



Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

“PERCEPCIONES DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA USUARIAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN EL CESFAM POMPEYA DE LA COMUNA DE QUILPUÉ EN TORNO AL EJERCICIO DE SUS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO”

INFORME FINAL DE PROYECTO DE TÍTULO PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL Y EL TÍTULO DE TRABAJADORA SOCIAL

ALUMNAS: FRANCESCA BALCARCE
ORTIZ
DENISSE FUENTES OLMEDO

PROFESORA GUIA: CECILIA PORTO FUENTES.

2020

Índice

Agradecimientos	5
Contexto Institucional	9
1. Identificación de la Institución.....	10
2. Programas de la Institución.....	10
3. Funciones del CESFAM Pompeya de Quilpué.....	11
4. Objetivos específicos del Programa de Salud Sexual y Reproductiva.....	12
Capítulo I Marco Teórico	13
Presentación.....	14
1. Percepciones.....	15
1.1 Las leyes de la percepción.....	16
2. Derechos Sexuales y Reproductivos.....	19
2.1 Antecedentes históricos de los Derechos Sexuales y Reproductivos.....	19
2.2 ¿Qué son los Derechos Sexuales y Reproductivos?.....	24
2.3 ¿Cuáles son los Derechos Sexuales y Reproductivos?.....	26
2.4 Derechos Sexuales y Reproductivos desde una perspectiva de género.....	30
3. Mujeres.....	34
3.1 Mujeres desde una perspectiva de género.....	34
3.2 Mujeres en edad reproductiva.....	37
4. Salud.....	38
4.1 Salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género.....	38
4.2 Modelo de Atención Integral de Salud.....	40
5. Trabajo Social en Salud.....	41
6. Políticas Públicas en Salud.....	43
Capítulo II Marco Metodológico	47
Introducción.....	48
1. Planteamiento del problema.....	50
1.1 Estado del arte.....	52
1.2 Justificación del problema a investigar.....	56
2. Diseño Metodológico.....	57
2.1 Pregunta de investigación.....	57

2.2 Sistema de Objetivos.....	57
3. Inmersión inicial en el campo de investigación	58
4. Diseño muestral cualitativo.....	60
5. Diseño, enfoque y perspectiva de la Investigación	64
5.1 Tipo de estudio.....	66
5.2 Recolección de datos.....	68
6. Inmersión profunda en el campo de investigación.....	69
7. Plan de análisis de los datos cualitativos	70
7.1 Análisis detallado de los datos	71
Capítulo III Análisis.....	75
Presentación	76
1. Análisis de los resultados.....	79
2. Percepciones de las mujeres en edad reproductiva usuarias de la Atención Primaria de Salud en el Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué en torno a la Autonomía Sexual y Reproductiva desde una perspectiva de género.....	79
2.1 Percepciones en torno al significado de educación sexual.....	87
2.2 Percepciones en torno al acceso e educación sexual.....	90
2.3 Percepciones en torno a la Autonomía sexual	92
2.4 Percepciones en torno a la sexualidad como necesidad	95
2.5 Percepciones en torno a la maternidad.....	96
3. Percepciones de mujeres en edad reproductiva usuarias de la Atención Primaria de Salud en el Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué en torno a la Libertad Reproductiva desde una perspectiva de género	98
3.1 Percepciones en torno a la información de métodos anticonceptivos	104
3.2 Percepciones en torno al acceso a métodos anticonceptivos	107
3.3 Percepciones en torno al aborto	110
4. Percepciones de mujeres en edad reproductiva usuarias de la Atención Primaria de Salud en el Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué en torno a una Vida Sexual Libre de Violencia desde una perspectiva de género.....	113
4.1 Percepciones en torno a la violencia sexual.....	119
Capítulo IV Conclusiones.....	124
Presentación	125
1. Conclusiones de la investigación Cualitativa.....	126
1.1 Conclusiones de los objetivos.....	126
1.2 Conclusiones desde el Trabajo Social.....	130
1.3 Conclusiones Proceso de investigación	131

2. Descripción profunda de campo	133
2.1 Hallazgos.....	133
Capítulo V Bibliografía.....	135
Referencias Bibliográficas	136
ANEXOS.....	139

AGRADECIMIENTOS

Perseverar. Mantenerse constante en la prosecución de lo comenzado, en una actitud o en una opinión.

Perseverar, palabra que mi madre siempre me repitió desde niña. Gracias. Eres el mejor ejemplo de perseverancia, responsabilidad y alegría. Gracias por tu amor y contención.

A mi padre, gracias por siempre mostrarme que existen infinitas posibilidades, más allá de lo establecido. Gracias por tu cariño y protección.

A mi hermana, por siempre creer y confiar, y por demostrarme que aunque miles de kilómetros nos separen, siempre estarás ahí para mí. Gratitud y amor infinito a tu ser libre y valiente.

A mi tribu, de amigos y familiares, que de diferentes maneras me demuestra qué es lo verdaderamente importante. Gracias por la fortaleza de los lazos y la trascendencia del amor.

En honor a mi abuelo Nando, que este año partió del mundo terrenal hacia nuevos viajes por el infinito. Llevo siempre conmigo tu risa y generosidad.

A mi familia que han sido mi apoyo incondicional para cumplir todas mis metas y mi desarrollo personal.

A mi hijo, Pedro Francesco Díaz Balcarce quien se ha convertido en mi fuerza y compañero de vida, que con su amor y admiración ha sabido apoyarme en todos mis proyectos y mi vida académica, acompañándome en cada momento y entregándome su amor incondicional.

A mi madre Carmen Gloria Ortiz Núñez, que es mi admiración y la mujer más fuerte que conozco, gracias por enseñarme que puedo realizar todo lo que me proponga y gracias por criarme con tanto amor, confianza y seguridad.

A las poderosas mujeres de mi familia que han llenado mi vida de amor, apoyando y enseñando en cada paso de mi vida, mi abuelita Ana Núñez Mendoza y mis hermanas Anita Balcarce Ortiz y Carmen Gloria Balcarce Ortiz. También, mis sobrinos/as, Martín, Felipe, Valentina y Eleonor que con su inocencia y cariños me acompañan en la vida.

A mi compañero en este camino de la mapaternidad, que me acompañó en todo el proceso universitario entregando contención y apoyo en los momentos de flaqueza.

A mi padre Guillermo Balcarce Vargas, por su apoyo incondicional y el cariño por sus hijas.

Agradecimientos

A la profesora Cecilia Porto, por ser guía principal durante este importante proceso, por acoger con disposición nuestra propuesta y por acompañarnos en cada paso que llevó a la construcción de nuestro proyecto de título.

Agradecer también y de manera especial, a la profesora María Antonieta Urquieta, quien desde el primer encuentro proporciona sus saberes y colaboración para con nuestra investigación, siendo su contribución, fundamental para el desarrollo de nuestro proceso.

A Fernando, director del Cesfam Pompeya, quien desde el inicio nos brindó su apoyo y disposición, y con todo cariño nos abrió las puertas de su institución. A las matronas Vanessa y María Soledad, que en cada una de nuestras visitas al Cesfam, fueron agentes fundamentales en el contacto con las usuarias, y nos colaboraron con inmenso entusiasmo y compromiso. Muchas gracias.

Y, por último, gracias infinitas a todas aquellas mujeres que depositaron su confianza en nosotras y accedieron de forma valiente a entregar sus testimonios de vivencias y sentires, pues sabemos que en nosotras encontraron, un pequeño pero seguro espacio de liberación.

CONTEXTO INSTITUCIONAL

1. Identificación de la Institución

Establecimiento: Consultorio y SAPU Pompeya

Director: Fernando Olmedo Jiménez

Correo: fernando.olmedo@cmq.cl

Teléfono: • Informaciones y SAPU: 442021453

• SOME: 44202145

Basado en el Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué y su contexto institucional que lo comprende, es que a continuación se expondrá una breve reseña de la Atención Primaria de Salud en la comuna, para contextualizar la labor del Cesfam Pompeya dentro de ésta.

Visión y misión de la atención primaria en Quilpué:

La visión

“la transformación de Quilpué, en una comuna saludable, por medio de un trabajo coordinado de la atención primaria municipal con sus autoridades y la sociedad organizada, y un amplio grado de participación social.”

La Misión

“Contribuir progresivamente a transformar a Quilpué en una comuna saludable, a través de la promoción de estrategias de fomento y prevención de la salud, sin descuidar el rol asistencial propio del nivel primario de atención, con acciones de calidad oportunas, sustentables, eficientes, brindadas por personas calificadas y comprometidas, mediante tecnología e infraestructura acorde al nivel primario de resolución de la APS, con un alto grado de participación y adhesión de todos los actores involucrados.”

2. Atención Primaria de Salud de Quilpué

La atención primaria de salud de la comuna de Quilpué es Municipalizada, administrada por la Corporación de Educación, Salud, Cultura y Atención al menor de Quilpué, a través de una Dirección del Área de Salud. (Corporación Municipal de Quilpué, 2015, p.24)

El sistema de Salud Municipal de la comuna de Quilpué está conectado a la red asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota. En Quilpué se cuenta con seis establecimientos que corresponden a:

1. CONSULTORIO QUILPUE
2. CONSULTORIO DE BELLOTO
3. CONSULTORIO POMPEYA

4. CESFAM AVIADOR ACEVEDO
5. CESFAM ALCALDE IVAN MANRIQUEZ
6. POSTA DE SALUD RURAL COLLIGUAY
7. CECOSF EL RETIRO (dependencia de Cesfam A. Acevedo)

3. Programas de la Institución

Las prestaciones y cuidados de salud en los establecimientos de atención primaria están definidos en la “cartera de servicios”, que contempla acciones promocionales, preventivas, curativas de mantenimiento y rehabilitación de la salud.

- A. PROGRAMA DE SALUD PARA EL NIÑO Y ADOLESCENTE
- B. PROGRAMA PARA LA MUJER
- C. PROGRAMA PARA EL ADULTO Y ADULTO MAYOR
- D. PROGRAMA SALUD BUCAL
- E. PROMOCION DE SALUD
- F. BENEFICIOS POR ESPECIALIDAD

Dentro de las prestaciones que contempla la atención primaria de salud, se encuentra el servicio de atención de urgencia SAPU

La Comuna de Quilpué cuenta con 2 Servicios de Urgencia, el SAPU Belloto que funciona desde las 24 horas sábados, domingos y festivos y los días de semana de 17:00 a 24 hrs y un SAPU instalado en el Consultorio de Pompeya, que funciona de las 17 a 24 hrs los días de semana y de 8 a 24 hrs sábados, domingos y festivos.

El servicio de urgencias SAPU permite el acceso a personas que laboran en el día y resolver los problemas más urgentes de salud oportunamente, disminuyendo la concurrencia al Hospital de Quilpué.

4. Funciones del Cesfam Pompeya de Quilpué

El CESFAM Pompeya de Quilpué lleva a cabo sus funciones de acuerdo con los programas comunales antes mencionados, dentro de los cuales se encuentra el Programa para la mujer, en el que emana la temática central del proyecto de título, la salud sexual y reproductiva, a continuación, se detallan las prestaciones del programa.

Control prenatal y postnatal

Consulta Prenatal

Consulta y control de paternidad responsable

Consulta y Control Ginecológico

Consejería de salud sexual y reproductiva

Consulta nutricional

Educación grupal

Visita domiciliaria a grupos de riesgo y postparto

Los programas antes mencionados, se llevan a cabo por la ginecóloga, las matronas, nutricionista, enfermeras y Trabajadora social del Cesfam Pompeya.

5. Objetivos específicos del Programa de Salud Sexual y Reproductiva

Área Promoción:

1. Promover una conducta sexual segura en el contexto de prevenir un embarazo adolescente y la transmisión de ITS y El VIH-SIDA
2. Incorporar a la pareja u otro familiar significativo, como sujeto activo durante el proceso reproductivo.

Área Prevención:

1. Contribuir a la prevención de IRA desde el período de gestación.
2. Realizar el control de salud integral de púerperas a madre y control de salud del recién nacido
3. Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en la población adolescente
4. Entregar orientación e información Clara, completa y oportuna, que permita a hombres y mujeres tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva (planificación familiar, métodos anticonceptivos y sexualidad).

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

Presentación

En el contexto de las asignaturas Proyecto de Título I y Proyecto de Título II, llevada a cabo durante el primer y segundo semestre del año 2020, las alumnas Francesca Balcarce Ortiz y Denisse Fuentes Olmedo se insertan en la institución de Salud Primaria Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué, para trabajar en conjunto con el equipo de matronas de la entidad. Esta investigación se enmarca bajo la supervisión de la profesora Cecilia Porto Fuentes en la carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Valparaíso

En el presente documento se expondrán los referentes teóricos y conceptuales para la comprensión y sustento de la temática abordar, abarcando todas las aristas relacionadas con la investigación.

Percepciones

Para contextualizar, se definirá el concepto de percepciones según la teoría de la Gestalt

“El movimiento Gestalt, nació en Alemania bajo la autoría de los investigadores Wertheimer, Koffka y Köhler, durante las primeras décadas del siglo XX. Estos autores consideran la percepción como el proceso fundamental de la actividad mental, y suponen que las demás actividades psicológicas como el aprendizaje, la memoria, el pensamiento, entre otros, dependen del adecuado funcionamiento del proceso de organización perceptual.” (Oviedo, 2004, p.89)

Es así como más adelante se siguen planteando definiciones del concepto, entre los cuales se encuentra “la percepción como un proceso de formación de representaciones mentales. Planteó igualmente que es función de la percepción realizar abstracciones a través de las cualidades que definen lo esencial de la realidad externa.” (Oviedo, 2004, p.96)

La Gestalt realizó una revolución copernicana en psicología al plantear la percepción como el proceso inicial de la actividad mental y no un derivado cerebral de estados sensoriales. Su teoría, arraigada en la tradición filosófica de Kant (Wertheimer en Carterette y Friedman, 1982), consideró la percepción como un estado subjetivo, a través del cual se realiza una abstracción del mundo externo o de hechos relevantes. (Oviedo, 2004, p.89)

El primer supuesto básico desarrollado por la Gestalt es la afirmación de que la actividad mental no es una copia idéntica del mundo percibido. Contrariamente define la percepción como un proceso de extracción y selección de información relevante encargado de generar un estado de claridad y lucidez consiente que permita el desempeño dentro del mayor grado de racionalidad y coherencia posibles con el mundo circundante. (Oviedo, 2004, p.90)

La percepción, según la Gestalt, no está sometida a la información proveniente de los órganos sensoriales, sino que es la encargada de regular y modular la sensorialidad. El hecho de recibir de manera indiscriminada datos de la realidad implicaría una constante perplejidad en el sujeto, quien tendría que estar volcado sobre el inmenso volumen de estímulos que ofrece el contacto con el ambiente. La Gestalt definió la percepción como una tendencia al orden mental. Inicialmente, la percepción determina la entrada de información; y en segundo lugar, garantiza que la información retomada del ambiente permita la formación de abstracciones (juicios, categorías, conceptos, etc.). (Oviedo, 2004, p.90)

Esto quiere decir, que la percepción no es proveniente de los órganos sensoriales, sino que es una construcción que genera un sentimiento o estímulo al contacto con el ambiente o la realidad. Por otro lado, el concepto percepción responde a unas determinadas leyes, las que se desarrollarán a continuación.

Las leyes de la percepción

Concepto de forma.

El hecho de organizar los objetos a través de su forma equivale a tener de ellos una versión racional o en términos más exactos geométrica, que ofrece una idea clara, precisa e inconfundible de lo que la caracteriza. Darle forma a un objeto equivale a darle sentido, a hacerlo propio y permitirle mostrarse de manera inconfundible a la conciencia, y con ello facultar la posibilidad de desarrollar estados imaginativos como el poderlos contrastar con otros, pensarlos en otros contextos, compararlos en diferentes momentos de la memoria, etc. La Gestalt es una teoría encargada de plantear la tendencia de la conciencia a la racionalidad. El fin último y principal labor de la conciencia, es el de traducir las experiencias cotidianas a entidades conceptuales con base en las cuales se pueda seguir adelantando un proceso de abstracción. (Oviedo, 2004, p.93)

Pregnancia.

La tendencia de la actividad mental a la abstracción dentro de la mayor simplicidad posible recibe el nombre de pregnancia. (Oviedo, 2004, p.93)

Como se dijo anteriormente, percibir es categorizar o, dicho de otra forma, agrupar los datos del entorno con base en cualidades. La pregnancia describe la tendencia mental a la organización de los eventos externos dentro de ciertos parámetros encargados de garantizar la calidad de las representaciones psíquicas (Oviedo, 2004, p.93)

Proximidad.

Una forma de agrupamiento de la información proveniente del mundo externo es el principio de proximidad. (Oviedo, 2004, p.93)

La distribución espacial de los objetos es uno de los más importantes criterios para realizar el trabajo de abstracción. La variable distancia entre los elementos permite llevar a cabo la organización perceptual. (Oviedo, 2004, p.93)

Semejanzas o igualdad.

La percepción clasifica la información según el grado de semejanza que mantengan los estímulos entre sí. Otro de los criterios empleados por el aparato perceptual para la construcción de representaciones psíquicas es la búsqueda de la homogeneidad. En este orden de ideas, aquella información que tiende a repetirse con mayor frecuencia es predominantemente atendida y captada, por encima de aquella que es difusa y muy poco frecuente. (Oviedo, 2004, p.94)

Tendencia al cierre.

La ley del cierre guarda una íntima relación con el concepto de pregnancia; toda información que contribuya a la conformación del concepto de contorno es privilegiada por sobre aquella que no contribuye a darle bordes o límites definidos a los objetos. (Oviedo, 2004, p.94)

Relación figura – fondo.

Este principio es, en el concepto de autores como Garret (1958), el más importante en el estudio de la percepción por reunir los anteriores y permitir explicar gran parte de los agrupamientos. Los principios perceptuales hasta ahora mencionados describen la forma en que la actividad perceptual se encarga de constituir noción de objetos; sin embargo, la relación figura-fondo se ocupa de establecer aquello que Guillaume llama “la organización externa e interna de las formas”. (Oviedo, 2004, p.95)

Se denomina con el nombre de “fondo” al elemento de homogeneidad que ofrece un grado de información constante e invariable que le permite al sujeto tener una impresión sensorial fácilmente constatable. Así mismo, se llama “figura” a todo elemento que ofrece un alto nivel de contraste o de ruptura y permite encontrar una variación que le dé sentido, límites y características a ese elemento de homogeneidad que es el fondo. (Oviedo, 2004, p.95)

Como menciona el autor anteriormente, es por medio de estas leyes de la percepción que se abstrae la realidad y se van generando procesos cognitivos para darle sentido al mundo externo, organizando las ideas u objetos con el fin de conocer y reconocer el mundo en el que estamos insertos.

Derechos Sexuales y Reproductivos

Antecedentes históricos de los Derechos Sexuales y Reproductivos

El origen del enfoque de Derechos Sexuales y Reproductivos surge a partir de las reivindicaciones del movimiento feminista que, en los años 70, formula el concepto de Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres como el derecho a ejercer el control sobre su cuerpo regulando su sexualidad y capacidad reproductiva sin imposiciones, coerciones o violencia por parte de los hombres, así como la exigencia de que éstos asuman su responsabilidad por el ejercicio de su sexualidad. (Palomo y Romita, 2011, p.11)

Las reivindicaciones planteadas por los movimientos feministas en foros y conferencias internacionales obligaron a las Naciones Unidas, durante la década de los '90, a reformular sus conceptualizaciones y orientaciones en materia de políticas de población, salud, desarrollo y derechos humanos. Paralelamente a esta tendencia, también en el marco de las NNUU, se institucionalizó el enfoque del Desarrollo Humano, que se centra en garantizar el pleno desarrollo de todas las personas y que confluye con el enfoque de DSR. (Palomo y Romita, 2011, p.11)

Diversas son las convenciones mundiales que dan cuenta del esfuerzo por incluir los Derechos Sexuales y Reproductivo en las agendas de cada país participante, a continuación se expondrán los hitos más importantes.

- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), 1979 y su Protocolo Facultativo, 1999

Adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en el ámbito de la atención médica, con el fin de asegurar condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, "el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que

se refieren a la planificación de la familia". Asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres "los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos, y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos".

