuentro feo. Pero uno está bien.

Ya26so1hCA2:

M.V.: ¿Y qué piensas de las relaciones sexuales pre matrimoniales?

E.: Ah, ahí lo estoy viviendo porque no estoy casada, pero sí con una sola persona. Yo creo que cuando uno se enamora, y ve que con la persona con que está puede tomar esa decisión de tener relaciones, sí, igual es bonito, pero siempre que una persona. Si uno va y empieza con uno, con otro, con uno, con otro, es algo que no va en mis pensamientos. Es feo porque una mujer siempre se tiene que hacer respetar, entonces no se tiene que andar regalando a la chuña, entonces si uno va a tomar esa decisión tiene que estar bien segura de que esa persona la quiera y que va a estar con uno siempre, o por años, porque uno no sabe, pero sexo por sexo no, no le encuentro ninguna gracia.

Este tipo de discursos se encontró en seis usuarias, quienes perciben que las relaciones prematrimoniales deben circunscribirse a las parejas con las que hay proyección a futuro o una relación estable, y advierten que no hay que “abusar” en el sentido de tener varias parejas. Tener múltiples parejas sexuales, en este sentido, constituye un elemento amenazante para el discurso instituido, asociándolo a algo feo y en que la mujer le falta el respeto a su propio cuerpo.

Otras usuarias, en cambio, enfatizan más en el requisito de tomar las precauciones necesarias para no embarazarse, como se ejemplifica en el discurso siguiente.

Ja20co2hCD:

M.V.: ¿Qué piensas tú de las relaciones sexuales pre matrimoniales?

E.: Jajaja, lo mío po. O sea, así en estos momentos, como es la juventud, no podís criticar a nadie, porque yo por lo menos no tengo cara para criticar, si yo a los 16 años ya estaba embarazada. Igual es charcha porque te quedai sin juventud. Pero si es por relación prematrimonial, si te cuidai no hay problema.

Aquí la restricción se refiere a un tema de salud reproductiva, o proyecto de vida antes que de normas morales con respecto a la sexualidad femenina. Cabe señalar, sin embargo, que a pesar de este enfoque más pragmático de la sexualidad, ninguna usuaria se refirió al cuidado de las ETS como requisito para tener relaciones sexuales.

Otras usuarias hacen hincapié y valoran las relaciones sexuales prematrimoniales por su importancia para el matrimonio, como ayuda al conocimiento de la pareja.

Ce32ca2hED2:

M.V.: ¿Qué piensas tú de las relaciones sexuales prematrimoniales?

E.: Yo pienso que es bueno igual porque uno así se conoce y llega sin mayores problemas en cuanto a sexualidad al matrimonio, porque uno aprende a conocerse(...) Es muy importante, más que nada porque es importante la relación sexual en la pareja. Porque también de repente en muchos casos que por eso también tienen problemas los matrimonios y también se divorcian por eso, y se separan(...) Por ejemplo yo tengo el caso de mi prima, ella lo vio todo tan bonito, pero en el momento de partir con su marido cuando se casaron, ella tuvo como un trauma, no dejaba que él la tocara, nada, sino que como a ella siempre la educaron como un tabú, nunca le explicaron más allá lo que iba a pasar, entonces todo lo que se hablaba antiguamente lo sexual era como algo bien oculto. Entonces ella se frustró, se separó, duraron una semana

casados me acuerdo, y nunca más ella tuvo nada porque a ella le parecía todo tan malo, entonces si la llegaban a tocar era un pecado muy grande entonces qué iba a hacer. Hasta el día de hoy nunca más nada, ella no dejó nunca que su marido la tocara.

Se percibe que conocer a la pareja a través de las relaciones sexuales prematrimoniales puede ayudar a evitar los divorcios porque la sexualidad es valorada como algo importante en el matrimonio, de modo que es necesario saber previamente si habrá compatibilidad en este ámbito de la relación.

Con respecto a la convivencia se encontró que trece de las usuarias entrevistadas, la perciben como algo bueno, y que si hay amor es casi lo mismo que el matrimonio. Algunas usuarias incluso la consideran muy positiva, en tanto ayuda a conocer a la pareja, y hace la separación más fácil, como se constata a continuación.

Sa23so1hCD2:

M.V.: ¿Qué piensas de la convivencia?

E.: A mí me parece que está bien, porque conoces más al otro, después no tienen problemas si se quieren separar (...) No tienes ni un trámite que hacer, que si te aburres o pillaste a tu pololo o tu pareja con una mina, o una cuestión así, cachai, onda te vai y tú pa allá y yo pa acá y nada más que eso. Y ahí podís seguir tu vida y si te arrepentiste de haber convivido con esa persona y bien po, tenís una vida feliz. Que para qué amarrarse con una persona si... no sé po, si a los 40 años de matrimonio no estás feliz mejor que terminen y que sean felices no más. Y no estar así como amarrados porque no estamos casados cachai o por los bienes matrimoniales, y toda esa cuestión, cachai, y después viene la “ah, es que me tienes que pasar una parte de la casa a mí, y otra parte a ti...” a parte de ser un atado la separación de la pareja, es más atadoso. A parte que todavía no está la cuestión del divorcio bien claro

En el análisis de discurso se observa que las usuarias consideran la separación como algo posible, de modo que valoran la convivencia ya que facilita los trámites y permite mayor libertad para separarse. Otras usuarias señalan que es necesario convivir, como una forma de practicar lo que es el matrimonio.

Na21so0hCNR2:

M.V.: ¿Qué piensas de la convivencia?

E.: Encuentro que es más necesario que casarse, para mí es algo netamente de conocerse mucho más porque no sé, a lo mejor el día de mañana puede ser que no estén juntos... Encuentro que uno aprende a conocer mucho mejor a la otra persona. Porque a veces te casas con la persona que crees que es para ti pero no lo es. Y pienso que uno primero tiene que conocerse bien, para mí es importante el matrimonio entonces por lo mismo creo que uno tiene que conocerse bien.

Del discurso se desprende que la convivencia es percibida como un paso necesario para el matrimonio, una prueba por la que hay que pasar, de modo que se invierte el discurso tradicional; las relaciones sexuales y la convivencia son un requisito para el matrimonio, y no al revés. También se encontraron casos más extremos de una actitud positiva hacia la convivencia, como el discurso que se expone a continuación.

Ma34co2hCA2:

M.V.: ¿Qué piensas de la convivencia?

E.: ¿De convivir y no estar casados? Para mí es exactamente lo mismo, que yo tuve las dos experiencias, y es exactamente lo mismo. Mi pareja me dice que me divorcie, que me case con él y yo le digo es exactamente lo mismo; estuve casada con papeles, la iglesia, todo, y no me respetaron, entonces yo

digo, si me vas a respetar como hasta ahora, y ayudarme y vas a estar conmigo, vas a hacerlo con o sin papeles. Por ahí debe ser la experiencia mala que tuve, pero en este momento no me casaría.

M.V.: ¿Tiene algún beneficio más estar casados?

E.: Para mí no. En el sentido del día que me divorcie, ¿en los bienes me dices? No, para mí no. Como te digo tuve una muy mala experiencia, por eso te digo, yo no me volvería a casar; para mí es un papel y nada más. Como te digo a mí me fue re mal, y con él llevo 8 años, sin papeles.

Se percibe la relación de pareja y su duración como algo independiente de los papeles, de modo que no es necesario hacer el trámite del matrimonio. Esta actitud positiva hacia la convivencia se encontró tanto en las mujeres casadas, solteras como las convivientes, y en ambos consultorios.

Por otro lado, se encontró que tres usuarias indican en sus discursos que la convivencia tiene desventajas. Se señala que es mal vista por el resto de las personas, o por Dios, de modo que prefieren el matrimonio. De todas formas, las usuarias señalan que están de acuerdo con la convivencia en general, porque es decisión de cada pareja, pero que para ellas no resulta positiva.

Da32colhCA:

M.V.: Tú que estás conviviendo, ¿Qué piensas de la convivencia?

E.: A mí no me gusta mucho, pero hemos estado varias veces por casarnos, y por uno u otro problema no nos hemos podido casar. Igual la posibilidad está abierta. Es que da como un poco de plancha decir que yo convivo. Porque la gente te mira como raro, o piense, o pueda pensar “ah, es que a lo mejor el gallo es casado”, porque no te vas a poner a decirle a todos no, somos los dos solteros, llevamos 15 años conviviendo... Además que la gente ya nos ha visto tantos años que la gente por lo general no sabe que nosotros convivimos, cree que somos matrimonio, y yo me refiero a él como mi marido y él como su esposa. Ahora que estoy embarazada habíamos pensado casarnos para estar como todo en regla, la guagua quede dentro del matrimonio, todo. Pero igual es como una palabra fea conviviente, no me gusta mucho, como que la gente lo mira feo de repente.

Las usuarias convivientes pueden tener problemas con la convivencia, en tanto se sienten vulnerables ante la opinión y sanción social de una posible doble vida. Se observa aquí claramente cómo el matrimonio es percibido como la única forma de asegurar la exclusividad sexual. Destaca además que se percibe que es el hombre el que puede tener otra familia, y no la mujer. Cabe precisar, sin embargo, que los problemas percibidos no se refieren a la relación de pareja misma, y se aclara que es por sus realidades personales. Otro discurso de este tipo es el que se expone a continuación.

An19so2hCD2:

M.V.: ¿Qué piensas tú de la convivencia?

E.: He convivido. Estuve conviviendo con mi pololo que tengo ahora, como por un mes, pero no, es mejor tener algo fijo, suponte casarte y vivir porque suponte convivir, en realidad te ilusionai; te ilusionai hart, como tener una pareja al lado tuyo y verla todos los días y después se va. Mejor tenerla siempre al lado tuyo. Bueno mis papás han convivido no sé, como 24 años igual han tenido sus peleas y todo pero no, yo creo que mejor estar casada.

M.V.: ¿Tú encuentras que la convivencia es mala en general o a ti no te resultó?

E.: No, es que eso va en la pareja que decide convivir y si las cosas van bien, bien. Depende de la pareja, de los dos, si las cosas funcionan bien, si no, no, mejor cortarla por lo sano.

Las usuarias en sus discursos señalan preferir el matrimonio a la convivencia para sus situaciones particulares porque las experiencias pasadas las han desilusionado, pero no se plantea como una postura general sino como una consecuencia del fracaso personal.

Algunas usuarias señalan que la diferencia entre el matrimonio y la convivencia es sólo en cuanto a que no hay papeles, pero que el amor puede ser el mismo, y las separaciones son posibles con o sin ellos. También se indica que la diferencia está más que nada en la celebración del matrimonio y el rito que implica. Por su parte, el matrimonio es percibido por algunas usuarias como una convivencia, pero con mayores seguridades, y se señalan los beneficios con respecto a la salud, al colegio de los hijos y al manejo del dinero en caso de separación, como se detecta a continuación.

Ma33ca2hCD:

M.V.: ¿Y qué diferencia hace el matrimonio?

E.: Yo pienso que más que nada es la estabilidad de los hijos. Obviamente que tus hijos al hecho de estar casados no son tan mal mirados, más que nada por eso. Bueno y también tienes más garantías para los niños. Obviamente que todo esto está cambiando, se veía siempre así.

Ca25ca2hCD2:

M.V.: ¿Qué piensas tú de la convivencia?

E.: Ah, bien. Es una opción.

M.V.: ¿Cuál es la diferencia con el matrimonio?

E.: Creo que ni una, porque es una convivencia igual, pero en el matrimonio hay otras cosas; hay papeles, trámites, no sé po, ponte tú, si tú te separas y estás conviviendo no es lo mismo que separarte y estar casada. O sea por ende tu esposo tiene que... Es como un seguro en realidad; tú te aseguras para algo. Ponte tú en el caso mío, yo estoy casada y mi esposo me tiene a mí en la Isapre o Fonasa, que es una garantía que no me da estar conviviendo con él. Porque yo tengo muchas amigas que conviven y no tienen la opción que tengo yo que estoy casada.

M.V.: ¿Pero hay esas garantías con la pareja?

E.: No, yo creo que no. Si se aman no tienen por qué haber cambios conviviendo o casadas.

Las usuarias describen como aspectos positivos del matrimonio, los beneficios y garantías en salud o para los hijos, y la forma en que la sociedad percibe a los hijos, pero señalan que no hay diferencias en términos de pareja. Aparece también, nuevamente, el tema de la sanción social: “son mal mirados”. Otras entrevistadas perciben que lo positivo del matrimonio es más que nada la celebración, donde se indican los invitados, el traje blanco y la iglesia, como sus aspectos positivos. En este sentido, a partir del análisis de los discursos, se puede señalar que el matrimonio no es percibido por las usuarias como una institución que protege o posibilita la unión para toda la vida, puesto que eso, desde su perspectiva, depende del amor de la pareja. Se trata más bien de un acto que trae mayores beneficios económicos, estabilidad para los hijos en su educación y estatus o reconocimiento social.

Por otro lado, la infidelidad constituye un antivalor para casi todas las usuarias, ya que es percibida como algo negativo, que causa sufrimiento y hace daño. En los discursos es descrita con adjetivos como “atroz”, “fea”, “de niños”, “desgraciadamente existe”, y todas las usuarias señalan que se produce cuando hay problemas en la pareja. Lo que varía en los discursos es la actitud que se tiene hacia la fidelidad en las conversaciones con sus parejas, como se expone a continuación.

So30se1hCD:

M.V.: ¿Cómo has tratado el tema de la infidelidad con tus parejas sexuales?

E.: Yo siempre he dicho en mis relaciones, o sea, si tú tenís a alguien, dímelo, no esperes es a que todo se colapse. Siempre he dicho lo mismo, o sea, si sale otra persona que te gusta, dímelo, pero nada más. Si la relación se está deteriorando, es mejor decirlo, que tienes otra persona, pero no estar a medias. Eso es lo que yo siempre he dicho.

En el análisis de discurso se constata que la infidelidad es percibida como producto de un problema de pareja; un síntoma de que el amor o el compromiso no están funcionando. La mayoría de las usuarias (doce de las dieciséis entrevistadas) indica en sus discursos que es un problema que debe hablarse en pareja, para decidir si terminar o continuar, y plantean que si ocurriera, les gustaría que se lo dijeran. En cambio, se encontraron actitudes contrarias a la tendencia mayoritaria, como se observa en el siguiente discurso.

Pa29co1hSA:

M.V.: ¿Y lo has hablado con tu pareja?

E.: Sí, así tal cual “Si quieres cambiar de pareja porque estás mejor con la otra, ahí sí me contai porque se va a poner espesa la relación, de que sales mucho, que no me quieres tocar, no. Entonces si quieres cambiar de pareja, ahí me dices, y después te vai, bien machucado”, le digo yo. Pero no contarme y que “nunca más lo voy a hacer”, y si yo lo hago, yo tampoco se lo voy a contar, porque si ya lo hiciste una vez, ¿quién te dice que no lo vas a volver a hacer? Y vas a dudar de la persona, yo prefiero que se quede él con la culpa...

Se observa que las usuarias hacen la distinción entre una infidelidad pasajera y una más seria, aclarando que la primera no debe contarse porque no es significativa, mientras que la segunda implicaría el fin de la relación, y por lo tanto sí debe ser conversada. También se encontraron actitudes más liberales en que las usuarias señalan haber sido infieles, infidelidad que aparece justificada por las parejas.

Ab19so2hEN:

M.V.: ¿Qué piensas tú de la fidelidad y de la infidelidad?

E.: Bueno, primero hay que tener en claro que yo soy una mujer infiel. Soy una mujer infiel porque, bueno, yo creo que nací así. De la fidelidad yo creo que bacán por la mina que puede ser fiel. Pero yo no sé, pero son pocas las veces que he sido fiel, yo creo que ninguna, en realidad yo nunca he sido infiel, nunca.

M.V.: ¿Y por qué crees que es eso?

E.: Mira, no por un tema de valor o de... yo creo que soy infiel porque ningún hombre me llena completamente. Yo creo que en eso se basa la infidelidad, netamente se basa en eso. Una, puta a lo mejor yo no he estado muy agarrada, o muy enganchada de un hombre, no me llena el acto sexual, o... es muy fome po. Son factores que influyen mucho en una infidelidad..

M.V.: (...) ¿Y cuándo tú buscas un hombre, buscas un hombre así, o eso no te importa?

E.: Uno es egoísta en ese sentido; para mí las reglas las pongo yo, o sea a mí si me cagan, cagaron, si yo sé que me cagaron, lo mando a la chucha. Si no me entero, no importa.

El discurso expone una definición de sí misma como “mujer infiel”, y en el discurso se señala que la infidelidad está fuera de la responsabilidad de estas usuarias, en tanto son las parejas las que no las han llenado completamente. En este tipo de discurso, se encontró a su vez, una actitud más blanda con respecto a exigir o no la honestidad de la pareja en caso de infidelidad.

3. Normas Sociales y otros factores socio-culturales

Para completar la comprensión de los valores y actitudes de las usuarias, resulta interesante además analizar las diferentes normas sociales que se perciben como influyentes. Así, se encontraron principalmente dos tipos normas: las religiosas y las definidas culturalmente por la sociedad.

Las normas religiosas pueden influir en algunas actitudes de las usuarias respecto del matrimonio y de la convivencia, como se constata a continuación.

Da32co1hCA:

E.: ... por ejemplo yo no voy a comulgar porque me siento culpable de tener relaciones con él no estando casada. Cuando yo he hablado con un sacerdote y me ha dicho “pero si son los dos solteros, no hay impedimento, igual no influye tanto porque ustedes dos se quieren, llevan tantos años, no debería importarte” pero yo igual no voy.

M.V.: ¿Por qué te sientes culpable?

E.: No sé, siento que na que ver tener relaciones con él... es como contradictorio porque ir a comulgar porque no he tenido relaciones si voy a tener al otro día, no sé, por eso no voy.

M.V.: ¿Cómo percibes tú esa norma de la iglesia?

E.: Sabes por qué me llamó la atención, es que siempre me he confesado, pero una vez fui a Sor Teresa de Los Andes a la iglesia, y tuve la ocurrencia de ir a confesarme. Me siento y el padre me pregunta si yo era casada, y yo le digo “no, soy conviviente”. Me dice “Fuera. Usted no tiene derecho a confesarse”. Yo le digo “¿por qué?” Y me dice “para qué viene a confesarse si en la semana va a caer en pecado”. Y ahí me quedó dando vueltas. Tenía razón; que para qué me iba a confesar si estoy viviendo con alguien, y por eso. Igual antes lo había pensado, aunque aquí me habían dicho “no, porque yo vivo aquí, y todo”, igual lo hacía, pero ya de esa vez no sé, me sentí como culpable de hacer esas cosas. No sé si es tanto pecado, pero igual uno se siente como sucia, no sé.

M.V.: Y en ese sentido el matrimonio también podría ser como...

E.: Sí po, una forma de... Si siempre lo he pensado, como teníamos pensado casarnos y todo, bueno, que nos casemos y voy a poder ir a comulgar, porque yo no comulgo, po. Uno no debería pensarlo que es malo, pero igual me da cosa ahí porque dicen que si uno comulga es como doble falta, cuando sabe que es pecado, es doble falta, entonces eso me da terror.

Se observa en el análisis de discurso que las usuarias católicas que conviven se sienten culpables por estar conviviendo, y señalan comportarse acorde a esto, por ejemplo, dejando de comulgar para no pecar. Esto puede influir en las actitudes hacia la convivencia, en tanto se señala disgusto por ella y preferencia por el matrimonio (esto se analizó en la pág. 122). Analizando este tipo de discurso, se puede señalar que en una primera respuesta respecto al ítem sobre la convivencia, las usuarias indican que está mal juzgada por el resto de la sociedad, pero en segunda instancia señalan que el matrimonio podría permitirles comulgar y quitarles el miedo a ser castigadas por Dios. También se observó que la religión puede influir en las actitudes de las usuarias hacia la pastilla del día después y/o el aborto, como se expone en el siguiente discurso.

An19so2hCD2:

M.V.: ¿Crees que hay personas que deberían usar la pastilla del día después?

E.: No. No me gusta nunca. No sé, como te digo yo no soy partidaria de estar abortando, para mí esa es una pastilla que quita vida, es que yo soy más de criar hijos y si Dios le da a uno la oportunidad de tener hijos, uno está pa criarlos, po. Pero yo no recomiendo esa pastilla que pa empezar yo no la he tomado, cachai, no me convence.

M.V.: (...) Cuéntame qué piensas del aborto

E.: Pienso que es malo, porque como te dije; si a uno Dios le da la oportunidad de tener hijos, es para criarlos, entonces yo no soy partidaria de los abortos; no me gusta.

M.V.: ¿Y cuando está más justificado?

E.: Es que yo digo no hay justificación pa perder hijos. Para mí no hay, porque yo de los dos soy mamá soltera, a mí nadie me ayuda, yo perfectamente si veía que nadie me ayudaba, yo perfectamente podía perderlo, pero no, yo encuentro que para el aborto no hay justificación.

Las usuarias se sienten en desacuerdo con la pastilla del día después y el aborto, y perciben que es Dios el que debe tomar esa decisión, ya que Él da la oportunidad de tener hijos y ésta no se debe desaprovechar. También se señala que por esto han decidido tener a sus hijos, a pesar de no tener ayuda de los dos padres. Esta actitud parece similar al tipo de proyecto de comportamiento

reproductivo con “primacía de lo natural”, construido por Valdés (1988), donde las mujeres perciben que el número de hijos debe ser determinado por Dios o la Naturaleza, y ellas no deben interferir en ello. La diferencia aquí, es que no se cuestiona el uso de métodos anticonceptivos para regular la fecundidad, éstos sí están legitimados. Lo que es sancionado son los métodos posteriores a las relaciones sexuales, como el aborto y la PAE, percibiéndose que las mujeres que tienen una vida sexual activa deben asumir las posibles consecuencias de un embarazo, aún cuando sea producto de una violación, o una falla en los MAC utilizados. El embarazo entonces tiene una doble significación, en cuanto a castigo, por una parte, y regalo divino, por otra.

En contraste, otros discursos se refieren a que la religión impone normas sobre la sexualidad y la reproducción, pero se percibe que esto no influye en las usuarias porque no están de acuerdo con ellas.

Ma34co2hCA2:

M.V.: ¿Qué piensas de las relaciones sexuales prematrimoniales?

E.: Yo estoy de acuerdo. No lo veo muy... no sé cómo decirte, como algo malo. No lo veo malo.

M.V.: ¿Y la religión católica no te influye en eso?

E.: Sí, pero hay cosas que yo en la religión católica no estoy de acuerdo. Yo soy muy católica, todo, yo rezo, pero hay cosas en la que no estoy de acuerdo.

M.V.: ¿Cómo por ejemplo?

E.: Eso. O las pastillas anticonceptivas mismas. Cosas que no estoy de acuerdo, no sé es muy largo el tema, te doy un ejemplo: cuando mi hijo tomó la comunión, mi hijo mayor, yo hacía como 5 años que estaba con mi pareja, y no me dejaron comulgar. Yo soy muy católica; tomé la comunión, la confirmación, no te digo que siempre, pero voy a misa, soy muy creyente, todo. Siempre le enseñé a mi hijo. Y no me dejaron comulgar porque yo estaba en pareja y eso era pecado. ¿Me entiendes? Y en eso por ejemplo yo no estoy de acuerdo. Yo le dije al diácono; ¿Entonces qué, yo tenía que seguir con el papá de mi hijo?, Porque igual no están de acuerdo con el divorcio, ni con nada; ¿tenía que seguir hipócrita, al lado de una persona que me golpeaba, porque para yo estar bien con Dios, se supone, y poder venir hoy hipócrita y comulgar? Porque para mí eso es hipócrita. “No señora no es así”. “Sí que es así; mi hijo toma la comunión y le juro que nunca más piso la iglesia”. De la rabia que tenía le dije eso, porque obvio que no lo hago, pero o sea, en esas cosas no estoy de acuerdo. (...) Y no porque esté en pareja, igual no voy a estar de acuerdo. No estoy de acuerdo en eso ni en los anticonceptivos. Porque según lo que yo he leído, no están de acuerdo porque hay vida desde el momento en que lo engendras, y no están de acuerdo porque es como un aborto, dicen. Con eso no estoy de acuerdo porque peor sería traer hijos al mundo y que estén desbaratados por ahí. Eso es peor que regular la fecundación.

Se detecta que las usuarias tienen actitudes de rechazo hacia las normas de la iglesia, a pesar de que se definen como católica. En este tipo de discursos las entrevistadas indican que no se sienten culpables de estar conviviendo, porque toman distancia de las normas religiosas y no las internalizan. Seis usuarias señalan tener una religión pero no estar de acuerdo con algunas de las normas que ésta les impone, e incluso algunas señalan haberse alejado de la iglesia por este motivo.

Otra norma social que se encontró en los discursos dice relación con la opinión y sanción del resto de las personas, “el qué dirán”. Así, se encontró que siete de las usuarias señalan preocupación por el cuidado de su reputación y evitar así ser vistas como “suestras” ante la gente que las rodea. Una de estas normas se refiere a comenzar la vida sexual desde muy temprano, puesto que varias usuarias señalan que no accedían al consultorio o la farmacia para conseguir métodos anticonceptivos por este motivo.

Sa23so1hCD2:

M.V.: ¿Y por qué no usaban preservativos siempre?

E.: Porque bueno, él los tenía, yo no andaba comprando a esa edad preservativos. Ahora si los tuviera que ir a comprar, voy, pero igual a esa edad te da vergüenza y como que na que ver, como que raro. Pero más que nada es porque la misma sociedad es así, cómo una niña de 15 años va a comprar preservativos.

Da32co1hCA:

E.: A lo mejor uno podía haber comprado pastillas, o los condones, no sé. Nunca nos cuidamos con nada

M.V.: ¿Por qué no?

E.: A mí me daba vergüenza ir a una farmacia y comprarlos porque iba a ir de uniforme, no sé, yo tenía 18 años cuando quedé embarazada. Él tenía la misma edad, entonces yo creo que a lo mejor le pasaba lo mismo.

Mg29ca2hCD2:

M.V.: ¿Hay algo más que crees que sea importante contarme?

E.: No, en realidad hemos hablado de todo. Bueno recalcar un poco que informen más, sobretudo a la juventud de que las pastillas no hacen daño. Si están sí con médico; ese también es el otro temor que yo tenía, que si yo iba a la matrona o algo, me iba a sentir discriminada como que oh, mira lo que está haciendo, porque allá (en el campo), donde había poca gente, como que todos se conocían, entonces eso también influye un poquito. Porque allá había consultorio con gente conocida, entonces si uno iba ahí ya iba a estar embarazada.

M.V.: ¿Y tus amigas tampoco iban a la matrona?

E.: No porque por eso uno no va, por el miedo al qué dirán. Eso lo deberían decir, yo siempre digo que no hay que tener miedo, que hay que ir, aunque uno no haya tenido relaciones, igual, siempre ayuda, uno tiene que ir no más.

En el análisis de los discursos se detecta que las usuarias no iban a comprar preservativos porque no tenían la edad considera culturalmente como suficiente para tener una vida sexual activa, y esto pudo haber influido directamente en que quedaran embarazadas. Del mismo modo, se observa que la opinión del resto puede influir en que las mujeres jóvenes no recurran al consultorio, porque todos se conocen y hablarían mal de ellas. Esto influyó directamente en que no usaran algún MAC antes de sus embarazos.

Otras preocupaciones respecto a la sanción social se exponen en los siguientes discursos:

Ya26so1hCA2:

M.V.: ¿Y cual es la diferencia entre la convivencia y el matrimonio?

E.: Convivir significa más que nada que uno no tiene los beneficios, de salud y todo eso (...)

M.V.: ¿Y en términos de pareja hay diferencias?

E.: Sí, yo creo que por como la ven a uno también; ella es casada, para la gente es súper bien visto, pero una persona que convive como que no es muy bien visto, o sea, dicen ah, ella está conviviendo, y si el hombre es casado, o sea, se presta para muchas cosas. Que uno se metió en medio de otra familia, y uno cuando está con una persona y dice él era casado, como que lo recalca de que era casado y el está separado, para que a la gente le quede claro. A mí me ha tocado mucho que yo digo que estoy con esta pareja, era separado pero yo no me metí en medio, o sea, te voy a decir al tiro que no fue así. Entonces el estar casado uno no tiene que dar ninguna explicación. A mí lo que él me reta mucho es que yo me preocupo mucho de lo que piensan los demás, pero es que la gente a uno le hace la reputación también. Es que yo también encuentro que- bueno, hay gente maldadosa que va a hablar mal de uno sí o sí- pero encuentro que uno también tiene que cuidarse de ese tipo de cosas porque así es como los hijos también van a enterarse de uno mismo y cómo era la mamá, ese tipo de cosas. De hecho la única pareja que traje a mi casa, el único pololo fue él, la única persona que han conocido es él, entonces, tampoco tuve otros, es la primera persona y espero que sea siempre él, hasta el final.

An18so1hCD:

M.V.: ¿Cómo crees que debe ser la mujer, por ejemplo, con tomar la iniciativa?

E.: Es que con la pareja, por ejemplo si estás casada, todo, yo creo que uno tiene que darle no más, sí, po si es su pareja que se lance no más, si total, es su pareja de siempre. Ahora si ya es un vecino, ahí no, está mal, porque la van a pelar, que aquí y allá, pero si es su pareja, hay que ser puta en la cama po.

M.V.: ¿Y al hombre no lo pelarían?

E.: No po, éste es lacho, pero la mujer es maraca, nunca le pasa eso al hombre.

M.V.: ¿Y por qué crees tú que pasa eso?

E.: Por que son machistas, es un país machista; siempre el hombre es el que mandó, están cambiando igual las cosas, pero igual siempre la mujer, porque la vieron conversando y ya dicen “oye esta galla que es...” En cambio no po, el hombre lo ven conversando y ah, nada.

En los discursos se observa que las entrevistadas perciben que la convivencia es mal vista por el resto de la sociedad, así como el hecho de tener más de una pareja. Esto ha determinado que las usuarias tengan actitudes rígidas en relación con tener una sola pareja en su vida y no mostrarse en público con hombres. También se señala que la sociedad juzga a la mujer que cambia de pareja, mientras que al hombre no, y esto determina que se perciba como “mala” la sexualidad con alguien que no es la pareja. En este sentido, la sexualidad está circunscrita a la pareja estable, y se reconoce que hay una imposición de la conducta sexual hacia las mujeres que no es igual para los hombres.

Al preguntarle a las usuarias sobre qué normas sociales podían influir en su forma de ver la sexualidad, los discursos hacen referencia a que en Chile no hay normas legales sobre cuántos hijos tener, en comparación con otros países, como se expone a continuación.

Na26so0hSA:

M.V.: ¿Sientes que hay normas sociales en relación con la reproducción?

E.: Norma no hay, la cuestión económica no más que te impide tener los hijos que quieras, cuando quieras, más que una norma como en otros países que no puedes tener más de tres hijos, o en otros países te dan plata por tener más hijos. Aquí no hay como una norma legal que te involucre eso, pero es el aspecto más económico que a uno le hace ver cuántos hijos tiene y cuándo los tiene.

Otras usuarias apuntan a que si bien no hay normas explícitas, ha habido una política de control de la natalidad por parte de las autoridades de salud.

Pa29co1hSA:

M.V.: ¿Sientes que hay normas que la sociedad te impone en relación con la sexualidad y la reproducción?

E.: Sí. Yo tengo una amiga que estudiaba en la Universidad de Concepción, y ella conversaba con doctores. Ellos le dijeron que aquí en Chile intervienen la tasa de natalidad, si por eso no me quise poner la T, porque las matronas van, te revisan y te mueven esas cuestiones. Y eso no sé si todavía es así, pero hace 10 años por lo menos sí, y se lo dijeron los médicos de la universidad. Eso me molesta, que ellos, por saldar ellos su... no sé, se meten en tu vida y te cambian las cosas, y después le dicen “ah, se le corrió”. Me molesta porque el que tiene plata puede tener más hijos, tiene más posibilidades, pero no todos podemos tener hartos hijos. Si yo quisiera tener más hijos, pero es harta plata. Si amor hay; el problema es la plata, fundamentalmente la plata.

Este tipo de discurso, en que se señala que se interviene la T de Cobre en la Salud Pública, se encontró en dos entrevistadas, y se observa que esta idea puede influir en actitudes de rechazo hacia este tipo de MAC, así como generar desconfianza hacia los doctores y matronas. Por otra

parte, en los discursos se señala que el factor económico representa un verdadero impedimento para elegir si las usuarias quieren tener más hijos, ya que aunque quisieran, no pueden por no tener las condiciones materiales suficientes. En este sentido, se puede señalar que el factor económico sería un factor sociocultural que influye directamente en la vida reproductiva de las usuarias.

Otro factor que se detectó en los discursos, que estaría afectando en las percepciones sociales respecto a la sexualidad, es la familia de las usuarias. Ésta siempre es señalada por las entrevistadas, ya sea porque era cerrada y no les hablaba de temáticas sexuales, de modo que crecieron en la ignorancia y entendiendo la sexualidad como algo negativo, o porque era abierta y siempre les explicaron las cosas por su nombre. Respecto de la familia cerrada, se puede ejemplificar con el siguiente discurso.

Ce32ca2hED2:

M.V.: ¿Y qué aspectos de la cultura sientes que influyen en tus valores, actitudes con respecto a la sexualidad?

E.: Cómo lo criaron los papás yo creo que igual es una base porque por ejemplo uno no era loca, no andaba metiéndose (...) Sí porque por ejemplo cuando uno crece en una familia donde la sexualidad es tan normal, entonces de repente se da como el lujo de meterse con un gallo, con otro, entonces va a ser lo mismo siempre. Entonces yo pienso que igual la base de la familia, los valores que había, igual a uno le ayudaron. Igual a tener conciencia de que uno tiene que tener una pareja, y por la seguridad de uno, y todo eso.

Si bien las entrevistadas señalan que el hecho de que la familia que no trate temas sexuales deriva en ignorancia, también perciben que es positivo en tanto determina conductas correctas en relación con el número de parejas sexuales. En este sentido, la educación sexual es valorada en forma ambivalente, ya que por un lado se critica la incapacidad de conversar sobre sexualidad porque se genera ignorancia, y por otro, se percibe que las conversaciones sobre sexualidad pueden generar una especie de descontrol sexual por parte de las jóvenes. El discurso a continuación se refiere, en cambio, al tipo de familia más abierta en estos temas.

So30se1hCD:

M.V.: ¿Quiénes han influido en tu forma de ver la sexualidad?

E.: Lo que pasa es que la educación que a uno le den; la familia, el entorno, es cómo a ti te lo enseña la familia. Ahora se lo enseñan mucho más en el colegio, porque antes era mucho más tema tabú, entonces es cómo es la familia y cómo lo crían a uno, y la información que más encima tú ves.

M.V.: ¿Cómo fue tu familia?

E.: La mía es un siete; mi mamá es un siete, mi papá, nunca he tenido problemas, cuando les he preguntado cosas se ha conversado, lo mismo con mi hija, nunca he tenido problemas. Es el respeto y cómo a uno lo crían. Los valores que te da tu familia(...) La responsabilidad, la fidelidad, el respeto, la comunicación, el compañerismo, el amor, la entrega a las personas, muchos valores.

(...)Yo he notado cambios de antes a ahora, he visto, desde mi punto de vista es malo, la liberación de los niños, de los cabros chicos, 12, 13 años embarazadas, o sea, ¿de qué estamos hablando? ¿Los papás dónde están? Y ¿por qué? Porque están trabajando, entonces lo dejan con la nana, la abuelita, o la ve el tío, la tía, entonces no es la misma preocupación que tiene uno... Pero hay mucho libertinaje en las cabras de ahora, yo veo que todo lo toman a la chacota. Desde mi punto de vista. Antes no, antes eran más responsables; “no, si me acosté con este”, o niñas de 10 años embarazadas...

En el análisis de discurso se percibe que las familias han sido determinantes en los valores que las usuarias tienen respecto a la sexualidad; que las preguntas que hacían eran respondidas y no había problemas con tratar el tema. Esto también puede implicar que se perciba que la familia deba ser

el responsable directo de las actitudes y conductas que tienen las mujeres y las jóvenes respecto de la sexualidad.

También se encontró en los discursos que determinadas experiencias pasadas de las usuarias pueden influir en las actitudes de las usuarias respecto a algunos temas. Por ejemplo, dos usuarias separadas señalan que entre la convivencia y el matrimonio no hay diferencias porque ellas mismas lo han comprobado, y no valoran mucho el matrimonio porque no lo han pasado bien. Perciben que los papeles no son capaces de respaldar ningún tipo de lazo, de modo que no es necesario casarse para mantenerlo. También se encontraron usuarias que aprueban el aborto terapéutico por experiencias de enfermedades en parientes, de modo que comprenden la necesidad de su legalización. Otra experiencia que cabe señalar es la relatada por una usuaria que, como se analizó más arriba (pág. 119), fue abusada sexualmente e indica en sus discursos que no ve el sexo como parte del amor ni como algo lindo.

Ab19so2hEN:

M.V.: ...Entonces yo nunca vi el sexo como algo sano, como algo de amor, sino como una hueá. E.:

Yo de hecho conocí el sexo de pura... onda, yo lo voy a hacer no porque yo lo quiero, sino porque sí, porque estoy excitada, porque lo quiero hacer y porque quiero ver qué se siente la hueá, onda “tanto que me hueviaste viejo culiao, por qué no”, cachai. Esa fue la razón porque yo conocí el sexo. De hecho lo conocí con una persona que a mí me gustaba pero no valía la pena, o sea, igual era lo más atroz que podía ser una persona, cachai, onda fue y ya, era, nunca más (...) Por eso te digo para mí el sexo es sexo. Nunca he sentido que era una cosa por amor.

M.V.: (...) ¿Quién crees que ha influido en tu forma de ver la sexualidad? Tú me decías que el caballero que abusaba de ti había influido

E.: Sí, inconscientemente sí.

M.V.: ¿Cuántos años tenías?

E.: Era chiquitita, habré tenido unos 5, 6 años. Y después yo nunca hablé porque en ese tiempo pasaban en la iglesia la cosa de Adán y Eva, entonces bueno, él me amenazó que si yo hablaba, que me iba a quemar, que el suelo iba a ser de fuego, que... a parte que lo olvidé, porque uno lo olvida. Pero pasaron un par de años y el tipo se vino a trabajar con mi papá. Entonces el tipo llegaba a las 8 de la mañana, se iba tarde, como que vivía acá. Resulta que yo dormía allá... hasta los trece (...) Y fijate que él mismo me llevaba a la iglesia, y yo en la iglesia lloraba tanto, porque es una angustia, una pena, un dolor, cachai que tu no podís decirla, a parte que yo ya no hablaba no porque me daba miedo, lo único que yo decía es no me van a creer. Sabís que nadie me creyó. Mi mamá me fue a dejar al colegio, “tú no podís hablar, eres mala, qué van a decir de ti, no sabes como son las cosas” (...) Y después yo hablé con mi papá y me dice, “por qué andai hablando cosas que no son...”

M.V.: ¿Y por qué decidiste contarlo?

E.: Porque ya no aguantaba más. Lo conté en la iglesia, y en la iglesia lo iban a meter preso, y mi papá, me dijo olvidate de esas cosas, me dijo “no, es que las cosas no son así, no se metan” al final ahí yo cambié totalmente mi forma de vida. Yo era otra, para mí la hueá ya no era como antes, ahí fui más fría. Yo antes era muy sensible, si yo veía una amiga llorando, yo lloraba junto con ella, era onda que... o sea después era onda “qué pena” Yo ahora no sé consolar una amiga, te lo juro. Yo creo que todo eso cambió completamente mi vida

(...)Una vez el Alejandro me dio y ahí jalé de nuevo, pero como me volvió a gustar, dije nunca más. Esa vez le dije muchas cosas a mi papá porque me estaba esperando en la esquina, el Alejandro me dejó en el pasaje de al lado, y mi papá me estaba esperando y “pa qué te metís con él, puro te quiere llevar a la cama”, le dije “pa qué me cuidai ahora, si cuando yo te pedí ayuda te hiciste el tonto, ahora yo me meto con quien, nadie me va a obligar”. Estaba falopiada, por eso le dije, “y sabís que más si me quiere llevar a la cama bueno, yo no lo quiero tampoco pa casarme con él, yo lo quiero pa lo mismo”. Quedó loco... es que sí, con qué derecho te dicen no hagai esto, es malo, si es que cuando debieron haberte protegido no te protegieron.

Del discurso se desprende que las mujeres que han sido víctimas de abuso sexual crezcan con una percepción del sexo completamente desasociado del amor, y sus conductas y actitudes hacia la sexualidad, en efecto, no muestren exigencias respecto a tener una relación de pareja. Además, el hecho de que las familias no les crean o no hagan nada al respecto, puede derivar en la percepción de que la sexualidad es un tema personal del cual el resto no tiene por qué opinar. Otra forma de interpretación que cabe hacer aquí es la inversa; dado que la usuaria tiene conductas sexuales que culturalmente son atribuidas a los hombres, en el sentido de que reconoce un cuerpo y una sexualidad erotizados y disociados del amor, para no ser sancionada socialmente se justifica en las experiencias de abuso que vivió. En todo caso, ambas interpretaciones están mostrando una liberación actual frente al control y la dominación de su cuerpo y su sexualidad del pasado, intentando recuperar un ámbito de poder y decisión personales que había perdido cuando pequeña.

4. Roles de género: Maternidad y Sexualidad

A partir del análisis de los discursos de las entrevistadas, se puede señalar que las usuarias, a través del CRF, no experimentan un cambio en la percepción de los roles atribuidos a los hombres y las mujeres. La mayoría de las usuarias percibe que se han modificado, en cambio, por el hecho de ser madres, y que este no es un tema que se trate en la consulta. Sin embargo, se encontraron discursos donde las conversaciones con la matrona habían afectado la forma de ver y vivir las relaciones de pareja en tanto usar métodos anticonceptivos había producido que las mujeres tuvieran un rol más activo en la relación sexual.

Mg29ca2hCD2:

M.V.: ¿Esto de ser hombre y ser mujer en el ámbito sexual, ha cambiado por estar cuidándote?

E.: ¿En los roles? Sí, en realidad sí ha cambiado porque yo me siento más segura que antes, cuando pololeábamos sentía miedo de embarazarme, yo no me sentía segura de estar con él, sino que siempre era él el que me buscaba a mí. Entonces ahora estando casada, estando con hijos, no po, lo busco yo a él. Entonces en ese sentido ha cambiado. Yo encuentro que si uno quiere estar con la pareja, y al hombre no se le ocurre, uno tiene que también incentivarlo, no obligarlo, pero sí incentivarlo. Sí porque cambia en ese sentido; cuando uno pololea el hombre es el que busca a la mujer, en cambio cuando tú te casas y tienes un tratamiento, te sientes más segura. Y no sólo cuando te casas sino que cuando pololeas y ya tienes un tratamiento, es lo mismo, si no por el hecho de no estar casada no vas a usar un tratamiento. Yo no tuve una educación para tomar pastillas, esas cosas, por eso antes no las usé, porque o sino yo también quizás en ese sentido me hubiera sentido más cómoda.

Las usuarias afirman que al tener un tratamiento, experimentaron un cambio en su vida sexual ya que sienten que incentivan a sus parejas a tener relaciones sexuales, cosa que no hacían cuando no se cuidaban porque se sentían amenazadas por un embarazo. En este sentido, el CRF puede implicar un cambio en la forma de percibir los roles de hombre y mujer en la pareja y mejorar la vida sexual de las usuarias.

Más allá de la influencia que pudiera tener o no el CRF, se analizó la forma de percibir los roles de hombre y mujer en las usuarias, donde se encontraron dos ámbitos principales donde éstos se perciben en forma diferente; con respecto a los hijos y con respecto a la sexualidad. También se encontraron discursos que señalan que hombres y mujeres son iguales y que no debería haber diferencias.

Entre las mujeres que destacan la diferencia que hacen los hijos en los roles de hombre y mujer, se encontró que algunas usuarias señalan que mientras el hombre se ocupa de las cuentas y las compras de la casa, la mujer se ocupa de los hijos. Las usuarias señalan que ellas son las que los crían, les ayudan con las tareas, les dan la comida y en general realizan todas las labores. Los hombres, en tanto, van a trabajar, y se ocupan de traer dinero al hogar, pagar las cuentas y organizar el dinero. El siguiente es un ejemplo de este tipo de discurso.

Da32co1hCA:

M.V.: ¿Por qué no trabajas?

E.: Porque a él no le gusta porque se supone que como la niña va a la escuela, quiere que me haga cargo de ella, se supone que para criarla bien, por eso. Él es mayormente, me dice “yo soy hombre, me hice cargo de ti, así que yo respondo”.

M.V.: ¿Y a ti no te gustaría trabajar?

E.: Sí, me gustaría trabajar. Pero ahora que voy a tener guagua, ya no, medio difícil.

M.V.: ¿Y por qué no lo hiciste a pesar de que te gustaría?

E.: Yo creo que por lo mismo. Pa no llevarla la contra a lo mejor, pa llevar mejor la relación, esas cosas (...) Igual a mí me gustaría trabajar por el hecho de tener tu plata, porque igual tienes que estarle diciendo, estarle pidiendo... Igual él no es así porque él es bien desprendido, yo sería mal hablada si yo me quejara que viene una fiesta y que no tengo plata pa recibir a la gente, él siempre “toma aquí tenís esto, ve tú qué le comprai a tu mamá”, lo mismo de la niña, llega de la escuela “toma, tú sabís qué le hace falta y cómpralo”. Entonces a lo mejor por lo mismo nunca he querido trabajar, trabajar y trabajar, porque no me hace falta la parte plata (...) Nos queremos ir a vivir al campo, entonces ahí yo tenía pensado trabajar para comprarnos los muebles y todas esas cosas, pero justo salió la guagua así que no lo voy a poder hacer. Pero igual nos vamos a ir. Entonces ahí él me había dicho “sí, yo te voy a dejar trabajar, pero un año no más, porque después tenís que tener la guagua”. Pero se adelantó la guagua, así que me dijo el otro día “por nada del mundo tú trabajai por lo menos hasta que el niño tenga dos años”...

En el análisis del discurso se observa que en la relación de pareja de las usuarias, los roles de hombres y mujeres están diferenciados, ya que sus parejas se mueven en el ámbito del trabajo y las mujeres en el ámbito de los hijos. Esta diferenciación exime a las mujeres de trabajar, lo que podría interpretarse desde el planteamiento del Feminismo Marxista, en tanto la subordinación de las mujeres se fundamenta en la familia, donde toda la autoridad se encuentra en la cabeza, y si la mujer no trabaja, representa una propiedad más, dentro de la vertical jerarquía. La percepción de que los hijos son un ámbito de responsabilidad de las mujeres, puede generar inseguridad y miedo, como lo señalan algunas entrevistadas, puesto que tener más hijos haría más difícil su situación en caso de separación. Los discursos exponen que en dicho caso, la mujer tendría que asumir tanto el rol trabajador del hombre, como el rol de la mujer, como se observa a continuación.

Da32co1hCA:

E.: ...Ahora estoy embarazada pero ando como nerviosa, no sé, me da miedo, uno ve varias cosas; que a lo mejor el matrimonio o la convivencia no resulte, no sé, son tantas cosas. Me da miedo todo, no me gustan las agujas y esas cosas, y lo otro es que me da miedo que la relación no resulte y uno se separe y quede con varios niños, teniendo uno yo creo que es más fácil trabajar, teniendo alguien que te reciba, con más niños es más difícil yo creo que por eso más que nada me cuidaba.

M.V.: (...) ¿Crees que el comportamiento correcto del hombre es distinto al de una mujer?

Debería ser igual, pero es siempre diferente por el hecho que ellos son hombres, tienen más, por lo menos él trabaja y sale, tiene más posibilidades a lo mejor de ser infiel. Más posibilidades, más oportunidades que uno que está en la casa. Yo creo que una mujer que sale tiene la posibilidad de conocer otra gente, relacionarse con otras personas, yo creo que por lo mismo no quiere que yo trabaje, porque él ha sabido de mujeres que salen a trabajar y se han ido al mes después con otro hombre, entonces me dice él “yo tampoco soy tonto”.

Dos de las dieciséis usuarias entrevistadas señalan en sus discursos que no trabajan porque tienen que cuidar a sus hijos, pero a lo largo de las entrevistas se pudo observar que esta explicación no basta, ya que los esposos no quieren que ellas trabajen para no aumentar las posibilidades de que sean infieles. En este sentido, el rol de mujer es identificado con el de la maternidad, lo cual implica, por un lado, mayor responsabilidades a la hora de separarse (se entiende que la mujer será la que cuide a los hijos, no se percibe que el hombre lo pueda hacer), y por otro, se percibe que el rol de madre es aprovechado por la pareja para dejar a la mujer en casa y que no trabaje. Nuevamente, desde el Feminismo Marxista, se podría plantear que este tipo de relaciones familiares genera una prohibición para las mujeres de entrar en el mundo laboral puesto que amenaza la fidelidad. También se observaron otras usuarias que conciben a la mujer como madre, como lo expone el siguiente discurso.

Na21so0hCNR2:

E.: ...La mujer puede pensar más las cosas, del punto de vista que uno siempre crece con eso de ser madre. Uno sabe que crece con eso.

M.V.: ¿Por qué crees que por ser mujer vas a pensar más las cosas?

E.: Claro, es que uno nace con ese sentimiento de ser madre, ese anhelo. O sea yo creo que así uno realmente se realiza como mujer, siendo madre. Yo creo que no hay ninguna mujer que no quiera serlo alguna vez. Yo creo que todas queremos serlo. Y yo no tengo ningún problema en adoptar un hijo, ninguno. Para mí es como un anhelo, que así es como una realmente uno se realiza.

M.V.: (...) ¿Y los hombres no tendrían esa forma de pensar?

E.: Yo creo que sí. No todos, pero la mayoría. La mayoría sí quiere lo mejor para sus hijos y yo creo que hay muchos padres que son excelentes padres. Aunque a mi no me tocó, pero yo creo que sí existen.

Las usuarias perciben que ser mujer implica crecer con la idea de madre, y que esto es un ámbito de realización personal que todas las mujeres tienen, como una “naturaleza intrínseca de la mujer”. Para los hombres, en cambio, este anhelo se puede encontrar, pero no en todos, y no se percibe que sea parte de su naturaleza. Esta de identidad de la mujer como madre muestra que la situación de algunas mujeres no ha cambiado sustancialmente con los años, en tanto Rodó (1987) ya había afirmado que la maternidad es la situación donde la mujer encontraría la máxima cercanía con su autoidentificación ideal, y se define como el único espacio exclusivo y propio a la condición de mujer.

Mg29ca2hCD2:

M.V.: ¿Qué significa para ti ser mujer?

E.: Encuentro que es el mejor premio que uno tiene es ser mujer; encuentro que ser madre es un gran premio; que el hombre no puede. Pienso que Dios al hacernos fue bien inteligente, porque imagínate; podemos tener un hijo adentro, alimentarlo, entonces eso, lo hace sentir bien a uno; que uno lo pueda alimentar, se siente bien, como mujer. Se siente como más grande, superior al hombre en ese sentido. Yo lo pienso así, que uno es superior a él porque Dios nos regaló esto.

Tal como lo mostró Rodó en 1987, la primera asociación a la idea de ser mujer es la maternidad, y se percibe que por eso las mujeres son superiores a los hombres, quienes no pueden sentir esa satisfacción con los hijos. Esto implica que los hijos son un ámbito de su exclusiva responsabilidad y de realización personal para las mujeres en general, mientras que el rol de los hombres se asocia al trabajo y la provisión. Así, el rol de madre atribuido a las mujeres constituye un ámbito desigual de poder entre los géneros, en tanto los hombres generan y mantienen un mayor poder sobre sus parejas definiéndoles el espacio de la maternidad y el hogar como propio

de ellas e impidiéndoles salir del ámbito privado. En este sentido, se puede plantear que las Teorías de la Opresión de Género explican mejor la situación de las mujeres que las Teorías de la Desigualdad de Género, en tanto hay una relación de poder en que los hombres llevan a cabo sus intereses en el control, uso, sumisión y opresión de las mujeres. Los hombres mantienen deliberadamente esta opresión a favor de sus intereses en cuanto al control de la sexualidad de sus parejas, incentivándolas al cuidado de los hijos para evitar así una posible infidelidad.

Contrario a esto, se encontraron también algunas usuarias que señalan que no hay diferencias importantes entre hombres y mujeres, y que la paternidad o maternidad en el fondo no son distintas, como se exhibe a continuación.

Na26so0hSA:

M.V.: ¿Qué significa para ti ser mujer en el ámbito sexual?

E.: La principal diferencia es que uno tiene los hijos, siente algo que no va a sentir nunca el hombre, que es tener un hijo adentro, pero por lo mismo una mayor responsabilidad, en el sentido que puede ser igualitario, que se converse, en ti va a recaer que te cuides o no, si tienes una guagua o no. La principal diferencia encuentro que es eso, que la mujer tiene un hijo adentro y el hombre no lo siente. Pero en otros planos encuentro que es igualitario.

M.V.: ¿Y ser hombre?

E.: Que él es el complemento para poder reproducir un hijo.

M.V.: ¿Y en la sexualidad sin tomar en cuenta la reproducción?

E.: Es algo placentero para uno, es una necesidad biológica que tiene tanto el hombre como la mujer, no hay diferencias.

En el discurso se observa que la visión igualitaria en términos de maternidad/ paternidad está acompañada por la percepción de que hombres y mujeres tienen la misma necesidad biológica con respecto a la sexualidad, de modo que no habrían diferencias en su vivencia entre hombres y mujeres. El siguiente discurso es otro ejemplo de esta percepción igualitaria en términos de roles y relaciones de poder.

Sa23so1hCD2:

M.V.: ¿Crees que hay un comportamiento sexual correcto en las mujeres?

E.: Bueno lo primero es que sea fiel, pero que no deje 100% a los amigos porque se puso a pololear. Aunque el pololo se ponga celoso y todo, no podís estar sólo con tu pareja. Yo personalmente fiel cachai y no ando buscando un hombre pa ser infiel.

M.V.: ¿Y para el hombre?

E.: No el hombre tampoco. No soy machista, él se tiene que comportar igual como me comporto yo.

M.V.: ¿Crees que hay alguna diferencia entre ser mujer y ser hombre en el ámbito sexual?

E.: La única diferencia es el aparato reproductor, nada más. No, no siento que debería haber una diferencia.

En el análisis de discurso se observa que la diferencia percibida entre hombres y mujeres se refiere más a las diferencias físicas, del cuerpo y los aparatos reproductores de cada uno antes que a roles diferentes. Incluso algunas de las usuarias que presentan este discurso más “igualitario”, enfatizan en que no son machistas, o que han tratado de “quitarle” el machismo a sus parejas:

Ma34co2hCA2:

M.V.: ¿Crees que es distinto ser mujer que ser hombre en el ámbito sexual?

E.: Yo creo que no. Pero algunos hombres lo toman diferente, como que la sociedad los separa (...) como que en el ámbito sexual el hombre, según la sociedad, tiene más derechos, como que el hombre es

más libre de hacer cosas, o de decir cosas. Y la mujer no. Por eso para mí no, pero hay personas o la sociedad que lo toma diferente.

M.V.: ¿Y cómo lo tomas tú con tu pareja?

E.: No, para nosotros es igual. Porque yo lo impongo de alguna manera. (...) como él se crió sin padre, sin madre, él como que tenía una mente más prehistórica, o sea, tomaba lo que veía en la calle, no tuvo un núcleo familiar que le decía todo. Él decía como que el hombre mandaba, suponte.

M.V.: ¿Y tú lo fuiste cambiando?

E.: Sí, muchísimo, en la forma de pensar de él; era como machista, yo nunca le voy a discutir ni nada, pero yo te digo, él tenía otra forma de pensar, como te digo, yo no pienso así, para mí esto es así, así y así. Si quieres convérsalo con otra persona, para opinar.

M.V.: ¿Tú dices entonces que es más o menos lo mismo ser hombre que ser mujer?

E.: No, o sea, en el sentido relación sexual, que los lleva a hacer cosas diferentes, no. Por ejemplo con el tema de la infidelidad, eso es porque hay mujeres prehistóricas. Tengo muchas amigas que han dicho ah no, si yo no lo veo, no lo creo, pero eso es prehistórico. La mujer es como la que le mete eso en la cabeza al hombre. Yo pienso, la mujer o la sociedad, o lo que sea, como te dije, pero ah, no, el hombre, porque es hombre. Yo creo que eso depende de... no sé, lo mismo que yo te dijera ah, no es la naturaleza del hombre... no, para mí no es así.

El análisis de discurso evidencia la percepción de las usuarias respecto de que la sociedad se equivoca al atribuir distintos roles al hombre y la mujer, y al suponer que los hombres tienen más derechos en el ámbito sexual que las mujeres. La entrevistada relata que ha tenido que quitarle la visión machista a su pareja, señalando que no hay una naturaleza característica de los hombres y criticando a las mujeres que no son estrictas con el tema de la infidelidad con sus parejas. Además, este caso particular de usuaria argentina, señaló que al llegar a Chile se impresionó con el machismo de los hombres chilenos, de modo que en su discurso presentó una percepción de la cultura chilena como muy distinta a sus propias costumbres. Esta actitud corresponde justamente a lo que plantea De Barbieri, al señalar que a la idea de una “naturaleza de ser hombre” o de ser mujer no permite entender las diferencias culturales y menos modificar la situación subordinada de las mujeres, y en efecto, la crítica de la entrevistada argentina se traduce en una imposición a su pareja de que cambie sus concepciones machistas. De la misma forma, otras usuarias también se sienten concientes de que la sociedad es más machista que ellas.

Ca25ca2hCD2:

M.V.: ¿No hay como un patrón que diga cómo debe ser la mujer en la sexualidad?

E.: No, yo creo que depende de la mujer. A estas alturas depende de cada mujer. No hay como un “tienes que ser así”. Yo creo que antes era así, ahora estamos lejos de eso. Antes era más tabú, el tema no se tocaba nada.

M.V.: ¿Y para los hombres?

E.: A ver. Yo creo es la misma forma. Yo no comparto el machismo. Pero sí creo que ellos van a vivirla como quieran vivirla en realidad aunque les digan que no. En cambio las mujeres no, tienen que ser más recatadas, no sé po, si vas a mirar, mirar con discreción; no así los hombres que se dan vuelta y te miran igual.

M.V.: Ahí habría como una diferencia entre lo que se espera del hombre

E.: Claro.