(Palomo y Romita, 2011, p.15)

- II Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos, Viena, 1993

La Declaración y Programa de Acción de Viena reafirma el derecho de las mujeres a tener acceso a la más amplia gama de servicios de planificación familiar. Eliminar “todas las formas de acoso sexual, la explotación y la trata de mujeres” y “las violaciones sistemáticas, la esclavitud sexual y los embarazos forzados” (Palomo y Romita, 2011, p.15)

- Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, 1993

Adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas en diciembre de 1993, su importancia fundamental radica en que, por primera vez en un instrumento internacional, se reconoce “que la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales” y se hace una firme condena a todas las formas de violencia física, sexual y psicológica. (Palomo y Romita, 2011, p.16)

- V Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994

En esta Conferencia, celebrada en El Cairo, se define por primera vez en la historia un grupo de derechos humanos como derechos reproductivos. Estos derechos se basan en

el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, y a disponer de la información y de los medios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. Se reconoce el aborto inseguro como un “importante problema de salud pública” (Palomo y Romita, 2011, p.16)

Se considera un punto culminante para la configuración de los DSR, puesto que se institucionalizan los conceptos de salud sexual y reproductiva, y se reconocen como elemento clave para el desarrollo de los países y el empoderamiento de las mujeres. (Palomo y Romita, 2011, p.16)

La Conferencia ratifica el derecho de las mujeres a controlar su propia fecundidad a través de la información y el acceso a los métodos anticonceptivos. Además, el Programa de Acción emanado de esta conferencia se compromete a "promover la equidad y la igualdad entre los sexos y los derechos de la mujer, así como a eliminar la violencia de todo tipo contra la mujer y asegurarse de que sea ella quien controle su propia fecundidad". (Palomo y Romita, 2011, p.16)

- IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995

La Plataforma de Beijing señala que “los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de estas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto a las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento

recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual” (Palomo y Romita, 2011, p.16)

En Beijing, se retoman las recomendaciones de la Conferencia de El Cairo en relación a la interrupción voluntaria del embarazo y, adicionalmente, se insta a los Estados a “considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales”. (Palomo y Romita, 2011, p.16)

- En la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres (Beijing, 1995) se reafirman los acuerdos de El Cairo y se avanza en la definición de estos derechos. La cuestión más importante de este encuentro es que, por primera vez, se hace referencia a los DSR como parte indisoluble de los derechos humanos: "Los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia". (Palomo y Romita, 2011, p.16)
- X Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe: Consenso de Quito, 2007

Esta conferencia hizo un llamamiento a "asegurar que los derechos sexuales y reproductivos que forman parte de los derechos humanos y el acceso universal a la salud integral, que incluye la salud sexual y reproductiva, se consideren como una condición indispensable para garantizar la participación de las mujeres en la vida política y en el trabajo remunerado (...), prioritariamente para las mujeres jóvenes, las más pobres, las mujeres indígenas, las afrodescendientes, las mujeres rurales y las mujeres con discapacidad". (Palomo y Romita, 2011, p.17)

- XI Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe: Consenso de Brasilia, 2010

El consenso de Brasilia recoge las líneas de acción para las políticas en pro del logro de la igualdad en la Región que se han acordado en la Conferencia. Los acuerdos alcanzados se refieren a desarrollar acciones para conquistar una mayor autonomía económica e igualdad en la esfera laboral; fortalecer la ciudadanía de las mujeres; ampliar la participación de las mujeres en los procesos de toma de decisiones y en las esferas de poder; facilitar el acceso de las mujeres a las nuevas tecnologías y promover medios de comunicación igualitarios, democráticos y no discriminatorios; enfrentar las formas de violencia contra las mujeres; promover la salud integral y los derechos sexuales y reproductivos; realizar actividades de capacitación e intercambio y difusión que permitan la formulación de políticas públicas basadas en los datos del observatorio de igualdad de género de América Latina y El Caribe, y promover la cooperación internacional y regional para la equidad de género. (Palomo y Romita, 2011, p.17)

Para contextualizar a nivel nacional, las conferencias internacionales nombradas anteriormente comprometen a Chile a participar de dichas decisiones ya que es miembro de estas organizaciones mundiales.

El Estado Chileno se ha comprometido a asegurar a la población la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos al acoger el marco de Derechos Humanos en el cual éstos se encuentran insertos y al suscribir los distintos acuerdos internacionales que los hacen explícitos (como la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 y la IV Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing en 1995). (Schiappacasse, Vidal, Casas, Dides, y Díaz, 2003)

Desde este hito en la historia de los Derechos Sexuales y Reproductivos, es que el Estado chileno comienza a trabajar en el reconocimiento de dichos derechos y en la aplicación de políticas públicas que den cumplimiento a lo acordado en las conferencias internacionales.

¿Qué son los Derechos Sexuales y Reproductivos?

Según lo expuesto anteriormente, cuando se habla de Derechos Sexuales y Reproductivos, se reconocen necesariamente como derechos humanos. Frente a esta afirmación, varios autores y autoras han definido el concepto de Derechos Sexuales y Reproductivos, sus principios e importancia.

En el derecho internacional de los derechos humanos, los derechos sexuales y reproductivos encuentran su fundamento en los derechos a la vida, a la integridad personal, a la igualdad y no discriminación, a la libertad, a la salud y a no sufrir tratos crueles, inhumanos o degradantes, ni torturas. Estos derechos están reconocidos tanto en las convenciones internacionales como regionales de derechos humanos. (Amnistía Internacional, 2015, p.29)

Para definir la salud sexual se reconoce lo estipulado por la Organización Mundial de la Salud.

Organismos internacionales reconocen que la salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia (OMS, 2010).

Existen principios básicos para entender la sexualidad desde una visión de derechos humanos, entre las cuales la Fundación para la Promoción y Desarrollo de la Mujer, en adelante PRODEMU (2019), distingue tres:

- La sexualidad de las personas es un acto libre, ya que cada persona tiene el derecho a elegir cómo vivirla, de acuerdo a sus creencias y opciones, por tanto también se vive libre de violencia.
- La sexualidad de las personas no tiene edad, ya que no importa si las personas son adolescentes, adultas o adultas mayores.
- La sexualidad de las personas es diversa, ya que se expresa vive de acuerdo a convicciones personales y eso siempre debe ser respetado. (p.8)

Frente al reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos por organismos internacionales, dentro de los cuales Chile está adscrito, se reconocen e implementan medidas para cumplir dichos acuerdos.

El Estado de Chile ha reconocido que los Derechos Sexuales y Reproductivos son un conjunto de Derechos Humanos, siendo un derecho básico de las personas acceder y obtener información, servicios y el apoyo necesario para tener una vida sana, libre y plena en el ámbito de la salud reproductiva y sexual, sin discriminación de edad, género, raza, identidad sexual, estado civil, condición socio-económica u otras características (PRODEMU, 2019, p.8).

La definición de Derechos Sexuales que realiza la fundación Promoción y Desarrollo de la Mujer es:

Derecho a decidir y vivir libremente su vida sexual y sexualidad. Luego, siendo la salud un derecho humano fundamental, la salud sexual también lo debe ser. Ejemplos: derecho a decidir con quién tener relaciones sexuales, decidir si es sexualmente activo/a o no, vivir libre de violencia sexual y tener acceso a atención de salud sexual, entre otros. (PRODEMU, 2019, p.11)

Derechos que permiten decidir y vivir libremente su vida reproductiva y acceder a la atención de salud reproductiva. Ejemplos: derecho a decidir si tener hijos o no, decidir el número de hijos, atención obstétrica y acceso a métodos anticonceptivos en caso de requerirlos. (PRODEMU, 2019, p.10)

¿Cuáles son los Derechos Sexuales y Reproductivos?

En cuanto a cuáles son los derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva de derechos humanos, varios autores, autoras y entidades los han definido.

A continuación se expondrá una tabla con los Derechos Sexuales y Reproductivos como Derechos Fundamentales según un estudio realizado por el Centro de Derechos Humanos de la Facultad de Derecho de la Universidad de Chile, hecho por las autoras Cazas y Cabezas (2016).

Tabla 1

Derechos Sexuales y Reproductivos

Derechos Sexuales y Reproductivos	Definición
1.- El derecho a la vida	Relacionado con no morir por causas evitables por parto.

<p>2.- El derecho a la salud sexual y reproductiva</p>	<p>Relacionado con el acceso a una Salud Sexual y Reproductiva pública, gratuita, de calidad y universal.</p>
<p>3.- El derecho a la libertad, seguridad e integridad personal</p>	<p>Relativas a la toma de decisiones sobre la propia sexualidad, la autonomía sexual y el aborto</p>
<p>4.- El derecho a la igualdad y a la no discriminación en el área de salud reproductiva</p>	<p>Relativas a la atención obstétrica libre de discriminación.</p>
<p>5.- El derecho a la intimidad y privacidad</p>	<p>Relativas a las decisiones sobre sexualidad y reproducción</p>
<p>6.- El derecho a la libertad religiosa</p>	<p>Referido a la libertad de conciencia para la toma de decisiones sobre sexualidad y reproducción</p>
<p>7.- El derecho a no soportar torturas ni tratos crueles relativos a la sexualidad y la reproducción</p>	<p>Referido a una vida sexual y reproductiva libre de violencia</p>

<p>8.- El derecho al empleo y a la seguridad social</p>	<p>Trabajando en ambientes libres de acoso y no siendo discriminadas por embarazo y maternidad</p>
<p>9.- El derecho a la información veraz adecuada y oportuna sobre salud sexual y reproductiva y a la educación sexual</p>	<p>Referido a los métodos anticonceptivos, anticoncepción de emergencia, esterilización y reproducción asistida.</p>
<p>10.- El derecho a modificar costumbres discriminatorias contra las mujeres que perjudican la salud reproductiva de mujeres y niñas</p>	<p>mutilación genital femenina y las esterilizaciones forzadas sin consentimiento</p>
<p>11.- El derecho al matrimonio y a la familia sin discriminación por orientación sexual e identidad de género</p>	<p>Referido a la identidad sexual y de género, la orientación sexual, la elección de pareja, la actividad sexual libre y consentida, el erotismo, el placer y la intimidad.</p>
<p>12.- El derecho a disfrutar del progreso científico y tecnológico</p>	<p>El cual permite a las personas acceder a técnicas de reproducción asistida, desligando sexualidad y reproducción.</p>

Los DSR están interrelacionados con el catálogo de DDHH en que han sido recogidos en distintos derechos mediante diferentes instrumentos internacionales y descansan en la idea de autonomía, autodeterminación, dignidad humana, así como en el principio de igualdad y no discriminación. (Casas y Cabezas, 2016, p.17)

A grandes rasgos y como primera aproximación, podemos definir los DSR como aquellos relacionados con el derecho de los individuos a decidir de forma libre el número y espaciamiento entre los hijos e hijas, tener información y medios para ejercer la autonomía. Ello implica el derecho a acceder a servicios de salud reproductiva sin discriminación, el derecho a la atención obstétrica, el derecho al aborto libre, seguro y gratuito, a acceder a las distintas tecnologías anticonceptivas, el derecho a acceder a información sobre salud sexual y reproductiva. También incluye el acceso a técnicas de reproducción asistida y a la adopción independientemente del modelo familiar y el matrimonio igualitario y a estar libre de interferencias indebidas en la salud sexual y reproductiva, como por ejemplo la mutilación genital femenina y las esterilizaciones forzadas sin consentimiento. (Casas y Cabezas, 2016, p.16)

Por lo anterior, resulta conveniente acuñar una definición de los mismos ya que no existe una única descripción de lo que son los derechos sexuales en los instrumentos de derechos humanos y, por ello, usualmente se habla de ellos de manera conjunta con los reproductivos. No obstante, es preciso separarlos ya que no necesariamente la sexualidad y la reproducción se encuentran unidas. “Entre los componentes de la sexualidad que deben protegerse se encuentran la identidad sexual y de género, la orientación sexual, la elección de pareja, la actividad sexual libre y consentida, el erotismo, el placer y la intimidad”. Así se protege también la actividad sexual no procreativa y no heterosexual. (Casas y Cabezas, 2016, p.20)

Derechos Sexuales y Reproductivos desde una perspectiva de género

El enfoque o perspectiva de género, propone y permite el análisis profundo de las relaciones sociales entre hombres y mujeres, con el fin de esclarecer las diferencias e inequidades en salud que están vinculadas al género. Por otra parte, y probablemente formando parte de preconceptos erróneos sobre el enfoque de género, este no es solo apropiado para estudiar la salud de las mujeres, sino también la de los hombres. (Serrano, 2012, p.812)

La perspectiva de género nace desde las construcciones del concepto género, propuesto en teorías feministas para ser diferenciado del sexo, considerando este último como una característica biológica.

Se puede definir género como el conjunto de creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres a través de la construcción social. No es por tanto una característica biológica, sino un constructo analítico, que se fundamenta en la organización social de los sexos (la construcción social del sexo biológico). El género tiene un carácter cambiante atendiendo al contexto cultural y dinámico según el momento histórico. Desde esta concepción, por tanto, las desigualdades de género son consideradas desigualdades sociales, y por consiguiente pueden ser modificadas. (Serrano, 2012, p.812)

El enfoque de género se considera relevante como eje orientador en materias de tal importancia, ya que, el género se reconoce como una construcción social que permea el núcleo familiar y comunitario, generando diferencias esenciales en los roles representados por las personas de acuerdo con su sexo asignado al nacer.

Esto genera diferencias en la concepción de los derechos, ya que son vistos desde distintos parámetros en relación a lo que se espera de las masculinidades y feminidades.

Como se ha señalado anteriormente, uno de los caminos en la búsqueda de la igualdad entre varón y mujer fue el “relacional”, que constituye uno de los antecedentes fundamentales de la perspectiva de género. El enfoque relacional propuso una organización social fundada en la distinción de los sexos, pero en un nivel de igualdad. Defendió, como unidad básica de la sociedad, la primacía de la pareja varón-mujer, sin jerarquías. Hizo énfasis en el reconocimiento de los derechos de las mujeres resaltando los aspectos propios de la feminidad, como la capacidad de engendrar y de criar los hijos. Insistió en la contribución de las mujeres a la sociedad y reclamó los derechos que por tales contribuciones les corresponden. (Miranda – Novoa, 2012, p.345)

La argumentación relacional trata de buscar la igualdad sin rechazar la diferencia. Considera injusta la situación de las mujeres en la sociedad, responsabiliza a las instituciones públicas y considera que la acción política podría cambiar el estado de las cosas, todo ello sin desdibujar la idiosincrasia propia de las mujeres en cuanto diferentes a los varones. (Miranda – Novoa, 2012, p.345)

De acuerdo con los aspectos señalados surge la expresión “perspectiva de género”, la cual apunta hacia la distinción entre la diferencia sexual y los roles sociales que se construyen a partir de dicha diferencia. Su principal objetivo es la consecución de la igualdad de derechos y oportunidades entre varón y mujer, sin homogeneizarlos. En este sentido, la perspectiva de género coincide y está estrechamente articulada con los postulados del enfoque relacional expuestos anteriormente. Para Aurelia Martín esta perspectiva “constituye una herramienta esencial para comprender aspectos fundamentales relativos a la construcción cultural de la

identidad personal, así como para entender cómo se generan y reproducen determinadas jerarquías, relaciones de dominación y desigualdades sociales.” (Miranda – Novoa, 2012, p. 347)

La perspectiva de género comienza a emplearse como un instrumento analítico útil para detectar situaciones de discriminación de las mujeres. Dicho instrumento tiene como objetivo la transformación de la sociedad y la modificación de las condiciones sociales que perpetúan la subordinación de la mujer. Se trata de conseguir que tanto ellas como los varones participen en las distintas facetas de la vida en un plano de igualdad, es decir, sin reglas rígidas de género. Por ello, el campo de acción de la perspectiva de género abarca diversos ámbitos como, por ejemplo, el educativo, el familiar, el laboral, el político y el legislativo, entre otros. (Miranda – Novoa, 2012, p. 347)

Finalmente el enfoque de derechos desde la perspectiva de género, comienza con el reconocimiento de la construcción sociocultural de lo “femenino” y “masculino” en un sistema de relaciones sociales, construyendo además un sistema de relaciones simbólicas para unas y para otros.

Determinando así, una diferente valoración social de las funciones asignadas a mujeres, hombres y personas de género no binario en las distintas etapas de sus vidas. (MINSAL, 2018)

Podría pensarse entonces que la perspectiva de género se ocupa exclusivamente de asuntos referidos a las mujeres, pero no ocurre así. Lamas advierte que la información obtenida sobre la situación de las mujeres es necesariamente también información sobre los varones; se trata de dos cuestiones que no se pueden separar. Si cambian las cosas para ellas, también deben cambiar para ellos, en beneficio de ambos y de la sociedad. Por tanto, esta perspectiva incluye tanto a

varones como a mujeres, ya que la feminidad no puede comprenderse si no es en contraste con la masculinidad. (Miranda – Novoa, 2012, p. 347)

Masculinidades desde una perspectiva de género.

Es necesario conocer las características de las masculinidades y su rol en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva de género, para entender las diferencias simbólicas que se reproducen entre los géneros.

En primer lugar, es importante mencionar que dentro de la perspectiva de género se reconoce la hegemonía masculina, en la cual se le asigna un rol al hombre que permite su desarrollo en el ámbito público y a las mujeres en el privado.

En estrecha conexión con la masculinidad hegemónica, se encuentra lo que Goicolea, define como sistema de machismo marianismo. El marianismo conceptualiza a las mujeres como pasivas, sumisas, modestas, con una idealización de la maternidad, y un repudio a la dirección de su sexualidad. En su trabajo refleja que el matrimonio no es un seguro para evitar los embarazos en la adolescencia y puede, por el contrario, darse situaciones de violencia y sexo no seguro, además de favorecer el abandono precoz de los estudios por parte de la adolescente. (Serrano, 2012, p.816)

Es así como la participación masculina en relación con los Derechos Sexuales y Reproductivos, pueden llevarse a cabo de manera pública o privada, de acuerdo con su rol en la sociedad y las condiciones sociales que impactan en la salud.

La Salud Sexual y Reproductiva afecta también a los hombres de múltiples maneras. En el ámbito privado, son sujetos de su propia sexualidad, pueden ser pareja de las mujeres, ya sea estable u ocasional, pueden ser padres, o usuarios de métodos para prevenir embarazos o

infecciones de transmisión sexual (ITS). En el ámbito público pueden estar involucrados como prestadores de servicios de salud o educación, investigadores, comunicadores, políticos o autoridades civiles y religiosas. Desde cualquiera de estas posiciones, sus decisiones y conductas afectan la vida de las mujeres, particularmente cuando hay inequidad en las relaciones de género o abuso de poder religioso, administrativo o político. (Schiappacasse, et al., 2003)

Desde estos espacios que permiten el desarrollo y ejercicio sexual y reproductivo de los hombres, es que la perspectiva de género, permite apreciar el rol que cumplen los hombres frente a sus derechos, aquellos roles transmitidos socialmente, que generan diferencias esenciales en el ejercicio, dicho rol le impide o restringe el desarrollo en el ámbito privado como en las expresiones de emociones, sentimientos, enfermedades, dudas, la familia y la propia salud.

Los hombres han tenido y tienen una muy baja participación en el cuidado de los procesos reproductivos. Hay barreras socioculturales relacionadas con un espacio que tradicionalmente se ha considerado femenino y con el temor a la disminución del placer o la virilidad por el uso de métodos anticonceptivos, así como también con la falta de información de los hombres respecto de cuestiones relacionadas con su sexualidad, anticoncepción, infertilidad y, en general, con sus propias patologías en salud reproductiva. Hay también barreras estructurales relacionadas con la falta de oferta de servicios, la escasa difusión de métodos masculinos y con la carencia de políticas adecuadas para incorporar a los hombres. (Schiappacasse, et al., 2003)

Mujeres

Mujeres desde una perspectiva de género.

Para esta investigación se utilizará el término mujeres desde una perspectiva de género y no solo desde una mirada biologicista referida al sexo asignado al nacer.

Considerar la investigación desde la existencia de lo femenino, será la piedra angular para el desarrollo de la temática sobre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. De esta manera, se reconoce el concepto de lo masculino, el cual se dará a conocer, pero no será abordado como eje central pues no se considera relevante para esta investigación desde el punto de vista de las feminidades.

Diversas son las diferencias que existen entre el concepto de lo femenino y lo masculino, y entre el abordaje de los derechos sexuales y reproductivos desde la vereda de cada uno. Estas disimilitudes se encuentran contenidas en temas como la diferencia de roles, estereotipos de género y modelos a seguir. Lo anterior se afianza culturalmente como patrones válidos a seguir, que interfieren en el correcto ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

La perspectiva de género considera además las diferencias sociales no solo entre hombres y mujeres, sino que también entre las propias mujeres considerando las diferencias socioeconómicas, ya que, las “vulnerables económicamente tienen menos posibilidades de ejercer su derecho a decidir. Ejercer los derechos sobre sexualidad y reproducción permite construir ciudadanía, asumiendo los derechos y las responsabilidades que las personas tienen respecto a esos temas”. (PRODEMU, 2019, p.9)

La Organización Panamericana de la Salud, OPS (1995), ha definido como género "la construcción cultural que asigna, jerárquicamente, en las esferas públicas y privadas, formas de comportamiento y de roles a las mujeres y a los hombres sobre la base de su diferenciación sexual". Se reconoce, desde la perspectiva de género, que existen diferencias en el entendimiento y ejercicio de la sexualidad y reproducción de las mujeres, ya que, son quienes biológica y sexualmente deben cumplir roles impuestos culturalmente.

Ser mujer desde la construcción social dentro de un sistema patriarcal y androcéntrico, en donde el hombre se presenta como el personaje principal, conlleva un gran arraigo cultural de inferioridad, pues “la “mujer” se constituye como lo “otro”, no tiene una identidad propia, sino que se construye desde una condición de sometimiento al hombre en un sistema social dominado por ellos” (Del Castillo y Di Carlo, 2015, p.25).

Esto refleja la generación de evidentes desigualdades dentro de lo que significa ser hombre y ser mujer dentro de la sociedad, donde el rol de la mujer se encuentra subordinado al rol del hombre debido a las masculinidades hegemónicas que imperan en la sociedad, careciendo muchas veces de autonomía para decidir y siendo dependiente de la figura masculina.

Dichas desigualdades se reproducen en toda esfera de la vida de la mujer, como en su ámbito más personal e íntimo de sexualidad y reproducción, ya que “la sexualidad es uno de los ámbitos en el que la opresión sobre el cuerpo de las mujeres se manifiesta de forma más evidente y violenta” (Romita y Palomo, 2011).

Desde la perspectiva de género, hay que destacar que la reproducción implica costos importantes para las mujeres. Ellas son las portadoras del embarazo, y corren los riesgos asociados para su salud y su vida en el embarazo patológico, parto y aborto, y las que sufren habitualmente los eventuales problemas asociados al uso de anticoncepción. De ahí la necesidad de servicios con enfoque de género para la atención pre y post natal, la atención del parto y del aborto y la regulación de la fertilidad. (Schiappacasse et. al., 2003, p.98)

Al evidenciarse las desigualdades de género como un problema social, han sido las mujeres quienes han propuesto la perspectiva de género a partir de los movimientos feministas, para analizar el origen de las inequidades sociales, desde el feminismo.

El feminismo realizó una conquista fundamental en la transformación de las relaciones de género, al instituir en el proyecto de transformación social un sujeto político que rompe históricamente con la heteronomía de lo que se ha denominado condición femenina, proporcionando a las mujeres la posibilidad de romper con la condición de víctimas y de transformarse en individuos autónomos, lo que significa tener una existencia propia dotada de autonomía y derechos. (Del Castillo y Di Carlo, 2015, p.12)

Mujeres en edad reproductiva.

Esclarecer la muestra y limitarnos al siguiente concepto se hace relevante para el desarrollo de nuestra investigación. Al hablar de mujeres en edad reproductiva se deja de manifiesto que nuestro foco de estudio corresponde únicamente a ese rango etario y no a otras etapas de la vida de la mujer, como la niñez o la adultez mayor. “Según la Organización Mundial de la Salud, la etapa reproductiva de la mujer se define entre los 15 a los 49 años de edad” (Herrera-Cuenca, 2017, p. 113).

Al determinar la edad reproductiva de la mujer desde el organismo internacional, se reconocen entonces ciertos derechos correspondientes, que necesariamente deben quedar manifestados y ser llevados a cabo dentro de las políticas de salud pública que apuntan especialmente a Salud Sexual y Reproductiva.

La edad reproductiva de las mujeres se extenderá hasta los 55 años de edad, dado a recomendaciones de equipo de matronas del Cesfam Pompeya a modo de plan de contingencia, por dificultades debido al contexto actual de Pandemia por Covid-19.

Salud

Salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género.

La “perspectiva o enfoque de género” es una categoría de análisis de las relaciones sociales que estudia los roles, responsabilidades, limitaciones y oportunidades de hombres y mujeres en una sociedad determinada; centrándose, fundamentalmente, en el análisis de las relaciones de poder. Los roles masculinos y/o femenino en la salud sexual y la salud reproductiva, establecen representaciones que actúan como determinantes de la salud ya que definen tanto la toma de riesgos, como el goce o el disfrute en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción. (MINSAL, 2018)

Se reconoce el enfoque de género como determinante social de la salud de las personas, lo que significa que las condiciones sociales, familiares y laborales en las que se desenvuelven a lo largo de la vida impactan en la salud, generando instancias de intervención para propiciar la equidad en la atención de salud. (MINSAL, 2018)

El enfoque de género se considera la “expresión de la sexualidad y reproducción de las personas, reconociendo las particularidades del género en estas experiencias, pero también los requerimientos específicos de las personas en atención a su género y no sólo a su sexo”. (MINSAL, 2018)

Las diferencias e inequidades en salud se han manifestado en la presencia de enfermedades y eventos tan negativos como la violencia; así también en los ámbitos de la salud sexual y la salud reproductiva se expresan con mayor fuerza las desigualdades e inequidades de género. (MINSAL, 2018)

El concepto de salud sexual y reproductiva emana desde la perspectiva de Derechos Humanos, generando oportunidades para mejorar la calidad de atención y servicios. A continuación se definirá ampliamente el concepto.

La salud sexual es un estado de completo bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos. (OMS, 2002)

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. (OMS, 2003)

Estas definiciones implican que las personas tengan la capacidad de ejercer plenamente sus Derechos Sexuales y Reproductivos, reduciendo riesgos para la salud, fomentando la prevención, educación, tratamiento y atención de todos los aspectos biopsicosociales, comprendiendo los distintos factores que influyen en la prestación de estos servicios.

El concepto de salud sexual y reproductiva y el de atención integral, en esta área, son relativamente nuevos y todavía se debaten ampliamente. Está centrado en las personas y sus derechos y en la perspectiva de género, más que en metas poblacionales, programáticas o

políticas. En este enfoque, las personas son sujetos activos en lo que se refiere a su salud, más que objetos pasivos. Las y los usuarios de los servicios participan junto a los profesionales de salud en la búsqueda de una mejor calidad de vida para sí, sus parejas y sus familias.

(Schiappacasse, et al., 2003)

La atención integral de la salud sexual y reproductiva requiere de una retroalimentación entre las percepciones de las usuarias y profesionales de la salud, integrando los conocimientos técnicos de salud, de ejercicio de derechos y de la realidad de las usuarias considerando sus contextos socioeconómicos, familiares, educacionales, laborales y culturales. “Es un enfoque integral, que requiere de un trabajo interdisciplinario en el que participen, no sólo profesionales del área bio-médica sino también educadores, científicos sociales, trabajadores sociales y la propia comunidad” (Schiappacasse, et al., 2003).

Así, los conceptos de salud sexual y de salud reproductiva trascienden el enfoque tradicional, centrado en la biología y la medicina, y cobran una dimensión mayor al abarcar un ámbito más amplio de las necesidades humanas e involucrar aspectos tales como libertad, desarrollo individual, género y calidad de vida. Se relacionan con el concepto de derechos sexuales y reproductivos, en la medida en que el pleno bienestar en el plano sexual y reproductivo se obtiene cuando las personas ejercen y exigen sus derechos. (Schiappacasse, et al., 2003)

Modelo de Atención Integral de Salud

La temática abordada en la investigación, se inserta dentro de una institución de salud pública, específicamente, en un Centro de Salud Familiar. A nivel nacional, dichos centros surgen como respuesta al Modelo de Atención Integral de Salud establecido desde las directrices del MINSAL, en el marco de la reforma de salud en Chile desde el año 2005.

En cuanto a las directrices del MINSAL (2012), el Modelo de Atención Integral de Salud se define como:

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

El Sistema de Salud chileno está basado en un Sistema de Atención Primaria, emanado desde el Modelo de Atención Integral de la Salud, el cual entrega las directrices para que los equipos de salud y sociales de la red asistencial, se orienten a través de los principios propios del modelo, asegurando la atención preventiva de enfermedades, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, considerando factores territoriales, comunales y familiares.

Trabajo Social en Salud

El objetivo del Trabajo Social en centros de salud de atención primaria, Cefam es: “Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, promoviendo el desarrollo de las potencialidades de individuos, familias, grupos y comunidades, para que estos puedan asumir el protagonismo en el cuidado de su salud, aplicando metodologías y técnicas de la Asistencia Social.” (MINSAL, 2011, p.1)

El Trabajo Social en contexto de salud debe asegurar la calidad de atención, para que las intervenciones sociales sean efectivas y acordes al contexto de cada persona, utilizando las

herramientas propias de la profesión en pro del bienestar en todos los niveles de intervención (individual, familiar, grupal, y comunitario).

La calidad de atención involucra muchos factores, tales como: calidad técnica de los servicios, aspectos éticos, percepciones, actitudes individuales y características propias de cada cultura y nivel socioeconómico. Se refiere a los aspectos técnicos y humanos que es preciso considerar para satisfacer los derechos y las necesidades de cada persona que consulta. La entrega de información y orientación a las/os usuarias/os de los servicios es esencial, de modo que puedan hacer opciones informadas y libres con respecto a su salud sexual y reproductiva, dentro del respeto a la autonomía de las personas. (Schiappacasse, et al., 2003)

La calidad de la atención depende de la información de salud que maneje la usuaria, puesto que, al manejar la información oportuna, le permite tomar decisiones sobre los procedimientos médicos, las alternativas en tratamientos relacionados con la salud sexual y reproductiva. “El proceso de consentimiento informado es un elemento fundamental de la calidad de atención.” (Schiappacasse, et al., 2003)

Las y los profesionales que trabajan en el sistema de salud, deben ser capaces de entregar información completa a las usuarias, que éstas comprendan claramente la información y que puedan hacer uso de esta, mediante la difusión y promoción de los derechos, la base de una atención de calidad.

La entrega de información y orientación a las/os usuarias/os de los servicios es esencial de modo que puedan hacer opciones informadas y libres con respecto a su salud sexual y reproductiva, dentro del respeto a la autonomía de las personas. (Schiappacasse, et al., 2003)

Otro aspecto importante es la confidencialidad de la información o la obligación de secreto profesional que recae sobre prestadores de servicios de salud. Este punto es particularmente relevante en la atención de salud sexual y reproductiva, ya que hay circunstancias que ponen en riesgo los intereses de las personas atendidas. (Schiappacasse, et al., 2003)

La confidencialidad es un principio ético para profesionales del Trabajo Social que ejercen en el área de la salud, ya que, predomina el derecho a la intimidad de la usuaria, ya sea en diagnóstico médico, social y/o judicial, cobrando mayor relevancia al tratar temas de sexualidad y reproducción.

Políticas Públicas en Salud

En salud, la aplicación de la sexualidad y reproducción como derecho humano se concreta mediante las políticas públicas, que deben ser ejercidas en los servicios de salud y centros hospitalarios y respetadas por los y las profesionales de la salud y ciencias sociales. Las políticas públicas se han ido reformulando de acuerdo a las directrices internacionales, respetando acuerdos en cuanto a atención y calidad.

Actualmente en Chile, dentro de la política pública con enfoque de género a cargo del Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, existen diferentes programas para la promoción de los derechos y la autonomía de las mujeres. En lo que refiere a salud sexual y reproductiva, se establecen los Programas relacionados con la sexualidad y la reproducción. “Este grupo de programas persigue la autonomía física de las mujeres y jóvenes de ambos sexos, desde un enfoque de género y derechos” (BCN, 2018, p.6). Es así que “esto se pretende abordar a través de la coordinación intersectorial, el establecimiento de alianzas estratégicas con Instituciones

públicas y privadas, y la ejecución del Programa Buen Vivir de la Sexualidad y la Reproducción” (BCN, 2018, p.6).

En cuanto al objetivo del programa anterior, se propone “difundir y sensibilizar sobre la perspectiva de género y de derechos en el ámbito de la sexualidad y la reproducción en la comunidad”, donde están insertas los sujetos beneficiarios de esta política pública” (BCN, 2018, p.6).

Además, para dar cumplimiento a las políticas de salud reproductiva emanadas de los acuerdos internacionales, se transforma el Programa de Salud Materna y Perinatal.

El año 1994 el Ministerio de Salud adopta la decisión de transformar el tradicional Programa de Salud Materna y Perinatal en un Programa de Salud de la Mujer, el cual, sin descuidar las acciones de protección del proceso reproductivo con los excelentes indicadores alcanzados (mortalidad infantil y perinatal, mortalidad materna), se propone agregar aspectos de salud no reproductivos (salud mental, salud laboral, atención en el período postmenopáusico) e incorporar el enfoque de Género en las actividades programáticas. (MINSAL, 1994)

Actualmente el Programa de Salud de la Mujer estipulado por el Ministerio de Salud contempla los siguientes Programas en torno a la salud sexual y reproductiva, llevados a cabo en la Atención Primaria de Salud:

- Control Preconcepcional
- Control Prenatal
- Control del Desarrollo psicoafectivo del feto y preparación para el parto y el post-parto
- Control de Puerperio
- Consulta de Lactancia Materna

- Consejería en Salud Sexual y Reproductiva
- Control de Regulación de Fecundidad
- Control Ginecológico preventivo
- Consulta de Morbilidad Obstétrica – Ginecológica
- Control de Climaterio
- Consulta por Enfermedad de Transmisión Sexual VIH/SIDA
- Consulta Nutricional en el proceso Reproductivo, mujer no gestante
- Rol de la Asistente Social en el Programa de Salud de la Mujer.
- Educación para la Salud

Dentro de las políticas públicas más recientes relacionadas con salud sexual y reproductiva, se encuentra la ley que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales.

En Chile a partir del año 2017 se promulga la ley 21.030, que despenaliza el aborto en solo tres causales, esta ley corresponde a las políticas públicas de salud sexual y reproductiva de las mujeres más reciente, la cual, estuvo en discusión tres años aproximadamente en el Congreso Nacional.

La Ley 21.030 regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales específicas: peligro para la vida de la mujer; embrión o feto que padezca una patología incompatible con la vida fuera del útero; y embarazo que sea resultado de violación. La voluntad de la mujer está en el centro de esta legislación, pues esta ley no obliga, ya que es cada mujer la que decide si se acoge a ella o no. (MINSAL, 2018)

En la actualidad, la interrupción voluntaria del embarazo se encuentra en discusión en el parlamento, con el fin de que el aborto libre sea reconocido como un derecho para las mujeres, siendo el Estado el que garantice condiciones óptimas para su realización.

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

Introducción

El presente capítulo corresponde a la construcción del Marco Metodológico, paso a seguir luego del Marco Teórico, según la metodología propuesta por Hernández Sampieri

De acuerdo con los antecedentes recabados en la primera parte de la investigación correspondiente al Marco Teórico, en donde se presentaron los conceptos de percepción, derechos sexuales y reproductivos, perspectiva de género, femineidades y masculinidad, Salud desde la perspectiva de género, Trabajo Social en salud, Salud Sexual y Salud Reproductiva, surge un interés por realizar una investigación de carácter cualitativa contenida en el presente documento correspondiente al Marco Metodológico, que pretende Conocer las percepciones de las mujeres en edad reproductiva usuarias de la atención primaria del Cesfam en torno a los Derechos Sexuales y Reproductivos, desde la perspectiva de género.

A continuación, se darán a conocer los pasos que contemplan la elaboración del marco metodológico.

1. Planteamiento del problema

1.1 Estado del arte

1.2 Justificación del problema a investigar

2. Diseño Metodológico

2.1 Pregunta de investigación

2.2 Sistema de Objetivos

3. Inmersión inicial en el campo de investigación

4. Diseño muestral cualitativo

5. Diseño, enfoque y perspectiva de la Investigación

5.1 Tipo de estudio

5.2 Recolección de datos

6. Inmersión profunda en el campo de investigación

7. Plan de análisis de los datos cualitativos

8. Análisis detallado de los datos

Planteamiento del problema

Como es sabido, Chile ha estado inmerso en un rígido escenario conservador en materias valóricas y de derechos que ha significado una serie de disputas políticas ideológicas en los últimos 28 años tales como el divorcio, la prevención del VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual, el acceso a la anticoncepción de emergencia, la esterilización voluntaria, el reconocimiento de la diversidad sexual, la despenalización del aborto en tres causales, el matrimonio igualitario, entre otros. (Dides y Fernández, 2016, p.11)

Las problemáticas anteriormente enunciadas, influyen en diversos aspectos de la vida social e íntima de las personas, y en esta última específicamente en el ámbito de la sexualidad y la reproducción. Dichas problemáticas, que han sido influidas por instrumentos jurídicos que Chile ratifica como tratados, han permitido el debate público y así la implementación de políticas públicas y el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres, la regularización de la fertilidad, la despenalización del aborto, entre otros avances en materia de derechos.

A pesar de estas disputas, la vida personal ha entrado en un campo de negociación de la intimidad, es decir, se ha convertido en un proyecto personal abierto que ha creado nuevas demandas. Es un proceso donde por ejemplo las mujeres han ejercido un rol importante para develar lo difuso de la dicotomía privado-público y su relación con las políticas públicas. Así también el derecho a la autonomía y el mayor empoderamiento se han convertido en los hilos conductores y componentes sustantivos de la vida de las personas como condición para relacionarse con los otros de forma igualitaria permitiendo el respeto por las capacidades de los demás, que es fundamental en el orden democrático. (Dides y Fernández., 2016, p.12)

Es obligatorio hacer una revisión de los discursos institucionales que inciden en la configuración de una sexualidad que al fundamentarse en valores patriarcales, vulnera los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y con ello su salud física, psicológica y social. (Rangel y Costero, 2016, p.181)

El imaginario que sostienen estas mujeres respecto al ejercicio de la sexualidad llega a justificar o normalizar las acciones violentas que se dirigen contra sus cuerpos. En el ámbito de la sexualidad, las instituciones del Estado parecen indolentes, e incluso, legitimadoras de esta situación; la complicidad del Estado con el patriarcado resulta evidente. Las instituciones de salud deben reconocer que la violencia sexual también acontece dentro de los matrimonios o las parejas estables, así como deben realizar un acompañamiento que permita a las mujeres identificar que en algunas “costumbres” perpetúan y reproducen actos violentos que restan calidad de vida y las colocan en riesgo de enfermedad. (Rangel y Costero, 2016, p.181)

“En la vida sexual de estas mujeres converge una serie de riesgos históricos, asociados a los estereotipos de género. La conjugación de estos riesgos vulnera sobremanera su salud sexual y reproductiva, particularmente porque dichos riesgos pasan inadvertidos.” (Rangel y Costero, 2016, p.160)

Considerando los precedentes investigativos recabados en torno al desconocimiento de las perspectivas de mujeres en torno a los derechos sexuales y reproductivos, surge la necesidad investigativa de ahondar en las percepciones de mujeres en edad reproductiva en torno al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos analizados desde una perspectiva de género, ya que con la modernización de las políticas, la inclusión de la perspectiva de género y el

enfoque de derechos humanos, supone un cambio de paradigma en el campo de la vida sexual y reproductiva de las mujeres.

De este modo el estudio exploratorio pretende recabar perspectivas de mujeres en edad reproductiva para tener presente en la implementación de las políticas públicas intersectoriales permitiendo el ejercicio de una sexualidad basada en la autonomía que procure un bienestar físico, psicológico y sociocultural.