M.V.: ¿Los hombres tienen más permisos que las mujeres?

E.: Sí, yo creo. Pueden hacer más cosas.

M.V.: ¿Y en tu caso es así también?

E.: Sí, yo creo que sí. No, es algo del resto, pero no mío.

En el discurso se observa que las usuarias perciben un cambio en la sociedad ya que antes el tema sexual era más tabú que ahora, pero que sin embargo todavía se cree que los hombres tienen más derechos que las mujeres en el ámbito sexual. Señalan que están concientes de que esa

diferencia hace que el hombre viva la sexualidad más abiertamente mientras que la mujer debe ser más disimulada, o esconderla más, pero que, sin embargo, ellas no lo viven así con sus parejas.

Así como hay usuarias que se distinguen de las creencias machistas de la sociedad, otras entrevistadas expusieron en sus discursos estar dentro de esta ideología machista, especialmente haciendo distinciones dentro del ámbito sexual. De esta forma, algunas mujeres señalan que los hombres tienen más derechos que las mujeres para ser infieles, o que por tener más mujeres en sus vidas son más hombres, como se expone a continuación.

Ya26so1hCA2:

M.V.: ¿Y los hombres, cuál es su comportamiento correcto en lo sexual?

E.: Bueno lo que siempre yo lo veo en el sentido de mis hermanos. A lo mejor soy media machista, pero los hombres pueden tener las mujeres que ellos quieran, porque son hombres. Las mujeres no. Los hombres como que están hechos para eso.

M.V.: (...) ¿Y por qué ellos podrían tener más mujeres durante su vida que las mujeres?

E.: Yo creo que por lo mismo que porque, así como yo, la sociedad es machista, y el hombre no es tan mal visto. Porque dicen el hombre es hombre y pueden tener las mujeres que quiera y cuantas quiera. Pero una mujer no porque se ve mal y dirían al tiro que es una prostituta. A eso voy yo. Una mujer lo puede hacer, uno lo puede hacer, si no hay problema, siempre y cuando no la vea nadie y no sea mal hablada. Porque igual es feo si sale una niña y dicen no, si esa galla es media loca y... o sea igual es feo que hablen así de ella.

M.V.: (...) Tú me decías que la mujer debe respetar su cuerpo, ¿cómo es eso para el hombre?

E.: Sí, el hombre también tiene que respetar su cuerpo, pero no sé, como que tampoco nunca me he puesto a pensar en eso, yo creo que más me he puesto a pensar en el cuidado que tiene que tener una mujer en ese sentido. No sé, nunca he pensado eso de porqué el hombre no tendría que cuidar su cuerpo, así que ahí no sabría decirte.

Del análisis de discurso se desprende que las usuarias advierten que dominación masculina de la sociedad chilena, pero que ellas han incorporado una forma de pensar machista, puesto que les parece que las mujeres con varias parejas a lo largo de sus vidas deben esconderse para no ser mal vistas, mientras que se percibe que el hombre puede hacer lo que quiera. Se señala que los hombres pueden tener las mujeres que quieran porque “están hechos para eso” y si bien ellos deben respetar su cuerpo al igual que las mujeres, las usuarias señalan que nunca han pensado porqué al ser mujeriegos, no estarían faltándole el respeto a su cuerpo. En este sentido, se observa que los hombres tienen un rol sexual distinto al de las mujeres, en tanto se les permite tener más mujeres y se le exige menos respeto con su cuerpo. Esto puede ser interpretado desde el Feminismo Socialista como parte de la opresión de género, donde las condiciones materiales, que influyen directamente en la reproducción del orden de dominación masculina, incluyen al cuerpo humano y la sexualidad. Existe una sanción social hacia las mujeres en la medida en que muestran un cuerpo erotizado; su sexualidad debe limitarse al interior de la pareja, entre paredes. Para los hombres, en cambio, la sexualidad es externa y pueden demostrarla en público sin ser sancionados. La ideología oprime a las mujeres, obligándolas a esconder su sexualidad, y se reproduce tanto en hombres como en mujeres sin ser cuestionada.

Además, siguiendo los planteamientos de E. Laumann, la Teoría de los Scripts explica la diferencia que hay entre los dos últimos discursos citados: si bien ambas usuarias han adquirido los modelos de conducta sexual apropiados a su cultura, la primera muestra cierta capacidad adaptativa de los guiones, teniendo una actitud más crítica a estos patrones culturales. En cambio,

el segundo discurso, expone que la entrevistada está reproduciendo los guiones tal cual están escritos, y que no se ha cuestionado por qué percibe que las mujeres tengan que “respetar” más su cuerpo que los hombres.

También dentro del ámbito de la sexualidad, se encontró que las entrevistadas perciben que las mujeres buscan en el sexo diferentes aspectos que los hombres.

So30se1hCD:

M.V.: ¿Y en relación con la vida en pareja, cuál es la diferencia entre ser mujer y ser hombre?

E.: Yo pienso que el hombre es como más fuerte, más animal como te diría yo, la mujer no, la mujer piensa mucho antes de hacer las cosas, como que las analiza mucho antes de hacerlas, como para no mandarse ningún condoro, o estar siempre atentas a cualquier cambio, a algo, en ese aspecto cachai, como el macho, el que no piensa, que hace las cosas por hacerlas, o porque hay que hacerlas, la mujer es más precavida, de cuidarse, de ver que esté todo perfecto, no a las tontas y a locas.

M.V.: ¿Piensas que cuidarse recae más en la mujer que en el hombre?

E.: Sí, yo pienso que sí. Aunque también hay hombres que se cuidan, pero pienso más que es la mujer la que se fija en detalles, porque la mujer es más detallista, entonces como que no, como que esto me gusta más, esto me gusta menos, hoy día fue le máximo, es más detallista, los detalles, las cosas.

Mg29ca2hCD2:

M.V.: ¿Cuál crees tú que es el comportamiento sexual correcto de una mujer?

E.: No, yo encuentro que es cuando a uno le nace hacerlo con la pareja; uno no se debe sentir obligada a hacerlo porque él quiera hacerlo; si a uno le nace hacerlo, lo hace, y no sé, si está bien, en el sentido de que los niños estén durmiendo, ahí sí. Pero por ejemplo no delante de los niños ni obligada por él, no. No va conmigo eso. Por ejemplo si yo no me siento bien con él yo no creo que lo haría.

M.V.: ¿Y en qué va sentirse bien o no?

E.: Emmm, a ver, acogida por la pareja, que sea cariñoso, que no sea brusco, que no quiera nada más que sexo contigo yo encuentro que no resulta eso porque uno se siente como utilizada, como que es una cosa más, no sé, un mueble, una silla donde se van a sentar y listo, entonces eso yo encuentro que no.

M.V.: ¿Y cuál crees que es el comportamiento sexual correcto de un hombre?

E.: Bueno también no hacerlo por hacerlo, si no que les nazca hacerlo, que ellos quieran.

M.V.: ¿Y qué tiene que haber para que les nazca?

E.: No sé, bueno que el hombre generalmente no necesita muchos requerimientos para hacerlo, la naturaleza de ellos es en cualquier parte, cualquier sector, con quién esté, igual lo hacen. Pero uno es como más, en ese sentido, tiene que ser más como romántica, más íntima.

M.V.: ¿Cómo que no les importa tanto el cómo?

E.: Claro es que por naturaleza ellos son así; como más animales, una es más romántica, guarda más ese tipo de cosas. En ese sentido, yo soy así más pa adentro; no soy así de cualquier parte.

Las usuarias perciben que los hombres piensan menos las cosas en el ámbito sexual, y se los asimila a los animales, en contraste con las mujeres, que piensan más las cosas y necesitan más intimidad para el acto sexual. Se señala que las mujeres necesitan sentirse queridas y no utilizadas “como una silla”, mientras que los hombres no necesitan mayores requerimientos. Esto podría estar en estrecha relación con el discurso instituido encontrado en la investigación de Sharim, et. al. (1996), donde la vivencia de la sexualidad femenina es acompañada por el amor, donde éste constituye una fuente de placer en sí mismo, y es el que legitima y permite explicitar la actividad sexual y el placer. Los hombres, en cambio, viven su sexualidad escindida del amor, asociándola principalmente al placer y no a lo romántico. Las diferentes asociaciones y vivencias de la sexualidad, como hombre-erotismo y mujer-sentimiento, pueden influir en la percepción de que son las mujeres las que deben cuidarse, porque ellas son cuidadosas, mientras que los hombres no se fijan en los detalles, y al ser más animales, no tienen esos deberes.

Como se señalaba más arriba, se encontró que en el ámbito de la infidelidad, los discursos exponen que las mujeres tienen menos derechos que los hombres, nuevamente atribuyéndoles una naturaleza menos racional y más animal.

An19so2hCD2:

M.V.: ¿Qué piensas de la infidelidad?

E.: Mala, muy mala. Porque te lleva a cometer errores que no... Ahora yo creo que se debe a que las cosas no funcionan en el matrimonio; el hombre busca por otro lado si la mujer no le da todo lo que necesita en la casa.

M.V.: ¿Y al revés pasa?

E.: Sí, igual, es que de por sí el hombre siempre te engaña. Porque el hombre de por sí siempre prefiere de probar otra gente, otras personas que estar con una persona que tiene al lado. Si las cosas no funcionan de por sí el hombre busca por otro lado.

M.V.: ¿Pero si las cosas funcionaran...?

E.: No tendría por qué

M.V.: ¿Y la mujer?

E.: Igual se va a buscar por otro lado. Yo creo que más el hombre lo busca por diversión, en cambio la mujer no, la mujer busca más un refugio en el hombre; buscar lo que el marido no le da, no sé po, que sea comprensivo, el hombre ideal que uno se imagina... Pero el hombre de repente no sirve pa ná po.

En los discursos se observa la percepción de que la infidelidad es propia de los hombres: “de por sí el hombre siempre te engaña”. Las usuarias señalan que las mujeres también pueden hacerlo si la relación no funciona, pero en ellas la sexualidad en la infidelidad cobra un significado de refugio y comprensión, mientras que para los hombres se trata sólo de diversión. Así, se encontraron discursos donde se percibe que la sexualidad de hombres y mujeres tienen diferentes funciones, ya que mientras los hombres solamente buscan satisfacción personal en el sexo, las mujeres buscan sentirse queridas y acogidas. Del mismo modo, se encontró un discurso particular en que una usuaria se percibe a sí misma más cerca del rol de hombre que de la mujer en lo sexual.

Ab19so2hEN:

M.V.: ¿Hay diferencias con ser hombre?

E.: Yo creo que soy más hombre que mujer. Yo me reía de misma y de mi papá y de todo el mundo porque todos me decían oye si los hombres te utilizan, se acuestan contigo... Sabís que yo era así, cachai, por ejemplo yo me acostaba con uno, y le decía sabís que, terminemos. Cachai, y así con todos, y todos los hombres terminaban agarrados de mí porque se sentía utilizadas, como que yo era mala, se sentían utilizados.

M.V.: ¿Y tú crees que los hombres son los que comúnmente hacen eso?

E.: Es que normalmente, o sea, comúnmente es así po. Pero yo nunca lo vi desde esa perspectiva.

Al igual que antes, se percibe que los hombres tienen una actitud mucho más sexual y menos sentimental que las mujeres, lo que corresponde al discurso instituido descrito por Fernandez (1992) y Rivera (1995), donde el erotismo y la sexualidad femeninos son aprobados socialmente sólo dentro de las relaciones de pareja y el amor. Sin embargo, en esta entrevistada habría una conducta instituyente, en el sentido de que ella se percibe a sí misma más cerca del prototipo masculino. En este sentido, si bien el discurso que diferencia la significación sexual por géneros es el mismo, la vivencia particular de esta usuaria se distancia del rol supuestamente femenino para pasar al masculino, buscando el sexo sólo por placer y no por amor.

5. Toma de decisiones y Manejo del Dinero

Con respecto a la toma de decisiones, se encontraron tres tipos de discurso entre las usuarias. Un tipo señala que las decisiones están diferenciadas, según el ámbito del que se trata: al interior de la casa, y con los hijos, son las mujeres las que toman las decisiones, mientras los hombres deciden más respecto al uso del dinero. El segundo tipo corresponde a relaciones de dominio, donde ya sea el hombre o la mujer toman todas las decisiones que incumben a la pareja. Finalmente, el tercer tipo de discurso señala que ambos toman decisiones por igual, tanto en relación con el dinero como en otros aspectos de la relación.

Así como en los discursos de las usuarias la disociación trabajo-hijos distingue los roles de hombres y mujeres, se encontró que en tres usuarias de las dieciséis entrevistadas, estos polos constituyen también dos ámbitos diferentes de toma de decisiones, donde las mujeres tienen poder al interior de la casa, y toman las decisiones respecto de los hijos y su crianza, y los hombres tienen el poder respecto del trabajo y la organización del dinero.

Ca25ca2hCD2:

M.V.: Para determinar más o menos tu nivel socioeconómico, ¿quiénes aportan ingresos en tu casa?

E.: Mi marido es el que trabaja.

M.V.: ¿Y cuáles son sus ingresos?

E.: Bueno, nunca los maridos te dicen cuánto ganan, pero supongo que bien, entre 300 y 400.

M.V.: (...) ¿Cómo son las relaciones de poder entre tu pareja y tú?

E.: Yo tomo las decisiones, es que yo tengo el carácter más fuerte. No sé po, dentro de la relación siempre fui yo, no es que lo pasaba a llevar ni mucho menos, pero si yo encontraba que estaba bien, estaba bien. Yo creo que es algo de carácter no más, pero nunca tuvo problemas con las decisiones que yo tomaba. Y cuando las tiene que tomar las toma. Cuando yo veo que él tiene la razón, se la doy.

M.V.: ¿Pero tienen ámbitos de poder separados?

E.: Sí. En mis hijos las tomo yo. En mi casa las tomo yo. En las cuentas, las toma él; la plata, los gastos, los ve él.

Ja20co2hCD:

M.V.: ¿Y ahora cómo manejas el poder con tu pareja?

E.: Es que ahora que convivimos, por decir, yo mando en la casa, y cuando salimos él manda. Pero él, como se podría decir, delante de sus amigos, es típico, el machista. Yo puedo salir y “ya éntrate”, cachai, y como salgo con los niños, me entro po. Ahora está con los amigos, pero cuando está solo, “ya pero nos entramos” y ahí entramos cachai.

M.V.: ¿Y no te molesta que él te diga ya éntrate?

E.: No, es que ya me acostumbré, o sea, al principio eran las peleas, pero ya me acostumbré. Prefiero evitarme una pelea. No sé si te diste cuenta, disculpa, te hice esperar (para empezar la entrevista) y evitar una pelea y tragar así (el almuerzo), antes de pelear con él.

M.V.: ¿Y por qué?

E.: Porque yo le llevo la comida y almuerzo con él, y ahora yo me iba a venir y empezó “no, es que tenís que almorzar y por qué” y empezó con su lesera.

En el primer discurso expuesto se observa que las entrevistadas no saben cuánto ganan sus maridos (y lo asumen como algo generalizado) y no se meten en la temática del dinero porque se percibe como un ámbito que no les pertenece, mientras que a ellas les corresponde tomar las decisiones respecto de sus hijos. En el segundo discurso, también se observa que las entrevistadas distinguen dos ámbitos diferentes; dentro de la casa mandan ellas, y fuera mandan ellos. Si bien en ambos las usuarias hacen la distinción entre dos polos de toma de decisiones, se puede observar que en el segundo discurso el carácter del hombre aparece como más fuerte, en tanto

para evitar los conflictos las usuarias prefieren obedecerles, hasta el punto del acostumbramiento. En este sentido, tal como lo plantea Bourdieu, las usuarias viven dos ámbitos diferentes de dominio, al interior y al exterior de sus casas, los que están en directa relación con la oposición dentro/fuera que representan las mujeres y los hombres respectivamente.

En este tipo de discurso, si bien las entrevistadas señalan que no se sienten pasadas a llevar, se encontraron usuarias que señalan sentirse inseguras cuando están con sus parejas porque sienten que ellos las pueden desaprobado, y tienen un conducta pasiva dentro de la relación. En cambio, señalan que con sus familias son más habladoras, contestadoras y toman más iniciativas. En este sentido, la diferenciación de los ámbitos de decisión no implica necesariamente un equilibrio en las relaciones de poder, puesto que pueden conllevar conflictos importantes en la pareja.

Un segundo tipo de discurso, correspondiente a dos usuarias, es el que señala que sus parejas son quienes tienen más poder, y son quienes toman las decisiones, tal como se expone a continuación.

Mg29ca2hCD2:

M.V.: ¿En relación con las decisiones, quién toma más decisiones, es igual, cómo es eso?

E.: Sí, bueno, los dos en realidad, pero a veces él más que yo, por el hecho de trabajar él de repente, toma más decisiones que yo. Pero en cuanto a aquí en la casa, soy yo la que decide.

M.V.: La casa es un ámbito en que tú tomas decisiones, ¿y él?

E.: Claro, bueno, también él toma de aquí en la casa; la compra de cosas ponte tú, él decide, yo soy más dejada en ese sentido.

M.V.: ¿Ha cambiado el manejo del poder entre ustedes por el hecho de que tú te empieces a cuidar?

E.: Cambiar en qué sentido... no, porque bueno, cuando tuve al primer niño, él quería por ejemplo que yo me sacara el tratamiento al año para tener otra guagua, y yo no, quería criar primero al niño para tener otra guagua. No pensaba en realidad tener otra guagua. Pero ya cuando fue pasando el tiempo, me dieron más ganas. Pero él como que no... Él quiere, pero conmigo no porque soy yo en realidad la que tiene que ver cómo estoy yo para tener otra guagua; soy yo la que ve en ese sentido, él trata de influir pero yo no le hago caso.

M.V.: ¿Y por qué quiere tener más guaguas?

E.: Porque dice que le gustan los niños, que... pero yo encuentro que no, a veces pienso que me quiere tener atada con niños. Yo lo veo como que él... si me ve con más niños, ahí va a estar más tranquilo. Encuentro yo. Yo le he preguntado a él y me dice que no, que le gustan los niños no más.

En el análisis de discurso se observa que los hombres toman más decisiones que las mujeres, y las usuarias explican esto por el hecho de que ellos son los que trabajan. Si bien las usuarias intentan igualar este desequilibrio de poder señalando que en la casa ellas toman las decisiones, luego se desdican y reconocen que en realidad no es así. También se observa que la temática de los hijos constituye una forma de mantener a las mujeres dentro de la casa, de “atarlas”, pero las entrevistadas no ceden ante las peticiones del marido y señalan que ellas también deben decidir cuándo tener más hijos. Este intento por parte de los esposos, representa nuevamente la opresión de los hombres sobre la sexualidad de las mujeres, que es también lo planteado en la Teoría de los Sistemas de Género como Sistemas de Resolución de Conflictos, donde los hombres buscan ejercer su poder a través del control del cuerpo femenino y su capacidad reproductiva.

Por otra parte, se encontró que cuatro de las dieciséis usuarias entrevistadas señalan en sus discursos que ellas tienen más poder que sus parejas, toman más las decisiones, y lo atribuyen a sus personalidades, como se expone a continuación.

Ma34co2hCA2:

M.V.: ¿Cómo han sido las relaciones de poder entre tú y tu pareja? ¿Quién toma las decisiones?

E.: Yo. Yo tomo las decisiones. No sé, antes, bueno antes también un poco con mi ex marido, bueno, no tanto como ahora, pero quiero decirte que siempre fui yo la que manejé el dinero, suponte en decirte bueno, estoy juntando para un frigidier, o sea, yo la que decidía en sentido de dinero, pero no, ahora también. Un poquito más. Yo tomo las decisiones sobre mi hijo mayor, yo tomo las decisiones sobre mi hijo más chico, sobre qué se va a hacer con el dinero.

M.V.: ¿Y eso no genera conflictos?

E.: No, para nada, él va, trabaja, me dice bueno fijate, tú sabes lo que tienes que hacer, listo, para nada.

M.V.: ¿Y otro tipo de decisiones?

E.: Bueno yo creo que eso tiene que ser mutuo. Por ejemplo en lo sexual si hay un día que yo no quiero, no tengo ganas, no hay problemas, bueno, listo.

En el análisis se observa que la distinción entre el dinero y los hijos no corre en este discurso puesto que es este tipo de usuarias señalan que son ellas las que organizan el dinero y las que toman las decisiones sobre los hijos. En el ámbito sexual, por su parte, las usuarias señalan que es algo mutuo, y que no hay obligaciones.

Ce32ca2hED2:

M.V.: ¿Cómo han sido las relaciones de poder entre tú y tu pareja? ¿Quién toma las decisiones?

E.: Hasta el día de hoy no sé quién las toma. Porque no porque de repente, o sea igual hay problemas en el matrimonio y todo, pero no sé quien tomará... o sea quién dice la última palabra soy yo siempre, pero igual él lucha por sus metas, por sus cosas, entonces igual, entonces yo también de repente cedo un poco. Pero casi siempre cedo más él que yo.

M.V.: ¿Cómo en qué cosas por ejemplo?

E.: Sobretudo con los niños, los permisos, de repente compras, cualquier cosa en ese sentido la que dice la última palabra soy yo. Pero a veces no más. Pero otras veces igual yo me cuestiono un poco y me digo, pucha siempre gano yo, entonces también tiene que decir él, decidir él. Así que ahí lo dejo que haga lo que quiere hacer.

M.V.: ¿Y esto siempre ha sido así, o ha habido cambios?

E.: Ha habido cambios porque antes por ejemplo luchábamos los dos contra el poder. Pero quien salió más ganando soy yo. Pero sí; él igual quería tomar sus decisiones, pero llegó alguien que igual lo atacaba po, lo atacaba un poco así que al final salí ganando. Es que al final se convenció que era ir contra la corriente, po, entonces al final cedió y ya se acostumbró a ceder.

Los discursos exponen la percepción de las usuarias de que en un principio en la relación, tanto ellas como sus parejas luchaban por tener el poder, pero que finalmente ellos cedieron, y ahora se acostumbraron a que ellas sean quienes toman las decisiones.

Finalmente, se encontró un tercer tipo de discurso, en que las usuarias perciben que las relaciones de poder son igualitarias al interior de sus parejas, tanto en el ámbito sexual, como en los otros ámbitos de la relación. A continuación se expone este tipo de discurso.

Na26so0hSA:

M.V.: Antes de que te inscribieras en el CRF, ¿cómo eran las relaciones de poder entre tu pareja y tú en lo sexual?

E.: No, los dos, súper conversado, si yo no quiero no importa, si él no quiere conversamos, entiendes, no hay como que él dice que sí ya, yo voy a la cama, es algo súper transversal, horizontal, no hay como alguien que manda más (...) Es igualitario; lo conversamos, si él quiere sí, si no queremos no importa, si uno no quiere, no importa, lo conversamos. La cosa de las pastillas, de tener hijos, lo conversamos los dos, es algo súper horizontal.

So30se1hCD:

M.V.: ¿Cómo son las relaciones de poder entre tú y tu pareja?

E.: Es una relación fifty- fifty. O sea, conversamos, él no manda más ni yo mando más. O sea es todo a medias, conversamos las cosas. Siempre nos pedimos la opinión, no hay una persona que tenga más genio, onda “yo mando”, no.

M.V.: ¿Y has tenido una relación en que pase eso?

E.: Nunca.

Las usuarias describen sus relaciones de pareja como “horizontales”, haciendo notar que no hay alguien que mande más o que tome más decisiones que el otro. Este tipo de discurso se encontró en siete de las entrevistadas, aunque no todas señalan que siempre han experimentado la misma forma de manejar el poder. Estos cambios fueron descritos por tres usuarias entrevistadas, y los atribuyen al ingreso de las mujeres en el mundo laboral, o a la evolución en la pareja. A continuación se analizan los discursos referidos a estas temáticas.

Pa29co1hSA:

M.V.: ¿Cómo eran las relaciones de poder entre tú y tu pareja?

E.: Él. Ahora están iguales, pero antes era más él, como él era el que me daba... Nunca a los golpes, pero hablaba fuerte, discutíamos mucho.

M.V.: ¿Y por qué eran las peleas?

E.: Muy pocas veces fueron por nosotros, generalmente fueron por cosas externas, y se acumulaban (...) Pero después eso fue cambiando, si teníamos peleas fuertes, cuando la chica tenía dos años, y al frente de ella, entonces era muy feo, se la tenían que llevar mis hermanos porque peleábamos a gritos...

M.V.: ¿Y cómo fue el cambio, que ahora tú me dices que está más igual la cosa?

E.: Bueno es porque yo empecé a trabajar, yo pienso, porque él me dijo que le decían “a esa nunca más la vas a sacar del trabajo, se va a poner mala”. Y él me dice que yo estoy mala, pienso yo que cuando las mujeres tenemos independencia económica nos ponemos más vivas, como que podemos arreglárnoslas; si él se va, yo me la puedo porque estoy trabajando. Por eso pienso, no sé. Ahora como que tengo más poder, puedo decir las cosas, no sé. Ayer se enojó conmigo porque yo le había hecho una comunicación a la Alondra y había escrito mucho “ruego” y me dijo “ruego acá y ruego allá, pa qué le ponís tanto ruego” y yo le dije “sabís qué, no me hables, no me hables, yo no te quiero escuchar. Porque yo te hablé en la tarde, y tú me hablaste de mala forma, después te volví a hablar, y me contestaste mal, así que ahora que tú me hablas, yo no te escucho”.

El análisis de discurso indica que las usuarias valoran comenzar a trabajar, puesto que 1) la independencia económica influye en sus capacidades para hablar con sus parejas de igual a igual, 2) las hacen tener más tema, y les da seguridad en caso de separación, y 3) les permite comprarse sus cosas y compartir los gastos, disminuyendo las discusiones sobre problemas económicos. En este sentido, el trabajo les puede otorgar a las usuarias mayor poder de decisión, les permite discutir de igual a igual y tener menos conflictos con sus parejas. Todo esto viene a corroborar el planteamiento del Feminismo Marxista, donde la capacidad productiva de las mujeres puede aminorar la subordinación de las mujeres en tanto ellas adquieren mayor autoridad y dejan de ser un “bien” más de los hombres- jefes de familia. Se puede señalar entonces que si el hombre es el único que trabaja, éste puede adquirir una autoridad económica que se traspasa a otros ámbitos de la relación, disminuyendo o limitando los ámbitos donde la mujer toma decisiones. Por el contrario, si los dos trabajan, se pueden aminorar las diferencias en términos de autoridad, y poder y transformar la relación en una de tipo más igualitaria.

Otro factor de cambio en las relaciones de poder descrito se refiere a la capacidad para conversar con la pareja:

An19so2hCD2:

E.: ...Es que en realidad es como súper loco... como que todo a gusto de él (...) como que si no se hacía lo que él decía, no se hacía nada.

M.V.: ¿Qué le decías?

E.: Es que él decía que él era el hombre, que él mandaba, y yo le decía que no, que si yo era mujer que también tenía que mandar y también tenía que poner mis reglas, pero él casi nunca las aceptaba así que no... Yo tampoco aceptaba las de él.

M.V.: ¿Y con el papá de tu segundo hijo, cómo eran las relaciones de poder?

E.: (...) Él mandaba, sí. Es que yo en realidad, igual que con el primero, decidí no aceptárselo; no podía estar al mando de él si él no estaba al mando mío, entonces no era de ninguno el poder que él quería tener.

M.V.: ¿Y ahora cómo manejas el poder con tu pololo actual?

E.: No, ahora somos de a dos. Suponte si vemos que algo no funciona, lo conversamos. Decidimos arreglarlo, pero conversando (...) los dos tomamos decisiones por igual. Igual de primera tuvimos sus ataos, pero decidimos conversar y seguir juntos.

M.V.: ¿Y qué crees que fue lo que él cambió?

E.: Que él me decía a mí que no me quería perder, cachai entonces yo le dije que si él no quería perderme, entonces las cosas van a ser de a dos, porque “si tú soy mi pololo y yo soy tu polola y las cosas tienen que ser de a dos porque las cosas no funcionan de a uno”. Y él optó por arreglar las cosas entre nosotros. Así que estamos bien igual, optamos por conversar las cosas.

M.V.: ¿Sientes que ahora fuiste más exigente o es porque él es diferente?

E.: Claro, es que ese fue el error que yo cometí por ejemplo con el papá de mi hijo, que yo no hablaba; me quedaba callada; él me decía algo, yo le decía que no, él que sí, y de ahí no salíamos. En cambio con él no, me dice: dime lo que sentís, lo que te pasa, dímelo. Y yo con él tengo más confianza, de conversar las cosas y de estar con él.

M.V.: ¿Y tú crees que en eso ha influido estar yendo a la matrona?

E.: Sí po. Porque igual con ellos, ellos son más adultos que uno entonces te conversan; sobre por qué la ruptura de los matrimonios, todo, entonces como que eso igual ayuda harto a mantenerte firme con una pareja.

Se destaca en el discurso que la usuaria experimenta un cambio en las relaciones de poder con los hombres debido a que ha transado más con ellos y ha decidido resolver los conflictos conversando. Se señala que en esto han influido los matrones porque tratan temáticas en torno a las relaciones de pareja. Así las usuarias pueden aprender a exigir más comunicación y mayor igualdad con sus parejas.