Estado del arte

Respecto a la bibliografía revisada en cuanto a la percepción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en edad reproductiva desde una perspectiva de género,

En la última década, los países de la región han avanzado en su legislación interna respecto a los DSR de las mujeres en dos líneas básicas: a) buscando eliminar legislación vulneradora de los derechos y b) legislando para crear políticas públicas que atiendan a las necesidades de las mujeres en esta materia. Todos los países ratificaron el Plan de Acción de Cairo entre otros muchos compromisos internacionales y regionales de DDHH, pero esto último no se ha correlacionado con buenas políticas públicas o mejor atención de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR), pues los servicios exigen presupuesto, mientras las declaraciones no tienen costo. Por otra parte, América Latina se encuentra fuertemente permeada por la religión católica, los principios morales de la cual suelen entrar muchas veces en contradicción con la promoción de estos derechos. (Casas y Cabezas, 2016, p.19)

Este fenómeno parece guardar relación con los procesos culturales de cambio de valores en los que están sumidas hoy las sociedades latinoamericanas que se encuentran en proceso de un cambio gradual en el consentimiento de la sexualidad normalizada en la psiquis pública. Las

nociones estereotipadas que se tiene del sexo femenino y masculino permean en hombres y mujeres, no siendo sólo las mujeres el único -aunque en mayor medida- grupo estructuralmente. Por lo anterior, resulta conveniente acuñar una definición de los mismos ya que no existe una única descripción de lo que son los derechos sexuales en los instrumentos de derechos humanos y, por ello, usualmente se habla de ellos de manera conjunta con los reproductivos. No obstante, es preciso separarlos ya que no necesariamente la sexualidad y la reproducción se encuentran unidas. “Entre los componentes de la sexualidad que deben protegerse se encuentran la identidad sexual y de género, la orientación sexual, la elección de pareja, la actividad sexual libre y consentida, el erotismo, el placer y la intimidad”. Así se protege también la actividad sexual no procreativa y no heterosexual. (Casas y Cabezas, 2016, p.19)

Según el primer informe de Salud Sexual y Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile de la corporación Miles (2016). En el marco de los Objetivos Sanitarios Nacionales en el año 2000, se reformularon tres Objetivos Sanitarios Específicos sobre Regulación de la Fertilidad.

- Disminuir la inequidad reproductiva producto de la desigualdad de género y de algunos grupos con mayor condición de vulnerabilidad (de menor nivel socioeconómico, pueblos originarios, niños(as), adolescentes y adultos(as) mayores), posibilitando efectivamente una fecundidad sin ningún tipo de discriminación.
- Disminuir la incidencia del aborto inseguro provocado, mediante la promoción de los servicios de salud sexual y salud reproductiva, que esté focalizada en mujeres con mayor vulnerabilidad, ya que se encuentran en mayor riesgo de realizarse un aborto inseguro. Resulta fundamental una prevención de la recurrencia abortiva, mediante una relación coordinada entre servicios

hospitalarios que atienden mujeres por complicaciones de aborto inseguro y los establecimientos de atención primaria, donde se entregan métodos de Regulación de la Fertilidad.

- Disminuir el embarazo no deseado en adolescentes, quienes hay que recordar que se encuentran en mayor vulnerabilidad que otros sectores de la población, por lo que es fundamental brindar servicios apropiados y sin barreras de acceso.

En base a esto, el año 2006, el MINSAL en conjunto con instituciones y organizaciones de la sociedad civil, elaboran las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad, para alcanzar los Objetivos Sanitarios planteados, firmadas como Decreto Supremo N°48 del Ministerio de Salud en 2007. Estas normas incorporan la perspectiva de género, e intentan disminuir las desigualdades existentes entre hombres y mujeres sobre su capacidad de ejercer control y poder decidir sobre su propia salud sexual y salud reproductiva, a modo de promover el embarazo deseado desde una decisión libre, informada y responsable y que todas las niñas y niños que nazcan en Chile, tengan igualdad de oportunidades y de un pleno desarrollo afectuoso y seguro, incluyendo la paternidad responsable.

Según una investigación del Servicio Nacional de la Mujer (2003), durante los últimos 10 años, no sólo ha cambiado la disponibilidad de métodos anticonceptivos, sino que también han ocurrido cambios en la elección de los mismos por parte de las usuarias. Del total de mujeres bajo control por regulación de fertilidad en el sistema público de salud, un 53% usaba dispositivo intrauterino de cobre el año 2005, cifra que descendió a 24% el año 2015. Situación contraria ocurre con el implante subdérmico de etonogestrel el cual se inició el año 2008 con 15.568 mujeres usuarias, alcanzando el año 2015 un total de 164.240 mujeres. Esto se traduce en que, actualmente el 11% de las mujeres bajo control en el sistema público de salud, por regulación de

la fertilidad, es usuaria del implante subdérmico. Por otro lado, el número de mujeres usuarias de anticonceptivos orales (combinados y de progestina sola) empieza a disminuir a partir del 2013. Estos fenómenos pueden ser atribuidos al aumento de la oferta anticonceptiva, entendiendo que las mujeres tienen más opciones para escoger.

De acuerdo a los datos entregados por la Fiscalía de Chile entre los años 2010 al 2014 la mayoría de las personas imputadas por delito de aborto son mujeres. Tal como se evidencia en el gráfico N°4, se han procesado 182 mujeres por delito de aborto y 89 hombres bajo esta misma sentencia, existiendo un total de 271 delitos de aborto asociados a “causa-imputado”. El año 2012 es el que mayor registro de delitos de aborto asociados a “causaimputado(a)”. (Dides y Fernández., 2016, p.121)

De acuerdo con los derechos sexuales y reproductivos, respecto a investigaciones realizadas en cuanto al derecho a una sexualidad libre de violencia. Las mujeres jóvenes son el grupo más vulnerable, pues 97% de ellas ha sufrido acoso en el último año, la mitad por lo menos una vez a la semana y dos de cada 10 con frecuencia diaria. Sin embargo, el acoso es un fenómeno transversal, hombres y adultos y adultas mayores también lo han sufrido al menos una vez en el último año. En el 93% de los casos, el acoso es perpetrado por un hombre. Del total de víctimas, 99% de las mujeres y 50% de los hombres han sido acosadas/os por un hombre o un grupo de ellos. (Dides y Fernández, 2016, p.144)

Resulta lamentable que el número de mujeres víctimas por Violencia Intrafamiliar (VIF) alcance 159.717 casos en el año 2015. De este total, 633 casos de mujeres víctimas de VIF corresponden a la categoría delitos sexuales. A lo largo del país se concentra una mayor cantidad

de delitos sexuales en la IV región de Coquimbo (95 casos correspondientes al 1,67%). (Dides y Fernández, 2016, p.145)

“Entre el periodo 2011-2015, el año en que se registró un mayor número de femicidios fue en el 2013 con un total de 83 femicidios. Seguido por el año 2014, periodo en que se registraron 68 femicidios”. (Dides y Fernández, 2016, p.146)

Según el Informe de Desarrollo Humano de 2010, en relación a la violencia conyugal por tipos de violencia de género, es posible dar cuenta que hay un total de 1.145 delitos por violencia conyugal en el 2010. El 21,6% de los delitos registrados fue por violencia psicológica, el 9,4% por violencia física grave y el 8,6% por violencia sexual. El femicidio es uno de los tipos de violencia más grave ejercida contra la mujer. Resulta lamentable que la legislación chilena llegue tarde en la prevención de estos casos, ya que en reiteradas ocasiones se ha registrado que las víctimas de femicidio habían ingresado anteriormente demandas contra sus cónyuges, parejas o ex parejas por hostigamiento y violencia contra ellas. (Dides y Fernández, 2016, p.146)

En base a las investigaciones revisadas y los datos recabados y presentados anteriormente, es necesario profundizar la investigación de acuerdo a las perspectivas de las mujeres en torno a los derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva de género, considerando las investigaciones previas y los datos cuantitativos.

Justificación del problema a investigar

La necesidad de conocer las percepciones de las mujeres respecto a la Salud Sexual y Reproductiva desde una perspectiva de género, se basa en las diferencias en el acceso o ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos en cuanto a la asignación de roles según el sexo biológico asignado al nacer.

Las principales afectadas a nivel mundial por la violencia de género son las mujeres y las niñas. Las Naciones Unidas definen la violencia contra las mujeres como “todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”. (Dides y Fernández, 2016, p.141)

Con la inclusión de la perspectiva de género en el estudio de la sexualidad, se hace evidente que los roles y estereotipos socialmente impuestos al “ser hombre” y “ser mujer” dotan a la arena del ejercicio sexual de una desigualdad de poder en la que mientras los hombres asumen la toma de decisiones, las mujeres reproducen la pasividad impuesta frente a dicho acto (Rangel y Costero, 2015, p.163)

Resulta relevante destacar la importancia que la autonomía juega en la práctica sexual, tanto para participar en el ejercicio sexual de manera consensuada, como para negociar de manera efectiva el uso de métodos de protección para las infecciones de transmisión sexual (ITS) y los embarazos no deseados (Rangel y Costero, 2015, p.163)

Diseño Metodológico

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las percepciones de mujeres en edad reproductiva en torno al ejercicio de sus Derechos Sexuales y Reproductivos desde una perspectiva de género de las usuarias de Atención Primaria de Salud en el Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué?

Sistema de Objetivos

Objetivo General.

Conocer las percepciones de las mujeres en edad reproductiva usuarias de la Atención Primaria de Salud en el Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué en torno al ejercicio de sus Derechos Sexuales y Reproductivos desde una perspectiva de género.

Objetivos Específicos.

Analizar las percepciones de las mujeres en edad reproductiva usuarias de la Atención Primaria de Salud en el Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué en torno a la Autonomía Sexual y Reproductiva desde una perspectiva de género.

Analizar las percepciones de mujeres en edad reproductiva usuarias de la Atención Primaria de Salud en el Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué en torno a la Libertad Reproductiva desde una perspectiva de género.

Analizar las percepciones de mujeres en edad reproductiva usuarias de la Atención Primaria de Salud en el Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué en torno a una vida sexual libre de violencia desde una perspectiva de género.

Inmersión inicial en el campo de investigación

Anastas (como se citó en Hernández et al., 2010) La primera etapa del proceso cualitativo corresponde a la inmersión inicial en el campo de investigación, momento en que las observaciones suelen ser múltiples, generales y con poco enfoque, permitiendo obtener una primera aproximación al ambiente y a los participantes o casos de interés. No obstante, conforme transcurre la investigación, va centrándose en ciertos temas particulares o específicos.

La relevancia de lo anterior, radica en que las aproximaciones que se logren en este primer contacto serán el hilo conductor para la segunda etapa del proceso investigativo, correspondiente a la inmersión profunda en el campo de investigación mediante la aplicación de entrevistas como

técnica única de recopilación de la información, específicamente del levantamiento de las percepciones de las mujeres.

Dado nuestro interés como grupo de abordar la investigación acerca de los derechos sexuales y reproductivos específicamente de las mujeres, es que se define que la institución que más se ajusta a la temática y su contexto, debía ser una que estuviese ligada directamente a la salud pública, y en especial, a la salud primaria.

Para llegar a la definición de la institución, se toman en consideración las nociones que una de las estudiantes que conforma el equipo de tesis tiene sobre el sector de Pompeya dentro de la comuna de Quilpué, ciudad de donde la estudiante es originaria. Se reconoce a Pompeya como zona con gran número de población y de alta vulnerabilidad social, en donde las tomas de terreno han aumentado en el último tiempo producto también de la llegada de inmigrantes al sector.

Se logra establecer contacto con el Cesfam mediante llamada telefónica, en donde se solicita una reunión con el director del establecimiento Sr. Fernando Olmedo Jiménez, quedando acordada ésta con fecha 08 de junio de 2020 a las 13:00 horas. El día de la reunión, el equipo tesista asiste a la institución en donde son recibidas en la oficina de dirección. En la instancia se realiza una presentación inicial de las estudiantes y del motivo por el cual se solicita la reunión. Se mantiene conversación prolongada con el profesional, quien se interesa de la realización de un trabajo investigativo dentro del Cesfam y orienta también a las estudiantes tesistas con propuestas de posibles ideas a tratar dentro de la temática de interés para el equipo de tesis.

Las estudiantes manifiestan al director que se pretende trabajar en conjunto con la matrona o matronas a cargo de la atención relacionada con la salud sexual y reproductiva. El profesional comenta que actualmente Vanessa Godoy Figueroa es la matrona que se encuentra a cargo de las

atenciones. Luego de esto, el director procede a ubicar a la profesional dentro de la institución, quien prontamente se acerca a la oficina de dirección, en donde se le manifiesta el interés por investigar acerca de la Salud Sexual y Reproductiva. La matrona hace mención de las cinco áreas a las cuales se dedica, controles ginecológicos o climaterios, control embarazadas, control de infecciones de transmisión sexual, control adolescente (métodos anticonceptivos) y control recién nacido/control post-parto (puerperio). Posteriormente se concluye la reunión acordando mantener contacto vía online.

Diseño muestral cualitativo

Luego de la realización de la inmersión inicial, la cual emana del contexto, a la par analizamos y recolectamos datos relevantes una vez sumergidos en el campo a investigar, conociendo la cotidianeidad del ambiente, mediante conversaciones y entrevistas a personas claves, es así, como se van creando impresiones no estructuradas del problema a investigar.

Luego de la inmersión inicial se debe definir la muestra tentativa sujeta a la evolución del proceso inductivo. Las primeras acciones para elegir la muestra ocurren desde el planteamiento mismo y cuando seleccionamos el contexto en el cual esperamos encontrar los casos que nos interesen (Hernández, Fernández, y Baptista, 2010, p. 394)

La definición del muestreo inicial debe ayudar a entender el fenómeno de estudio y a la respuesta a de la pregunta de investigación. “Por esta razón es necesario reflexionar detenidamente sobre cuál es la estrategia de muestreo más pertinente para lograr los objetivos de investigación, tomando en cuenta criterios de rigor, estratégicos, éticos y pragmáticos como se explicará a continuación.” (Hernández et al., 2010, p. 395)

Según Hernández, Fernández y Baptista existen tres factores que intervienen para determinar el número de casos:

- Capacidad Operativa de recolección de análisis: tiene que ver con la saturación de categorías que se pueda manejar de acuerdo a los recursos disponibles
- El entendimiento del fenómeno: número de casos que permitan responder las preguntas de investigación
- La naturaleza del fenómeno bajo análisis: si los casos son frecuentes y accesibles o no, y el tiempo que requiera recolectar la información.

Se tendrán en cuenta estos tres factores en la elección del muestreo, ya que es imprescindible considerar el contexto nacional de emergencia sanitaria producida por la pandemia, lo que influye en los recursos disponibles, en el tiempo para recolectar la información y el acceso para la aplicación de recolección de datos.

Cabe mencionar, según Hernández, Fernández y Baptista (2010) la investigación cualitativa, por sus características, requiere de muestras más flexibles. La muestra se va evaluando y redefiniendo permanentemente.

La elección del contexto en que se contactaran a las mujeres en edad fértil se realizó mediante la aplicación de dos criterios según Valles (1999): uno que fuesen *homogéneos* entre sí en sus rangos socioeconómicos y urbanísticos, que cumplan con criterios de *accesibilidad y disponibilidad de recursos*, considerando el contexto actual de la situación de emergencia sanitaria que se vive actualmente en el país y a nivel mundial, producto de la pandemia. Bajo este contexto se debe considerar que las mujeres a entrevistar tengan acceso a internet y

dispositivos electrónicos, por medio de los cuales se puedan realizar una telecomunicación y trabajar con ellas manteniendo las distancias exigidas por las autoridades, la institución y la universidad.

En la investigación se utilizará el muestreo por *estructura* según Valles(1999) que consiste en definir perfiles de entrevista previos a la aplicación del método de recolección de datos, considerando siempre que dichos perfiles pueden variar a lo largo de la investigación, siendo una propuesta inicial para seleccionar los casos.

De acuerdo con el tipo de muestra se propone realizar la siguiente estructura muestral sujeta a posibles cambios.

Tabla 2

Muestra

Mujeres en edad fértil (entre 15 años y 50 años)	Chilenas	Con hijos/hijas	Desde 15 años – hasta 25 años
			Desde 26 años – hasta 50 años
	Sin hijos/hijas	Desde 15 años – hasta 25 años	
		Desde 26 años – hasta 50 años	
		Con hijos/hijas	Desde 15 años – hasta 25 años

	Inmigrantes		Desde 26 años – hasta 50 años
		Sin hijos/hijas	Desde 15 años – hasta 25 años
			Desde 26 años – hasta 50 años

Inicialmente se pretende realizar una entrevista por criterio, por lo que se llevarían a cabo un total de ocho entrevistas las cuales serán debidamente analizadas.

Una vez propuesto el colectivo de investigación, preliminarmente y sujeto a modificaciones se identifican criterios de Inclusión y Exclusión para delimitar el número total mujeres y realizar la selección de mujeres a entrevistar.

Tabla 3

Criterios de Inclusión y Exclusión

<i>Criterio de Inclusión</i>	<i>Criterio de Exclusión</i>
Mujeres en edad fértil (desde 15 años, hasta 50 años)	Hombres
Mujeres Con hijos/hijas	Mujeres menores de 15 años
Mujeres Sin hijos/hijas	Mujeres mayores de 50 años

Mujeres chilenas	Mujeres que no estén inscritas en el Cesfam Pompeya
Mujeres inmigrantes	Mujeres que no tengan acceso a internet
Residentes de la comuna de Quilpué	Mujeres que no tengan acceso a dispositivos de telecomunicación
Mujeres inscritas en el Cesfam Pompeya	

Diseño, enfoque y perspectiva de la Investigación

“La investigación es un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno” (Hernández et al., 2010,p.4), mediante dicho estudio se busca dar respuesta a la pregunta de investigación, la cual, emana del planteamiento del problema.

La presente investigación tiene un *enfoque cualitativo*, guiada por áreas significativas de la investigación, caracterizado por seguir un proceso circular, donde la acción indagatoria y los análisis se mueven de manera dinámica, “los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos.” (Hernández et al., 2010, p.7)

El enfoque cualitativo se selecciona cuando se busca comprender la perspectiva de los participantes (individuos o grupos pequeños de personas a los que se investigará) acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad.

También es recomendable seleccionar el enfoque cualitativo cuando el tema del estudio ha sido poco explorado, o no se ha hecho investigación al respecto en algún grupo social específico. El proceso cualitativo inicia con la idea de investigación. (Hernández et al., 2010, p.8)

En el enfoque cualitativo “Hay una realidad que descubrir, construir e interpretar. La realidad es la mente” (Hernández et al., 2010, p.11) esto se condice con el presente estudio, ya que la realidad que se pretende descubrir, son las percepciones de mujeres en edad reproductiva en torno a sus derechos sexuales y reproductivos , se pretende conocer dichas percepciones y analizarlas como un fenómeno cultural, desde una perspectiva de género. Se pretende recolectar la información de las participantes en el estudio en un ambiente natural y percibir subjetivamente su realidad respecto a la temática de la investigación.

La presente investigación cualitativa respecto a las perspectivas de mujeres en torno a los derechos sexuales y reproductivos está enfocada desde una perspectiva de género, ya que, “la perspectiva de género permite analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los hombres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias.”(Casas y Cabezas, 2016, p.10)

Esta perspectiva de género analiza las posibilidades vitales de las mujeres y los hombres; el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros, así como los conflictos institucionales y cotidianos que deben enfrentar a las maneras en que lo hacen. Contabilizar los recursos y la capacidad de acción con que cuentan mujeres y hombres para enfrentar las dificultades de la vida y la realización de los propósitos es uno de los objetivos de este examen” . Este enfoque incluye la visión de que hombre y mujer son construcciones abstractas y que, como tales, pueden ser categorías sujetas a

modificación social. De ahí que un estatuto jurídico diferenciado para las mujeres, coadyuvado a nivel político con las medidas de discriminación positiva, pueda ser justificado para garantizar un principio universal, como es el de la igualdad y no discriminación. (Casas y Cabezas, 2016, p.11)

Tipo de estudio

De acuerdo con la naturaleza de la investigación y las características del problema planteado, corresponde a un *diseño etnográfico*, ya que, Patton (como se citó en Hernández et al., 2010) refiere que “pretenden describir y analizar ideas, creencias, significados, conocimientos y prácticas de grupos, culturas y comunidades), de acuerdo con esta cita, la presente investigación pretende describir y analizar perspectivas de mujeres en torno al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva de género, analizando patrones culturales y políticos de un sistema social.

Álvarez –Gayou (como se citó en Hernández et al., 2010) sostienen que el propósito de la investigación etnográfico es describir y analizar lo que las personas de un sitio, estrato o contexto determinado hacen usualmente; así como los significados que le dan a ese comportamiento realizado bajo circunstancias comunes o especiales, y finalmente, presenta los resultados de manera que se resalten las regularidades que implica un proceso cultural. Los diseños etnográficos estudian categorías, temas y patrones referidos a las culturas.