Conclusiones respecto del Objetivo Específico N° 4

Respecto de este objetivo, no se encontraron diferencias importantes en los discursos de las usuarias del CSFSJ con las del CANR. Por el contrario, se puede señalar que en ambos las conductas previas al CRF eran mayoritariamente no-preventivas en lo que se refiere al uso de métodos anticonceptivos y a las ETS. Las mujeres cuyos discursos exponen mayor responsabilidad en sus conductas sexuales previamente a los controles, han sido convencidas o incentivadas por figuras que representan autoridad para ellas, como la madre, la pareja, o Centros de educación especializados como CEMERA. En este sentido se encontró que la educación sexual otorgada por los colegios, si bien pudo entregar a las entrevistadas conocimientos sobre los métodos anticonceptivos o –en menor medida- sobre el funcionamiento del aparato reproductivo, no incluye la motivación a recurrir al uso de los servicios de salud con el fin de regular la fecundidad.

En cuanto a las conductas posteriores a la inscripción en el CRF, éstas han tenido cambios positivos ya que la mayoría de las usuarias comenzó a usar métodos anticonceptivos, incorporando el sentido de responsabilidad y constancia que implican, y la libertad que otorgan. Dos usuarias, sin embargo, a pesar de la asistencia a los controles no lograron impedir segundos embarazos no deseados. Otra usuaria mostró en sus discursos no haber cambiado sus conductas en relación con el uso de MAC, debido a olvidar tomarse las pastillas anticonceptivas.

En relación con el cuidado de las ETS, en ambos consultorios se encontró que las usuarias no muestran cambios en sus conductas debido al CRF, ya que ni antes ni después de inscribirse, han tomado medidas para prevenirlas. Las usuarias no piden exámenes de ETS a sus nuevas parejas, y no exigen el uso del condón para estos fines. De hecho, las usuarias asocian el uso del condón más para evitar los embarazos que las ETS.

Por otra parte, es posible realizar ciertas conclusiones en base a los discursos de las usuarias entrevistadas y las teorías expuestas en el marco teórico. Principalmente destacaron aquí dos teorías: la de Género y Sexualidad, y la del Feminismo Socialista. Con la primera se pudo identificar un “imaginario social”, con un universo de significaciones en torno a la sexualidad femenina y masculina, dentro del cual se distinguen dos tipos de sistemas de sentido; uno instituido, que norma las conductas sexuales, y otro instituyente, que propone nuevos organizadores de sentido y amenaza el orden establecido. Con el Feminismo Socialista, en tanto, es posible comprender la organización del patriarcado al interior de las relaciones de pareja, donde se constata que tanto la dinámica económica, como la sexualidad y la crianza de los hijos definen y reproducen la dominación de género.

La categoría de *sistema de sentido instituido e instituyente* de Castoriadis, revisado en las Teorías de Género y Sexualidad, resulta muy adecuado para interpretar las distintas significaciones sociales asociadas a la sexualidad. Se obtuvo con respecto al discurso de quince usuarias entrevistadas, que éstas viven y valoran la sexualidad aparejada al amor, constituyéndose éste como un discurso *instituido*, en que la sexualidad se explicita y legitima siempre y cuando esté circunscrita a la relación de pareja. Como discurso *instituyente*, en cambio, se encontraron nuevos elementos que amenazan la organización de sentido instituida, referidos a la disociación de la sexualidad del amor, donde el placer individual es el valor que legitima la sexualidad. Este tipo de discurso se encontró en una usuaria, que también constituye una excepción en el total de las entrevistadas con respecto a la infidelidad, identificándose a sí misma como una “mujer infiel”.

Así, dentro del sistema de sentido instituido, las relaciones sexuales antes del matrimonio son aceptadas y valoradas, bajo el requisito de conocer bien a la pareja. Sin embargo estas actitudes cambian en cuanto a los requisitos que se plantean a sí mismas. Por un lado, se encontró en los discursos algunas usuarias que indican cierta edad ideal para comenzar la vida sexual, en contraste con las usuarias más jóvenes que no hacen referencias al respecto, y señalan, en cambio, la importancia de prevenir los embarazos. Por otra parte, algunos discursos enfatizan en el nivel de compromiso y las proyecciones a futuro que requiere una relación para llevar la sexualidad. Finalmente, otros discursos se refieren más al número de parejas sexuales que se ha tenido, señalando que “es feo” tener varias parejas en la vida. Junto a esto, la infidelidad es percibida por las usuarias como algo muy negativo, y se la entiende como un síntoma de una mala relación, dando cuenta de una indiscutible concepción monogámica de la sexualidad humana. Acá se encontró diferentes actitudes con las parejas por parte de las usuarias, puesto que

mientras unas señalan que quisieran saber en caso de que la pareja sea infiel, otras distinguen entre la infidelidad ocasional, que no afecta a la pareja, de la permanente, la cual implica el fin de la relación.

La convivencia es aceptada y percibida como positiva por trece de las dieciséis usuarias entrevistadas. Se señala entre sus aspectos positivos que permite un mayor conocimiento de la pareja, que facilita la situación en caso de separación, e incluso se la percibe como un paso obligado para el matrimonio, constituyendo una prueba de compatibilidad en la pareja. En este sentido, es posible señalar que aquí también aparecen nuevos elementos instituyentes, ya que, a diferencia del discurso tradicional, la convivencia y las relaciones prematrimoniales representan un requisito para el matrimonio, y no al revés. Además se plantea que el matrimonio, como papel firmado, no implica un nivel mayor de compromiso o de amor que la convivencia, puesto que el éxito de la relación no depende de un contrato.

Por su parte, las tres usuarias restantes, señalan en cambio, que han tenido malas experiencias personales con la convivencia, y la consideran negativa. Esto lo explican por dos motivos: porque han sufrido con la desilusión de la separación, o porque perciben que son juzgadas socialmente ya que el resto puede sospechar que el hombre tiene otra familia. En este sentido, existe la percepción de que la convivencia tiene un status social menor que el matrimonio por ser poco confiable y no asegurar la exclusividad sexual. A pesar de esta concepción negativa, estas usuarias señalan también que no juzgan a quienes conviven puesto que perciben que es decisión de cada pareja.

El matrimonio, se percibe como lo mismo que la convivencia en términos de calidad de relación de pareja, aunque existen algunas diferencias que varían en los discursos. Por ejemplo, algunas entrevistadas enfatizan en los beneficios económicos que se obtienen con el matrimonio, otras se refieren a la estabilidad y oportunidades de los hijos, y otras limitan la diferencia al rito de la ceremonia. De todas formas, es posible afirmar que el matrimonio, como única institución que regula y legitima la sexualidad, no aparece en ningún caso como parte de la práctica ni de los valores de las usuarias entrevistadas.

En relación con las normas sociales, se encontraron dos aspectos que rigen e influyen en las actitudes y valores observados en las usuarias: la religión y la opinión del resto de la sociedad. La religión, como se detectó, puede influir en la actitud hacia la convivencia debido a que constituye un pecado, y generar culpa y miedo ante un posible castigo divino. También se encontró que la religión define la actitud hacia el aborto y la Píldora Anticonceptiva de Emergencia, ya que se percibe que los humanos no deben desperdiciar la oportunidad que otorga Dios de ser madre. Esto puede ser interpretado como una variación del tipo de proyecto reproductivo “primacía de lo natural” de Valdés, ya que se permite el uso de anticonceptivos, pero se sanciona cualquier intervención humana posterior a la “decisión” percibida como divina o de la Naturaleza.

En los discursos de seis usuarias, en cambio, se observó que a pesar de que éstas se definen como creyentes, tienen actitudes de desacuerdo con las normas religiosas y sus conductas dicen relación con este desacuerdo.

Otra norma social que se desprende con el análisis de los discursos, se refiere a la opinión del resto de las personas, puesto que algunas usuarias señalan cuidar su reputación y preocuparse por

“el qué dirán”. Acá las conductas normadas dicen relación con la edad para iniciar la vida sexual, en tanto se percibe que serían sancionadas socialmente si las descubrían buscando métodos anticonceptivos (en la farmacia o el consultorio) siendo menores de edad. También se reveló que el número de parejas sexuales para las mujeres es normado socialmente, produciendo que las entrevistadas evitaran tener varios pololos en sus vidas, o se presentaran con ellos en público. Además se percibe que la sociedad juzga y sanciona la convivencia ya que ésta puede implicar infidelidad, que es también una conducta percibida negativamente y rechazada por las entrevistadas y las personas que las rodean. En este punto cabe señalar que dentro del discurso *instituyente*, es posible afirmar que las mujeres que disocian el amor del sexo presentan menor preocupación por la opinión y sanción social, ya que se señala que es un tema personal donde nadie tiene derecho a entrometerse.

Se encontraron además usuarias que perciben que hay normas impuestas por autoridades de salud en relación con la tasa de natalidad, puesto que se señala que los doctores removían la T de Cobre en las mujeres sin avisarles, lo que provocaba desconfianza hacia este tipo de MAC y hacia los funcionarios de la salud. Otras usuarias, en cambio, señalan que en Chile no hay normas legales puesto que se pueden tener los hijos que se desean. Cabe precisar, eso sí, que un factor socio cultural que se percibe como decisivo en las conductas reproductivas, es el factor económico, en tanto los bajos recursos impiden tener más hijos, y al mismo tiempo, en algunas usuarias, justifican el aborto.

Respecto a otros factores socioculturales que se encontraron, son: la familia, en la medida que otorga valores respecto de la sexualidad; las experiencias de separación, que determinan una actitud escéptica hacia el matrimonio; y experiencias de abuso sexual, que pueden derivar en una completa disociación de la sexualidad con el amor.

En la relación entre los géneros, se distinguen dos ámbitos principales donde se percibe que hombres y mujeres tienen diferentes roles: la maternidad y la sexualidad. También se encontraron discursos que señalan que hombres y mujeres son iguales y que no debería haber diferencias, de modo que existen dos tipos de discursos principales; uno que afirma y reproduce la desigualdad y la opresión de género, y uno que las critica.

El tipo de discurso que distingue roles diferenciados para un sexo y otro en la maternidad, se refiere a que las usuarias se encargan de la educación y crianza de los hijos, mientras sus parejas trabajan y deciden en torno al dinero. Esta percepción de que los hijos son un ámbito de exclusiva responsabilidad de las mujeres, exime a las mujeres de trabajar, lo que puede generar inseguridad y miedo por las dificultades económicas que podría traer una eventual separación. Esto aumenta con el número de hijos, ya que las usuarias perciben que con más hijos sería más difícil conseguir dónde quedarse y alguien que los cuide. En este sentido, se puede concluir que las mujeres que dependen económicamente de sus parejas pueden sentirse desamparadas en caso de separación, lo cual implica menor capacidad de decisión respecto a la relación de pareja. Esto es interpretado por el Feminismo Marxista como un problema inherente al sistema de clases, donde la familia, constituida por una cabeza con la totalidad de la autoridad, asegura la desigualdad de poder y su reproducción. La maternidad, en la medida en que es la exclusiva labor de las mujeres, sin que ellas tengan capacidad de decisión sobre el dinero, puede implicar un factor de dominación del hombre sobre la mujer, y fundamentar entonces una relación desigual de poder.

Además, se encontraron discursos en que las entrevistadas asocian el rol de toda mujer a la maternidad como el gran anhelo y lugar de realización personal, como su “naturaleza intrínseca” para la que ha nacido. En los hombres, en cambio, este anhelo se puede encontrar, pero no en todos, y no se percibe que sea parte de su naturaleza. Este tipo de discurso, entonces, tal como lo afirma Rodó en 1987, define que la maternidad es la situación donde la mujer encuentra la máxima cercanía con su autoidentificación ideal, y constituye el único espacio exclusivo y propio a la condición de mujer. Se encontró además que la percepción de que la mujer, con su anhelo maternal intrínseco, asume más responsabilidades en torno a la reproducción, de modo que escoge mejor a su pareja, “piensa más las cosas”, y pone más requisitos para la actividad sexual. Así, se atribuye también a las mujeres, la preocupación casi exclusiva de la prevención y el uso de los métodos anticonceptivos. Se revela, entonces, que la asociación exclusiva de la mujer con la maternidad, puede generar desigualdad de género en el ámbito de las tareas y responsabilidades en torno a la sexualidad.

La sexualidad de hombres y mujeres, desde el discurso de algunas usuarias, se percibe en forma diferente respecto al deseo sexual, bajo la concepción de una naturaleza “animal” masculina. Se señala que mientras las mujeres deben cuidar su cuerpo y su reputación, no “entregándose” a muchos hombres, los hombres pueden tener las mujeres que quieran porque “están hechos para eso”, y que si bien ellos deben respetar su cuerpo al igual que las mujeres, las usuarias no se ha planteado porqué al ser mujeriegos, éstos no estarían faltándole el respeto a su cuerpo. En este sentido, se observa que los hombres tienen un rol sexual distinto al de las mujeres, en tanto se les permite tener más mujeres, y se le exige menos respecto a su fidelidad. Existe una sanción social hacia las mujeres en la medida en que exhiben un cuerpo y una conducta erotizados; su sexualidad debe limitarse al interior de la pareja, y entre paredes. Para los hombres, en cambio, la sexualidad es externa y pueden demostrarla en público sin ser sancionados.

Esta naturaleza animal de los hombres se acompaña de la percepción de que ellos buscan en el sexo diferentes cosas que las mujeres. Así algunas usuarias perciben que los hombres presentan menos requisitos para llevar a cabo el coito, y que las mujeres necesitan más intimidad, y sentirse queridas y no utilizadas “como una silla”. Esto revela que se mantiene el discurso instituido planteado por Sharim, et. al. (1996), donde la sexualidad femenina se vive legitimada por el amor, constituyendo éste una fuente de placer en sí mismo, y permitiendo explicitar la actividad sexual y el placer. Los hombres, en cambio, viven su sexualidad escindida del amor, asociándola principalmente al placer y no a lo romántico.

Por otro lado, en los discursos se señalaron situaciones en que las parejas de las entrevistadas buscaban que ellas tuvieran más hijos, asegurando de este modo que permanecieran en el ámbito privado, evitando que trabajaran y pudieran ser infieles, desde la idea de que al trabajar, esta posibilidad aumenta. En este sentido, se encontró que las Teorías de la Opresión de Género, y el Feminismo Socialista en particular, explican mejor la situación de las mujeres que las Teorías de la Desigualdad de Género, ya que la opresión de las mujeres por parte de los hombres aparece como un acto deliberado de en función de sus intereses en el control y sumisión de las mujeres y sus cuerpos.

Sin embargo, también se desprende de los discursos un tipo de relación de género percibido por las usuarias en que se viven los roles de madre y padre en forma igualitaria. Además se observó que en estos casos tanto la sexualidad de los hombres como de las mujeres era explicada a través

de la misma necesidad biológica, de modo que se criticaban las visiones desiguales con respecto a la vivencia de la sexualidad. Se señala que la sociedad se equivoca al atribuir a los hombres el derecho de tener más parejas sexuales y de ser infieles sin las mismas sanciones que las mujeres.

Dentro de este discurso, destaca una entrevistada argentina que señala que la cultura chilena es especialmente machista, y critica la idea de “la naturaleza” de uno y otro sexo. Esto ha significado un intento por cambiar la percepción de su pareja en los roles atribuidos culturalmente, actitud que se corresponde con lo planteado por De Barbieri. En este sentido la autora señala que a la idea de una naturaleza de ser hombre o de ser mujer no permite entender las diferencias culturales y menos modificar la situación subordinada de las mujeres. Por el contrario, la conciencia de las diferencias culturales en los roles atribuidos a cada sexo puede incentivar a que las mujeres exijan a sus parejas abandonar las concepciones desiguales de poder y derechos entre los sexos.

En cuanto a la toma de decisiones y el manejo del dinero, se puede agrupar a las usuarias según el tipo de relaciones de poder que describen en su experiencia de pareja; las diferenciadas, las de dominio y las igualitarias. **Las relaciones diferenciadas**, que corresponden a tres de los casos investigados, serían aquellas en que se separan dos ámbitos de dominio; se percibe que la mujer es la que toma las decisiones al interior de la casa y con los hijos, y el hombre toma las decisiones que tienen que ver con el dinero y el trabajo. En este tipo de discursos se encontraron diferentes grados de dominación por parte de los hombres, ya que algunas usuarias se sienten conformes con esta forma de equilibrar los poderes, pero otras se sienten inseguras o sienten que han tenido que dejar de lado el trabajo para atender a los hijos. En este último caso, son las parejas quienes deciden que las entrevistadas se queden en casa a pesar de que ellas quisieran trabajar, de modo que ellas toman las decisiones en el ámbito privado, pero bajo la decisión del hombre, puesto que él decide traspasarles ese poder. **Las relaciones de dominio** son las descritas por seis usuarias, donde se señala que es uno de los dos en la pareja quien toma todas las decisiones, ya sea respecto de la casa, del dinero o de los hijos. Se señala que si bien el sujeto dominante toma en cuenta la opinión del otro, de modo que no se sienta pasado a llevar, son ellos o ellas quienes tienen la última palabra. Finalmente, las **relaciones igualitarias** son descritas por las usuarias como horizontales y donde ninguno de los dos manda porque se piden las opiniones mutuamente. Aquí se puede situar a siete de las dieciséis usuarias entrevistadas.

Otro punto que surgió respecto a la toma de decisiones, fue el cambio percibido por dos usuarias respecto a las relaciones de poder con sus parejas. Un motivo de cambio descrito es el ingreso al mundo laboral, que conlleva mayor capacidad de discusión de igual a igual con la pareja, mayor confianza en sí misma, y menos problemas económicos, todo lo cual, como indica el análisis de discurso, puede transformar una relación de dominio en una igualitaria. El segundo motivo se refiere a las conversaciones con las matronas, que pueden ayudar a las usuarias a mantener mejores relaciones de pareja, en tanto aprenden a conversar sobre sus sentimientos, y esta mejoría en la comunicación permite tomar las decisiones en conjunto y buscar el consenso para resolver los conflictos. En este sentido, el CRF puede resultar muy positivo para las usuarias en términos de la construcción de pareja.

Finalmente, cabe concluir que los tipos de discursos expuestos confirman la necesidad de ampliar el análisis de la desigualdad de clases al de un conjunto de desigualdades sociales interrelacionadas, como lo plantea el Feminismo Socialista. Las condiciones materiales, en su

concepción ampliada, generan una ideología y una subjetividad compartidas que permiten mantener un *sistema polifacético de dominación*. Tanto la maternidad, la sexualidad, como la división del trabajo, en la medida que constituyen desigualdad entre los sexos, deriva en muchos casos en relaciones de poder asimétricas. En este sentido, se revela que la idea de maternidad como único y principal espacio de realización femenina, la percepción de naturalezas sexuales diferentes para hombres y mujeres, la división sexual de las labores del hogar y del trabajo, constituyen innegables fuentes de poder que generan y reproducen la subordinación y opresión femeninas. Estas fuentes de poder, sean utilizadas o no en forma conciente por los hombres, pueden mermar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en tanto tienen menor capacidad de decisión, de manejar y negociar los conflictos y de independizarse si así lo desean. De esta manera, al ser el concepto de poder el que cruza todas las temáticas abordadas en este capítulo, surge la necesidad de buscar mecanismos de empoderar a las mujeres, para que en forma individual o colectiva, busquen en sus propias vidas relaciones de pareja más igualitarias.

Objetivo Específico N° 5

- Conocer y comparar la percepción de las usuarias respecto a la difusión, funcionamiento y calidad de la atención del Control de Regulación de Fecundidad en los dos consultorios estudiados.

A. CENTRO DE SALUD FAMILIAR SAN JOAQUÍN

1. Difusión y funcionamiento

Como se anotó en el Objetivo Específico N° 3, cinco de las ocho entrevistadas saben o deducen los significados de los conceptos de Regulación y Fecundidad, mientras otras tres se declaran ignorantes frente a la pregunta. Es probable que el rótulo de esta actividad no sea usado, en tanto no todas las usuarias conocen el significado de sus palabras. Además, se observó que las usuarias hablan de “ir a la matrona” o “ir a los controles”, no distinguiéndose como una actividad que forma parte de un Programa de salud del cual son usuarias. A nivel de lenguaje, entonces, es posible señalar que la difusión del Control de Regulación de Fecundidad (CRF), del Programa Salud Mujer, no es completa para todas sus usuarias actuales.

Además se encontró que cuatro usuarias entrevistadas, llegaron al CRF para controlar su embarazo, y una luego de haber sido derivada desde el hospital después de dar a luz. De manera que se puede concluir que el uso del CRF en el CSFSJ por parte de la mayoría de las entrevistadas comenzó cuando ya habían tenido una gestación, y por lo tanto, la mayoría comienza a regular su fecundidad luego de haber tenido un hijo. Esto concuerda con el análisis obtenido con las fichas médicas (Objetivo Específico N° 1). Así, tres de las usuarias comenzaron a ir al consultorio antes de una primera gestación, sin embargo, dos de ellas se embarazaron sin desearlo tiempo después, de modo que aunque estas usuarias conocieran la existencia del CRF con antelación a su primera gestación, se puede señalar que éste no cumplió su objetivo de instruir a las mujeres en la planificación de los embarazos. Este tipo de discurso se presenta a continuación.

Ja20co2hCD:

M.V.: Me estabas diciendo que ibas donde la matrona, pedías hora, y ahí te atendían. Después tienes que estar yendo de nuevo, ¿cómo es eso?

E.: Después la matrona te ve, te revisa, te hacen exámenes, o sea. Porque yo me acuerdo que yo fui donde la matrona, primero fui a pedir pastillas. La primera vez, fui, me revisaron, ya, me dieron pastillas, y de ahí ya fui cuando estaba embarazada.

M.V.: La primera vez que fuiste, ¿fuiste sola?

E.: A cuidarme... fui sola, porque mi mamá no sabía. Si se llevó la media sorpresa cuando le dije que estaba embarazada, no pero fui sola. No, con una amiga, con mi mejor amiga. Ella me acompañó. Y después yo la acompañé porque estaba embarazada. Y después ella me acompañó porque yo estaba embarazada. Súper loco. Si el niño nació en enero y el mío en mayo, o sea... y cuando quedó embarazada “oy que soy tonta, pero cómo se te ocurre” y a los pocos meses, “estoy embarazada”, “¡viste, yo te dije!”

Como se observa en el discurso, a pesar de que las entrevistadas se inscriben en el CRF antes de embarazarse, no logran planificar sus embarazos. En este sentido, se puede señalar que, al parecer, la información y educación entregadas durante la primera consulta con las matronas no siempre resultan ser suficientes.

Sólo una de las entrevistadas no ha tenido ningún embarazo no planificado, ni antes ni después de haberse inscrito en el Control. Sin embargo este tipo de discurso coincide con los expuestos por usuarias que asistieron a CEMERA, y que a su vez tienen educación universitaria. En este sentido, se puede señalar que probablemente el CRF cumple mejor sus objetivos en usuarias que tienen un nivel educacional mayor, y/o más experiencia con la temática de la regulación de la fecundidad.

El análisis de los discursos reveló además que cinco usuarias entrevistadas sabían que tenían la posibilidad de asistir a la matrona en el consultorio desde antes de su primer embarazo, como se observa a continuación.

An18so1hCD:

M.V.: ¿Alguna de tus amigas iba a la matrona sin estar embarazada?

E.: Sí, pero una iba porque tenía otro tipo de problemas, de los ovarios, así, y ahí se aprovechó de ver de lo de tener relaciones. Y otra que tenía hermana grande y tenía confianza con las hermanas, entonces las mismas hermanas le explicaban y hasta le daban cosas pa cuidarse. Condomes.

M.V.: ¿Cómo crees que podrías haber ido al consultorio, con la matrona antes de que te embarazaras?

E.: Bien fácil, tendría que haber ido a pedir hora, la matrona me hubiera empezado a ver y listo.

M.V.: ¿Tú sabías que existía esto?

E.: Yo estaba conciente de todo, no lo hice no más, porque sabía que había que ir, pedir hora y listo, que me iba a dar las pastillas y todo.

M.V.: ¿Cómo te enteraste de que existía esto?

E.: Es que uno misma escucha o, una de mis compañeras llegó diciendo que a la hermana le habían regalado como 200 condones, y se sabe, los papás de repente hablan, si uno sabe, de repente se demoran en dar las horas, pero hay de todo.

En el análisis de discurso se observa que tres usuarias se informan de la posibilidad de ir a la matrona por las amigas, y dos lo hacen por familiares. Las otras tres entrevistadas restantes señalaron que no sabían que podían asistir a la matrona con anterioridad a sus embarazos. En este sentido, se puede señalar que si bien el CRF logra difundirse entre la población, las usuarias se enteran de él por sus grupos de pares o familiares, y no hay una red de difusión formal y permanente respecto de su existencia.

Con respecto al nivel de uso del CRF, las usuarias señalan que van lo justo y lo necesario al consultorio, e incluso algunas concurren sólo a la matrona y no a otro tipo de atención, como se ejemplifica en los siguientes discursos.

Ma33ca2hCD:

E.: ...Incluso no lo frecuento tanto por enfermedad sino que más por los controles porque he tenido la suerte de que no pasan tan enfermas (las hijas). Entonces tanto visitarlos, no sé, no sé tanto cómo es el funcionamiento de extensión, no sé. Solamente voy a los controles.

Da32co1hCA:

E.: ...yo tomaba pastillas, iba una vez al año a la matrona, porque eso no más controlan, lo demás te dan pastillas para todo el año. Y nunca mayormente te hablaban, si ibas a tener problemas a futuro, si estaba buena la edad para tener hijos, por lo menos a mí no me hablaban; me revisaban, me daban las pastillas para el año y nada más. Nunca tomé asunto tampoco, porque uno va lo justo y lo necesario al policlínico.

Pa29co1hSA:

M.V.: Me contabas que habías ido a la matrona por una amiga, ¿ella cómo lo conoció?

E.: Porque ella se controla siempre. Llegó y me dijo ya, vamos temprano tal día, y me pasó a buscar y nos fuimos para allá. A hacernos la ficha, porque yo tampoco me atendía en el consultorio. Y era gratis. Yo no voy al consultorio, de hecho, nunca me he enfermado grave, pero cuando me enfermo voy al particular.

M.V.: ¿Y por qué no al consultorio?

E.: Por que no me gusta la atención de los médicos. No voy para allá, siempre al final estás resfriado, y te da clorfenamina, paracetamol, y si no, el antibiótico es eritromicina. Siempre lo mismo, y no te sirve, entonces pierdes tiempo; horas y horas ahí y no sirve. A parte que me molesta un poco la gente que va ahí; va gente cochina, de hecho una vez mi papá fue, estuvo horas haciendo una fila para pedir una hora en la tarde, y a la hora que llegan los médicos, llegan todas las mujeres con ojeras, recién levantadas, con el pelo chascón, no sé si lavadas o no, con sus guaguas cochinas, feas, con los mocos colgando, todo así y las atienden primero, porque llegan con las guaguas. Por eso yo llevo a mi niña a otro doctor, al Ezequiel, una doctora que nos atendía a nosotros también.

En los discursos se observa que las usuarias concurren al consultorio lo menos posible, lo cual podría estar influyendo en una serie de desconocimientos, como el funcionamiento en los horarios de extensión o en la posibilidad de pedir horas por teléfono. Se detecta además que las usuarias perciben que la comunicación con las matronas es poca, y las consultas son descritas como un trámite que hay que realizar para obtener las recetas de las pastillas anticonceptivas. Esto se puede interpretar como un problema al interior de la consulta, en tanto, al parecer, no se estaría promoviendo la asistencia de las usuarias al consultorio. También se observan en los discursos otros factores que influyen en la inasistencia a los doctores del consultorio, como la escasa gama de medicamentos que se percibe que recetan, la higiene y presentación de otras usuarias, o la preferencia que dan a las usuarias que van a atenderse con los hijos, sin respetar el orden de llegada. Estos factores, que en los discursos aparecen como defectos del consultorio, podrían influir en un bajo nivel de uso del CRF, ya que el ambiente donde éste se otorga, y otras actividades de los Programas de Salud del consultorio, son percibidos como desagradables o ineficaces por parte de las mujeres.

Respecto al funcionamiento, en los discursos se enfatiza en diferentes aspectos del CRF. Algunas usuarias, por ejemplo, destacan la atención que reciben en la primera consulta, como se constata a continuación.

Na26so0hSA:

M.V.: ¿Cómo funciona?

E.: Primero te hacen un diagnóstico, un diagnóstico bien completo me hicieron, me tomó eso sí una practicante, me tuvo hartos rato, me explicó los métodos anticonceptivos, las enfermedades venéreas, me revisó entera, entera, entera. Me explicó qué métodos existían, que si tomaba o no pastillas, si tenía hijos o no, me dio como una clase bien buena, me revisó, y me dijo lo que podía seguir, como ya estaba tomando pastillas, me dijo que fuera periódicamente al consultorio, y ahí me iban a revisar. Y después te hacen un chequeo periódico por lo que a ti te detectaron. A mí la primera sesión me hicieron un examen de sangre, a ver si tenía alguna enfermedad venérea, y como no tenía nada, después fui al asunto de las pastillas solamente. (...) Así que me dijeron, como yo puedo comprar las pastillas, que fuera como una vez al año al consultorio, que estaba todo bien.

En los discursos se valora que las matronas se tomen tiempo para informar sobre los MAC y las ETS. Se observa un funcionamiento donde la mayor información se concentra en la primera consulta, lo que continúa con un período de exámenes, y luego se sigue asistiendo periódicamente. Resulta valorado y útil distinguir etapas en las consultas; la primera etapa de información y examinación, y la segunda para comenzar un tratamiento anticonceptivo y mantenerlo. De esta manera, el hecho de indicar a las usuarias que están asistiendo a una

actividad especial que forma parte de un Programa de salud, y no a una consulta médica más, podría ayudar a que las mujeres comprendan que primero deben informarse para luego comenzar un tratamiento anticonceptivo, que requiere del uso de los conocimientos aprendidos.

Por otra parte, en los discursos se encontró que las usuarias hacen hincapié en la importancia de la comunicación telefónica con el consultorio.

So30se1hCD:

M.V.: ¿Cómo funciona esto de ir a la matrona?

E.: Acá el tema es ir en la mañana, pedir su hora. La matrona te atiende, te hace exámenes, y ahí te diagnostica algo, acaso si estás preocupada de que estés embarazada, te hace los exámenes pertinentes y después los vas a buscar y ahí te dice, te va tratando de a poco pero es buena la atención, yo no he tenido ningún problema, para nada, un siete, yo de repente no voy y me llaman para ir. Es que yo de repente no tengo tiempo, entonces me llaman y me dicen sabe que tiene que venir a la matrona, y ahí voy po. Si me siento mal igual voy, pero yo no he tenido ningún problema, por lo menos yo no.

Si bien las entrevistadas parten advirtiendo que es necesario llegar temprano a pedir hora, señalan que el CRF funciona muy bien, que no han tenido problemas, y valoran que las llamen por teléfono cuando faltan a los controles. Otros discursos, en cambio, apuntan a lo contrario, como se hablando observa a continuación.

Pa29co1hSA:

E.: ...Yo me lo he hecho todas las veces (el PAP), y hay veces que ni siquiera han sabido que me lo he hecho porque no sé, pierden las fichas, no sé qué. De hecho la última vez que me lo hice, fui al control que tenía y te dicen “venga al mes después de hacerse el examen a buscar sus resultados”. Yo pienso que si uno tuviera malo el PAP, ellas avisan. Por eso no me preocupé. Pero fui al año y la matrona me dice “está malo el PAP”, y me asusté porque podía tener cáncer, es que mi familia ha tenido cáncer. Y me dice “no, fue muy poca la muestra”, pero al año después me dijeron. Ni siquiera un llamado. Yo tampoco voy mucho, voy cuando puedo, pero pienso que me podrían haber llamado.

En el discurso se critica que el personal del consultorio no avise cuando los exámenes son mal tomados, porque esto puede implicar riesgos en la salud de los pacientes. Las usuarias valoran la información y que las llamen para recordarles la asistencia a Control, y lo perciben como una preocupación por ellas de parte del consultorio. En este sentido, se puede afirmar que como a las usuarias no les gusta ir al consultorio más que “lo justo y necesario”, la comunicación telefónica permite resolver dudas y darles mayor seguridad con respecto a los exámenes, los métodos anticonceptivos y las horas médicas.

Otras usuarias describen como parte del funcionamiento la separación por sectores que se hizo en un momento dado. Una usuaria señala que no ha informado su cambio de dirección para no cambiar la matrona que la atiende, porque la actual le gusta y ya está acostumbrada. Se puede concluir entonces, que el funcionamiento por sectores, por un lado, no resulta infalible para todas las usuarias, y por otro, implica un cambio que algunas entrevistadas prefieren no adherir.

2. Calidad de atención

Los discursos de las usuarias entrevistadas del CSFSJ, contienen observaciones tanto positivas como negativas sobre la calidad del Control de Regulación de Fecundidad, las que resultan muy interesantes para su evaluación. Entre los aspectos positivos que se destacan, se puede señalar

que en general se percibe en los discursos que la calidad de atención es buena, y le ponen buenas notas al CRF de este consultorio. Los siguientes son extractos de los discursos con referencias positivas.

Ma33ca2hCD:

M.V.: ¿Cómo te parece que es la calidad de la atención?

E.: Bueno. A mí me gusta porque da confianza, da tranquilidad, por lo menos en mi caso pregunto qué me pasa con esto, qué me va a pasar, incluso por ejemplo uno siempre cuando va, te dan a elegir el tipo de tratamiento que uno quiere, si quieres pastillas, entonces yo prefiero el DIU, entonces ella me explicó, lo que me iban a hacer, incluso me hizo un dibujito, me dijo cómo iba a funcionar, entonces en ese sentido me da bastante tranquilidad, y no, es amorosa, sí me gusta.

Na26so0hSA:

M.V.: ¿Y por qué vas a ese consultorio si no es el que te corresponde?

E.: Es que mi papá se atiende con una doctora que atiende allá; entonces como mi papá se atiende allá, nosotros vamos para allá y encuentro que es súper bueno, encuentro que atienden mejor que en Fonasa, en Isapre, porque te atienden más rápido, te explican, te ven, no hay que hacer cola, fila, te dan una hora, a lo más esperas 15 minutos, dan los remedios, es súper bueno.

M.V.: (...) ¿Hay algo más que crees que sea importante contarme?

E.: Ese consultorio lo encuentro excepcionalmente bueno, no creo que todos los consultorios sean así. De hecho he ido a otros, acompañando a la abuela de mi pololo, son horribles, espantosos, pero ese no sé que tiene, que es súper bueno, incluso está como pintadito, está limpio, hay letreros, no hay que hacer fila, no hay que hacer colas, bueno, algunos programas sí, pero estos que yo he ido, no.

Tomando en cuenta todos los discursos, se pueden agrupar los siguientes aspectos del consultorio evaluados por las usuarias entrevistadas como lo positivo del CRF:

- La confianza que dan los profesionales.
- La posibilidad que dan para aclarar las dudas.
- La información que otorgan.
- La tranquilidad que les hacen sentir.
- La limpieza del lugar.
- La puntualidad en la atención.
- El tiempo y dedicación otorgados en la consulta.

Junto a la información recogida y analizada a través de los discursos, se aplicó a las usuarias una encuesta para evaluar diferentes áreas del consultorio (ver anexo N° 2). Así, se obtuvo que las usuarias ponen un 6,2 como nota promedio al CRF en general. Seis usuarias le pusieron notas entre 6 y 7, y las razones se exponen a continuación.

- 7,0: “En mi caso resulta bien”
- 6,0: “Porque ponen afiches, dibujos y cosas. Pero hay gente que no le interesa leer. Por eso es el 6,0, porque faltan cosas un poco más llamativas que los afiches.”
- 7,0: “Porque las matronas se preocupan del paciente y entregan información sobre diferentes enfermedades sexuales, también es bueno que se preocupen de la asistencia a la matrona.”
- 6,3: “Se preocupan mucho por uno, en todos los aspectos, pero podrían dar mayor variedad en la elección e información sobre distintas pastillas anticonceptivas.”
- 7,0: “Porque ponen lo mejor de sí para ayudarte.”

- 6,5: “Me gustaría que hubiera más confianza y un poco más de dedicación.”

Todos estos aspectos positivos se pueden agrupar en cuatro dimensiones que para las usuarias resultan relevantes en la consulta médica. Primero, la importancia de la matrona; que de confianza y permita sentirse cómoda en la consulta. Segundo, la información; en tanto se valora que se explique las alternativas de MAC, sus ventajas, y también los riesgos de las ETS. Tercero, el tiempo; se valora que las matronas atiendan harto rato y que no haya que esperar tanto para ser atendido. Finalmente, también se señaló la importancia de la infraestructura, donde el consultorio se percibe y valora por estar pintado y limpio.

Específicamente respecto de las matronas, también se encontró en los discursos que la percepción general de las usuarias es positiva. Se valora la preocupación que muestran por las usuarias para que puedan resolver sus dudas y se informen.

Da32co1hCA:

M.V.: ...la matrona es súper buena, tú vas en horario en que no te toque atención y ella te responde, te atiende, yo me hice la ecografía ayer, y ella está de vacaciones, yo tengo fecha para ir donde ella a fin de mes, pero me dijo que si yo tenía algún problema antes ningún problema, que fuera, hablara, ella te atiende, te escucha, es súper buena la matrona.

Pa29co1hSA:

Con ella yo la encuentro como bien... encuentro que es simpática. La encuentro que igual es directa así. De hecho me ha retado porque una vez se me perdieron me atrasé con la pastilla como en dos días y me dijo “pero cómo es posible que hagai eso oye, imagínate quedai embarazada”, qué se yo, y no es joven, pero ella te trata como bien jovial. Y me gusta. Además es suave, me explica, te voy a revisar, si tienes alguna molestia me avisas, te voy a tocar los pechos, te voy a examinar, tú me avisas si te duele, o te molesta...

En el análisis de discurso se observa que las usuarias valoran diferentes aspectos de la matrona, como la disponibilidad de tiempo y la sinceridad. Tomando en cuenta todos los discursos y todas las encuestas aplicadas, se obtuvo que las usuarias valoran los siguientes aspectos de las matronas:

- Que respondan las dudas aunque no tengan citas (den la posibilidad de ir a hacerles preguntas)
- Que sean simpáticas.
- Que sean directas y señalen cuando las usuarias no están siendo responsable con sus deberes.
- Que sean suaves, delicadas.
- Que expliquen lo que van a hacer antes de hacerlo, y vayan preguntando si las usuarias tiene molestias.
- Que conversen y expliquen las cosas como amiga.
- Que expliquen ventajas y desventajas de los diferentes métodos anticonceptivos.
- Que se den el tiempo de explicar y resolver todas las dudas.

Se puede señalar que hay tres aspectos que las usuarias valoran de la atención de la matrona. Primero, que las atienda con cuidado para no causarles molestias, segundo, que les converse con confianza, en forma clara y abierta, y tercero, que esté disponible para resolver dudas y atienda durante harto tiempo.

Por otra parte, también se encontraron algunos aspectos negativos de la calidad de la atención en los discursos analizados, como se constata a continuación.

Da32co1hCA:

E.: Lo que no me gusta es que les dan mucha preferencia a las personas mayores y a los niños, como que uno no tiene derecho, no te atienden. Si no hay hora, no te atienden, te dicen vuelva mañana o en el horario de extensión, y en la tarde hacen lo mismo, le dan preferencia a los niños más chicos y a las embarazadas. Si le quedan hora sí, pero si no, no.

(...) Entonces eso es también algo injusto porque no por el hecho que uno tenga 30, 40, no te vai a enfermar po, si igual somos personas, igual andan los virus en todos lados, igual los respirai y todo, eso es como injusto de los policlínicos (...) Eso es como raro aquí, deberían atender las dos, si tú te vas temprano deberían atenderte. Porque las otras mamás se aprovechan de eso, como saben que las van a atender primero, llegan justo a las 8, 8 y cuarto que dan los números, y se ponen adelante po. Eso es injusto. (...) No se respeta el orden de llegada sino que le dan prioridad a los niños y adultos mayores Debería tocarles a todos parejo. Por lo mismo a lo mejor no me enfermo nunca y no voy nunca, porque te hacen esperar para el final si está lleno.

Ab19so2hEN:

M.V.: ¿Cómo es el procedimiento?

E.: (...) Me acuerdo que la primera vez que pedí pastillas, fui así no más, y me dijeron ya te voy a dar esta, me dieron tal, porque son suaves, y te voy a dar estas pa que te cuides bien. Tomé esas como por seis meses. Después me dio Ciclidón 20, después me dio Feminol, y al final me dijo ya, vai a tener que tomar estas no más porque no hay más, las Anulette. Bueno, me explicó, es poco lo que me acuerdo, pero me dijo que me las tomara, no sé si el primer día que me tomara la regla, o el último. Y eso, las tomai y no te hacen exámenes, nada.

Pa29co1hSA:

M.V.: ¿Cómo te parece que es la calidad de la atención?

E.: No me gusta. Es que a lo único que voy es a la matrona, no tengo acceso a otros médicos. Lo encuentro deficiente, por lo que te digo que siempre te dan los mismos remedios. (...) A veces le achuntan, pero si no, prueban, achuntémosle, achuntémosle, vamos a la otra, ya, probemos con tal medicamento y probemos, y no se trata de eso, es salud.

M.V.: ¿Pero es que no hay más remedios en el consultorio, o es que ellos no se dan el trabajo de dártelos?

E.: Yo creo que ellos no se dan el trabajo. Hay doctores que sí, hay una, ella me gusta.

(...) Mi primo cada vez que va, le dan lo mismo. Yo le pregunto, “¿qué te dieron?” “adivina, la receta de la casa; clorfenamina, paracetamol y eritromicina”, malo po.

El análisis de discurso detecta cómo los aspectos de la calidad de la atención percibidos como negativos pueden disminuir el uso del CRF, en tanto las usuarias señalan que dificultan o enlentecen la atención. Analizando todos los discursos y las encuestas aplicadas, se encontraron las siguientes críticas a la calidad de atención en general percibidas por las usuarias.

- No hay especialidades, por lo que la atención con los doctores a veces resulta ineficaz.
- La atención médica no es buena porque siempre dan los mismos remedios.
- No se respeta el orden de llegada porque se le da preferencia a personas mayores y/o a mujeres con niños.
- Se debe esperar mucho por la atención.
- No hacen exámenes para saber qué pastillas anticonceptivas requiere cada usuaria y no hay alternativas de pastillas anticonceptivas.
- El sistema es “al lote”; se pierden las horas y las fichas.

- No se otorga suficiente información.

Dos de las usuarias entrevistadas pusieron malas notas al CRF en las encuestas, explicando las razones que se exponen a continuación.

- 4,9: “Por la poca atención, la información no es clara, uno no se retira conforme de la consulta, siempre quedan dudas y no hay tiempo para todas las dudas ya que solo son 0 a 15 minutos de atención.”
- 4,5: “Porque no te entregan la suficiente información.”

Los aspectos negativos de la atención se pueden agrupar en tres dimensiones diferentes. Por un lado, está el funcionamiento, donde se critica que hay que esperar para ser atendido y que los médicos generales no pueden responder a las necesidades específicas de ciertas enfermedades. Por otro lado está el problema de los medicamentos, donde se señala que faltan alternativas tanto en los remedios para enfermedades como en las pastillas anticonceptivas. Finalmente, se critica que la información no es clara, y es poca.

Respecto a los aspectos negativos de las matronas, en los discursos se señalaron dos tipos de críticas; una en relación con la información que otorgan las matronas, y otra con la dedicación hacia las usuarias, como se observa en los siguientes discursos.

Da32co1hCA:

E.: Imaginate yo una vez fui al médico, tenía sinusitis, me dieron antibióticos, y no sé por qué me tocó justo con la matrona, y había una practicante con la matrona, y la practicante me dice “cuídese estos días que está tomando antibióticos porque el antibiótico le corta el efecto de las pastillas”. Son cosas que a ti la matrona no te dice. Y esa vez porque estaba la practicante, me dijo, a lo mejor uno le toma más atención porque si te dicen eso, te tratas de cuidar, porque por la sinusitis me dieron antibióticos para 20 días, entonces igual era harto tiempo como para que no te digan “cuidado puede quedar embarazada”. Como que esa información no te las dan.

Ab19so2hEN:

M.V.: ¿Cómo te parece que es la calidad de la atención en el consultorio?

E.: Pucha mira, sabes que yo no tengo nada que decir porque a mi me han atendido súper bien. Pero igual es mala, porque es como que tu vas, y tú dices tatata y listo, no te... si tu vas a un ginecólogo ponte tú pa darte pastillas, te hacen un examen para ver si tu cuerpo realmente las va aceptar o no. En cambio acá no, o sea, “éstas hay y éstas te damos”. (...) La matrona (...) es muy al lote, ya está muy vieja, ya debería pedir la baja, onda es muy volá, porque yo cuando estaba embarazada, era como que me medía la guata, era todo al lote porque yo me atendía en el CAROT también, que es el consultorio de alto riesgo de prenatal porque como eran gemelos, ese está en el Barros Luco, y ahí te atienden mucho más porque es de alto riesgo, entonces a mí mi doctor me decía “pucha y a ti quién mierda te atiende porque uno ve que esto está malo, que esto que lo otro”. “Bueno, no sé”

M.V.: ¿Qué era lo que estaba malo?

E.: Por ejemplo las medidas del vientre, o que ella no se daba el trabajo de escuchar bien los latidos, o por ejemplo me decía “ah, te toca ecografía, pero ¿cuándo te toca hora en el Carot? Ah, está bien, que te la hagan allá” o sea, nada, o sea, yo iba a puro sentarme y “¿cómo se siente?” “Bien”, “ah, ya chao”. Era así po, no era como que te explicaran, uno se merece que le expliquen “oye sabís que tus guaguas están así, o tu guagua está esto, o tu guagua está muy chica”, o qué se yo po cachai. No po. En cambio en el Carot el doctor me decía “oye pasa esto, esto otro, parece que están muy chicos, que vai a tener que hacer reposo, porque qué sé yo, los niños necesitan más oxígeno, necesitan crecer más, porque, ¿te querís mejorar ahora? O sea, ándate al tiro a la cama”. La matrona del consultorio no po, era como que todo lo que diga él, hazlo, o sea, era como onda pa qué voy acá, si voy a puro perder tiempo

En el análisis de los discursos se observa que las usuarias perciben que no hay dedicación por parte de las matronas en ciertas ocasiones de riesgo, ya sea por embarazo o por interacción de las pastillas anticonceptivas con otros medicamentos. Sin embargo, éstos se tratan como casos aislados, y en general las matronas son bien evaluadas por la forma en que tratan a las usuarias. En la encuesta que se les aplicó a las entrevistadas, aparecen tres preguntas específicas para las matronas, cuyos promedios de notas son:

1. El trato de las matronas: 6,3
2. Calidad de información otorgada por las matronas: 4,3
3. Tiempo dedicado por las matronas: 4,9

Se detecta que el trato de la matrona es bien evaluado, tal como en las entrevistas se señala que la matrona es simpática, delicada y da confianza. El problema está en el tiempo dedicado y más que nada en la información otorgada. En este sentido, se puede señalar que el problema del tiempo podría estar dando cuenta de una falencia del sistema, en tanto las matronas, probablemente, deben atender muchas usuarias cada día y por lo tanto cada consulta se hace muy corta. Lo mismo puede estar influyendo en la percepción de la calidad de la información, en tanto aparentemente, el Control no incorpora para todas las usuarias una primera consulta explicativa y un lugar permanente de resolución de dudas.

Otras críticas que se encontraron respecto de la calidad de la atención en este consultorio dicen relación con las personas que dan la hora, en tanto en los discursos se percibe que son poco amables e irresponsables con las fichas, como se expone a continuación.

Da32co1hCA:

M.V.: ¿Cómo te parece que es la calidad de la atención ahí en el consultorio?

E.: En general, lo que es de la matrona es bueno. Lo que es medio fome, medio malo, son las auxiliares (las personas que dan la hora) porque yo en abril me controlé. Se supone que yo estaba planificando mi guagua, para quedar embarazada. Entonces la matrona me dijo, a penas te hagas tu test, vienes para acá, pides la hora y te atiende. Yo fui ese día, hablé con ella y me dijo, “ya yo te voy a atender al tiro para hacerte la atención” y la auxiliar le dijo “no, porque ya es muy tarde, déle para otro día”. O sea, como que ellas disponen del tiempo de las matronas, y en general con los doctores, porque hay veces que los doctores quieren hacerte una paleta, darte una receta o algo, y ellas “no, no, ya no hay hora doctora”, como que andan con flojera de buscar las fichas, los papeles, no sé. Son como ellas, están cansadas, aburridas, no sé de qué porque tú vai y están tomando café, conversando... es como bien relajada la pega e igual ellas no la quieren hacer

(...) pierden la ficha, tú estai toda la mañana, que las buscan, no las encuentran, son súper desordenadas. Y eso va en las auxiliares, que no hacen bien su papel, no lo archivan donde corresponde, no sé. El problema es como más de ellas que de los propios doctores o matronas o enfermeras, no sé.

Ab19so2hEN:

E.: Una vez tuve un problema con las señoras que dan la hora en la sala de espera, donde hay un mesón que daban las horas, ahí atendían (...) y yo en ese tiempo iba hartito al consultorio porque tenía que ir al psicólogo, tenía hora con la doctora. Y yo le pedí una hora, y me dijo “bueno pídale mañana po, si pasai metida acá” “no po le dije yo, si a usted le pagan pa eso, pa que me de la hora” a parte que supuestamente la colación es de 1 a 2, y eran las 2:30 y todavía no llegaban, entonces era malo eso. Después de la mala atención yo puse así un reclamo en el libro y ellas me agarraron, me llamaron, me subieron y me bajaron, que ellas nunca habían tenido una queja, que esto que lo otro, y yo le dije que no iba a sacar la hoja. Ellas ahora ya no están.

An18so1hCD:

M.V.: ¿Cómo te pareció la calidad de la atención?

E.: Mira, los doctores, súper. Pero lo que es las gallas que uno va a pedir hora, súper mal. Siempre con la cara larga, no son amables, en cambio los doctores no. La matrona súper bien.

Del análisis de discurso se desprende que las usuarias distinguen entre el trato de las matronas, donde no perciben problemas, y el del personal de ingreso, que para dar horas, señalan, ponen problemas o malas caras, e incluso se les responsabiliza de que doctores y matronas no atiendan cuando lo necesitan. En este sentido, se puede señalar que el CRF podría funcionar mejor y tener un mayor nivel de uso si la calidad de la atención mejora por parte de todos los funcionarios del consultorio, puesto que un ambiente grato y de confianza no es sólo responsabilidad de las matronas.

En suma, se puede señalar que las percepciones positivas del CRF del CSFSJ se refieren a las siguientes dimensiones.

1. El trato de las matronas: se valora que den confianza y sean delicadas en la atención para hacer sentir cómodas a las usuarias. Les gusta que las matronas sean abiertas, claras y se den el tiempo para hacer las conversaciones más amenas y confiables.
2. La información: las usuarias señalan que les gusta que les den a elegir diferentes tipos de MAC y les expliquen sus ventajas. Además valoran la información sobre las ETS y que puedan resolver sus dudas en la consulta.
3. El tiempo: Las usuarias prefieren las consultas largas, donde se sienten acogidas y pueden resolver sus dudas. Del mismo modo, se valora que el tiempo de espera para ser atendidas no sea excesivo.
4. La infraestructura: las usuarias valoran la limpieza y presentación general del consultorio.

Al mismo tiempo, algunos discursos destacan los aspectos negativos del CRF, los que se pueden agrupar en dimensiones expuestas a continuación.

1. El funcionamiento: Los tiempos de espera para la atención médica son muy largos y faltan médicos de especialidad, ya que se percibe que los médicos generales no pueden responder a todas las necesidades de las usuarias.
2. Los medicamentos: Las usuarias señalan que al consultar por diferentes enfermedades reciben siempre los mismos medicamentos, así como tampoco tienen alternativas de pastillas anticonceptivas para responder a las necesidades de cada usuaria.
3. La información: Las usuarias indican que la información que reciben no es suficiente y no siempre resulta clara.
4. Las matronas: Las usuarias señalan que las matronas no las atienden con la dedicación y la información que requieren en determinadas ocasiones.
5. El personal que da las horas médicas: las usuarias perciben que las personas que dan las horas son poco amables y que manejan los tiempos de doctores y matronas de modo que han quedado sin atención en diferentes oportunidades.

B. CONSULTORIO AMADOR NEGhme RODRÍGUEZ

1. Difusión y Funcionamiento

Respecto a la difusión del CRF, cuatro de las ocho entrevistadas en este consultorio no conocen el significado de los conceptos Fecundidad y Regulación de Fecundidad, lo que se puede interpretar, al igual que en el consultorio anterior, como un problema en el uso del lenguaje al interior de la consulta. En este sentido, el Consultorio Amador Neghme presenta el mismo problema de difusión del CRF que el CSFSJ.

En los discursos se observa que seis entrevistadas señalan que comenzaron a asistir a las matronas para controlar sus embarazos, es decir, comienzan a regular su fecundidad en el consultorio luego de su primera gestación. En cambio, dos usuarias revelan que fueron por primera vez porque habían comenzado su vida sexual, y querían comenzar un tratamiento:

Ya26so1hCA2:

M.V.: ¿Hace cuánto estás inscrita en el control de la matrona?

E.: De cuando empecé a tener intimidad, hace como... a los 17 años me acuerdo que fui a tomar pastillas

M.V.: ¿Y cómo fue que decidiste a ir para allá?

E.: Para cuidarme porque las pastillas las regalan.

En el discurso se detecta un tipo de comportamiento adecuado, o ideal, en tanto las usuarias tienen la posibilidad de planificar sus embarazos desde que comienzan su vida sexual. En esto reside la importancia de la difusión del CRF, como se anotó más arriba. Además se señala en los discursos que sabían que la posibilidad de ir a la matrona existía, como se expone a continuación.

Ya26so1hCA2:

M.V.: **¿Cómo te enteraste de que en la matrona podías conseguir las pastillas?**

E.: A través de mis compañeras y de las amigas. En el colegio también, que las pastillas las regalaban en el consultorio, incluso para los hombres regalaban preservativos, cosas para prevenir.

Las entrevistadas señalan que en los colegios se sabe y se habla de la posibilidad que otorga el consultorio, cosa que sería recomendable que se hiciera en todos los colegios.

En los discursos se encontraron dos aspectos respecto a la difusión del CRF muy interesantes, que podrían guiar hacia una mejoría en el CRF, tal como se constata a continuación.

Sa23so1hCD2:

E.: ...Y él se compra sus preservativos. Yo no los pido en el consultorio porque la matrona no me los da si tengo la T.

M.V.: ¿Y has preguntado?

E.: Sí, si pregunté. Y también le pregunté si podía tener la T y a parte tener pastillas, y no, me dijo que no. Como que yo “ah, ¿100% segura?”, y no. Pero que era mi opción estar además con preservativos. Pero si estaba como en el programa de la T, fichada que estaba con la T, no podía. Tendría que ir él.

M.V.: ¿Y él no ha ido?

E.: Es que ahí no hay... no está esa posibilidad para los hombres, no hay. No sé si en los demás consultorios habrá, no tengo idea, pero por lo menos acá no hay, debería haber en alguno.

En los discursos las usuarias señalan que sus parejas no tienen la posibilidad de conseguir preservativos en el consultorio porque no están informadas de que el CRF es tanto para hombres como para mujeres. Esto dificulta que las usuarias puedan usar doble método anticonceptivo, lo que es especialmente importante en los casos en que olvidan tomar la pastilla una noche. En este sentido, no difundir el CRF como la actividad de un Programa específico, sino que sólo sea percibido como una consulta con la matrona, podría influir la baja inscripción de usuarios hombres, ya que “la matrona” es entendida como un profesional que atiende a las mujeres. Cabe señalar la especial importancia del uso del CRF por parte de los hombres con relación a la transmisión de ETS, en tanto la entrega y educación sobre los preservativos pueden disminuir los riesgos de transmisión. Del mismo modo, el concepto de “ir a la matrona” puede dificultar la inscripción incluso para las mujeres, como se observa en el discurso siguiente.

Na21so0hCNR2:

M.V.: Antes de que tu prima te hablara, ¿sabías que existía esto?

E.: Sí, pero yo pensaba que era solamente para las mujeres que estaban embarazadas. Porque siempre decían que tenían que ir a la matrona, entonces siempre me imaginé que era para las que estaban embarazadas, no sabía que realmente trataban.

En el análisis de discurso se observa claramente cómo la referencia a “ir a la matrona” en vez de el “Control de Regulación de Fecundidad”, puede confundir a las personas que no lo conocen, porque pareciera que está dirigido solamente a las mujeres embarazadas. De modo que el uso del rótulo del CRF, y su difusión, puede resultar sumamente efectivo para aumentar la inscripción de las usuarias y también de los usuarios.

Respecto al funcionamiento, se encontraron en los discursos algunos problemas o defectos percibidos por las usuarias entrevistadas. Por ejemplo, algunas usuarias señalan que prefirieron pedir hora en el sector privado, como se expone a continuación.

Ya26so1hCA2:

E.: ...Fui al consultorio a recibir mis pastillas pero no me gustaban mucho. Me hicieron mal. Yo tengo una alergia que se llama rosácea entonces las consumía y me provocaron más alergia de la que tenía. Y ahí me empecé a tratar en médico particular. O sea, no fue mucho lo que fui.

M.V.: ¿Y por qué te fuiste al médico particular?

E.: Es que me acuerdo que me fui al sur y perdí la hora de las pastillas y volví a buscarlas, y me dijeron que no, que no me las podían dar porque ya había perdido la hora y tenía que sacar hora de nuevo, o sea, eso significaba que tenía que ir a las ocho de la mañana, a pedir hora para que me dieran la fecha, entonces para mí era demasiado largo el plazo y yo las necesitaba ya. Entonces por eso que fui a médico particular porque es más rápido.

Na21so0hCNR2:

M.V.: ¿Vas a la matrona del consultorio?

E.: Estuve yendo, pero después no fui más porque entré a trabajar y no tenía tiempo y por eso no podía ir

M.V.: (...) ¿Y te empezó a dar pastillas?

E.: Claro, antiinflamatorios para el dolor. Entonces ella me dejó con esa inyección. Y no fui más porque ya me dejó con la inyección y no tenía que volver más. Y después cuando entré a trabajar, ya no pude seguir yendo. Entonces ahí fue que perdí la hora porque tenía una hora y no pude ir. Porque yo en ese tiempo estaba sin trabajo, cuando iba.