Existen clasificaciones de los diseños etnográficos según Creswell (como se citó en Hernández et al., 2010, p.490)

Diseños Críticos: El investigador está interesado en estudiar grupos marginados de la sociedad o de una cultura (por ejemplo, una investigación en ciertas escuelas que discriminan a estudiantes por su origen étnico y esto provoca situaciones inequitativas). Analizan categorías o

conceptos vinculados con cuestiones sociales, como el poder, la injusticia, la hegemonía, la represión y las víctimas de la sociedad. Pretenden esclarecer la situación de los participantes relegados con fines de denuncia. El etnógrafo debe estar consciente de su propia posición ideológica y mantenerse reflexivo para incluir todas las “voces y expresiones” de la cultura (Creswell, 2005). En el reporte se diferencia con claridad lo que manifiestan los participantes y lo que interpreta el investigador. Algunos estudios denominados “feministas” podrían enmarcarse en esta clase de diseños etnográficos (por ejemplo, investigaciones sobre la opresión a la mujer en un entorno laboral). En los diseños críticos no se predeterminan categorías, pero sí temas de inequidad, injusticia y emancipación. (Hernández et al., 2010, p.491)

En el caso de esta investigación, va dirigida a las mujeres en edad reproductiva y en analizar y describir las percepciones de estas en torno a sus derechos sexuales, considerando las desigualdades de género producidas por el sistema patriarcal en que se basa la cultura de Chile, por lo que el considerar la perspectiva de género permite reconocer estas distinciones de acuerdo a los roles desarrollados de acuerdo al género.

En estos diseños, más que un marco teórico, se utiliza una perspectiva que provee de estructura para entender al individuo o grupo y escribir la narrativa (se contextualiza la época y el lugar donde vivieron la persona o grupo, o bien, donde ocurrieron los eventos o experiencias). Asimismo, los textos y narraciones orales proveen datos “en bruto” para ser analizados por el investigador y vueltos a narrar en el reporte de la investigación. (Hernández et al., 2010, p.491)

Como se explica en la cita anterior, la investigación se analiza teóricamente desde una perspectiva de género, la cual permite explicar procesos culturales que se reflejan en los discursos de las personas inmersas en dicha cultura.

Recolección de datos

La recolección de datos resulta fundamental, solamente que su propósito no es medir variables para llevar a cabo inferencias y análisis estadístico. Lo que se busca en un estudio cualitativo es obtener datos (que se convertirán en información) de personas, seres vivos, comunidades, contextos o situaciones en profundidad; en las propias “formas de expresión” de cada uno de ellos. Al tratarse de seres humanos los datos que interesan son conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias, emociones, interacciones, pensamientos, experiencias, procesos y vivencias manifestadas en el lenguaje de los participantes, ya sea de manera individual, grupal o colectiva. Se recolectan con la finalidad de analizarlos y comprenderlos, y así responder a las preguntas de investigación y generar conocimiento. (Hernández et al, 2010, p.409)

La recolección de datos ocurre en los ambientes naturales y cotidianos de los participantes o unidades de análisis. En el caso de seres humanos, en su vida diaria: cómo hablan, en qué creen, qué sienten, cómo piensan, cómo interactúan, etcétera. (Hernández et al., 2010, p.409)

Para esta investigación, se utilizará la *entrevista* como técnica de recolección de datos, específicamente, la entrevista *semiestructurada*.

Las entrevistas semiestructuradas, por su parte, se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas). (Hernández et al., 2010, p.418)

Aparte de la introducción de posibles preguntas adicionales, la utilización de esta técnica para el levantamiento de datos, crea el espacio para la consideración de los relatos que vayan surgiendo y que se reconozcan como relevantes de ser utilizados para la investigación.

Al tratarse de seres humanos los datos que interesan son conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias, emociones, interacciones, pensamientos, experiencias, procesos y vivencias manifestadas en el lenguaje de los participantes, ya sea de manera individual, grupal o colectiva” (Hernández et al., 2010, p.409). Para la presente, se pretende que las entrevistas sean aplicadas de forma individual y desde las percepciones de las mujeres.

Las entrevistas se realizarán de manera remota, a través de la utilización de plataformas online y aplicaciones de redes sociales como zoom y/o video llamada de whatsapp.

Inmersión profunda en el campo de investigación

Este proceso reflexivo se mantiene conforme se recolectan más datos. Las observaciones se van enfocando para responder al planteamiento, las pláticas son cada vez más dirigidas y las anotaciones más completas. En ocasiones, esto depende de la investigación en particular, se hacen las primeras entrevistas, observaciones con una guía, sesiones de grupos y recolección de materiales y objetos. Se reevalúa el planteamiento del problema, ambiente y muestra (unidades o casos). Se comparan nuevos datos con los primeros De manera inductiva y paulatina, emergen categorías iniciales, significados, patrones, relaciones, hipótesis primarias y principios de teoría. (Hernández et al., 2010, p.443)

Plan de análisis de los datos cualitativos

En la investigación cualitativa, “la recolección y el análisis ocurren prácticamente en paralelo; además, el análisis no es estándar, ya que cada estudio requiere de un esquema o “coreografía” propia de análisis.” (Hernández et al., 2010, p. 439)

En el proceso de análisis de datos cualitativos se pretende dar estructura a los datos no estructurados obtenidos en la recolección de datos. En el caso de esta investigación se pretende estructurar los datos obtenidos mediante la realización de entrevistas a mujeres en edad reproductiva, este análisis se llevará a cabo en paralelo a la aplicación de instrumentos de recolección de datos.

Tabla 4

Plan de Análisis

Fases	Descripción
Primera fase: Establecimiento de unidades de análisis y subcategorías de análisis	Inicialmente se establecen las categorías y subcategorías en base a los objetivos de la investigación planteados al comienzo del marco metodológico, mediante una matriz de análisis que contendrá una descripción por cada categoría, a partir de la identificación de las categorías se desprenden las subcategorías con su base conceptual correspondiente al estudio
Segunda fase: Creación de instrumento de recolección	En una primera etapa se creará el instrumento de recolección de datos, en este caso la entrevista semiestructurada. Las preguntas que contengan se basarán en las subcategorías de

de datos, aplicación y análisis previo	los objetivos específicos respectivos. Posteriormente se aplicará la entrevista a la muestra de mujeres seleccionadas. Luego, una vez obtenida la información que responderá a los objetivos, se realizará una transcripción total de ésta.
Tercera fase: Selección de unidad de registro	Mediante la lectura de la transcripción de la entrevista semiestructurada se identificarán las unidades de registro, es decir, los segmentos considerados relevantes para ser utilizados de ejemplos para las subcategorías.
Cuarta Fase: Análisis final	Una vez establecidas las unidades de registro que pertenecen a cada subcategoría comienza el proceso de análisis cualitativo, resaltando el contenido más relevante de la información recopilada. Terminando con un análisis profundo y del resultado de la codificación del instrumento, considerando la base teórica de la investigación.

Análisis detallado de los datos

Dado el amplio volumen de datos, éstos deben encontrarse muy bien organizados. Asimismo, debemos planear qué herramientas vamos a utilizar (hoy en día la gran mayoría de los análisis se efectúa mediante la computadora, al menos un procesador de textos). Ambos aspectos dependen del tipo de datos que hayamos generado. Pudiera ser que solamente tuviéramos datos escritos, por ejemplo, anotaciones escritas a mano y documentos, en este caso podemos copiar las anotaciones en un procesador de textos, escanear los documentos y archivarlos en el mismo procesador (Hernández et al., 2010, p.444)

De acuerdo con la cita anterior se elaborará una matriz del plan de análisis mediante una tabla detallada para organizar los datos recabados en las entrevistas que se desarrollarán, cabe

mencionar que dicha tabla está sujeta a cambios durante la aplicación del instrumento y el análisis de los datos.

Tabla 5

Matriz del plan de análisis

Objetivo Específico	Unidad de análisis/categoría	Subcategoría de análisis y definición	Sujeto de estudio	Análisis
<p>Analizar las percepciones de las mujeres en edad reproductiva usuarias de la Atención Primaria de Salud en el Cefam Pompeya de la comuna de Quilpué en torno a la Autonomía Sexual y Reproductiva desde una perspectiva de género.</p>	<p>Autonomía Sexual y Reproductiva</p>	<p>Decisión libre sobre el propio cuerpo y vida sexual según los derechos sexuales y reproductivos</p>	<p>Mujeres en edad reproductiva (desde 15 años hasta 50 años), inscritas en el Cefam Pompeya de la comuna de Quilpué, que reúna los criterios de inclusión detallados en la muestra.</p>	<p>El análisis final se pretende desarrollar utilizando la información obtenida con las técnicas de recolección de datos utilizadas, en este caso, las entrevistas, a través del contenido del relato de las participantes de la investigación, en la cual se identificarán códigos comunes en los relatos, se clasificará en función de las categorías y subcategorías definidas. Estructurando los datos, para dar respuesta a la</p>

				pregunta de investigación.
--	--	--	--	----------------------------

Objetivo Específico	Unidad de análisis/ Categoría	Subcategoría de análisis y definición	Sujeto de estudio	Análisis
Analizar las percepciones de mujeres en edad reproductiva usuarias de la Atención Primaria de Salud en el Cefam Pompeya de la comuna de Quilpué en torno a la Libertad Reproductiva desde una perspectiva de género.	Libertad reproductiva Las mujeres tienen derecho a decidir si desean o no tener hijos, con quién y en qué momento de la vida.	Uso de métodos anticonceptivos Uso de métodos anticonceptivos de emergencia Aborto	Mujeres en edad reproductiva (desde 15 años hasta 50 años), inscritas en el Cefam Pompeya de la comuna de Quilpué, que reúna los criterios de inclusión detallados en la muestra.	El análisis final se pretende desarrollar utilizando la información obtenida con las técnicas de recolección de datos utilizadas, en este caso, las entrevistas, a través del contenido del relato de las participantes de la investigación, en la cual se identificarán códigos comunes en los relatos, se clasificará en función de las categorías y subcategorías definidas. Estructurando los datos, para dar respuesta a la pregunta de investigación.

Objetivo Específico	Unidad de análisis/ Categoría	Subcategoría de análisis y definición	Sujeto de estudio	Análisis
<p>Analizar las percepciones de mujeres en edad reproductiva usuarias de la Atención Primaria de Salud en el Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué en torno a una vida sexual libre de violencia desde una perspectiva de género.</p>	<p>Violencia Sexual</p>	<p>Abuso o acoso sexual Violación Maltrato físico Maltrato psicológico Explotación sexual</p>	<p>Mujeres en edad reproductiva (desde 15 años hasta 50 años), inscritas en el Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué, que reúna los criterios de inclusión detallados en la muestra.</p>	<p>El análisis final se pretende desarrollar utilizando la información obtenida con las técnicas de recolección de datos utilizadas, en este caso, las entrevistas, a través del contenido del relato de las participantes de la investigación, en la cual se identificarán códigos comunes en los relatos, se clasificará en función de las categorías y subcategorías definidas. Estructurando los datos, para dar respuesta a la pregunta de investigación.</p>

CAPÍTULO III

ANÁLISIS

Presentación

¿Qué son las percepciones?, ¿Las percepciones son construcciones de la realidad personal o social?, ¿Cuáles son las percepciones de mujeres en edad reproductiva en torno al ejercicio de sus Derechos Sexuales y Reproductivos desde una perspectiva de género de las usuarias de Atención Primaria de Salud en el Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué?

Es bajo estas interrogantes que se enmarca la investigación en la cual se pretende conocer las percepciones de las mujeres en edad reproductiva usuarias de la atención primaria del Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué en torno a los Derechos Sexuales y Reproductivos desde una perspectiva de género, por lo que se realizaron entrevistas semiestructuradas a ocho mujeres, las que se analizaran exhaustivamente para intentar dar respuesta a la pregunta de investigación.

Para contextualizar se explicará que se entiende por percepciones, para de esta manera comenzar el análisis de las entrevistas aplicadas, dicho análisis se llevará a cabo considerando los objetivos planteados.

La percepción consiste en poner un ladrillo fundante en la arquitectura sobre la que se erige la construcción de la realidad, es decir, la perspectiva de que hay una distancia entre conciencia y mundo, una realidad que se resiste y es independiente de la conciencia. (Lewkow, 2014, p.36)

Como dice el autor, la percepción es una construcción de la realidad, en la cual interactúa el mundo y la conciencia, es ahí donde se forman los cimientos sobre los cuales las personas van a entender el mundo, o perciben el mundo, creando conceptos propios y generalizados. “Un segundo estrato de sentido que, probablemente, no pueda diferenciarse más que analíticamente del anterior, consistiría en el aporte que realizan otras conciencias en la construcción de la

realidad.” (Lewkow,2014, p.36), También la realidad se puede construir en base a otras percepciones, ya que, al ser seres sociales en constante interacción, se construye el mundo en base a la conciencia propia y social, creando similitudes en relatos y conceptos.

Cabe señalar que el análisis de los objetivos se realizará desde la perspectiva de género, con el fin de entender los relatos como en funciones a los roles asignados a las mujeres de acuerdo a su sexo, la perspectiva de genero

El enfoque o perspectiva de género, propone y permite el análisis profundo de las relaciones sociales entre hombres y mujeres, con el fin de esclarecer las diferencias e inequidades en salud que están vinculadas al género. Por otra parte, y probablemente formando parte de preconceptos erróneos sobre el enfoque de género, este no es solo apropiado para estudiar la salud de las mujeres, sino también la de los hombres.

A continuación, se presentará la estructura del análisis de las entrevistas realizadas a mujeres en edad reproductiva usuarias de la atención primaria del CESFAM Pompeya de Quilpué

Tabla 6

Estructura de análisis categorial de la entrevista conforme a los objetivos

Categorías	Subcategorías
<p><i>Percepciones de las mujeres en edad reproductiva usuarias de la Atención Primaria de Salud en el Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué en torno a la Autonomía Sexual y Reproductiva desde una perspectiva de género</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Percepciones en torno a el significado de educación sexual • Percepciones en torno al acceso a educación sexual • Percepciones en torno a la autonomía sexual • Percepciones en torno a la sexualidad como necesidad • Percepciones en torno a la maternidad
<p><i>Percepciones de mujeres en edad reproductiva usuarias de la Atención Primaria de Salud en el Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué en torno a la</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Percepciones en torno a la información de métodos anticonceptivos • Percepciones en tono al acceso a métodos anticonceptivos

<p><i>Libertad Reproductiva desde una perspectiva de género</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Percepciones en torno al aborto
<p><i>Percepciones de mujeres en edad reproductiva usuarias de la Atención Primaria de Salud en el Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué en torno a una Vida Sexual Libre de Violencia desde una perspectiva de género.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Percepciones en torno a la violencia sexual

Análisis de los resultados

A continuación, se expondrá la tabla de presentación de la primera categoría *Percepciones de las mujeres en edad reproductiva usuarias de la Atención Primaria de Salud en el Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué en torno a la Autonomía Sexual y Reproductiva desde una perspectiva de género*, en donde se expondrán sus pertinentes subcategorías y los fragmentos seleccionados para el análisis.

Tabla 7

Objetivo específico 1

Percepciones de las mujeres en edad reproductiva usuarias de la Atención Primaria de Salud en el Cefam Pompeya de la comuna de Quilpué en torno a la Autonomía Sexual y Reproductiva desde una perspectiva de género	
Subcategoría	Fragmento
<i>Percepciones en torno al significado de educación sexual</i>	<p>“¡eeh ay!, es que yo a estas alturas (ríe), eeh nada tranquila nomás, ¿Qué te puedo decir? Es de cuidarse, de cuidarse lo que más se pueda en todo sentido de la palabra y eso, no sé qué otra cosa más” (María)</p> <p>ya eeh... para mí la vida, la vida, la intimidad de pareja? Si, la intimidad de pareja” (Carla)</p> <p>“eeh educación sexual es de eeh enseñar correctamente eeh la sexualidad, me estoy imaginando en un niño, en un niño, no sé, de diez años eehh eeh enseñarle correctamente eeh lo que, lo que significa la sexualidad con sus nombres correspondientes, lo que son los genitales, o darle una forma una perspectiva limpia de lo que es el sexo.” (Nancy)</p> <p>“¿sexo? (con vergüenza), amor frente a las mujeres y su vida sexual con su pareja y eso” (Oscarlet)</p> <p>“Bueno... ¿Qué puedo decir?... educación sexual, no, no puedo responder mucho.” (Dieulanie)</p> <p>“Educación sexual... ehh... Yo creo que es lo que nos han enseñado, todo lo que se relaciona ya sea con el afecto, no solo con la sexualidad en el acto de hacer el amor, si no que el respetarse también nuestro cuerpo, en las caricias, todo eso, los besos, el abrazarse, como que es lo primero que se me viene en cuanto a la educación (...)” (Viviana)</p>

	<p>“Mmm, se me viene a la mente, en educación sexual puede ser como el tema de los preservativos, los cuidados, las enfermedades sexuales, de transmisión sexual, esas cosas así.” (Yairoska)</p> <p>“Se me viene a la mente como prevenir los riesgos de las infecciones que se pueden transmitir por las relaciones sexuales, como esa información.” (Helen)</p> <p>“educación sexual es enseñarle a la gente sobre su libertad sexual, los métodos anticonceptivos, sobre la prevención de las enfermedades, infecciones de transmisión sexual, y eso” (Ninoska)</p>
<p><i>Percepciones en torno al acceso a la educación sexual</i></p>	<p>: “no, nada, tengo tercero básico, no tengo estudios.” (María)</p> <p>“(…) Y también los medios que uno tiene como para cuidarse, eh, para no quedar embarazada, como que eso es lo que siempre nos educaron en el colegio, pero no siempre fue así, como que igual siempre fue como bien vago (…)” (Viviana)</p> <p>“(…) Claro, cuando te llegaba el período, como que eso era lo máximo que uno podía llegar a que te enseñaran en la educación (…)” (Carla)</p> <p>“eeh en mi caso en la básica, ahí nos enseñaron sobre educación sexual, porque generalmente en la casa es como tabú, entonces, en la escuela básica nos enseñaron, nos hicieron un taller de educación sexual, y ahí fue la primera vez que yo supe sobre educación sexual, tenía como 12, 12 años más o menos. Nos llevaron al escenario que era el lugar más</p>

grande y pusieron, estas proyecciones de diapositivas nos iban explicando. Y ya después en el colegio, o sea, la educación sexual en Chile es nula, es malísima, entonces aquí prácticamente uno se entera por las amigas que existe el condón entonces eeh en la casa por ejemplo no esos temas eeh es tabú más que nada, o sea, yo creo que debería implementarse en los colegios, porque a nosotras nos hicieron un taller que fue de hecho muy bueno, pero fue él taller, no fue así como, después lo que uno iba aprendiendo fue de boca en boca, de gente que sabe menos que uno.” (Ninoska)

“(…) en el colegio, en sexto básico parece que, empezaron a hablar como se ponían los condones y esas cosas así (…)” (Helen)

“Yo aprendí en mí, en mi colegio, cuando la sexualidad es un, una cosa buena. Cuando una persona entra en la sexualidad, hace mucho… ¿Cómo podría decir eso?, ¿Impacto?, ¿No?... Para ayudar desarrollar tu cerebro, muchas cosas (...). Si, por el cuerpo (es beneficioso). (...) Si (enseñanza en el colegio). O por ejemplo si una persona, no sé si es verdad, para es bueno cuando una persona tiene tristeza, todo eso.”

(Dieulanie)

“Bueno, eh, yo, eh, puede hacer para que no estar embarazada puede hacer cuidado personal, eso me enseñan en mi colegio... Si una persona no puede, no puede tomar inyección, tú puedes hacer un cuidado personal... Ponte tu hablo de cuidado personal, y por ejemplo, si tú sabes

	<p>cuando tienes regla, tu sabes la fecha de, tu puedes controlar esto (...)” (Dieulanie)</p> <p>“Eeh a ver, de la vida, desde chica, mis padres me enseñaron, me explicaba principalmente mi madre de cómo tienen que ser las cosas, y ahí fui aprendiendo, yo fui muy madura mamá, o sea a muy temprana edad (corrige) como se dice, fui mamá y bueno que te puedo decir en el campo viviendo no había nada más en que enfocarse, solamente en pololear y emigrar y salir de donde uno vivía.” (María)</p> <p>“(…) Y quizá los padres también puede ser porque, también te ayudan como a prevenir, eh, cuando uno quiere empezar a tomar anticonceptivos (...)” (Viviana)</p> <p>“eeh, bueno igual mi mamá siempre estuvo presente conmigo hablando sobre el tema de la sexualidad y más allá es que ella obviamente como es joven siempre me ha hablado de eso, pero más allá, mi mamá nomás.” (Carla)</p> <p>“(…)con mi esposo, con mi esposo aprendí, ósea en realidad en el camino porque eeh nosotros con... la mamá y el papá eran temas tabú en la casa, no podía hablar del sexo, nada, era el sexo era sucio, era malo, eeh ni siquiera pensar en uno tocarse uno, ya era como súper malo, entonces lo aprendí a través del tiempo casada con los hijos(...)” (Nancy)</p>
<p>Percepciones en torno a la</p>	<p>“de una relación sexual bueno (piensa), emm primero que nada soy muy emocional, parte primero que nada del sentimiento, tiene que haber</p>

<p><i>Autonomía sexual</i></p>	<p>química con la persona, tiene que indicarme esa parte primero como para yo tomar una iniciativa a algo y obviamente soy de esas personas del campo que son como enchapada a la antigua o sea (ríe) por amor haces todo y si no hay amor no existe la relación sexual y eso” (María)</p> <p>“(…) Si las dos cosas, el acompañamiento y también el sentir placer y deseo sexual (…)” (Viviana)</p> <p>“no sé si le entendí, pero yo obviamente espero con la persona que tengo relaciones sexuales, estar emm siempre con esa persona porque uno no sabe más allá las enfermedades sexuales de transmisión sexual, eso es lo que yo pienso” (Carla)</p> <p>“que sea consensuada, que sea mutua, que sea placentera y que sea, emm ojalá sin bebes (se ríe) protegida, ojalá protegida.” (Ninoska)</p> <p>” emm espero que sea, que sea tranquila, que...bonito, que sea con amor, no como alguna vez uno de joven pudo haber, porque le gustaba alguien o por las circunstancias, no sé, eeh pero que sea algo sumamente comprometido, emm más que nada eso, que sea bonito, ósea como placentero, sin culpa, por así decirlo entre comillas. Emm (piensa) Eso que sea como que sea algo recíproco, que sea algo bonito que no sea solo para darse un gusto(…)” (Nancy)</p> <p>“que respeten como, o sea todas las decisiones que uno toma como mujer, o sea si no quieres, no quieres, no me obligues, no me forces, no me manipules, nada de eso, que respeten mi decisión” (Oscarlet)</p>
---------------------------------------	---

	<p>“Mmm, espero confianza, quizás compromiso, y sinceridad, puede ser.” (Yairoska)</p>
<p>Percepciones en torno a la sexualidad como necesidad</p>	<p>“eeh, no, no necesidad, pero sí que es una parte importante de cada persona, de... estar ahí como esa parte latente, tampoco es una de cosa de estar ahí, o sea tampoco es una cosa que uno dice no, no, sino que es importante dependiendo de su medida, como cada persona quiere su vida pienso yo, eso.” (María)</p> <p>“eeh para mí no, no, porque yo como mujer, para mí siento que puedo estar sin una, sin tener relaciones sexuales por que igual por ejemplo yo estuve tres años, entonces no, pa mí no fue necesario como mujer buscarme” (Carla)</p> <p>“sí, sí (es necesidad)” “(...)porque es la intimidad máxima de una relación” (Ninoska)</p> <p>” emm una necesidad mm... pero muy poco porcentaje, pero no es tan, yo pienso por ejemplo que me gustaría tener un compañero, pero para salir y para conversar, lo último que lo pienso es para la parte sexual, como que siempre pienso para estar acompañada, para estar feliz, ver una película reír, para eso, como que eso es la prioridad(...)” (Nancy)</p> <p>“no (con vergüenza)” (Oscarlet)</p> <p>“Mmm, puede que sí, puede que no. Yo creo que quizá cuando uno está en pareja, igual puede ser como necesario, pero tampoco al punto de que</p>

	<p>sea como necesario, así como si o si (...) Claro como indispensable, yo creo que eso igual como que se complementa, pero yo creo que una cuando está soltera igual puede vivir sin eso, porque hay cosas más importantes.”(Yairoska)</p>
<p><i>Percepciones en torno a la maternidad</i></p>	<p>“aparte de ser hermosa, muy linda la maternidad, eeh a ver qué más puedo decirle con respecto a eso, soy mujer de pocas palabras (ríe), pero es lo más lindo que le puede pasar a una mujer, pero como te digo lo más hermoso es traer hijos al mundo y de la forma más linda que es el amor, conocer a la persona indicada, no andar trayendo hijos al mundo por traerlos ponte tu soy enemiga de eso y.... nada po o sea.” (María)</p> <p>“bueno es la primera vez que yo voy a ser mamá, entonces yo pienso que es algo súper lindo que, o sea, yo lo decidí vivir a esta edad, a los 24 años, porque antes era una adolescente que no, que en realidad no tenía cómo, ósea no iba a saber cómo afrontarlo, pero ahora ya, a los 24 años siento que es algo súper bonito” (Carla)</p> <p>“eeh debe ser... deseada, buscada (la maternidad) (...) pero la maternidad debe ser así, debe ser deseada, si no, debería existir el aborto libre(...)” (Ninoska)</p> <p>“la maternidad es lo más lindo que puede existir, lo que dios nos dio a nosotras las mujeres, lo más bello, la maternidad es lo más hermoso, y te transforma completamente el cuerpo la vida la mente el corazón(...)” (Nancy)</p>

	<p>“ay es lo más lindo que hay (ríe) es mi primer hijo (señalando al menor) aunque se me ha hecho difícil porque como estoy sola aquí no tengo ayuda de nadie, solamente es mi pareja y yo, más nadie, todo sola” (Oscarlet)</p> <p>“Para mí es algo súper lindo, la verdad lo encuentro como algo súper perfecto, lo admiro mucho la verdad y, siempre y cuando sea una maternidad responsable, pero el hecho de ser mamá y poder dar a luz un bebé para mi es maravilloso.” (Yairoska)</p> <p>“Mmm, tiene un bebé para ser maternidad es, muy buena, pero tiene que ser un buen mamá, si, para saber cómo puede ayudar, como puede cuidar una niñita, como puede ayudarla.” (Dieulanie)</p>
--	---

Percepciones en torno al significado de educación sexual

Se entenderá por significado de la educación sexual como lo que las mujeres usuarias de la atención primaria del CESFAM Pompeya entienden por educación sexual.

La sexualidad es una dimensión constituyente del ser humano que se expresa durante toda la vida. La niñez y adolescencia son etapas significativas para potenciar el desarrollo de las personas y de los países, por lo que es necesario proporcionar una educación de calidad que incorpore la educación de la sexualidad como derecho humano y como estrategia de calidad de vida actual y futura que contribuya al desarrollo de su bienestar y salud. (Dides y Fernández, 2016, p.17)

Como dicen las autoras, la educación sexual debe ser impartida desde la niñez hasta toda la vida con el fin de, ya que conocer los derechos humanos y por ende los derechos sexuales y reproductivos permite mejorar la calidad de vida, y potencia el desarrollo personal, la autonomía sexual y reproductiva, mediante la información se pueden tomar decisiones en torno al propio cuerpo, cuyo contenido no es tan solo prevención de embarazo, enfermedades de transmisión sexual, etc.

Este enfoque permite una mirada más allá de la patologización de la sexualidad, se trata de fomentar una salud sexual desde una visión holística que integre la autonomía, el amor, la libertad, el respeto y la dignidad de modo tal que las personas tomen conciencia de sus sexualidades responsablemente contribuyendo así a una vida más plena. (Dides y Fernández, 2016, p.17)

“educación sexual es enseñarle a la gente sobre su libertad sexual, los métodos anticonceptivos, sobre la prevención de las enfermedades, infecciones de transmisión sexual, y eso” (Ninoska)

“Educación sexual... eeh... Yo creo que es lo que nos han enseñado, todo lo que se relaciona ya sea con el afecto, no solo con la sexualidad en el acto de hacer el amor, si no que el respetarse también nuestro cuerpo, en las caricias, todo eso, los besos, el abrazarse, como que es lo primero que se me viene en cuanto a la educación (...)” (Viviana)

Se ha comprobado que los programas integrales que brindan información correcta y completa sobre salud sexual y salud reproductiva dan lugar a una conducta más sana y mejores resultados, ayudando a niñas, niños y adolescente a protegerse de los embarazos no deseados, a defender sus derechos, aprender a cuestionar modelos nocivos de masculinidad, feminidad y a proteger a sí mismos y a sus parejas de las infecciones de transmisión sexual. (Dides y Fernández, 2016, p.17)

Sin embargo, en Chile la educación sexual se basa en una mirada patológica, en donde los temas principales a tratar se enfocan en el uso de preservativos, enfermedades de transmisión sexual, aparato reproductor y embarazo. Esto se evidencia claramente en algunos relatos, al

definir la educación sexual con el uso de preservativos, conocer las partes del cuerpo y la prevención de enfermedades (sin especificar cuáles ni en qué consisten), Según Dides y Fernández (2016) Al implementar la educación sexual en Chile se abocaron mayoritariamente a la reproducción y la vinculación afectiva, presentando serios vacíos en cuanto a género, identidad sexual, y goce o placer erótico, ámbitos de los cuales se guardó silencio ya sea por presiones de grupos fácticos o por falta de voluntad política de los gobiernos de turno.

“ eeh educación sexual es de eeh enseñar correctamente eeh la sexualidad, me estoy imaginando en un niño, en un niño, no sé, de diez años eeh eeh enseñarle correctamente eeh lo que, lo que significa la sexualidad con sus nombres correspondientes, lo que son los genitales, o darle una forma una perspectiva limpia de lo que es el sexo.” (Nancy)

“Mmm, se me viene a la mente, en educación sexual puede ser como el tema de los preservativos, los cuidados, las enfermedades sexuales, de transmisión sexual, esas cosas así.” (Yairoska)

“Se me viene a la mente como prevenir los riesgos de las infecciones que se pueden transmitir por las relaciones sexuales, como esa información.” (Helen)

Cabe señalar que “La historia de la implementación de una política de educación sexual en nuestro país no ha estado exenta de discontinuidades y dificultades.” (Dides y Fernández, 2016, p.17) Debido a la influencia de sectores conservadores en Chile, la educación sexual implementado en la educación formal, ha experimentado constantes avances y retrocesos en cuanto a los temas a tratar, o si es un tema que debe ser tratado exclusivamente por las familias basado en la libertad educativa, es por esto que “Actualmente en Chile no existe una política de Educación Sexual ni tampoco se ha debatido el tema en el marco de la Reforma Educacional. Si bien en el país, se han efectuado diversos esfuerzos por incorporar la educación en sexualidad al sistema de educación formal desde la década de los ‘90, no se está cumpliendo con el mandato de la Ley 20.418 que explicita la necesidad de contar con educación sexual.” (Dides y Fernández, 2016, p.20)

“¡eeh ay!, es que yo a estas alturas (ríe), eeh nada tranquila nomás, ¿Qué te puedo decir? Es de cuidarse, de cuidarse lo que más se pueda en todo sentido de la palabra y eso, no sé qué otra cosa más” (María)

“Bueno... ¿Qué puedo decir?... educación sexual, no, no puedo responder mucho.” (Dieulanie)

“ya eeh... para mí la vida, la vida, la intimidad de pareja? Si, la intimidad de pareja” (Carla)

*“¿sexo? (con vergüenza), amor frente a las mujeres y su vida sexual con su pareja y eso”
(Oscarlet)*

Percepciones en torno al acceso de educación sexual

Se entenderá por acceso a la educación sexual como el espacio en donde las entrevistadas recibieron dicha educación, o desde donde aprendieron sobre sexualidad y reproducción.

En este contexto, la educación sexual se constituye en uno de los pilares básicos que sustentan el ejercicio de dichos derechos, por cuanto es un instrumento que potencia la autonomía de las personas y el desarrollo de una sexualidad plena, promoviendo y posibilitando la toma de decisiones en materia de sexualidad y reproducción con la debida información. (Dides y Fernández, 2016, p.18)

Es por el esto que los países de Latinoamérica han asumido el compromiso de entregar educación sexual, garantizando los Derechos Sexuales y Reproductivos con el fin de entregar educación sexual universal y fomentar el pleno desarrollo de la ciudadanía sexual.

En Chile, se promulgó la Ley N° 20.418, que en su artículo 1° establece que “toda persona tiene derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, en forma clara, comprensible, completa y, en su caso, confidencial”, determinando con ello que la educación sexual es una garantía y un derecho para todas y todos. (Dides y Fernández, 2016, p.20)

“(...) Y también los medios que uno tiene como para cuidarse, eh, para no quedar embarazada, como que eso es lo que siempre nos educaron en el colegio, pero no siempre fue así, como que igual siempre fue como bien vago (...) Claro, cuando te llegaba el período, como que eso era lo máximo que uno podía llegar a que te enseñaran en la educación (...)” (Viviana)

“eeeh en mi caso en la básica, ahí nos enseñaron sobre educación sexual, porque generalmente en la casa es como tabú, entonces, en la escuela básica nos enseñaron, nos hicieron un taller de educación sexual, y ahí fue la primera vez que yo supe sobre educación sexual, tenía como 12, 12 años más o menos. Nos llevaron al escenario que era el lugar más grande y pusieron, estas proyecciones de diapositivas nos iban explicando. Y ya después en el colegio, o sea, la educación sexual en Chile es nula, es malísima, entonces aquí prácticamente uno se entera por las amigas que existe el condón entonces eeh en la casa por ejemplo no esos temas eeh es tabú más que nada, o sea, yo creo que debería implementarse en los colegios, porque a nosotras nos hicieron un taller que fue de hecho muy bueno, pero fue él taller, no fue así como, después lo que uno iba aprendiendo fue de boca en boca, de gente que sabe menos que uno.” (Ninoska)

“(...) en el colegio, en sexto básico parece que, empezaron a hablar como se ponían los condones y esas cosas así (...)” (Helen)

“Yo aprendí en mí, en mi colegio, cuando la sexualidad es un, una cosa buena. Cuando una persona entra en la sexualidad, hace mucho... ¿Cómo podría decir eso?, ¿Impacto?, ¿No?... Para ayudar desarrollar tu cerebro, muchas cosas (...). Si, por el cuerpo (es beneficioso). (...) Si (enseñanza en el colegio). O por ejemplo si una persona, no sé si es verdad, para es bueno cuando una persona tiene tristeza, todo eso.” (Dieulanie)

“Bueno, eh, yo, eh, puede hacer para que no estar embarazada puede hacer cuidado personal, eso me enseñan en mi colegio... Si una persona no puede, no puede tomar inyección, tú puedes hacer un cuidado personal... Ponte tu hablo de cuidado personal, y por ejemplo, si tu sabes cuando tienes regla, tu sabes la fecha de, tu puedes controlar esto (...)” (Dieulanie)

Sin embargo, pese a la promulgación de esta ley, aún no ha sido implementada una política educacional en materias de sexualidad, generando avances y retrocesos en esta materia, dejando al juicio de las escuelas y familias el contenido a tratar.

Aunque en las últimas dos décadas se han observado importantes avances en el reconocimiento de las demandas feministas y de los movimientos de mujeres, muchas reformas han sido frenadas por la oposición que han tenido los sectores más conservadores, mientras otras simplemente no han llegado siquiera a abrirse a discusión pública. Así, por ejemplo, cuando el gobierno de Eduardo Frei Ruiz-Tagle implementó las Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad (JOCAS) en las escuelas, la iniciativa fue fuertemente rechazada por la

Conferencia Episcopal chilena, y dejada de lado finalmente por el gobierno (Dides y Fernández, 2016, p.17)

“Eeh a ver, de la vida, desde chica, mis padres me enseñaron, me explicaba principalmente mi madre de cómo tienen que ser las cosas, y ahí fui aprendiendo, yo fui muy madura mamá, o sea a muy temprana edad (corrige) como se dice, fui mamá y bueno que te puedo decir en el campo viviendo no había nada más en que enfocarse, solamente en pololear y emigrar y salir de donde uno vivía.” (María)

“(...) Y quizá los padres también puede ser porque, también te ayudan como a prevenir, eh, cuando uno quiere empezar a tomar anticonceptivos (...)” (Viviana)

“eeh, bueno igual mi mamá siempre estuvo presente conmigo hablando sobre el tema de la sexualidad y más allá es que ella obviamente como es joven siempre me ha hablado de eso, pero más allá, mi mamá nomás.” (Viviana)

“(...)con mi esposo, con mi esposo aprendí, ósea en realidad en el camino porque eeh nosotros con... la mamá y el papá eran temas tabú en la casa, no podía hablar del sexo, nada, era el sexo era sucio, era malo, eeh ni siquiera pensar en uno tocarse uno, ya era como súper malo, entonces lo aprendí a través del tiempo casada con los hijos(...)” (Nancy)

Uno de los principales contratiempos radica en la pluralidad de miradas sobre qué y cómo debe tratarse la sexualidad, lo que derivó en objetivos contrapuestos, enseñanzas desmembradas con visiones sociales y valóricas contradictorias y una ausencia de trabajo constante de la llamada “intersectorialdad” que correspondía a los Ministerios de Educación, Salud, Instituto Nacional. (Dides y Fernández, 2016, p.21)

El desafío actual sigue siendo integrar la educación sexual como un insumo de decisión para el propio plan de vida, donde el autocuidado y el placer erótico logren entrelazarse armónicamente, implementando una educación integral en sexualidad como política pública prioritaria desde la infancia. El foco del contenido de educación sexual debiese estar orientado hacia un marco de derechos, desde la perspectiva de salud y bienestar, integrando entre sus indicadores la perspectiva de género, el respeto a la diversidad, no discriminación y la especificidad cultural. (Dides y Fernández, 2016, p.36)

Percepciones en torno a la Autonomía sexual

Se entenderá la Autonomía como el principio básico de los Derechos Sexuales y Reproductivos, en la cual son las personas quienes de manera informada deciden sobre su propio cuerpo, “Reconocer la autonomía de alguien significa respetar sus opiniones, juicios y decisiones, sin interferir, excepto cuando representen un claro perjuicio para otras personas. Este principio y la protección de quienes no tengan capacidad para expresar consentimiento.” (López, 2015, p.56).

En el análisis de los fragmentos se entenderá por, aquello que, las mujeres en edad reproductiva usuarias de la atención primaria del Cesfam Pompeya, esperan de la sexualidad o de una relación sexual.

Se ha dicho que los derechos sexuales y reproductivos son los más humanos de todos los derechos por instituirse como el pilar fundamental para el ejercicio de la ciudadanía. El derecho a la libertad sexual reconoce la facultad de las personas para autodeterminarse en el ámbito de su sexualidad, sin más limitaciones que el respeto a la libertad ajena (Rangel y Costero, 2015, p.167)

Dicha libertad sexual permite a las mujeres disfrutar libremente de la sexualidad, permitiéndose el goce y el placer, sin embargo, siempre está presente la idea del rol femenino pasivo, enfocado en el cuidado y la afectividad.

*“(...) Si las dos cosas, el acompañamiento y también el sentir placer y deseo sexual (...)”
(Viviana)*

“que sea consensuada, que sea mutua, que sea placentera y que sea, emm ojalá sin bebés (se ríe) protegida, ojalá protegida.” (Ninoska)

Para las mujeres, el rol prescrito es la pasividad en la actividad sexual, por lo tanto, no se las alienta para que tomen decisiones respecto a la elección de sus parejas sexuales, para que negocien con sus compañeros el momento y la naturaleza de la actividad sexual, para que se protejan de un embarazo no deseado y de infecciones de transmisión sexual. (González, Molina, Montero, Martínez, Leyton, 2007, p.1262)

Por otro lado, se evidencia en los discursos de las mujeres entrevistadas una relación entre lo que esperan de una relación sexual combinado con lo afectivo, sin siquiera mencionar el placer como objetivo principal, si no que la contención, el amor, el respeto y la formalidad de la relación.