En el análisis de discurso se detecta que el problema de perder la hora y tener que ir a pedirla en las mañanas constituye una razón de deserción del CRF. Si bien estas usuarias optaron por cambiarse al médico particular, otras usuarias pueden no tener los medios suficientes para hacerlo, y desertar por completo de la atención ginecológica. Se observa también que el horario de extensión en el consultorio no está adecuadamente difundido, puesto que las usuarias señalan que al empezar a trabajar no tienen oportunidad de asistir al consultorio.

También se encontraron críticas al funcionamiento del CRF en relación con la entrega de las pastillas anticonceptivas.

Ca25ca2hCD2:

M.V.: Cuando tomabas pastillas ¿ibas a la matrona o al ginecólogo?

E.: Me las dieron en el consultorio y luego yo fui al ginecólogo, para que me examinara. En el consultorio me daban las pastillas; una al mes; tenías que volver el otro mes, te revisa, tienes que hacer la cola de nuevo, y acá el ginecólogo no; él te da la receta, y tú las vas comprando en la farmacia. No hay que ir todos los meses.

En los discursos se constata que las usuarias con percepciones negativas respecto del consultorio, de los doctores y/o del CRF en general, optan por cambiarse al sistema privado cuando mejoran sus ingresos. Además cabe señalar que se señala que la entrega mensual de pastillas anticonceptivas resulta incómoda, y que gasta mucho tiempo, mientras que las usuarias que señalan que les dan pastillas para tres o seis meses se sienten más satisfechas. Además de esto, algunas usuarias señalan que ya no dan las inyecciones en el consultorio, con lo cual han tenido que cambiar de MAC. En este sentido, se puede señalar que, probablemente, la gama de MAC que otorga el consultorio no logra satisfacer las necesidades de las usuarias.

Por otra parte, al igual que en el CSFSJ, en este consultorio también apareció en los discursos la necesidad de que la primera consulta sea más informativa, como se describe a continuación.

Mg29ca2hCD2:

M.V.: ¿Qué te parece la calidad de atención de las matronas?

E.: Sí, las matronas bien, sí. Explican bien de lo que se trata, sí, me pareció bien. Porque por ejemplo la otra matrona no me explicó a mí cómo eran todos los métodos que uno se tiene que colocar de dispositivo, entonces ahora sí me explicaron todo.

M.V.: ¿Cómo fue la primera vez que fuiste?

E.: La primera vez cuando me explicaron el tratamiento, no me explicaron nada, sino que me dijeron “te vamos a colocar la T” y listo. No me dieron a elegir. Ahora sí, me dieron a que yo tenía que decidir entre cuatro más o menos (MAC) y aparte me hicieron como una charla, me explicaron todo; de qué se trataba cada método, cómo era realmente, y que no hay nada seguro también. Fue distinta a la primera vez. Y debería haber sido la primera vez cuando me explicaran, pero fue a la segunda.

Las usuarias distinguen un cambio en la entrega de información sobre los diferentes MAC, y perciben una mejoría en su oferta, ya que señalan que en consultas recientes las matronas les han ofrecido diferentes alternativas, mientras que antes no tuvieron oportunidad de elegir. Los discursos destacan la importancia de la información entregada a las usuarias antes de escoger el MAC que van a utilizar, y se indica que eso debe hacerse en la primera consulta.

Por otra parte, se encontró que dos de las direcciones de las usuarias no corresponde al sector en que ellas se tratan, porque, como señalan en sus discursos, prefieren la atención el sector en que se atendían antes de la división por sectores.

2. Calidad de Atención

En este consultorio también se encontró que la mayoría de las usuarias evalúa en forma positiva la atención, sin variar demasiado las razones que explican en sus discursos, en comparación con el CSFSJ, como se constata en los discursos expuestos a continuación.

Sa23so1hCD2:

M.V.: ¿Cómo te parece que es la calidad de la atención?

E.: Bien, sí, súper bien. No sé, agradable, sobretodo que explica, cualquier consulta o duda que uno tiene explica. Bien.

Ya26so1hCA2:

M.V.: ¿Cómo te parece la calidad de la atención?

E.: Ahora es buena. Antes no; yo me acuerdo que antes siempre había quejas. (...) Cuando quedé embarazada las cosas empezaron a cambiar, en el aspecto del aseo, de la higiene, porque antes era súper sucio el consultorio, pero ahora está el baño limpio, el pasillo limpio, todo y la atención ha mejorado bastante. Es que la gente joven también, esa es la diferencia, porque la gente adulta son como más brutos para tratar a la gente.

Ma34co2hCA2:

M.V.: Cuéntame cómo te parece que es la calidad de la atención.

E.: En general, muy buena, yo te digo yo vine con los papeles, solamente la visa, con la que entré (...) yo dije "me van a poner miles de problemas"... nada, sabes que vine, le expliqué lo que había pasado me hizo todo-todo excelente. Incluso mira, venía de retirar la leche, le dan la leche a él, todo, le dan los remedios del asma a mi hijo, todo. De verdad que es excelente. Nunca me pusieron un pero, incluso sin papeles. Porque yo decía no me van a atender, qué voy a hacer si se va a enfermar mi hijo, qué hago. No, pero excelente, muy bueno.

En el análisis de discurso se observa que las usuarias del CANR valoran la amabilidad con que se atiende, además del aseo del consultorio y la posibilidad que dan a las mujeres extranjeras de atenderse sin otros papeles que la visa. Entre las evaluaciones positivas que aparecen en los discursos de las entrevistadas, se pueden señalar los siguientes aspectos valorados por las usuarias.

- Las matronas explican y aclaran dudas.
- Van niñas menores de edad y se percibe que las apoyan.
- El consultorio está limpio.
- Atienden a quien lo necesita, sin discriminar por nacionalidad.
- Regalan ecografías, leche y remedios.
- Se aprende mucho y dan confianza.
- Las matronas dan consejos.

En las encuestas aplicadas, el CRF de este consultorio obtuvo un promedio de nota de 5,7, y cinco de las usuarias le pusieron nota entre 6 y 7, cuyas razones se exponen a continuación.

- 7,0: “Porque entregan una buena información y nos orientan.”
- 6,5: “Porque dan los suficientes informes para que cualquier mujer sepa cuidarse y tener relaciones sexuales con responsabilidad.”
- 6,7: “Porque encuentro que deberían existir otras formas, falta mejorar la educación.
- 6,0: “Sólo por el hecho que hay personal que no está totalmente capacitado para tratar al público, pero sólo el personal de ingreso. Los médicos son excelentes.”
- 7,0: “Porque es bueno.”

De esta manera, se pueden agrupar los aspectos positivos en cuatro dimensiones: 1) la matrona; se valora la información y consejería que da en la consulta, 2) los beneficios; se valora que los remedios, la leche y las ecografías sean gratuitos, 3) el acceso: las usuarias valoran que no se les discrimine por la edad o por la nacionalidad, y 4) la higiene del consultorio, que se percibe que ha mejorado.

Específicamente respecto a las matronas, las usuarias señalan en sus discursos que les gusta su atención, y le dan especial importancia a la confianza con que se conversa en la consulta, como se ejemplifica los próximos discursos.

Ya26so1hCA2:

E.: ...se conversa con la matrona, si uno tiene pareja, si uno está bien, si el estado psicológico de uno, porque uno puede tener un embarazo malo, lo mandan al psicólogo, o sea es como bien... en ese sentido es como bueno. Porque yo estaba con depresión en el embarazo entonces me mandaron al psicólogo.

M.V.: (...) ¿Y cómo es el trato de la matrona?

E.: No, excelente, la matrona que a mí me toca es muy buena, muy buena. Tiene una psicología es amorosa, muy bien

Ce32ca2hED2:

M.V.: ¿Y el trato de la matrona?

E.: Sí, igual es buena (...) súper amorosa ella. Te explica bien, te dice cualquier duda tú le preguntas te la contesta, súper buena.

Na21so0hCNR2:

E.: ...igual yo tenía harta confianza con ella porque bueno, igual entre mujeres era como bien abierta en ese sentido. Ella siempre me habló súper bien, me dijo si tú te quieres cuidar, ella ningún problema, o sea, yo tenía que confiar en ella, más que nada, pero ella me habló las cosas súper claras

En el análisis de los discursos se observa que las usuarias otorgan especial importancia a la disposición a conversar y aclarar dudas de las matronas. Se valora que las matronas se involucren en las realidades de las usuarias, y las comprendan desde sus perspectivas. Además se señalaron los siguientes aspectos positivos en sus discursos:

- Explican cómo funcionan los diferentes MAC y dan a escoger luego de otorgar la información.
- Explican si se tienen dudas y son claras.
- Entregan confianza y enseñan a tenerles confianza.
- Son simpáticas.

Se puede señalar que en este consultorio hay dos aspectos principales que las usuarias valoran de la atención de las matronas; que tengan un trato de confianza y sean amorosa, y que otorguen información.

Respecto a los aspectos negativos de la calidad de la atención en el CANR, las críticas percibidas en los discursos son variadas, como se constata a continuación.

Mg29ca2hCD2:

E.: ...Está bien, pero en realidad de repente le falta algunas cosas, que expliquen más sobre las enfermedades que uno puede tener, sobre los exámenes que uno se puede hacer, y que den más información en el tema de lo que ellas saben. Entonces eso encuentro que se podría hacer más, sobre la información

Ya26so1hCA2:

E.: En el consultorio uno anda medio perdido. Porque de repente dicen “oiga señorita qué puedo hacer con esta hora, a quién la cambio” “vaya para tal lado” y uno va a ese lugar y la mandan a otro lado, como que se tiran la pelota unos con otros, entonces eso hace falta, que uno llegue a un punto fijo y esa persona le diga que tiene que hacer. Entonces mucha gente anda vagando, yo he visto abuelitos que a penas caminan, que le dicen “señorita, una consulta” y le dicen no, vaya para allá, y va para allá y lo mandan de nuevo para otro lado, entonces son como 4, 5 puertas para que den la información(...) Entonces yo creo que eso le falta un poco: un curso para ellos mismos para tratar con nosotros porque las personas que tratan con público no pueden ser bruscas ni brutas, tienen que dar mejor información y ser más amables. Porque uno entra a hablar con los doctores y son un siete, entonces cambia al tiro el trato. Entonces hay personas que dicen pucha no voy a conversar con ella porque esta cara de perro me asusta. Si asusta a la gente. Pero es lo único que he visto.

Ca25ca2hCD2:

E.: ...No me da confianza la calidad de la atención

M.V.: ¿Cómo podría ser para que te de confianza?

E.: Eh, no sé. Yo creo que falta más humanidad. Hay poca humanidad en los consultorios. El trato...

M.V.: ¿En qué ves eso, cosas más concretas?

E.: Ser más acogedores yo creo, porque no porque sea un policlínico tiene que ser malo

En los discursos se observan críticas a la información otorgada en tanto no es suficiente, y al consultorio, ya se percibe que no es claro en su forma de funcionar, puesto que los/as usuarios/as no saben a dónde dirigirse en cada caso. Además se percibe que hay un trato poco humano, donde no se acoge a los pacientes.

Las tres usuarias que pusieron notas bajo 6,0 al CRF en las encuestas, dieron las siguientes razones:

- 5,0: “Porque no está muy enfocado como debería estarlo, debería ser más amplio tanto para la mujer como para el hombre. Sé que hay muchos métodos para regular y prevenir ETS y embarazos no deseados pero la información la prestan cuando ya se está viviendo.”
- 5,0: “Porque se necesita más información.”
- 2,0: “Porque hay poca información.”

De esta manera, se puede señalar que la mayor falencia percibida por las usuarias se refiere a la entrega de información, ya que es poca y no se entrega a tiempo. Además se resalta el problema del trato hacia los pacientes, descrito como poco humano y poco acogedor.

Por su parte, los aspectos negativos de la atención de la matrona que se perciben dicen relación con no tomar en cuenta las necesidades de las usuarias, y ciertos errores de diagnóstico percibidos, como se expone en los próximos discursos.

Na21so0hCNR2:

E.: ...Mira, al principio, bien, pero después no sé, sentí como un poco de desconfianza. No por ella, sino porque lo que pasa es que estuve con unos problemas y ella como que no le tomó mucho asunto. No le tomó mucho interés, me hizo unos exámenes, y como que nunca se me quitó lo que tenía, entonces no fui más, como que ya se me pasó, me curé un poco y no fui más (...) A mí me da miedo por el asunto que tengo yo, o sea, tengo que tratarme eso, y ella no creía que mi prima tuvo cáncer a los 27 años. Decía que era imposible, yo le decía que no es imposible, que ella lo tuvo, es un caso en un millón, o sea, no todas pueden tenerlo. Entonces igual me dio un poco de desconfianza pero no fue porque no me gustara su atención sino que no fue necesario seguir yendo no más.

Ca25ca2hCD2:

E.: ...Fíjate que a mí hace un tiempo atrás me daba harta confianza y la última vez no me dio confianza. No me dio confianza porque después que ya estaba listo el proceso del dispositivo, todo, me dijo que estaba embarazada. Entonces encontré como raro. Me pusieron el dispositivo y me dijeron que estaba embarazada, fue como raro. Me mandó a hacerme un test de embarazo. Lo que pasa es que yo no estaba embarazada, y se supone que ella tiene que saber cuándo una persona está embarazada.

Sa23so1hCD2:

E.: Yo le había pedido a la matrona que acaso me podía derivar a la nutricionista, y no, no quiso. Porque se supone que yo estaba dentro del rango de lo normal, no estaba obesa. Tenía que estar obesa para que me derivaran. Es como si tenís SIDA, ahora te vamos a dar información para que te cuides, es como tonto. Porque yo quería ir por prevención porque yo sabía que estaba subiendo mucho de peso. Y no sé, andaba de repente aguantando las comidas... y después cuando ya estaba pesando 65, (...) finalmente cuando me dijo ya, puedes ir a la nutricionista, pedí una hora, y fui y no, me dijo, no, no estamos atendiendo adolescentes; estamos atendiendo solamente a la tercera edad y a los obesos. Y yo le decía que lo único que quería era que me diera una dieta, no sé, para estar bajo control porque siempre te dicen que si vas a hacer una dieta que sea bajo supervisión médica, y yo quería hacer eso, pero no lo conseguí.

El análisis de discurso indica que, ya sea por una actitud de incredulidad, o por un error de diagnóstico por parte de las matronas, las usuarias pueden perder la confianza que tanto valoran. Además se observa que se critica la falta de disponibilidad para derivar a las usuarias a otras especialidades. En este sentido, el mismo hecho de que se valore mucho la confianza generada en la consulta, puede implicar mayores exigencias para que las matronas confíen a su vez en las usuarias, y respondan a sus peticiones como legítimas necesidades.

En este consultorio las matronas fueron evaluadas con las siguientes calificaciones:

- | | |
|---|-----|
| 1. El trato de las matronas: | 5,9 |
| 2. Calidad de la información otorgada por las matronas: | 5,0 |
| 3. Tiempo dedicado por las matronas: | 5,1 |

Si bien en el CANR los promedios para cada ítem son más parejos que en el CSFSJ, los tres aspectos evaluados se encuentran en el mismo orden, de modo que el trato de las matronas es el aspecto mejor evaluado, seguido por el tiempo dedicado por las matronas y en último lugar se encuentra la información otorgada.

En este consultorio también se encontraron críticas hacia las personas que dan las horas, como se expone en los siguientes discursos.

Mg29ca2hCD2:

M.V.: ¿Cómo te parece que es la calidad de la atención?

E.: Mira, de los médicos, cada vez están mejor, son buenos y son bien cercanos (...) Pero a veces los auxiliares, las niñas que ven las fichas, eso está mal, porque como que se atrasan... La otra semana tuve un pequeño problemita porque perdieron la ficha de los niños, entonces yo estoy llevando a la chiquitita al kinesiólogo. Entonces esa ficha no se puede perder porque el niño tuvo neumonía y virus sincicial, entonces no se puede perder porque tiene que ir el seguimiento, tiene que estar la ficha. (...) Tenía que ir al kinesiólogo y al médico y no me pasaron la ficha así que me tuvieron que atender con una hoja. Entonces eso yo encuentro que nada que ver, que tienen que ser responsables donde están en estadísticas para tener las fichas bien, no me cabe, sobretodo cuando son bien chicos, eso no puede ser.

Ya26so1hCA2:

E.: ...Y también, no sé si será discriminación, pero a uno como la ven es como la tratan. Si va una persona es como más pobrecita que uno, o son más mal hablados, las tratan mal. O sea son bien secos. Si uno va y pide las cosas por favor ahí la tratan bien, esa es la forma como lo hacen en el consultorio (...) La otra vez había una señora que atiende ahí en el consultorio, yo le digo la cara de perro, y el trato de ella no es muy bueno, es como muy seca. Y una abuelita se le acercó para preguntarle sobre la fecha de una hora y la abuelita no sabía de qué sector era ni cómo poder cambiar la hora. Y la señora le decía “pero si ahí tiene la hora usted, no está viendo que ahí tiene la hora” (...) Entonces en vez de hablarle con psicología, la trataba mal. Y yo la he visto que es así. No es mala gente, pero tiene esa forma pesada de hablarle a las personas.

En el análisis de discurso se observa que, al igual que en el CSFSJ, las personas que dan las horas médicas son descritas como poco amables, poco comprensivas ante personas discapacitadas, e incluso con un trato discriminatorio hacia usuarias de nivel socioeconómico menor.

En suma, se puede señalar que las percepciones positivas sobre el CRF del CANR por parte de las usuarias se refieren a las dimensiones que se exponen a continuación.

1. El trato de las matronas: las usuarias perciben que las matronas son confiables y se valora que se involucren en la realidad de las usuarias, generando un clima de amistad en la consulta.
2. La información: Se valora la información que otorgan las matronas y su disposición a aclarar dudas.
3. Los beneficios: las usuarias destacan la entrega gratuita de remedios y leche, y que las ecografías y exámenes sean también gratuitos.
4. La higiene: Se percibe que el consultorio ha mejorado en su limpieza y presentación general.

Al mismo tiempo, algunos discursos destacan los aspectos negativos, que se pueden agrupar en las siguientes dimensiones:

1. El funcionamiento: Algunas usuarias señalan que no hay claridad en el consultorio respecto a dónde tienen que dirigirse en determinadas ocasiones. También se critica la dificultad que encuentran para ser derivadas de una especialidad a otra.
2. La información: Las usuarias perciben que la información otorgada no es en absoluto suficiente y que la otorgan en forma tardía.

3. Las matronas: algunas usuarias señalan que las matronas no toman en cuenta sus necesidades o cometen errores de diagnóstico en determinadas situaciones.
4. El personal que da las horas médicas: las usuarias critican a las personas que dan las horas al describirlas como irresponsables con las fichas médicas, discriminatorios en el trato hacia personas de menores recursos, e incomprensivos ante las discapacidades de algunas personas.

Conclusiones respecto del Objetivo Específico N° 5

Comparando los dos consultorios estudiados, se puede concluir que ambos presentan problemas de difusión en el CRF, ya que la mayoría de las usuarias entrevistadas no lo entiende como una actividad particular de un Programa de salud, y no todas las usuarias comprenden el significado de su rótulo. Además se encontró que en ambos las usuarias asisten por primera vez a la matrona cuando ya se han embarazado, de modo que comienzan a regular su fecundidad con las matronas en forma tardía. Además se encontró que las usuarias toman conocimiento del CRF a través de sus grupos de pares o familiares, dando cuenta de que, al parecer, no hay mecanismos formales para su difusión. Probablemente si hubiera una mejor difusión, las mujeres recurrirían a él al comenzar su vida sexual, y se contribuiría, de esta forma, a la regulación de su fecundidad a tiempo.

A nuestro criterio, para obtener una mayor cobertura de atención en el CRF, sería recomendable crear una red de mecanismos de información respecto a su existencia y sus objetivos. Entre ellos, creemos importante realizar un trabajo multidisciplinario entre colegios y consultorios para informar sobre la posibilidad que tienen tanto hombres como mujeres de ser atendidos sin discriminación en el consultorio. Además sería útil exhibir afiches informativos sobre el CRF, dirigidos a adolescentes que han comenzado su vida sexual.

En relación con el funcionamiento, las usuarias destacan diferentes aspectos que influyen en el nivel de uso del CRF. Por ejemplo, en el CSFSJ, se detectó que la falta de variedad de medicinas en las consultas médicas, la falta de higiene de otras usuarias del consultorio, la preferencia que se da a usuarias con hijos para dar horas médicas, sin respetar el horario de llegada, y la consulta vista como un trámite, pueden constituir trabas que disminuyen la asistencia a los controles. Por su parte, en el CANR se enfatizó en el hecho de perder la hora y tener que ir a pedirla a las ocho de la mañana, desconocer el horario de extensión, de modo que no se puede compatibilizar el trabajo con la consulta con la matrona, deber ir a buscar las pastillas anticonceptivas mensualmente en vez de cada tres o seis meses, y no tener más alternativas de métodos anticonceptivos que las pastillas y el Dispositivo Intrauterino. Además se encontró que en ambos consultorios se valoraba que hubiera una primera consulta explicativa e informativa, donde las usuarias pueden aprender sobre las alternativas de MAC y luego elegir. En el CSFSJ se encontraron discursos en que las usuarias señalan que la primera consulta fue efectivamente así, mientras que en el CANR se describe que esto ocurrió pero no en la primera consulta sino luego de segundos embarazos.

A partir de esto, es posible concluir que resulta útil distinguir dos etapas en la asistencia al Control de Regulación de Fecundidad, donde primero se informa y examina a las usuarias, y luego, a partir de esta información, se escoge un tratamiento anticonceptivo y se control para supervisar su funcionamiento. Es importante, entonces, indicar a las usuarias que están asistiendo

a una actividad especial que forma parte de un Programa de salud, y no a una consulta médica más, ya que esto puede ayudar a que las mujeres comprendan que primero deben informarse para luego comenzar un tratamiento anticonceptivo, que requiere la incorporación y uso de los conocimientos aprendidos.

En el análisis se detectó una falencia importante respecto a la difusión de la población objetivo del CRF. Por un lado, se indicó la imposibilidad de combinar el DIU con los preservativos, dado que la usuaria señala que su pareja no puede obtenerlos en el consultorio. Esto plantea un problema en cuanto el Control de Regulación de Fecundidad, es una actividad propia del Programa Salud Mujer, lo que estaría excluyendo a los varones de su capacidad de controlar la fecundidad, al menos en la atención primaria. Sin embargo, a pesar de que a nivel de planificación esta actividad forma parte de un Programa destinado a mujeres, en la práctica éste sí es utilizado por hombres, aunque en un porcentaje muy bajo (0,5% del total de usuarios del CANR). En este sentido, si bien se rescata la preocupación de las autoridades por mejorar la salud poniendo énfasis en las mujeres, se revela que esto puede resultar contraproducente, al quedar la regulación de la fecundidad a cargo exclusivamente de ellas, reproduciendo entonces, la desigualdad de género en torno a la maternidad y las responsabilidades con los hijos.

Por otro lado, se encontró que en la práctica no se utiliza el rótulo de Control de Regulación de Fecundidad, sino que se habla de “ir a la matrona”. Esto, como se vio en el análisis, puede generar que las mujeres nuligestas no recurran al CRF porque asocian “matrona” a las mujeres embarazadas, y creen que a ellas no les corresponde usar el servicio. En este sentido cabe concluir también que existe la necesidad de que la difusión del CRF incluya la población para la cual está planificado, esto es, para toda la demanda percibida, sin importar edad o sexo.

Para comparar la percepción de la calidad de la atención entre ambos consultorios, se puede analizar las notas que las usuarias pusieron a cada ítem en la encuesta de evaluación aplicada a las entrevistadas. Los promedios de estas notas se exponen en el siguiente cuadro comparativo.

Cuadro N° 52: Evaluación del CRF en Ambos Consultorios

	CSFSJ	CANR
El trato del personal de ingreso	4,0	3,4
El trato de las matronas	6,3	5,9
El trato de los/as doctores/as	5,5	5,4
Calidad de la información otorgada por los/as doctores/as	3,8	3,8
Calidad de la información otorgada por las matronas	4,3	5,0
Claridad de la información entregada	4,3	5,0
Cantidad de información entregada	3,4	4,3
Confidencialidad en los asuntos tratados en la consulta	5,5	6,0
Tiempo dedicado por las matronas	4,9	4,8
Tiempo dedicado por los/as doctores/as	3,8	5,1
El CRF en general	6,2	5,7
Promedio General de todos los ítems evaluados	4,6	4,9

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas realizadas a entrevistadas del CSFSJ y del CANR.

Del cuadro se desprende que con respecto al trato de los funcionarios -ya sea quienes dan la hora, las matronas, o los doctores- es mejor evaluado el CSFSJ que el CANR. En cambio, con respecto a la información otorgada, ya sea por matrones, doctores y en claridad o cantidad, es mejor evaluado el CANR que el CSFSJ. Con respecto a los tiempos dedicados, en las matronas la evaluación es levemente mejor en el CSFSJ, mientras que en los doctores la evaluación resulta

notablemente más positiva para el CANR. Contrasta con estos resultados específicos para cada ítem, el hecho de que las notas puestas al CRF en general son más altas que el promedio de todos los ítems evaluados, de modo que los ítems específicos son percibidos de peor forma que el CRF en su conjunto. De esta manera se obtiene que la nota general del CRF en el CSFSJ es mayor en promedio que el CANR. Respecto de estos resultados, cabe advertir que no representan la percepción de todas las usuarias del CRF, sino sólo de las entrevistadas para esta investigación por lo que no se pueden obtener conclusiones representativas.

Por su parte, respecto a los discursos de las usuarias de ambos consultorios, se puede señalar que no hay diferencias importantes en la percepción de la calidad de la atención entre uno y otro. En ambos se describe como muy positivo el trato de las matronas y la confianza generada en la consulta, y en ambos se valora la limpieza y presentación del consultorio. Los diferentes énfasis que se encuentran en los discursos apuntan, en el CSFSJ, a que se valora la información respecto a las alternativas de MAC y a las ETS, mientras que en el CANR la información que se percibe como positiva se refiere más a la posibilidad de aclarar dudas en la consulta. La diferencia más importante está en que en el CSFSJ se destaca la importancia que las usuarias dan al tiempo de la consulta, dado que les gusta que la matrona se dé mucho tiempo para atenderlas. En el CANR, en cambio, las usuarias no hacen referencia al tiempo, mientras que sí destacan los beneficios que otorgan el CRF y el consultorio en general, en términos de gratuidad en remedios, ecografías y leche.

Las críticas al CRF observadas son básicamente las mismas en los dos consultorios; en ambos se critica la falta de información, en ambos se describen determinados problemas con las matronas, y en ambos el personal de ingreso es mal evaluado por dar malos tratos a las personas. La variación está en el funcionamiento de los consultorios, puesto que si bien ambos tienen falencias, en el CSFSJ se refieren a los tiempos de espera para ser atendidos y a la falta de médicos de especialidad, mientras que en el CANR se refieren a la poca claridad respecto de las funciones de cada ventanilla, y a la dificultad para obtener interconsultas. En el CSFSJ se critica también la poca variedad de MAC y de medicinas en general que otorga el consultorio.

IX. Conclusiones y Recomendaciones

El análisis cuantitativo reveló como parte de los resultados que el CRF presenta una baja asistencia de usuarias menores de edad (2,7% en el Consultorio Amador Neghme Rodríguez, y 1,2% en el Centro de Salud Familiar San Joaquín). Estos porcentajes no dicen relación con las estadísticas del Instituto Nacional de la Juventud, donde se encuentra que el 33,1% de los jóvenes entre 15 y 18 años ha tenido relaciones sexuales, y además que el 6% de mujeres entre 15 y 17 años han tenido hijos, cifra que asciende al 22,1% en mujeres entre 18 y 20 años de edad (INJUV, 2004). Además el análisis cualitativo demostró que el CRF no se difunde a través de los colegios ni otros medios dirigidos especialmente a los y las adolescentes. Las usuarias o bien no se enteran de la existencia del CRF hasta cuando se han embarazado, o bien se enteran a través de los grupos de pares o familiares. Se puede concluir de esta manera, que, ya sea por omisión o por intención deliberada, los y las más jóvenes que ha iniciado su vida sexual no están incorporadas explícitamente como parte de la población objetivo del CRF. Esto puede ser interpretado como una falta de legitimación y difusión tanto de la sexualidad adolescente como del uso de métodos anticonceptivos en esta población.

Diversas investigaciones muestran que el embarazo adolescente puede conllevar riesgos en la salud de las mujeres, así como impedir que desarrollen sus proyectos de vida. Se ha visto que son las mujeres las más perjudicadas en esta situación, en tanto los hombres no siempre asumen la responsabilidad de la paternidad, y ellas se ven en la necesidad de dejar sus estudios y/o abandonar su trabajo, lo que en los estratos más bajos, puede reproducir el círculo de la pobreza (Rossetti, 1997). El análisis de género, en este sentido, demuestra que la exclusión de los más jóvenes de los programas de salud reproductiva, puede contribuir tanto a la desigualdad de clase como de género, en tanto los embarazos no deseados limitan las oportunidades educacionales y laborales de las mujeres. Por esto resulta imprescindible incentivar el uso del CRF en jóvenes menores de 18 años, como una forma de contribuir a la disminución de las tasas de maternidad adolescente y embarazo no deseado en la población.

Por otra parte, el estudio detectó que en ambos consultorios, más del 50% de las usuarias no es casada, lo que está mostrando que el matrimonio no es un requisito para desear regular la fecundidad. Este porcentaje se corresponde con la disminución de la nupcialidad a nivel nacional, indicando que el matrimonio como lazo legal ha perdido legitimidad. En efecto, en las entrevistas las usuarias señalan que el matrimonio no difiere de la convivencia en términos de la relación de pareja, más bien lo perciben como un contrato con fines prácticos, como los beneficios económicos, la estabilidad y oportunidades de los hijos, y el rito de la ceremonia. La proporción de mujeres no casadas da cuenta de que el cambio de rótulo de Programa de Planificación Familiar, al de Control de Regulación de Fecundidad, está en adecuada concordancia al perfil de usuarias que asisten. Lo mismo ocurre con el rótulo de Paternidad Responsable, puesto que se encontró que el 13,3% y 9,9% de las usuarias en el CANR y en CSFSJ respectivamente, no tiene hijos. Sin embargo, se puede señalar que el uso del CRF por las usuarias nuligestas es bastante minoritario. El alto porcentaje de mujeres con hijos en cada consultorio (86,7% y 90,1%) viene a confirmar la hipótesis propuesta respecto de que *El CRF no logra trascender del foco primordial de las familias y especialmente las mujeres adultas*, entendiendo que una mujer que tiene uno o más hijos es familia, más allá de si hay matrimonio o no. Junto a esto, la hipótesis sí puede ser confirmada en relación a las mujeres adultas ya que el uso del CRF por menores de edad es muy bajo en ambos consultorios, y de hombres, prácticamente nulo.

En efecto, se demostró que en el CSFSJ no hay usuarios hombres, y en el CANR sólo representan el 0,5% del total de usuarios y usuarias. Además, en el análisis cualitativo se encontraron discursos en que las usuarias muestran ignorancia respecto de la posibilidad de los hombres para asistir al CRF, por lo que se puede concluir que existe una importante falencia en el CRF en cuanto a su uso masculino. En este sentido, el hecho de que el Control de Regulación de Fecundidad sea parte del Programa Salud Mujer, y no una actividad independiente, viene a reproducir la exclusión de los hombres en la temática reproductiva, quitándoles las responsabilidades a ellos y dejándolas como exclusivo espacio de acción y decisión femeninas. Bourdieu, al respecto, plantea que el Estado es una estructura objetiva de reproducción de la división sexual, y en este caso, a través de las políticas de Salud Reproductiva, estaría interactuando con las prácticas cotidianas y el nivel subjetivo, donde persiste la idea de que la maternidad es asunto femenino, y por consiguiente el uso de métodos anticonceptivos es su responsabilidad. La perspectiva de género, estaría entonces visibilizando inequidades en torno a los programas de salud sexual y reproductiva, dejando a la sociedad civil y los decisores del ámbito de la salud, la responsabilidad de asumirlas y modificarlas a través de las políticas estatales. Modificarlas, implica que las iniciativas estatales de promoción de Salud Reproductiva incorporen como parte fundamental la actividad masculina en la regulación de la fecundidad. Una actitud opuesta no hace sino promover y reproducir la separación del ámbito privado y público en términos de división sexual. De esta manera, sería recomendable independizar el CRF del Programa Salud Mujer, planteándolo como un programa de salud que supera los roles estereotipados de hombres y mujeres. O bien, al menos, difundir la población objetivo del CRF, vale decir, hombres y mujeres de todas las edades.

En relación con el uso femenino del CRF, se encontró que en el CSFSJ, de cada diez usuarias que se inscriben en el CRF, 5,2 siguen asistiendo, de modo que casi la mitad de las usuarias que se inscriben, desertan. En este sentido, sería interesante realizar nuevas investigaciones con la población que ha desertado del CRF para conocer y comprender las razones por las que se deja de asistir, y de esta forma, investigar las carencias y/o defectos que pueden influir en la deserción. Por su parte, en el CANR no fue posible obtener la tasa de deserción, puesto que las fichas médicas de las usuarias activas no están separadas de las inactivas. Así, cabe señalar que sería útil que el CRF contemplara obligatoriamente una actualización periódica de las fichas médicas de las y los usuaria/os, así como de los datos que se encuentran en ellas, para de esta manera, facilitar la evaluación y el seguimiento del CRF.

El análisis cuantitativo reveló que el 54,7% de las usuarias del CSFSJ, y el 40,3% de las del CANR, se inscribió después de haber tenido algún parto o haber concebido, por lo que se puede señalar que en ambos la regulación de la fecundidad comienza, en muchas usuarias, luego de haber concebido alguna vez. Esto fue reafirmado por el análisis cualitativo, en tanto se encontraron discursos referentes a la creencia de que el CRF estaba destinado solamente a mujeres embarazadas, de modo que las mujeres no asistían a él para programar sus embarazos, sino para controlarlos una vez que se embarazaban. Este hallazgo permite concluir que el CRF tiene importantes falencias en su acceso y difusión, ya que parte de la población no sabe que el servicio es para todo aquel que desee regular la fecundidad. Cabe señalar nuevamente, entonces, la necesidad de aumentar la difusión del CRF, enfatizando en su población objetivo, es decir, toda la demanda percibida, lo cual corresponde a todas las personas que deseen regular su fecundidad, y no exclusivamente a las mujeres o a las mujeres embarazadas. Así, resulta

relevante también el uso real del rótulo Control de Regulación de Fecundidad, en desmedro de la consulta o el control “con la matrona”.

Para un mejoramiento en la difusión del CRF, se pueden recomendar diferentes líneas de acción, a través de la creación de una red de mecanismos de información respecto a su existencia y objetivos. Entre ellos, creemos importante incluir dentro del currículo educacional, ya sea en las clases de sexualidad, como en las horas de orientación, información sobre la posibilidad que tienen tanto hombres como mujeres de ser atendidos sin discriminación en el consultorio. Esto implicaría un análisis por parte de las autoridades educacionales, sin embargo el trabajo interdisciplinario entre colegios y consultorios, podría constituir una herramienta muy efectiva para la disminución de los embarazos no planificados en Chile. Además, sería recomendable, a nivel del consultorio, exhibir afiches en colegios y consultorios, que estén dirigidos a las/los adolescentes que comienzan su vida sexual, y que informen respecto de la posibilidad de recurrir a las matronas del consultorio, como una permanente fuente de información confiable y confidencial.

El análisis cualitativo reveló que en ambos consultorios los aprendizajes de las usuarias se refieren al uso práctico del MAC que se escoge, pero no a cómo los MAC impiden el embarazo, ni siquiera aquellos que las mismas entrevistadas usan. Además las usuarias mostraron importantes vacíos de conocimientos respecto del ciclo menstrual, que pueden implicar, o de hecho, había implicado embarazos no deseados y/o conductas sexuales riesgosas. Si bien las usuarias del CSFSJ muestran más conocimientos referidos a la Salud Sexual que las del CANR, en ninguno de los consultorios prevalecían actitudes y conductas acordes con esos conocimientos, puesto que se encontró que no siempre usan condón, no acostumbran a pedir exámenes de VIH/SIDA a sus parejas, ni tampoco ellas se realizan dicho examen por iniciativa propia. Las usuarias enfocan el cuidado de la salud sexual principalmente en no ser infieles, aunque no se observaron actitudes realmente estrictas con sus parejas en esta temática, y se refieren a la “pareja única” como a un tema valórico antes que de salud. Los conocimientos respecto a las ETS son generales y vagos, y de hecho, en las encuestas de evaluación del CRF señalan que quisieran mayor información respecto de las ETS, y su transmisión. También se encontró desconocimiento en los discursos respecto al uso y acceso a la PAE, y al derecho de esterilización en la Salud Pública. Junto a esto, las entrevistadas afirman que los conocimientos que tienen no los han aprendido en el consultorio, sino a través del colegio y los Medios de Comunicación.

Los desconocimientos encontrados implican una falencia en el CRF en relación con los Derechos Sexuales y Reproductivos, en tanto no se otorga la información necesaria para la libre decisión del número y espaciamiento de los hijos. Además se encontró que algunas usuarias señalan saber mucho, pero no aplican esos conocimientos a su vida cotidiana, y además presentan actitudes de no preguntar ni pedir más información, ya sea por vergüenza o por falta de interés. En cambio, se detectó en las usuarias que evidencian mayores conocimientos científicos, mayor motivación por adquirir nuevos aprendizajes. Cabe concluir entonces que los conocimientos no sólo son útiles para aplicarlos a la vida cotidiana, sino también para motivar a las usuarias a comprender mejor e interesarse más por el funcionamiento de su organismo y las alternativas médicas existentes en relación con la sexualidad y la reproducción.

De esta forma, la tercera hipótesis propuesta en la investigación, *El CRF otorga buena información respecto de Métodos Anticonceptivos*, puede ser radicalmente refutada, dados los

niveles de desconocimiento sobre cómo éstos impiden los embarazos, cuánto dura su eficacia, y otros problemas encontrados en los discursos de las usuarias. De hecho las usuarias señalan que quisieran mayor información, y éste es uno de los aspectos peor evaluados en las encuestas. Junto a esto, se encontró que las usuarias que evidencian mayores conocimientos, señalan el colegio y CEMERA como principales educadores en MAC. Coinciden además con aquellas que han planificado exitosamente sus embarazos. En este sentido se puede concluir que los conocimientos adquiridos por vías formales de educación tienen mayor efectividad y resonancia que los adquiridos por los grupos de pares, evidenciando la importancia de la educación sexual en los colegios.

Estos hallazgos evidencian la necesidad de acompañar los conocimientos sobre fecundidad y regulación de la fecundidad otorgados en el consultorio por la educación de las usuarias respecto a tener actitudes de responsabilidad con su propio cuerpo, conociendo su funcionamiento y sus ciclos, así como también el significado de la fecundidad, y cómo pueden regularla. A nuestro criterio, para que los MAC sean realmente efectivos, es necesario que las mujeres que desean regular su fecundidad comprendan que tener una actitud inquieta, cuestionarse las creencias populares y buscar nuevos conocimientos sobre sexualidad y reproducción, es responsabilidad de las propias mujeres. Sin embargo, comprender esta responsabilidad no es una tarea individual, sino que debe ser promovida y reforzada por matronas y doctores, en tanto educadores en sexualidad. En este sentido, se evidencia que la Salud Sexual y Reproductiva de la población requiere ser asumida como una responsabilidad mutua, entre la institucionalidad, referida al aparato de salud y el personal, y los individuos. Para esto, sería recomendable que las matronas, en la primera consulta, les expliquen en forma didáctica a las mujeres por qué y para qué deben regular su fecundidad. Preguntarles qué dificultades concretas les traería un posible embarazo en sus vidas concretas, podría ser un modo de tratar el problema en forma real y concreta, contribuyendo a que las usuarias sean más concientes y responsables con los MAC que utilizan.

Como se señaló en las conclusiones respecto al objetivo específico N° 3, se recomienda generar una pauta escrita con los temas que las matronas deben tratar con todas las usuarias en el momento en que se inscriben en el CRF, que incluya: el ciclo menstrual; los diferentes métodos anticonceptivos, la forma de usarlos y sus efectos; su funcionamiento para impedir los embarazos; las ETS más comunes; su transmisión, y los métodos para prevenirlas. Siguiendo la pauta, las matronas podrían permitir el acceso a la misma y mayor información posible para todas las/los usuarias/os. Es importante además que las matronas señalen que el consultorio es un lugar donde pueden y deben hacer preguntas sobre sexualidad y fecundidad, y donde se pueden tratar temas de pareja y de control de la fecundidad. Debido a que tanto la pauta recomendada, como la generación de un ambiente de confianza, no pueden ser aplicadas automáticamente por las matronas y resultar, por lo tanto, efectivas, más adelante se tratará el tema de la capacitación del personal de salud para el mejoramiento de la calidad de la atención.

Por otro lado, se detectó que el tema de las ETS es tratado en forma desigual en las usuarias, probablemente en dependencia con su estado civil, entendiéndose que con pareja estable no sería necesario tratarlas. Sin embargo “pareja estable” no siempre significa “pareja única”, de modo que la información debe entregarse en forma igual. De ahí la necesidad de incorporar las temáticas de la salud sexual y las ETS en la pauta recomendada. También se encontró ignorancia respecto a las ETS que detectan los exámenes que se realizan en el CRF, por lo que se recomienda entregar los resultados de los exámenes en forma escrita, como una forma de

contribuir a aumentar el conocimiento y el auto-cuidado de las usuarias respecto a las ETS y su prevención. También se recomienda realizar charlas preparadas en Power Point que se podrían impartir periódicamente a grupos de usuarias, con el objetivo de que todas las usuarias se mantengan constantemente informadas. Se pueden incluir aquí las modificaciones respecto al acceso a los distintos servicios de salud, debido a los problemas y ambigüedades que ha habido en Chile en torno temas como el otorgamiento gratuito de la PAE, y los requisitos necesarios para acceder a la esterilización.

La importancia de la información reside en que, desde la perspectiva de los Derechos Sexuales y Reproductivos, ésta es un derecho, y sin ella no es posible decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de los hijos. Que la población no tenga información ni acceso reales a los métodos anticonceptivos muestra que los acuerdos de El Cairo y Beijing no han sido efectivamente aplicados. En relación a esto, cabe realizar al menos dos interpretaciones, que no se excluyen entre sí. Por un lado, se puede suponer que dichos acuerdos constituyen más una estrategia política por parte del gobierno ante los organismos internacionales, que un interés real por los Derechos Reproductivos de la población. Los acuerdos internacionales no tienen la misma validez que las leyes nacionales, por lo que mientras no se apruebe la Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, u otra afin, en Chile los DSR no serán respetados como parte de los Derechos Humanos. Y, por el otro lado, se puede interpretar que la política y sus acciones no son suficientemente potentes como para superar las barreras culturales que dificultan la promoción de la Salud Sexual y Reproductiva. En este sentido, aunque se firmen acuerdos internacionales o leyes internas, aunque exista voluntad política, la población no podrá ejercer efectivamente los DSR, si el personal de salud no puede o no sabe dialogar sobre sexualidad, ni otorgar los conocimientos necesarios para que hombres y mujeres tomen decisiones informadas respecto de la fecundidad y su regulación. De esta manera, resulta fundamental la capacitación del personal para que conozca e incorpore los DSR dentro de su quehacer cotidiano.

Tomando en cuenta los conocimientos observados en las entrevistas se puede concluir en torno a la primera hipótesis propuesta para la investigación: *A mayor nivel educacional de las/los usuarias/os, mayor comprensión de la información.* En los discursos se encontró que los desconocimientos en relación con los distintos MAC, el ciclo menstrual, las ETS y su prevención, la Salud Sexual y los Derechos Sexuales y Reproductivos, se encontraron tanto en usuarias que habían completado la Educación Media como de aquellas que no lo habían hecho. Del mismo, los desconocimientos más importantes se hallaron tanto en entrevistadas que habían completado la Educación Media, como las que no lo habían hecho. Lo que sí se pudo distinguir claramente es que las usuarias con Educación Superior Universitaria muestran más conocimientos y aplicarlos en mayor medida a su vida cotidiana, de modo que ésta puede ser una variable que conforma un perfil de usuarias que comprende y aplica mejor los conocimientos otorgados en el CRF. Sin embargo esto no tiene directa relación con el CRF propiamente tal, en tanto otras instituciones, como CEMERA, por ejemplo, se perciben como más influyentes en la adquisición de los conocimientos.

Por otra parte, cabe señalar que se encontraron diversas necesidades de las entrevistadas en relación con los DSR que podrían estar dando cuenta de que la legislación chilena no responde a las demandas de la población. Así, se encontró: 1) ignorancia respecto a los procedimientos para el uso de la PAE; 2) necesidad de que los consultorios entreguen la PAE, como una forma de equidad social; 3) necesidad de legalizar el aborto en algunos casos de malformación o violación;

4) la necesidad de que la Iglesia no interfiera en las Políticas de Salud; y 5) se reclama la coerción hacia el aborto experimentada por una usuaria por parte de los padres. Todo esto, puede constatar los planteamientos de De Barbieri revisados en el Marco Teórico de la investigación, en tanto existe una apropiación del cuerpo y de la capacidad reproductiva de las mujeres, ya que no son ellas quienes toman las decisiones en relación con ellos, sino que son autoridades políticas - principalmente masculinas- guiados por ideales de reproducción de ciertos grupos y no por las necesidades de la población. De esta manera, sería interesante realizar nuevos estudios, idealmente representativos de todas las mujeres chilenas, que abarquen las necesidades respecto a las políticas estatales sobre sexualidad y reproducción, como una forma de contribuir al mejoramiento de los Programas de Salud y Educación en relación con los DSR.

Respecto a las conductas sexuales de las usuarias, se encontró que antes de la inscripción en el CRF, en ambos consultorios, eran mayoritariamente descuidadas en lo que se refiere al uso de MAC y a las ETS. Se detectó que los controles han sido efectivos, en tanto la mayoría de las usuarias comenzó a usar métodos anticonceptivos y comprendió la responsabilidad y la libertad que ellos otorgan. Sin embargo, en relación con la prevención de las ETS, en ninguno de los consultorios se encontró que las usuarias mostraran cambios en sus conductas. Ni antes ni después del CRF, han pedido exámenes de ETS a sus nuevas parejas, y/o exigido el uso del condón para estos fines. De hecho, se observó que las usuarias usan preservativos más para evitar los embarazos que las ETS. Si bien estas conductas pueden ser explicadas por barreras culturales, de todas formas el Control de Regulación de Fecundidad no logra sobrepasarlas para asegurar con ello un mejoramiento en la Salud Sexual y Reproductiva. Cabe concluir entonces, que el CRF de ambos consultorios influye positivamente en la motivación y el acceso de las usuarias para el uso de Métodos Anticonceptivos, en tanto las usuarias efectivamente modifican sus conductas en relación con ellos, pero, esto no es aplicable en relación a sus conocimientos ni a sus conductas en relación con la prevención de ETS.

Sobre el funcionamiento del CRF, se detectó que en ambos consultorios se valora que haya una primera consulta explicativa e informativa, donde las usuarias pueden aprender sobre las alternativas de MAC, y luego elegir. Sin embargo eran pocas las usuarias que así lo describían. Muchas usuarias señalan que la consulta es corta, la información es poca, y que no hay alternativas de método anticonceptivo para elegir. En este sentido, se puede sugerir que la primera y segunda consultas para las usuarias sean más largas, con el objetivo de informar más cabalmente a las usuarias respecto de los MAC, las ETS y los exámenes que deben realizarse, junto con señalarles que en adelante ellas deben tomar la responsabilidad de seguir las indicaciones para que el MAC escogido resulte verdaderamente eficaz, y de preguntar siempre que les surja alguna duda.

Respecto a la percepción de las usuarias sobre la calidad de la atención, se detectó en los discursos que no hay diferencias importantes entre un consultorio y otro. En ambos se describe como muy positivo el trato de las matronas y la confianza generada en la consulta, y en ambos se valora la limpieza y presentación del consultorio. Los discursos enfatizan en la importancia de la información sobre las alternativas de MAC y las ETS, junto con valorar la posibilidad que la consulta otorga para aclarar dudas. También se valora el tiempo de la consulta con las matronas, dado que permite generar mayor confianza y permite realizar preguntas. En este sentido, se puede hacer una diferencia entre el trato y la información; mientras la información otorgada por el PRF no es suficiente, el trato por parte de las matronas es percibido como bueno. Sería recomendable

que las matronas se informaran respecto a esta u otras evaluaciones existentes, como una forma de involucrarlas en las necesidades y las preferencias que señalan las usuarias sobre las consultas ginecológicas. A nuestro criterio, mostrar a las matronas las percepciones positivas de las usuarias, puede implicar una importante valorización de sí mismas y de su labor, así como una motivación para el mejoramiento de su trabajo.

En relación con los aspectos negativos de la calidad de la atención, en ambos consultorios se critica la falta de información, se describen determinados problemas con las matronas, y se evalúa negativamente el personal de ingreso por dar malos tratos a las personas. De esta manera, cabe recomendar que todos los funcionarios de los consultorios sean capacitados respecto a la importancia del respeto a las y los usuarios, sin importar su clase social, etnia, edad o posible discapacidad. A nuestro criterio, es necesario que todos los funcionarios comprendan que la calidad de la atención en salud no se circunscribe solamente a las consultas con los profesionales, sino también implica un lugar cómodo y limpio, y un buen trato a los pacientes desde que entran hasta que salen del consultorio.

Si bien los aspectos positivos y negativos percibidos por las usuarias y señalados en sus discursos son muy similares en ambos consultorios, la evaluación del CRF realizada a través de la encuesta aplicada, resulta diferente para cada uno. En el CSFSJ, el CRF obtuvo en general, un 6,2 como nota promedio, y seis usuarias le pusieron notas entre 6 y 7. En el CANR, el CRF obtuvo un promedio de nota de 5,7, y cinco usuarias le pusieron nota entre 6 y 7. Además, en las preguntas referidas específicamente al trato hacia los pacientes, fue mejor evaluado el CSFSJ que el CANR, tanto en las matronas, los doctores, como en el personal de ingreso. Esto podría estar evidenciando una mejor calidad de atención en el CSFSJ, como lo propone su modelo familiar de atención, y estaría confirmando, a su vez, la hipótesis propuesta respecto de que *El Control de Regulación de Fecundidad es mejor evaluado por las usuarias en el Centro de Salud Familiar San Joaquín que en el Consultorio Amador Neghme*. Sin embargo, por otra parte, se encontró que la información otorgada por matronas y doctores es peor evaluada, tanto en claridad como cantidad, en el CSFSJ que en el CANR, por lo que no se puede llegar a conclusiones absolutas respecto de la percepción de la calidad de la atención. Esto se puede interpretar desde una visión pragmática por parte de las usuarias, bajo el argumento “no atienden tan bien, pero solucionan el problema”, en el sentido de que, aunque la información otorgada y las alternativas de MAC no les parecen suficientes, pueden tener una vida sexual activa sin riesgos de embarazo. En todo caso, sería interesante aplicar la encuesta de calidad de la atención a una muestra representativa de las usuarias para generar resultados válidos científicamente. De todas formas, cabe rescatar el hecho de que en ambos consultorios se valora y evalúa mejor el trato humano de los funcionarios/as con las personas, y se critica la falta de información otorgada, como un aspecto a mejorar.

Las recomendaciones sugeridas a partir de los hallazgos de la investigación, pueden englobarse en una recomendación general al Estado respecto del **rol de la institucionalidad**. Esto se refiere a la necesidad de recuperar el rol de promoción de la salud sexual por parte del Estado, que ha sido dejado de lado desde los tiempos de la dictadura. Retomar la promoción de la salud sexual, entonces, tiene que ver, primero, con la promoción y difusión del CRF a su población objetivo. Segundo, con la inversión en recursos humanos en los consultorios, de modo que sea factible hacer consultas más largas, donde las matronas puedan seguir la pauta recomendada sobre los temas que deben tratar. Tercero, resulta necesario capacitar al personal de salud para un

mejoramiento de la calidad de la atención. El personal de salud, al ser el actor que se relaciona cara a cara con las/los usuarias/os del CRF, es el encargado directo de posibilitar el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos en la Atención Primaria de Salud, por lo que cabe detenerse en la importancia de su educación y capacitación.

Las normas culturales en torno a la sexualidad y la reproducción en Chile están llenas de contradicciones. Los principios de la Iglesia Católica aparecen como los únicos valores válidos, la sexualidad es un tema tabú para muchos sectores, en cuanto es juzgada y prohibida, las vivencias y necesidades de la población no dicen relación con estos ideales morales. La educación sexual ha sido motivo de conflictos, respecto a si es responsabilidad de la familia, los colegios, las iglesias, el Estado en general, siendo rechazada por los sectores más conservadores de la sociedad. Todo esto ha dificultado el diálogo abierto, restringiendo la sexualidad al ámbito biológico, dissociado del deseo sexual, de los valores, y de las inequidades de género que puede implicar. Estas normas culturales también están presentes en matronas y doctores, de modo que, a través de ellos, pueden estar influyendo en la mala calidad de la información que se otorga en el CRF, y en su concepción puramente instrumental, apareciendo éste como un lugar donde sólo se obtienen métodos anticonceptivos gratuitos.

En vista de que las capacitaciones son una forma de enseñanza vertical, donde existe poca participación de los que la reciben, y no hay mucho espacio para el diálogo y la confrontación de ideas, se recomienda más realizar talleres de discusión con el personal de salud, que capacitaciones en su concepción tradicional. En ellos, es fundamental tratar el tema de la sexualidad en forma abierta, entendiendo que es un área de la vida que implica más factores que los meramente biológicos: se debe tratar el tema del deseo sexual, la moral que está presente en nuestra cultura, y las normas sociales que influyen en las conductas sexuales de las/los usuarias/os del CRF. Se hace necesario enfatizar en la importancia de la relación médico-paciente para generar un vínculo que permita la conversación honesta y desprejuiciada. Se trata de incorporar en la consulta los temas del comportamiento sexual, la prevención de las ETS, la infidelidad y la promoción del cuidado de la salud sexual y reproductiva, puesto que la entrega de métodos anticonceptivos no basta para que las Políticas en Salud Sexual sean efectivas. Así también urge dialogar con el personal acerca de la relevancia de los conocimientos sobre sexualidad y reproducción en las personas que desean regular su fecundidad, destacando que la información es parte de un Derecho Humano que el Estado de Chile se ha comprometido a resguardar. Tanto los conocimientos sobre DSR, como la toma de conciencia de las normas culturales que rigen la sexualidad, pueden resultar muy útiles para que el personal de salud incorpore en la consulta una nueva forma de tratar las temáticas en torno a la sexualidad, la fecundidad y su regulación. Ésta, idealmente, consistiría en la búsqueda de conversaciones que generen confianza y posibiliten la incorporación de los conocimientos por parte de los pacientes, permitiendo tratar todos los temas de la pauta recomendada para la primera consulta. En este sentido, la generación de una pauta temática, la contratación de nuevas matronas, la mayor duración de las consultas, las charlas, y todas las recomendaciones hechas anteriormente, sólo podrán ser realmente efectivas, si el personal de salud es conciente de la labor que realiza y los beneficios que puede traer la incorporación de una nueva forma de atención en la consulta.

Por otra parte, a partir del análisis de los valores y las percepciones de las usuarias en torno a la sexualidad, la investigación permitió distinguir los dos tipos de sistemas de sentidos planteados por Castoriadis. Así, el *sistema de sentido instituido*, correspondiente al conjunto de

significaciones sociales que ordenan, legitiman y definen la sexualidad, se estableció en base a los discursos donde la sexualidad se explicita y legitima al interior de la pareja, teniendo como principal requisito el conocerla bien, idealmente con proyecciones a largo plazo. Se perciben las relaciones sexuales prematrimoniales como positivas para la relación, ya que ayudan al conocimiento mutuo y forman parte de la entrega que implica el amor. Se precisa, sin embargo, en que “no hay que abusar” teniendo varias parejas sexuales. La infidelidad es moral y socialmente reprobada, puesto que hay una visión monogámica de la sexualidad. Así, en este tipo de discurso se encuentra también la noción de sexo como pecado, que estaba presente en varios de los relatos, junto a la idea del embarazo como castigo, negando el aborto porque "hay que asumir las culpas" que conlleva la sexualidad.

En contraste a este tipo de discurso, surgen nuevos elementos que amenazan el orden establecido, conformando un *sistema de sentido instituyente*. Aquí se situó los discursos que hacen referencia a la sexualidad femenina como un espacio de placer individual, donde no es necesaria la relación de pareja para legitimarla. La sexualidad no siempre implica amor, ni menos compromiso, de modo que la poligamia se asume como un hecho, mientras que la monogamia representa un ideal inalcanzable. La sexualidad es vista como un tema personal, donde el resto no tiene qué opinar y no caben las sanciones sociales al respecto; se defiende la decisión individual.

De esta manera, cabe concluir que las categorías aportadas por las teorías de Género y Sexualidad resultan sumamente útiles y vigentes para la comprensión del “imaginario social”, como universo de significaciones cuyos elementos instituidos están en tensión con otros nuevos, en permanente cambio. Así, al revisar las investigaciones que utilizan estas categorías, se puede formar un panorama histórico de las significaciones y normativas sexuales. Hay un cambio desde la regulación del sexo a través del matrimonio, a su regulación a través del amor, como lo señala Fernandez. Así también como lo expone Sharim, et. al., emergen nuevos sentidos instituyentes, como una visión igualitaria y menos antagónica entre los sexos, donde ambos son capaces de expresar tanto la dimensión sexual como la afectiva. Ahora surgen elementos que disocian la sexualidad femenina del amor, sin seguir las normas sociales y patrones culturales respecto a que la sexualidad debe insertarse en las relaciones de pareja.

Los hallazgos respecto a las percepciones y vivencias de los roles de género anotados en el Objetivo específico N° 4, permiten construir tipos ideales de las usuarias entrevistadas en cuanto a las significaciones e interpretaciones que otorgan a la sexualidad, los roles y las relaciones de poder entre hombres y mujeres.