Las mujeres asumen como objetos que existen y son para otros; en este sentido, son mujeres en la medida en que “son” para sus parejas, insertas en contextos en los que aun cuando la sexualidad sea poco o nada satisfactoria, ellas seguirán allí, por la necesidad de ser protegidas y respetadas ante la mirada social. (Rangel y Costero, 2015, p. 167)

“no sé si le entendí, pero yo obviamente espero con la persona que tengo relaciones sexuales, estar emm siempre con esa persona porque uno no sabe más allá las enfermedades sexuales de transmisión sexual, eso es lo que yo pienso” (Carla)

“de una relación sexual bueno (piensa), emm primero que nada soy muy emocional, parte primero que nada del sentimiento, tiene que haber química con la persona, tiene que indicarme esa parte primero como para yo tomar una iniciativa a algo y obviamente soy de esas personas del campo que son como enchapada a la antigua o sea (ríe) por amor haces todo y si no hay amor no existe la relación sexual y eso” (María)

“emm espero que sea, que sea tranquila, que...bonito, que sea con amor, no como alguna vez uno de joven pudo haber, porque le gustaba alguien o por las circunstancias, no sé, eeh pero que sea algo sumamente comprometido, em más que nada eso, que sea bonito, ósea como placentero, sin culpa, por así decirlo entre comillas. Emm (piensa) Eso que sea como que sea algo recíproco, que sea algo bonito que no sea solo para darse un gusto(...)” (Nancy)

“Mmm, espero confianza, quizás compromiso, y sinceridad, puede ser.” (Yairoska)

“que respeten como, o sea todas las decisiones que uno toma como mujer, o sea si no quieres, no quieres, no me obligues, no me forces, no me manipules, nada de eso, que respeten mi decisión” (Oscarlet)

Las mujeres contemplan la sexualidad, no como una oportunidad placentera, sino como un medio para legitimarse en lo social. (Rangel y Costero, 2015, p. 169)

Percepciones en torno a la sexualidad como necesidad

Se entenderá la sexualidad como necesidad, en el sentido en que si las mujeres consideran la sexualidad como una necesidad o si ellas encuentran que es algo esencial en su vida diaria, los discursos se analizarán desde la perspectiva de género.

En cuanto a la sexualidad como parte de las relaciones de pareja, se relaciona como necesidad en fin de potenciar dicha relación, cuando se trata desde el ámbito del compartir con otro, es necesario incluir otros aspectos dentro de la intimidad, “la sexualidad es parte del desarrollo humano, y por tanto de debiesen incluir conceptos de amor, sentimientos, emociones, intimidad y deseo” (Dides y Fernández, 2016, p.50)

“si, si (es necesidad)” “(...)porque es la intimidad máxima de una relación” (Ninoska)

Las mujeres tampoco están en posición de ejercer su derecho al placer sexual, lo cual se reitera de manera recurrente en las narraciones que las mujeres comparten y en las que señalan “natural” que el encuentro sexual no sea un acto tan placentero para ellas como puede llegar a ser para sus parejas. (Rangel y Costero, 2015, p. 167)

Su derecho al placer se limita también por una ausencia de “reconocimiento” de expresar sus necesidades eróticas y emocionales en el encuentro sexual. (Rangel y Costero, 2015, p. 167). Es

por esto que las mujeres entrevistadas no reconocen la sexualidad como una necesidad biológica, sino más bien lo relacionan con lo afectivo.

“eeh, no, no necesidad, pero sí que es una parte importante de cada persona, de... estar ahí como esa parte latente, tampoco es una de cosa de estar ahí, o sea tampoco es una cosa que uno dice no, no, sino que es importante dependiendo de su medida, como cada persona quiere su vida pienso yo, eso.” (María)

“eeh para mí no, no, porque yo como mujer, para mí siento que puedo estar sin una, sin tener relaciones sexuales por que igual por ejemplo yo estuve tres años, entonces no, pa mí no fue necesario como mujer buscarme”(Carla)

” Emm una necesidad mm... pero muy poco porcentaje, pero no es tan, yo pienso por ejemplo que me gustaría tener un compañero, pero para salir y para conversar, lo último que lo pienso es para la parte sexual, como que siempre pienso para estar acompañada, para estar feliz, ver una película reír, para eso, como que eso es la prioridad(...)” (Nancy)

“No (con vergüenza)” (Oscarlet)

*“Mmm, puede que sí, puede que no. Yo creo que quizá cuando uno está en pareja, igual puede ser como necesario, pero tampoco al punto de que sea como necesario, así como si o si (...)
Claro como indispensable, yo creo que eso igual como que se complementa, pero yo creo que una cuando está soltera igual puede vivir sin eso, porque hay cosas más importantes.” (Yairooska)*

Percepciones en torno a la maternidad

Se analizarán los relatos desde las percepciones que las mujeres entrevistadas tienen respecto a la maternidad y lo que significa para ellas, considerando el rol impuesto a las mujeres por su género, en el cual se les exige cumplir con las expectativas sociales.

Ver la maternidad desde la perspectiva de sujetos de derechos, en la cual la maternidad es una decisión libre, más allá de la visión religiosa de la maternidad como bendición.

Lo anterior tiene su explicación en lo simbólico, pero también en lo político. Entre otras teóricas del género, Norma Fuller ahonda en como la identidad femenina ha sido perfilada por el patriarcado entre el marianismo y el machismo. En otras palabras, cómo la mujer latina se ha debatido entre el mito de María Magdalena la “pecadora” y María la madre. La categorización de las mujeres como mamás no sólo representa una carga desmedida, impuesta y controlada para

estas últimas, sino que además menoscaba la libertad individual de tomar decisiones, la autodeterminación sexual y el reconocimiento social que las mujeres deben tener como ciudadanas de primera clase. (Casas y Cabezas, 2016, p.35)

“Aparte de ser hermosa, muy linda la maternidad, eeh a ver qué más puedo decirle con respecto a eso, soy mujer de pocas palabras (ríe), pero es lo más lindo que le puede pasar a una mujer, pero como te digo lo más hermoso es traer hijos al mundo y de la forma más linda que es el amor, conocer a la persona indicada, no andar trayendo hijos al mundo por traerlos ponte tu soy enemiga de eso y... nada po, o sea.” (María)

“Bueno es la primera vez que yo voy a ser mamá, entonces yo pienso que es algo súper lindo que, o sea, yo lo decidí vivir a esta edad, a los 24 años, porque antes era una adolescente que no, que en realidad no tenía cómo, ósea no iba a saber cómo afrontarlo, pero ahora ya, a los 24 años siento que es algo súper bonito” (Carla)

“La maternidad es lo más lindo que puede existir, lo que dios nos dio a nosotras las mujeres, lo más bello, la maternidad es lo más hermoso, y te transforma completamente el cuerpo la vida la mente el corazón(...)” (Nancy)

“Ay es lo más lindo que hay (ríe) es mi primer hijo (señalando al menor) aunque se me ha hecho difícil porque como estoy sola aquí no tengo ayuda de nadie, solamente es mi pareja y yo, más nadie, todo sola” (Oscarlet)

“Para mí es algo súper lindo, la verdad lo encuentro como algo súper perfecto, lo admiro mucho la verdad y, siempre y cuando sea una maternidad responsable, pero el hecho de ser mamá y poder dar a luz un bebé para mí es maravilloso.” (Yairoska)

“Mmm, tiene un bebé para ser maternidad es, muy buena, pero tiene que ser un buen mamá, si, para saber cómo puede ayudar, como puede cuidar una niñita, como puede ayudarla.” (Dieulanie)

Esta asociación unívoca y socialmente aceptada de la mujer con la maternidad se refleja, por ejemplo, en la falta de regulación de las esterilizaciones voluntarias, cuando todavía la decisión en muchos de los países recae en el personal de salud o en el marido, agudizando, desde el más claro paternalismo, la visión de la falta de madurez de las mujeres para tomar decisiones respecto de su sexualidad y reproducción. Al otro lado de la moneda se encuentran las esterilizaciones forzadas, donde las mujeres viven una completa enajenación de su propio cuerpo y ven coartadas su libertad, dignidad y autodeterminación sexual. De entre otros muchos, se violenta en este caso

el derecho al consentimiento informado y al acceso a la información veraz y oportuna como vías de acceso a la titularidad de los DSR de las mujeres. (Casas y Cabezas, 2016, p.35)

Es por esto que es importante la visión de la maternidad como un derecho propio de las mujeres, siendo estas las que deben decidir sobre su propio cuerpo sin influencias sociales para cumplir roles impuestos por el solo hecho de ser mujer, frente a esta premisa el acceso a información de los derechos sexuales y reproductivos deben incluir opciones variadas para que las mujeres puedan decidir sin objeciones si desean o no ejercer la maternidad, en que momento de la vida y cuantos hijos o hijas desean tener.

“eeh debe ser... deseada, buscada (la maternidad) (...) pero la maternidad debe ser así, debe ser deseada, si no, debería existir el aborto libre(...)” (Ninoska)

A continuación, se expondrá la tabla de presentación de la segunda categoría, ***Percepciones de mujeres en edad reproductiva usuarias de la Atención Primaria de Salud en el Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué en torno a la Libertad Reproductiva desde una perspectiva de género*** en donde se expondrán sus pertinentes subcategorías y los fragmentos seleccionados para el análisis.

Tabla 8

Objetivo específico 2

Percepciones de mujeres en edad reproductiva usuarias de la Atención Primaria de Salud en el Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué en torno a la Libertad Reproductiva desde una perspectiva de género	
Subcategoría	Fragmento

<p><i>Percepciones en torno a la información de métodos anticonceptivos</i></p>	<p>“(Conozco) El implante subdérmico, la pastilla anticonceptiva, las inyecciones trimestrales, mensuales, eeh la T de cobre y la t hormonal y el parche y creo que esas (...) eeh investigando, si, investigación propia para ver con que me cuidaba, y ahí llegué al implante que vi que era el más efectivo.” (Ninoska)</p> <p>“Eeh la píldora, el anticonceptivo del implanon el del brazo, el diu, la inyección y eso.” (Oscarlet)</p> <p>“Las pastillas, la T creo que se llama, la que va en el brazo (no conozco su nombre), la inyectable, los preservativos.” (Yairoska)</p> <p>“No, no tenía información aparte que yo empecé a tener relaciones y quedé embarazada al tiro y después empecé a tener controles y a ir a la matrona y todo eso, sí.” (Nancy)</p> <p>“Eeh anticonceptivos no, no mayormente, bueno el preservativo que es para los hombre y bueno otro particularmente no conozco no, no tengo mucho mundo ciertamente porque me dedique toda mi vida a mi casa (ríe) entonces como que no tengo mucho mundo” (María)</p> <p>“Eeh bueno en mi momento cuando usaba, usaba la T, eso y después pastillas con mi otro hijo, pero nada más, eso”</p>
---	--

	<p>Carla: “Eeh las pastillas, la inyección, bueno con esas nomas yo me he cuidado, pero, más allá, el condón también” (María)</p> <p>“(Conozco) Eeh la T que tuve puesta, en algún momento tomé pastillas, esos son como los dos que yo he usado, solamente esos dos (...) si, el implanon, si pero esos yo no los he usado, las pastillas, la inyección” (Nancy)</p>
<p><i>Percepciones en torno al acceso a los métodos anticonceptivos</i></p>	<p>“Mmm como te dije mi mamá siempre me habló de eso y si yo quería empezar a tener relaciones sexuales ella me dijo que me traía al consultorio y empezaba a cuidarme, pero siempre hemos tenido esa confianza” (Carla)</p> <p>“Eeh investigando, si, investigación propia para ver con que me cuidaba, y ahí llegué al implante que vi que era el más efectivo.” (Ninoska)</p> <p>“Mmm, yo creo que, por conocimiento propio primero, porque uno igual busca esas cosas cuando se interesa supongamos en cuidarse, y bueno porque acá igual cuando yo llegue igual dan información. Yo me vengo inyectando hace como un año y medio, así que, lo primero que decidieron fue inyectarme, o sea cuidarme con la inyección, y con eso quede (...) Si mal no recuerdo me</p>

	<p>ofrecieron las pastillas y la inyección, pero la verdad es que yo soy muy olvidadiza así que las pastillas hubiera sido un caos, por eso decidí la inyección.” (Yairoska)</p> <p>“Cuando fui la primera vez al ginecólogo antes de tener relaciones sexuales, alcance a prepararme en mi país y el doctor me recomendó las pastillas anticonceptivas, mi primer método que usé fue ese, el segundo el implanon y aquí me colocaron la inyección, después de que di a luz y me hicieron la cesaría” (Oscarlet)</p>
<p><i>Percepciones en torno al aborto</i></p>	<p>“La verdad es que no sé, igual es complicado porque... Realmente no sé si pudiera tener un hijo ahora, entonces igual no sé si pensaría en ese tema, pero la verdad es que como, yo creo que uno estando embarazada igual pasan mil cosas, uno como que revoluciona la mente entonces yo no sé si uno optaría por esa opción, pero la verdad como es la salud hoy en Chile eso no es como muy opción porque es muy riesgoso.” (Yairoska)</p> <p>“Si violación, ahí yo estoy de acuerdo de que el aborto se aplique, pero de otra forma no, porque la vida para mí es sagrada y no po, no estoy de acuerdo y para eso a estas alturas de la vida tenemos muchas formas de cómo</p>

	<p>cuidarnos o cuidarse principalmente, yo ya soy como más viejita, que las niñas se cuiden que tengan amplio conocimiento en el aspecto de la maternidad porque traer hijos al mundo así nomás por traer o por darle gusto al cuerpo como se dice, no soy partidaria bajo ningún punto de vista, en esa parte soy un poquito conservadora(...)"</p> <p>(María)</p> <p>“Opciones, o sea yo tendría a mi bebé si o si, no sería para mí un tema el aborto, yo lo tendría si (...) No sería opción (...) Eh, o sea para las personas que por ejemplo han quedado embarazadas y no desean (el embarazo), el aborto, para mí es respetable, es opción de cada persona.”</p> <p>(Viviana)</p> <p>“No, no es suficiente (ley de aborto en Chile), porque por ejemplo yo tenía un bebe muerto dentro de mí y a mí me hicieron firmar un montón de papeles, yo sabiendo que tenía un bebe muerto me hicieron firmar un montón de papeles y, me hacían preguntas como que ¿Qué había tomado? ¿Qué había consumido? Como si yo hubiese hecho algo para que la bebe muriera, entonces yo me sentí súper pasada a llevar, yo me imagino a las mujeres que de</p>
--	--

	<p>verdad quería hacerlo y... que se sientan juzgadas de ¿Qué tomaste? ¿Qué hiciste?, entonces yo prefiero mil veces que ese bebe sea abortado antes de las 12 semanas” (Ninoska)</p> <p>“Yo quede embarazada y él no se hizo responsable por supuesto, entonces no fue como que yo lo quería, pero cuando yo supe que estaba embarazada, yo me aferre a él y él a mí, nunca pensé en abortar por ejemplo, o en no quererlo, solo que tenía mucha pena porque estaba en una situación económica que no era buena, y estaba en una ciudad que tampoco era mía” (Nancy)</p> <p>“Tenerlo (embarazo no deseado), no apoyo el aborto, a menos que sea una violación o algo así, pero con causales” (Oscarlet)</p> <p>“Eh, depende del caso que, que te suponí al aborto. Porque si una niña que fue a una fiesta y quedó embarazada por meterse con un tipo, yo no estoy de acuerdo que aborte, pero si una persona, una niña fue violada por su padrastro o por quien anda a saber tú, si estoy de acuerdo con el aborto.” (Helen)</p>
--	--

	<p>“!Mm! Eso es muy mal (...). Muy mal. La primera cosa, una persona no tiene que hacer eso, por ejemplo, esta niñita es un ser humano. Si yo, si estoy embarazado, por ejemplo, cuando estaba embarazado de esta niñita, y yo, yo la saco, eso es muy malo porque, en la sociedad, tu no sabía que va, que va... ¿Cómo puedo decir eso?... Que va a servir por la sociedad esta niñita (...). No, tú no sabes esto (que puede aportar a la sociedad), y la primera cosa, yo creo que, Dios no quería eso, no (...). Eso es una abominación, si, muy mal (...)” (Dieulanie)</p>
--	---

Percepciones en torno a la información de métodos anticonceptivos

Se entenderá por información de métodos anticonceptivos -en adelante MAC-, todos aquellos datos respecto de la variedad de métodos de regulación de la fertilidad que manejan las mujeres usuarias de salud primaria del Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué.

Se trata de métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen. En lo posible, los métodos anticonceptivos deben cumplir con algunos requisitos y características que permitan a las personas alcanzar sus metas reproductivas en forma efectiva y segura para su salud y de acuerdo a su situación de vida.

(MINSAL, 2016, p.40)

Actualmente en Chile, existe una amplia gama de métodos anticonceptivos disponibles, los cuales son:

Métodos hormonales:

Métodos combinados que contienen estrógeno y progestágeno y que se pueden administrar como píldoras, inyecciones, anillo vaginal o parche transdérmico.

- Métodos que contienen solo progestágeno y que se pueden administrar como píldoras, inyecciones, implantes, anillo vaginal o dispositivo intrauterino.
- Anticoncepción hormonal de emergencia que puede consistir en píldoras de levonorgestrel solo o en píldoras combinadas (Método de Yuzpe).

Métodos no hormonales reversibles:

Dispositivos intrauterinos.

- Anticonceptivos de barrera masculinos (condón) y femeninos (condón, diafragma; espermicidas).
- Método de la amenorrea de lactancia.
- Métodos de abstinencia periódica (moco cervical (Billings); calendario; temperatura basal; sintotérmico).

Métodos no hormonales permanentes:

- Anticoncepción quirúrgica voluntaria (esterilización) femenina.
- Anticoncepción quirúrgica voluntaria (esterilización) masculina. (Díaz y Schiappacasse, 2017, p.2)

“(Conozco) El implante subdérmico, la pastilla anticonceptiva, las inyecciones trimestrales, mensuales, eeh la T de cobre y la T hormonal y el parche y creo que esas.” (Ninoska, 28 años, Chilena)

*“Eeh la píldora, el anticonceptivo del implanon el del brazo, el diu, la inyección y eso.”
(Oscarlet, 25 años, Venezolana)*

“Las pastillas, la T creo que se llama, la que va en el brazo (no conozco su nombre), la inyectable, los preservativos.” (Yairoska, 18 años, Chilena)

Pareciera haber acuerdo en los relatos en torno a la información que manejan acerca de los métodos anticonceptivos existentes. Sin embargo, aún hay un vacío en la información, ya que existe una amplia variedad que no ha sido considerada, además de no mencionar las características u formas de uso de estos. Mientras que los métodos hormonales y de barrera parecieran ser los más nombrados y utilizados en el sistema de salud pública.

Las personas que necesitan anticoncepción son mujeres, hombres y parejas que tienen diferentes características biomédicas, distintos estilos de vida y que pertenecen a entornos sociales y culturales diversos, lo que influye en sus vidas y en sus proyectos de vida. Las condiciones en que viven son dinámicas y el sistema de valores y creencias en el que están inmersos es cambiante. Están influidos por los estereotipos de género vigentes y tienen distintos niveles de conciencia sobre la influencia que éstos tienen sobre su comportamiento. (MINSAL, 2016, p.24)

El rango etario también demuestra ser un factor que confluente en la información que se tiene, pues existe una clara diferencia entre mujeres más jóvenes y mujeres más adultas respecto al manejo que se tiene de la información de métodos anticonceptivos.

“No, no tenía información aparte que yo empecé a tener relaciones y quedé embarazada al tiro y después empecé a tener controles y a ir a la matrona y todo eso, sí.” (Nancy, 55 años, Chilena)

“Eeh anticonceptivos no, no mayormente, bueno el preservativo que es para los hombre y bueno otro particularmente no conozco no, no tengo mucho mundo ciertamente porque me dedique toda mi vida a mi casa (ríe) entonces como que no tengo mucho mundo” (María, 51 años, Chilena)

La poca o nula educación sexual que se impartía en la educación formal hace algunas décadas o la imposibilidad de conversarlo abiertamente al interior de los hogares por tratarse de un tema tabú, revela la desventaja en cuanto a conocimiento y manejo de la temática relacionada con métodos anticonceptivos entre unas mujeres y otras.

Los servicios de regulación de la fertilidad reflejan grandes problemas de desigualdad de género, económica, social y cultural que están influidos por múltiples determinantes sociales, como pobreza, nivel educacional, e inequidades en el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva. (Dides y Fernández, 2016, p.67)

En relación con la efectividad de los métodos anticonceptivos y las trabas en la realización de procedimientos como la esterilización, se acentúan las brechas, potenciando las desigualdades y el empobrecimiento femenino, considerando el nivel socioeconómico de las usuarias de la salud pública. Estas prácticas del personal de salud pueden generar desconfianza y provocar el abandono de tratamientos u atenciones.

“(…) Yo el primer bebé lo perdí y después no quise más hijos por esa mala experiencia pero igual llegó mi hija que ahora tiene tres años y después de eso yo quise operarme, pedí ahí en el hospital que me hicieran la ligadura, y me dijeron que no, porque yo tenía veinticuatro años y

me dijeron que no que yo tenía que tener mínimo treinta y tres hijos entonces no me la quisieron hacer (...)" (Ninoska, 28 años, Chilena)

Percepciones en torno al acceso a métodos anticonceptivos

Se entenderá por acceso a métodos anticonceptivos, como el espacio o lugar desde donde las mujeres entrevistadas obtuvieron sus primeros acercamientos a la información de métodos anticonceptivos.