Un primer tipo ideal, que se podría denominar *Tradicional-Religioso*, es el de las mujeres que, siguiendo el discurso *instituido* descrito, vivencian y valoran la sexualidad al interior de la pareja y fundada en el amor. Estas mujeres valoran en menor medida la convivencia que el matrimonio, ya que no asegura la exclusividad sexual. Además le dan mucha importancia a la opinión y sanción social, de modo que el matrimonio tiene un status más alto e impide que las otras personas las reprueben. Presentan una sexualidad escondida, en tanto se avergüenzan si sus conocidos las descubren consiguiendo métodos anticonceptivos siendo adolescentes. Así también, evitan que las vean acompañadas por diferentes hombres, preocupándose de su reputación, que más tarde será aprendida por sus hijos. Respecto de la reproducción, aprueban la contracepción, pero perciben que tanto el uso de la PAE como del aborto constituye una

interrupción a las decisiones divinas. Entienden que Dios da la oportunidad de ser madres, lo cual no se puede desaprovechar.

Este tipo ideal de interpretación de la sexualidad, percibe además los roles de hombre y mujer en forma diferenciada, tanto en relación con los hijos como con la sexualidad. Se percibe que la mujer está a cargo de la crianza de los hijos y el hombre de proveer a la familia. Las decisiones se toman en concordancia con esta división, de modo que la mujer no tiene derecho a trabajar, haciendo que dependa de él económicamente y dificultando tanto su infidelidad como la separación. Además se encuentra aquí el mito de la mujer-madre, percibiendo a la maternidad como anhelo intrínseco a la condición de mujer, exclusivo espacio de realización personal. Esto por un lado apoya la división sexual del trabajo dentro de la pareja, y por otro, explica un antagonismo entre la sexualidad femenina y masculina.

La sexualidad sería vivenciada de manera diferente por hombres y mujeres. Mientras los hombres tienen una “naturaleza animal” que deriva en un mayor deseo sexual, las mujeres tienen una naturaleza “maternal” que limita el deseo sexual en términos de requisitos para llevar a cabo el coito. Además se percibe que los hombres buscan el placer individual, lo que unido a sus mayores deseos sexuales, deriva en que puedan ser mujeriegos en sus vidas sin ser sancionados, y en que se les consienta la infidelidad. Las mujeres, por el contrario, buscan el placer mutuo y la entrega en la sexualidad, de modo que la infidelidad femenina es reprobada moralmente, y sólo se explica a través de la búsqueda de amor.

Un segundo tipo ideal de interpretación de la sexualidad, podría denominarse *Amoroso-Pragmático*, donde el amor también es el que legitima la sexualidad, pero es menos normativo en cuanto al número de parejas sexuales. Aquí las mujeres, si bien pueden ser creyentes, presentan conductas adaptativas respecto a las normas religiosas. Elementos de practicidad entran en las percepciones de la reproducción, de modo que los recursos económicos constituyen un factor socio-cultural importante en la decisión de cuántos hijos se quieren tener. Del mismo modo, el uso de la PAE y el aborto se justifican por razones económicas, o incluso de edad o situación de pareja. La convivencia es percibida como necesaria para que un matrimonio sea exitoso, porque permite conocer a la pareja con antelación. Además hay menos preocupación por la reputación y las normas sociales en cuanto a ser vistas con diferentes hombres, puesto que se percibe como normal cambiar de pareja después de un fracaso.

Los roles de género en este tipo ideal, son descritos como igualitarios, en el sentido de que hombres y mujeres tienen las mismas responsabilidades con los hijos, de modo que la principal diferencia entre los sexos es el aparato reproductivo. El trabajo es responsabilidad y espacio de realización personal de hombres y mujeres, de modo que no hay una división sexual entre los ámbitos público y privado. Por su parte, la sexualidad femenina y masculina responde a la misma necesidad biológica, de modo que la pareja se plantea las mismas obligaciones en relación al número de parejas y a la fidelidad. Se tiene una posición más crítica hacia las parejas machistas que dividen las tareas y que avalan la infidelidad masculina por su naturaleza más “animal”. Incluso se critica toda idea que señale una condición intrínseca a cada sexo, ya sea referida a la maternidad /paternidad o a la sexualidad.

Este tipo de interpretación de la sexualidad, tampoco concibe desigualdades en la toma de decisiones, describiendo sus relaciones de pareja como “horizontales” o igualitarias, puesto que

mutuamente se piden la opinión. Los espacios de poder no están diferenciados, como en el tipo ideal anterior, según afuera/adentro del hogar, ni en relación con el dinero versus los hijos.

Por último, un tercer tipo ideal de interpretación de la sexualidad, que podría denominarse *Erótico- Individual*, se encontraría en proceso de formación, puesto que constituye una excepción dentro de los discursos analizados. Este es el que contiene los elementos *instituyentes* descritos más arriba, donde se percibe la sexualidad disociada del amor, en tanto su objetivo principal es la búsqueda de placer individual, y la construcción de pareja no aparece como legitimadora. Este discurso permite la poligamia, en tanto la sexualidad es vivida como una constante búsqueda del erotismo. No se somete a sanciones sociales de ningún tipo, puesto que explicita la sexualidad sin importar la opinión de los demás, ya que es un ámbito de acción y decisión individuales. Resultaría sumamente interesante realizar más investigaciones en mujeres que podrían situarse en este tipo ideal, para generar un panorama más completo en relación con la percepción de los roles de género y el manejo de poder que presentan con sus parejas.

En este sentido, respecto a la hipótesis propuesta, *La experiencia de la sexualidad de las mujeres refleja la dominación masculina puesto que ésta sólo se legitima en sus discursos bajo la significación afectiva y específicamente a través del matrimonio*, puede confirmarse en relación con el primer tipo ideal construido, donde la sexualidad femenina es interpretada en forma antagónica a la masculina, de modo que la significación afectiva legitima las relaciones sexuales en mujeres, mientras que a los hombres se les otorga más derechos y más libertades que no impliquen necesariamente el amor y la relación de pareja. Sin embargo esto no se aplica a las mujeres del segundo tipo de interpretación, ya que exigen a los hombres el mismo tipo de comportamiento sexual y afectivo que ellas. Ahora bien, con respecto al matrimonio, el análisis de los discursos permite concluir que las usuarias no perciben el matrimonio como una institución exclusiva para legitimar la experiencia de la sexualidad, puesto que valoran las relaciones sexuales en sí mismas, ya sea por satisfacción de deseos, entrega, conocimiento mutuo, o fortalecimiento de lazos, y el matrimonio es percibido como un trámite que otorga beneficios económicos y/o facilidades con los hijos, y no como una forma de legitimar la sexualidad. La hipótesis es refutable, entonces, en la medida en que no todas las mujeres exponen el mismo discurso en relación a la sexualidad. El segundo y el tercer tipo ideal construidos, entonces, serían una superación de las visiones desiguales que oprimen a la mujer y reproducen la dominación.

Es necesario señalar, en todo caso, que los tipos ideales construidos no corresponden directamente a las usuarias entrevistadas, si no al análisis polarizado de sus discursos. Las mujeres reales exponen valores y actitudes que cruzan las diferentes tipologías, mostrando incluso contradicciones entre lo que dicen y entre lo que dicen y lo que hacen. Por ejemplo, una usuaria entrevistada que se puede situar en el tipo Tradicional-Religioso, señala estar en desacuerdo con la PAE y el aborto, basándose en la no intervención en las decisiones divinas, señala también estar construyendo una relación horizontal con su pololo actual, puesto que ya aprendió que para que la relación funcione, el poder no puede estar sólo en el hombre. Así mismo, otra usuaria percibe que su responsabilidad es criar a sus hijos. Señala que le gustaría trabajar, pero no lo hace porque su pareja la ha convencido de que nadie lo hace tan bien como la propia madre. Este discurso está cruzado por una actitud positiva hacia el aborto y la esterilización, en la medida que otorgan mayor libertad para la mujer. En el segundo tipo ideal construido, se puede situar a una usuaria que describe la relación con su pareja como horizontal en la toma de decisiones y los ámbitos de acción no están diferenciados entre lo público y lo

privado. Sin embargo, tiene una interpretación de la sexualidad diferenciada, señalando que los hombres tienen más deseos sexuales y presentan menos requisitos para el acto sexual que las mujeres. En este sentido, más que tratarse de universos polares de significación, se observa en los discursos un continuo en que las mujeres se acercan a las diferentes tipologías según el área temática que esté en juego, y probablemente, el momento de la vida en que se encuentran.

La importancia de la construcción de tipos ideales reside en que éste permite comprender cómo diferentes formas de percibir los géneros inciden en las relaciones de poder de la pareja. La división sexual, tanto de los campos de acción, la vivencia de la sexualidad, la maternidad, el manejo del dinero, como la toma de decisiones, genera relaciones asimétricas de poder en la pareja que resultan desfavorables para hombres y mujeres. La responsabilidad exclusiva de los hombres de proveer, como se analizó en los discursos, puede generar problemas económicos y desvalorización de las mujeres. Cuando la mujer se inserta en el mundo del trabajo, en cambio, aumentan los campos de acción de ambos, compartiendo las labores y las decisiones. También una visión diferenciada de la sexualidad genera dominación masculina, en tanto la infidelidad y el deseo sexual son apoderados por los hombres, normando la sexualidad de la mujer y sus posibilidades de acción.

De esta manera, se puede observar el *sistema polifacético de dominación* planteado por el Feminismo Socialista, para cuya reproducción interactúan las estructuras públicas de la economía, la política, y la ideología, en conjunto con los procesos privados de la reproducción humana, la domesticidad, la sexualidad y la subjetividad. Así, existe un desplazamiento continuo desde lo macrosocial, donde un Estado no incluye explícitamente a los hombres en el Control de Regulación de Fecundidad, un sistema económico valora más el trabajo masculino, y una ideología limita y norma la sexualidad al interior de la familia, a lo microsociales, donde se percibe una división sexual de las labores, de los ámbitos de decisión, del manejo del dinero y de las representaciones y significaciones de la sexualidad.

Del mismo modo, desde la perspectiva de Bourdieu, se observa la reproducción de la dominación masculina a través de estructuras objetivas, al mismo tiempo que permanece instituida en el plano de las prácticas y lo subjetivo. Así es como la Iglesia, que condena prácticas de decisión individual como la convivencia, el aborto, el uso de la PAE, y la sexualidad con fines no reproductivos en general, refleja “el dogma de la inferioridad natural de las mujeres” que Bourdieu plantea que le es propio. Así es como la legislación chilena no da cuenta de los Derechos Sexuales y Reproductivos que firma en acuerdos internacionales. Cabe precisar que la investigación encontró que la Iglesia no influye tanto en las decisiones individuales, ya que las mujeres no se rigen por sus normas en su comportamiento sexual. En cambio, pareciera ser más influyente en el Estado, en tanto las decisiones de nivel estatal respecto al divorcio, la PAE, el aborto, sí han sido condicionadas por las normas morales eclesiológicas. Sin embargo, tanto el doble esquema entre lo que se dice y hace, como la normatividad de la sexualidad de las estructuras objetivas, se inscribe en los cuerpos a través de una ética, una socialización y unas categorías de pensamiento. Esto resulta fácilmente distinguible en la percepción de “naturalezas inherentes” a hombres y mujeres, donde las oposiciones antagónicas de lo externo/interno y lo público/privado constituyen pautas para una sexualidad diferenciada en términos de género. En este sentido, el hecho de que las mujeres no conozcan los ingresos de sus parejas, no participen en las decisiones referidas al dinero, o no tengan la opción de trabajar o no, se justifica y acepta como algo natural y dado, en tanto su función y rol en la maternidad y al interior del hogar es

propio de lo femenino. Así mismo, la preocupación de las mujeres por “el qué dirán”, y el miedo a la sanción social, expresan un conjunto de normas sociales incorporadas en las prácticas y el lenguaje, que reproduce la dominación masculina, en tanto las mujeres presentan una sexualidad escondida, mientras a los hombres se les permite exhibirla sin coerción alguna.

Así, cabe concluir que el segundo tipo de interpretación de la sexualidad construida, y los sentidos emergentes que desestabilizan el sistema instituido, desde las teorías de la dominación, tanto del Feminismo Socialista, como de Bourdieu, contienen elementos de superación de las diferencias de género, ya sea en relación a la maternidad, el trabajo, o la sexualidad, representando un tipo de relaciones más igualitarias y con menos desigualdades de poder. El desafío entonces, es recuperar estos elementos de lo micro, y difundirlos como prácticas generadoras de sentido. A su vez, trasponerlos al orden macrosocial, donde el Estado, la Escuela y la Iglesia, en tanto estructuras políticas, económicas e ideológicas, tengan una perspectiva de género, en sus respectivos campos de acción.

Anexo N° 1: Pauta de Entrevista

Cuestionario inicial:

1. Sexo
2. ¿Cuál es tu Estado Civil?
 - a. Soltera
 - b. Casada
 - c. Separada
 - d. Divorciada
 - e. Conviviente
 - f. Separada/ Divorciada vuelta a casar
 - g. Viuda
 - h. Otra:
3. ¿Cuál es tu Nacionalidad?
4. ¿Dónde naciste? (urbano grande/ urbano pequeño/ rural/ comuna/ región)
5. ¿En qué lugares has vivido? (urbano grande/ urbano pequeño/ rural/ comuna/ región)
6. ¿Dónde vives? (Último domicilio)
7. Etnia
8. ¿Tienes alguna Religión? ¿La practicas?
9. ¿Cuáles son tus estudios? Educación básica/ años aprobados
Educación media/ años aprobados
Educación técnica/ años aprobados
Educación universitaria/ años aprobados
10. Estrato Socioeconómico:
Nivel de Ingreso (propio y/o alguien de la familia de pertenencia)
Ocupación
Previsión
¿Ha sido clasificada en Ficha CAS y/o PRAIS? Nivel o Puntaje
11. ¿Con quién vives?
12. ¿Tienes hijos? ¿Cuántos?
13. ¿Qué edad tienen tus hijos?
14. ¿Qué Edad tienes?
15. ¿Cuántos partos has tenido?
16. ¿Cuántas veces has quedado embarazada?

Pauta de Entrevista en Profundidad:

1. ¿Qué entiendes por Fecundidad?
2. ¿Qué entiendes por Regulación de la Fecundidad? ¿Cómo se hace esto? ¿Para qué?
¿Quiénes lo deben hacer? ¿Por qué?
3. Cuéntame qué es el Control de Regulación de Fecundidad del consultorio
4. Imagínate que yo soy una nueva vecina tuya, que vengo de Punta Arenas, y no tengo idea de qué se trata el programa, ¿Cómo me lo describirías, cómo funciona?
5. ¿Hace cuánto tiempo estás inscrita en el Control?
6. ¿Cómo llegaste al CRF?
7. ¿Cómo te parece que es la calidad de la atención?

8. ¿Cómo es el trato de las matronas?
9. ¿Y de los doctores?
10. ¿Qué te parece la información que te entregan sobre la regulación de la fecundidad? ¿Aprendiste algo nuevo? ¿Qué te han enseñado?
11. ¿Qué te parece la información que te entregan sobre las enfermedades de transmisión sexual? ¿Aprendiste algo nuevo? ¿Qué te han enseñado?
12. ¿Qué te parece la información que te entregan sobre el cuidado de tu cuerpo? ¿Aprendiste algo nuevo? ¿Qué te han enseñado?
13. ¿Es clara la información?
14. ¿Qué hace falta que informen para que te sientas completamente informada?
15. ¿Qué anticonceptivos usas?
16. ¿Sabes cómo funciona?
17. ¿Cuáles te recomendaron acá?
18. ¿Y esos cómo funcionan?
19. ¿Satisfacen tus necesidades?
20. ¿Qué nota le pones al CRF en general? ¿Por qué?
21. ¿Sabes en qué consiste la Salud Sexual?
22. ¿Qué significa para ti la Salud Sexual?
23. ¿Tomas alguna medida para cuidar tu salud? ¿Cuál?
24. ¿Sabes qué son los Derechos Sexuales y Reproductivos?
25. ¿Qué significan para ti?
26. ¿Cómo pones en práctica esos conocimientos?
27. ¿Qué métodos anticonceptivos conoces?
28. ¿Qué ETS conoces?
29. ¿Qué piensas sobre la pastilla del día después? ¿Quiénes deberían usarla? ¿Sabes usarla?
30. ¿Qué piensas del aborto?
31. ¿Cuándo se puede hacer un aborto?
32. ¿Qué piensas tú de las relaciones sexuales prematrimoniales?
33. ¿Qué piensas de la convivencia?
34. ¿Qué piensas del matrimonio?
35. ¿Qué piensas de la fidelidad y la infidelidad?
36. ¿Cómo es tu caso?, ¿Has usado la pastilla del día después alguna vez? ¿La usarías?
37. ¿Has abortado? ¿Hablaste de este tema con alguien?
38. ¿Abortarías? ¿Con quién hablarías sobre el aborto en caso de tener un embarazo no deseado?
39. ¿Qué significan para ti las relaciones sexuales prematrimoniales que has tenido?
40. ¿Cómo has tratado el tema de la infidelidad con tu/s pareja/s sexuales?
41. Antes de tu inscripción en el CRF, ¿Cómo eran las relaciones de poder entre tú y tu pareja en lo sexual? Es decir, quién toma las decisiones, hay alguien que manda más, hay conflictos intrafamiliares, etc.
42. Y ahora, ¿Cómo manejan el poder con tu(s) pareja(s)?
43. ¿Cuál crees que es el comportamiento sexual correcto de una mujer? ¿Cuál crees que es el de un hombre?
44. ¿Quiénes han influido en tu forma de ver la sexualidad ahora? Por favor se lo más detallada posible, desde que eras chica, cómo fuiste percibiendo la sexualidad
45. ¿Sientes que hay normas que la sociedad te impone en relación con la vida sexual y reproductiva? ¿Cuáles son?

46. ¿Qué aspectos de la cultura sientes que influyen en los valores y las actitudes que tú tienes respecto de la reproducción y el control de la fecundidad?
47. ¿Qué cosas sabías de la sexualidad y la reproducción antes de tu inscripción en el programa?
48. ¿Qué función cumplía para ti la sexualidad y la reproducción?
49. ¿Qué significaba ser mujer para ti, en el ámbito sexual?
50. ¿Y qué significaba ser hombre en la vida sexual?
51. ¿Qué has aprendido con el CRF, qué sabes ahora, que antes no sabías?
52. ¿Cómo ves al hombre y a la mujer ahora, qué significa ser mujer en el ámbito sexual? ¿Qué significa ser hombre? ¿Ha cambiado algo después de estar en el CRF?
53. Cuéntame un poco de tus conductas sexuales antes de que te inscribieras
54. ¿Usabas algún método anticonceptivo? ¿Por qué?
55. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?
56. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido?
57. ¿Cuántas de ellas han sido pololos, cuántas no?
58. ¿Sabías cómo era la historia sexual de tus parejas antes de tener relaciones con ellos?
59. ¿Conversabas con tu/s pareja/s sobre el embarazo y los cuidados que debían tomar?
60. ¿Cómo era tu sexualidad? ¿Qué cambios implicó en tu vida en general comenzar tu vida sexual?
61. Y ahora que llevas este tiempo en Control, ¿Han cambiado tus conductas?
62. ¿Cómo vives tu sexualidad ahora que llevas este tiempo en el CRF?
63. ¿Quién decide qué anticonceptivo usar?
64. ¿Cómo es el proceso de esa decisión?
65. ¿Hay algo más que crees que sería importante contarme?

Anexo N° 2: Encuesta de Evaluación del CRF

*Con el fin de conocer la percepción de los usuarios del Control de Regulación de Fecundidad del Consultorio Amador Neghme Rodriguez/ Centro de Salud Familiar San Joaquín, queremos pedirle por favor que conteste la siguiente encuesta.

*La información es ABSOLUTAMENTE ANÓNIMA, y le aseguramos que sus respuestas no le traerán ningún tipo de perjuicio.

*Sólo queremos conocer su percepción, de forma que le rogamos contestar sinceramente cada pregunta.

Utilizando una escala de 1 a 7 como en el colegio, por favor marque con una X para EVALUAR

LOS SIGUIENTES PUNTOS:

	Pésimo 1	Malo 2	Deficiente 3	Normal 4	Suficiente 5	Bueno 6	Excelente 7
1. El trato del personal de ingreso							
2. El trato de las matronas							
3. El trato de los/as doctores/as							
4. Calidad de la información otorgada por los/as doctores/as							
5. Calidad de la información otorgada por las matronas							
6. Claridad de la información entregada							
7. Cantidad de información entregada							
8. Confidencialidad en los asuntos tratados en la consulta							
9. Tiempo dedicado por las matronas							
10. Tiempo dedicado por los/as doctores/as							

11. ¿Qué nota le pondría al Control de Regulación de Fecundidad en general?

12. ¿Por qué?

13. ¿Qué cosas mejoraría usted?

¡¡¡Muchísimas Gracias por su tiempo!!!

X. Bibliografía

1. Libros y documentos

1. **Alonso, Luis Enrique**, 1994: “*Sujeto y Discurso: El lugar de la Entrevista Abierta en las prácticas de la sociología cualitativa*”, en Delgado, Gutiérrez, 1994: *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Capítulo 8. Editorial Síntesis, Madrid.
2. **Barthes, R.**, 1958: *Mythologies*. Ediciones Seuil, Paris.
3. **Bleichmar, E.**, 1992: “**Del sexo al género**”. Revista de Psiquiatría Pública. Madrid, Vol.4.
4. **Bourdieu, Pierre**, 2000: *La Dominación Masculina*. Editorial Anagrama, Colección Argumentos. Barcelona.
5. **De Barbieri, Teresita**, 1991: *Género y políticas de población. Una reflexión*. Documento presentado a la Conferencia Centroamericana de El Caribe y México sobre Políticas de Población.
6. **De Barbieri, Teresita**, 1992: “Sobre la categoría de género. Una introducción teórico-metodológica”. En *Fin de Siglo. Género y Cambio Civilizatorio*. Isis Internacional. Santiago.
7. **Delgado, Gutiérrez**, 1994: *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Editorial Síntesis, Madrid.
8. **Díaz, S., Sánchez, S., Silvamonge, M.** (editoras), 1994: *Realidades y Desafíos. Reflexiones de Mujeres que Trabajan en Salud Reproductiva*. ICIMER, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. Santiago.
9. **Di Silvestre, María Cristina**, 1997: *Estudio descriptivo de la experiencia con dispositivos intrauterinos en mujeres de estrato social bajo residentes en Santiago*, Cuad. Méd.-soc., Vol. 38, N° 4.
10. **Fernández, Ana María**, 1992: *Mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias*. Buenos Aires, Piados.
11. **FLACSO**, 2001: *Percepciones y Actitudes de las y los chilenos a principios del siglo XXI*. Lom Ediciones.
12. **Giddens, Anthony**, 2002: *Sociología*. Madrid, España. Editorial Alianza, Cuarta Edición.

13. **Gysling, Jacqueline**, 1994: "Salud y Derechos Reproductivos: Conceptos en Construcción", en Valdés, T. Y Busto, M., Sexualidad y Reproducción. *Hacia la Construcción de Derechos*. Corporación de Salud y Políticas Sociales.
14. **Gysling, Jacqueline**, 1996: "*Sexualidad y mujer*" en Shepard, Valdés, Hernández, I *Seminario Taller Sudamericano. Investigación Socio-cultural en Sexualidad: Prioridades y Desafíos*. Equipo de apoyo técnico del UNFPA, Santiago.
15. **Hernández, Roberto, Fernández, Carlos, Baptista, Pilar**, 1991: Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw-Hill, México.
16. **Lamas, Marta**, 1986: *La antropología feminista y la categoría "género"*. Revista Nueva Antropología. Vol. VIII, N° 30, México.
17. **López, Susana**, 1994: "*Percepción de la Calidad de Atención en Salud de un Grupo de Mujeres de Sectores Populares*", en Díaz, S., Sánchez, S., Silvamonge, M. (editoras), 1994: *Realidades y Desafíos. Reflexiones de Mujeres que Trabajan en Salud Reproductiva*. ICIMER, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. Santiago.
18. **Matamala, María Isabel** 1994: "*Calidad de la Atención en Salud de las Mujeres desde la Perspectiva del Género*", en Díaz, S., Sánchez, S., Silvamonge, M. (editoras), 1994: *Realidades y Desafíos. Reflexiones de Mujeres que Trabajan en Salud Reproductiva*. ICIMER, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. Santiago.
19. **Miles, M. y Huberman, A.**, 1994: *Qualitative Data Análisis: an Expanded Sourcebook*, Thousand Oaks, Sage.
20. **Ministerio de Salud (MINSAL), 1997**: *Programa Salud de la Mujer*. División de salud de las personas. Dpto. Programa de las personas.
21. **Montecino, Sonia y Rebolledo, Loreto**, 1996: *Conceptos de Género y Desarrollo*, Serie Apuntes Docentes. Programa Interdisciplinario de Estudios de Género de la Universidad de Chile. Santiago.
22. **Newcomb, T. M., Turner, R. H., Converse, P.E.**, 1965: *Social Psychology: The Study of Human Interaccion*, Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
23. **Ritzer, George**, 1993: *Teoría Sociológica Contemporánea*. Editorial McGraw Hill, España.
24. **Rodó, Andrea**, 1987: *El Cuerpo Ausente*. Informe de Investigación. Separata Proposiciones, Año 7- Vol. 13. Ediciones SUR.
25. **Rivera, Diana, Rodó, Andrea, Sharim, Dariela, Silva, Uca**, 1995: *Relaciones de género y sexualidad*. Informe de investigación. Centros de Estudios Sociales y Educación SUR.

26. **Rodrigues, Aroldo**, 1976: *Psicología Social*. Editorial Trillas, México.
27. **Rodríguez G., Gil J., García E.**, 1999: *Metodología de la investigación cualitativa*. Ediciones Aljibe. España.
28. **Rokeach, M.**, 1973: *The Nature of Human Values*, Jossey-Bass, Inc., San Francisco.
29. **Rossetti, Josefina**, 1997: *Sexualidad Adolescente: Un desafío para la Sociedad Chilena*. Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos. Santiago, Chile, 1997.
30. **Salazar, J. M., Montero, M., Muñoz, C., Sánchez, E., Santoro, E., Villegas, J.**, 1979: *Psicología Social*, Editorial trillas, México.
31. **Scott, Joan W.**, 1990: *El género, una categoría útil para el análisis histórico*. Publicado en Inglés en American Historical Review 91, 1986. La versión en castellano apareció en Historia y género: las mujeres en la Europa moderna contemporánea, editado por James Amelang y Mary Nash, Ediciones Alfonso el Magnanim.
32. **Sharim, Dariela, Rivera, Diana, Silva, Uca, Rodó, Andrea**, 1996: *Los discursos contradictorios de la sexualidad*. Colección Estudios Sociales, Ediciones Sur, Santiago.
33. **Shaw, Ian F.**, 2003: *La evaluación Cualitativa*. Paidós, Barcelona.
34. **Shepard, Bonnie, Valdés, Teresa, Hernández, Isabel** (coordinadoras), 1996: *I Seminario Taller Sudamericano. Investigación Socio-cultural en Sexualidad: Prioridades y Desafíos*. Equipo de apoyo técnico del UNFPA, Santiago.
35. **Tylor, S.J., Bogdan, R.**, 1992: *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Ediciones Paidós, España.
36. **Valdés, Teresa**, 1988: *Venid, benditas de mi Padre*. FLACSO. Santiago, 1988.
37. **Valdés, T. Y Busto, M.**, 1994: *Sexualidad y Reproducción. Hacia la Construcción de Derechos*. Corporación de Salud y Políticas Sociales.
38. **Valdés, Teresa, Faúndez, Alejandra**, 1997: *Diagnóstico de Salud Reproductiva en Chile*. Fondo de Población de las Naciones Unidas.

2. Páginas Web

- **Adimark, 2004**: *Mapa Socioeconómico de Chile*. En Página Web www.adimark.cl
- **Biblioteca del Congreso Nacional**, 2000: *Ley marco sobre derechos sexuales y reproductivos*. Boletín N° 2608-11. Pág. Web <http://sil.senado.cl/pags/index.html>

- **Fundación Chile Unido**, 2001: *Derechos Sexuales y Reproductivos*, en “Corriente de Opinión”, N° 53. En página Web www.chileunido.cl
- **Fundación Futuro**, 2000: *Principales resultados de la encuesta de opinión pública realizada en abril del año 2000*. Se encuentran en página Web www.fundacionfuturo.cl/admin/publicos/Sexualidad%20abril%202000.PDF
- **INE**, 2000: “Matrimonio en Chile”, en *Enfoques Estadísticos*, Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadísticas, ni 6, en página Web www.ine.cl/27-prensa/documentos/pdf/enfo6.pdf
- **INJUV**, Instituto Nacional de la Juventud, 2000: *La Eventualidad de la Inclusión: Jóvenes chilenos a comienzos del nuevo siglo*. Principales Resultados Tercera Encuesta Nacional de Juventud, año 2000, Página Web www.injuv.gob.cl/cedoc_archivos/estudios/Tercera_encuesta.pdf
- **INJUV**, 2004, *Resultados Preliminares Cuarta Encuesta Nacional de Juventud 2003*. Documento de Trabajo N° 5. Departamento de Estudios y Evaluación. En página Web www.injuv.gob.cl/documentos_trabajo_archivos/dde/rpcnj.pdf
- **MIDEPLAN**, 2000: *Documento N° 11: Situación de la mujer en Chile*. Análisis de la VII encuesta de caracterización socioeconómica nacional (CASEN 2000). En Página Web www.mideplan.cl/sitio/Sitio/estudios/documentos/mujer2000.pdf
- **SERNAM**, 2004: *Mujeres Chilenas, tendencias en la última década*. (Censos 1992 – 2002). En página Web www.sernam.cl/estudios/abstracts/MujChilenas1.pdf