El uso de un anticonceptivo puede ser muy diferente si en la familia hay capacidad de diálogo y apoyo que si las y los adolescentes tienen temor a que los padres intervengan.

La confianza entre hijos e hijas y sus padres, la estructura familiar las creencias, valoración y actitud respecto de la sexualidad, la maternidad y la paternidad, las expectativas y exigencias y la importancia que los padres otorgan a la educación son aspectos que influyen significativamente en la percepción de la necesidad e importancia de utilizar un método anticonceptivo y en la constancia y regularidad de su uso de parte de las y los adolescentes. (MINSAL, 2016, p.149)

"Mmm como te dije mi mamá siempre me habló de eso y si yo quería empezar a tener relaciones sexuales ella me dijo que me traía al consultorio y empezaba a cuidarme, pero siempre hemos tenido esa confianza" (Carla, 24 años, Chilena)

Tradicionalmente la familia es el núcleo encargado de la educación sexual. Sin embargo, pareciera haber acuerdo entre las mujeres entrevistadas en el rango etario de 15 a 25 años, en el uso de las tecnologías como medio de investigación, característica propia de las generaciones actuales.

Cada persona debe elegir su MAC de acuerdo a su propia situación de vida (estilo de vida, vida sexual, número de hijos que desea tener, número de parejas, valores, situación

socioeconómica, etc.); las características del MAC que sean aceptables para ella y las condiciones de salud que se puedan ver afectadas por el uso del método (presión alta, hábito de fumar, enfermedades cardiovasculares, infecciones del tracto reproductivo, etc.). (Díaz y Schiappacasse, 2017, p.2)

“Eeh investigando, sí, investigación propia para ver con que me cuidaba, y ahí llegué al implante que vi que era el más efectivo.” (Ninoska, 28 años, Chilena)

“Mmm, yo creo que, por conocimiento propio primero, porque uno igual busca esas cosas cuando se interesa supongamos en cuidarse, y bueno porque acá igual cuando yo llegue igual dan información. Yo me vengo inyectando hace como un año y medio, así que, lo primero que decidieron fue inyectarme, o sea cuidarme con la inyección, y con eso quede (...) Si mal no recuerdo me ofrecieron las pastillas y la inyección, pero la verdad es que yo soy muy olvidadiza así que las pastillas hubiera sido un caos, por eso decidí la inyección.” (Yairoska, 18 años, Chilena)

El papel del/a profesional de salud es informar sobre todas las opciones y verificar los criterios de elegibilidad, de tal forma que le facilite al usuario/a tomar una decisión propia, libre e informada. También debe informar y orientar sobre el manejo de los efectos colaterales, o posibles problemas que surjan, y ofrecer el cambio de MAC si la usuaria así lo desea. Este proceso de información y orientación debe ser continuo durante el seguimiento. (Díaz y Schiappacasse, 2017, p.2)

“Cuando fui la primera vez al ginecólogo antes de tener relaciones sexuales, alcance a prepararme en mi país y el doctor me recomendó las pastillas anticonceptivas, mi primer

método que usé fue ese, el segundo el implanon y aquí me colocaron la inyección, después de que di a luz y me hicieron la cesárea” (Oscarlet, 25 años, Venezolana)

“En consecuencia, los servicios de regulación de la fertilidad, como uno de los componentes esenciales del cuidado de la salud sexual y reproductiva, está centrada en las personas y en sus derechos, más que en metas poblacionales o políticas” (MINSAL, 2016, p.24).

Se deben utilizar todas las herramientas para que la información sea comprensible para todas las usuarias, considerando sus experiencias previas y el nivel de información que manejen, es importante también considerar la cultura y barreras idiomáticas para una atención integral que considere a todas las ciudadanas en Chile.

Percepciones en torno al aborto

Se entenderá por percepciones en torno al aborto, a las opiniones que tengan las mujeres acerca de la interrupción voluntaria del embarazo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que eliminar el aborto inseguro es uno de los componentes claves de su estrategia de salud reproductiva que se fundamenta en los tratados internacionales de derechos humanos y en declaraciones globales de consenso que demandan el respeto, la protección y el cumplimiento de todos los derechos humanos, en especial el derecho a acceder al mayor estándar de salud posible.

“El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva”. (Dides y Fernández, 2016, p.125)

Como se menciona en el párrafo anterior, se deben eliminar las barreras que supriman el ejercicio de los derechos, como lo es el aborto, ya que, es parte de la autonomía de las decisiones que las mujeres tomen. Dichas decisiones no deben ser condicionadas por el temor a la comisión de un delito o el ser juzgada judicial y moralmente, ya que las motivaciones para decidir tener o no tener hijos o hijas son variadas.

“En estos momentos si yo quedara embarazada abortaría y por medios propios, porque si yo voy me van a decir que estoy bien, pero a mí ya me lo dijeron, me dijeron que si buscaba quedar embarazada tenía que planificar 6 meses, o sea tenía que decidir seis meses antes para dejar de tomar los remedios, pero como no puedo dejar de tomar anticoagulantes, tendría que inyectarme, creo que esas son buenas para los embarazos, pero tendría que avisar seis meses antes. Entonces yo abortaría por medios propios, porque no voy a esperar a que mi bebe nazca o que esté desarrollándose sin cabeza considerando los riesgos.” (Ninoska, 28 años, Chilena)

“La verdad es que no sé, igual es complicado porque... Realmente no sé si pudiera tener un hijo ahora, entonces igual no sé si pensaría en ese tema, pero la verdad es que como, yo creo que uno estando embarazada igual pasan mil cosas, uno como que revoluciona la mente entonces yo no sé si uno optaría por esa opción, pero la verdad como es la salud hoy en Chile eso no es como muy opción porque es muy riesgoso.” (Yairoska, 18 años, chilena)

“Opciones, o sea yo tendría a mi bebé si o si, no sería para mí un tema el aborto, yo lo tendría si (...) No sería opción (...) Eh, o sea para las personas que por ejemplo han quedado embarazadas y no desean (el embarazo), el aborto, para mí es respetable, es opción de cada persona.” (Viviana, 32 años, Chilena)

La problemática del aborto en Chile ha instalado diversos debates desde los derechos humanos, así como también desde una perspectiva científica, política, de género, religiosa y moral. (Dides y Fernández, 2016, p. 134)

Según Dides y Fernández (2016) la opinión pública apoya la interrupción voluntaria del embarazo bajo las tres causales con un 70% promedio de aprobación, lo que quiere decir que el aborto sea un derecho bajo las tres causales, que corresponden a violación, inviabilidad del feto y riesgo de muerte de la madre.

“ Si violación, ahí yo estoy de acuerdo de que el aborto se aplique, pero de otra forma no, porque la vida para mí es sagrada y no po, no estoy de acuerdo y para eso a estas alturas de la vida tenemos muchas formas de cómo cuidarnos o cuidarse principalmente, yo ya soy como más viejita, que las niñas se cuiden que tengan amplio conocimiento en el aspecto de la maternidad porque traer hijos al mundo así nomás por traer o por darle gusto al cuerpo como se dice, no soy partidaria bajo ningún punto de vista, en esa parte soy un poquito conservadora, de la forma en que me criaron en el campo(...) (María, 51 años, Chilena)

“Tenerlo (embarazo no deseado), no apoyo el aborto, a menos que sea una violación o algo así, pero con causales” (Oscarlet, 25 años, Venezolana)

“Eh, depende del caso que, que te suponí al aborto. Porque si una niña que fue a una fiesta y quedó embarazada por meterse con un tipo, yo no estoy de acuerdo que aborte, pero si una persona, una niña fue violada por su padrastro o por quien anda a saber tú, si estoy de acuerdo con el aborto.” (Helen, 25 años, Chilena)

Si bien en las últimas décadas los feminismos han conseguido importantes logros, la concreción de políticas que atiendan a las demandas establecidas en el marco de los derechos sexuales y reproductivos no ha estado exenta de tensiones. Entre los principales opositores a esta agenda, la jerarquía de la Iglesia Católica se ha posicionado como uno de los actores de mayor peso en la región. Su visión respecto de una sexualidad exclusivamente reproductiva, heterosexual, adulta y conyugal, colisiona directamente con la agenda feminista, volviéndose una franca oposición al reconocimiento de los derechos en cuestión. (Moran, 2013, p.486)

Es así como en contraposición a la idea del aborto como derecho bajo las tres causales, existen grupos más conservadores o religiosos que se oponen rotundamente al aborto, frente a esta situación parece haber acuerdo en los relatos de mujeres pertenecientes al rango etario entre los 25 y 55 años, reconociendo crianzas conservadoras o religiosas.

“Yo quede embarazada y él no se hizo responsable por supuesto, entonces no fue como que yo lo quería, pero cuando yo supe que estaba embarazada, yo me aferre a él y él a mí, nunca pensé en abortar por ejemplo, o en no quererlo, solo que tenía mucha pena porque estaba en una situación económica que no era buena, y estaba en una ciudad que tampoco era mía” (Nancy, 57 años, Chilena)

“¡Mm! Eso es muy mal (...). Muy mal. La primera cosa, una persona no tiene que hacer eso, por ejemplo, esta niñita es un ser humano. Si yo, si estoy embarazado, por ejemplo, cuando estaba embarazado de esta niñita, y yo, yo la saco, eso es muy malo porque, en la sociedad, tu no sabías que va, que va... ¿Cómo puedo decir eso?... Que va a servir por la sociedad esta niñita (...). No, tu no sabes esto (que puede aportar a la sociedad), y la primera cosa, yo creo que, Dios no quería eso, no (...). Eso es una abominación, si, muy mal (...)” (Dieulanie, 29 años, Haitiana)

Es importante mencionar que en Chile, solo el aborto en tres causales se encuentra despenalizado, por lo que al no cumplir con las causales mencionadas con anterioridad, el hecho pasa inmediatamente a calificarse como delito, siendo el personal de salud el que tiene la responsabilidad de informar en caso de abortos clandestinos, por lo que las mujeres pasar serio interrogatorios al ingresar a una consulta por síntomas de aborto, siendo espontáneos o inducidos.

Las mujeres viven una situación de gran trauma pero no por el hecho de realizarse un aborto, sino por el proceso que el Estado de Chile y su legislación obliga a pasar a la mujer; una situación tortuosa, de gran humillación, criminalización y de altos costos económicos. Además, el temor a la denuncia puede ser nefasto. Sus consecuencias pueden ser varias, tales como que las mujeres no lleguen al hospital a tiempo, o que se fuguen o suiciden. (Dides y Fernández, 2016, p.136)

“No, no es suficiente (ley de aborto en Chile), porque por ejemplo yo tenía un bebe muerto dentro de mí y a mí me hicieron firmar un montón de papeles, yo sabiendo que tenía un bebe muerto me hicieron firmar un montón de papeles y, me hacían preguntas como que ¿Qué había tomado? ¿Qué había consumido? Como si yo hubiese hecho algo para que la bebe muriera, entonces yo me sentí súper pasada a llevar, yo me imagino a las mujeres que de verdad quería hacerlo y... que se sientan juzgadas de ¿Qué tomaste? ¿Qué hiciste?, entonces yo prefiero mil veces que ese bebe sea abortado antes de las 12 semanas.” (Ninoska, 28 años, Chilena)

A continuación, se expondrá la tabla de presentación de la tercera categoría, ***Percepciones de mujeres en edad reproductiva usuarias de la Atención Primaria de Salud en el Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué en torno a una Vida Sexual Libre de Violencia desde una perspectiva de género*** en donde se expondrán sus pertinentes subcategorías y los fragmentos seleccionados para el análisis.

Tabla 9

Objetivo específico 3

<p>Percepciones de mujeres en edad reproductiva usuarias de la Atención Primaria de Salud en el Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué en torno a una Vida Sexual Libre de Violencia desde una perspectiva de género.</p>	
<p>Subcategoría</p>	<p>Fragmentos</p>
<p><i>Percepciones en torno a la violencia sexual</i></p>	<p>“No tampoco (sentirse presionada a tener relaciones sexuales), porque he tenido dos hombres en mi vida, el papá de mi hijos y por ahí otro pololo más que falleció y nada más, soy y fui de relaciones largas, entonces quedé viuda y ahí como que quedé tranquila en ese sentido y nunca más, con mi segunda pareja duré 16 años entonces no, ya ahí él falleció y eso y ahí estoy dedicada a mi casa” (María)</p> <p>“(Sentirse presionada a relaciones sexuales) No. Porque como yo quiero que me respeten yo igual lo respeto a él. Porque obviamente no siempre cuando uno quiere la otra persona igual quiere, así que es</p>

	<p>respetable, uno puede estar cansada o simplemente no quiere.” (Yairoska)</p> <p>“Como cuando recién quedé viuda, ahí cuando quedé viuda yo conocí a una persona que era mayor que yo, en ese tiempo yo tenía 30 y él tenía 50, era veinte años mayor que yo, y claro por la situación económica, que yo quedé sin nada, sin nada (reafirma) yo quedé con mis dos hijos así (...) pero ahí yo conocí una persona y eso fue lo peor que me podía pasar, lo peor de la vida, ahí yo todo, como que lo he olvidado eso, como que no, lo bloqueé porque fue tan atroz, porque él se aprovechó de mi necesidad económica, entonces yo trabajaba en su casa y era quedarse así (gesto con las manos que significa quedarse sin nada) o acceder por, por necesidad (...) aun así amenazada de muerte de todo porque esta otra persona me amenazaba que me iba a matar y que si yo lo dejaba y bueno me fui me fui a Arica como engañándolo un poco, que quería</p>
--	---

estar un poco, dos semanas tranquila, que sí, que íbamos a estar juntos y todo, pero yo clarita tenía la película que nunca iba a volver (...) yo tenía que llamarlo de un teléfono de su casa y para que el me depositara plata, porque él me manejaba con ese con el asunto de la plata y yo creo que muchas mujeres les pasa, por eso yo entiendo a veces cuando las mujeres son golpeadas y todo (...) siempre me manipulaba y me decía “tú nunca vas a poder hacer nada, tú lo único que podí hacer es trabajar como prostituta” me decía “porque tú nunca vai a hacer nada, tu no podí hacer nada sin mí” (...)”(Nancy)

“Si, a veces igual o sea en algún momento cuando uno conoce a una persona y la persona es catete en ese sentido de ya, ya, yapo, yapo. Igual en esos momentos me he sentido quizás presionada a tener relaciones sexuales, pero claramente no...,

quizás en las primeras experiencias”

(Carla)

“Si, en relaciones anteriores, tuve... un ex, yo tenía como 17 años y él era de esos que, que “oye ya po, si tengo derechos, soy tu pololo, ¿qué onda?, me estai diciendo que no” y... bueno yo ya era media empoderada entonces yo decía no , no quiero y punto y... si me presionó si de hecho hubo una relación que yo después con el tiempo me di cuenta que fue una violación, esa relación no, porque si yo termine llorando era porque no quería y si no quería(...) entonces si había una relación de poder en ese sentido(...) Después me di cuenta (de la violación) y de hecho me di cuenta con mi marido porque con mi marido hemos hablado del tema de los ex (...)él(actual pareja) me pregunta por qué, y yo le empiezo a contar y me dice “eso fue una violación porque si tu no querías y prácticamente te están sacando la

ropa a la fuerza, te lo hizo a la fuerza, terminaste llorando con dolor y todo, eso fue una violación” entonces yo ahí aprendí que era una violación y ¿Cuántos años tenía? 22, entonces igual y había pasado hartoo tiempo, entonces si hubiese sabido en ese tiempo que, que eso no estaba bien, yo salgo de ahí, me voy a carabineros a constatar lesiones y lo denuncio, pero yo en esa época para mí era pucha uno tiene que complacer al hombre en el pololeo” (Ninoska)

“Haber alguna vez, fueron súper pocas veces, es que haber, la última pareja era muy gracioso él, entonces no era como que tampoco negarse, porque al final entre risa y risa, y a veces transábamos en tonteras así, le cobraba cosas, pero así jugando, le decía bueno pero comprai el gas mañana, cosas así, entonces ya bueno ya. Pero nunca así que haya sido una cosa terrible de quedar llorando no.” (Nancy)

--	--

Percepciones en torno a la violencia sexual

La violencia sexual se analizará desde la perspectiva de género, considerando las percepciones de las mujeres entrevistadas acerca de sentirse presionadas a realizar algún acto sexual o a tener algún tipo de relación sexual.

Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener el control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva y decidir libremente respecto de esas cuestiones sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual (Casas y Cabezas, 2016, p.18)

Los relatos libres de violencia sexual, guardan relación con el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos, en los cuales se manifiesta el respeto por las decisiones en cuanto al deseo sexual y respeto al consentimiento por parte de otro.

“(sentirse presionada a relaciones sexuales) No. Porque como yo quiero que me respeten yo igual lo respeto a él. Porque obviamente no siempre cuando uno quiere la otra persona igual quiere, así que es respetable, uno puede estar cansada o simplemente no quiere.” (Yairoska)

Sin embargo, pese a la promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos la violencia sexual sigue presente en la cultura de la sociedad y en las relaciones de pareja, perjudicando el ejercicio de dichos derechos, y la autonomía sexual.

La violencia sexual es uno de los peores tipos de violencias ejercidos hacia la mujer; es toda conducta que amenace o vulnere el derecho de la mujer a decidir voluntaria y libremente su sexualidad, comprendiendo ésta no sólo el acto sexual, genital o no genital, tales como actos lascivos, actos lascivos violentos, acceso carnal violento o la violación propiamente dicha. (Dides y Fernández, 2016, p.141)

Este tipo de violencia hace parte de la violencia de género, siendo un fenómeno invisibilizado en general en las sociedades latinoamericanas y dando cuenta de una de las manifestaciones más claras de la desigualdad, subordinación y de las relaciones de poder. Estas dominaciones de poder se reflejan mayormente de los hombres hacia las mujeres, debido a la construcción social que se realiza sobre el ser mujer y ser hombre, y forma parte de un sistema patriarcal. La violencia de género se expresa en violencia física y/o psicológica ejercida contra cualquier persona sobre la base de su sexo o género. Es un acto que puede darse una sola vez o en repetición y en ambos casos puede generar daños físicos y/o psicológicos irreversibles. (Dides y Fernández, 2016, p.141)

Las principales afectadas a nivel mundial por la violencia de género son las mujeres y las niñas. Las Naciones Unidas definen la violencia contra las mujeres como “todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada” (Dides y Fernández, 2016, p.141)

Las desigualdades de género reflejadas en todas estas expresiones de violencia, desde las más íntimas e invisibilizadas hasta las más notorias y flagrantes, ponen a las mujeres en una situación de constante vulnerabilidad. Huelga poner el acento en la interseccionalidad de la violencia de género, es decir, de los diferentes tipos de discriminación cruzada que se da cuando confluyen

distintas variables, ya sea etnia, género, clase social, edad, lugar de residencia (cleavege campo-ciudad). Un ejemplo paradigmático es la violencia específica que se ejerce contra las mujeres indígenas en distintos puntos geográficos de la región andina y caribeña formando parte de un colectivo tradicionalmente perseguido por las autoridades estatales de cada país.

“no tampoco (sentirse presionada a tener relaciones sexuales), porque he tenido dos hombres en mi vida, el papá de mis hijos y por ahí otro pololo más que falleció y nada más, soy y fui de relaciones largas, entonces quedé viuda y ahí como que quedé tranquila en ese sentido y nunca más, con mi segunda pareja duré 16 años entonces no, ya ahí él falleció y eso y ahí estoy dedicada a mi casa” (María)

“haber alguna vez, fueron súper pocas veces, es que haber, la última pareja era muy gracioso él, entonces no era como que tampoco negarse, porque al final entre risa y risa, y a veces transábamos en tonteras así, le cobraba cosas, pero así jugando, le decía bueno, pero comprai el gas mañana, cosas así, entonces ya bueno ya. Pero nunca así que haya sido una cosa terrible de quedar llorando no.” (Nancy)

Parece haber acuerdo en los relatos la existencia de una práctica sexual más obligada que deseada, algunas de ellas refirieron haber accedido alguna vez en la vida al encuentro sexual por cumplir con un deber conyugal o de pareja.

Evidencian la postura que las mujeres asumen como objetos que existen y son para otros; en este sentido, son mujeres en la medida en que “son” para sus parejas, insertas en contextos en los que aun cuando la sexualidad sea poco o nada satisfactoria, ellas seguirán allí, por la necesidad de ser protegidas y respetadas ante la mirada social. (Rangel y Costero, 2015, p. 167)

Pero la obligatoriedad de los encuentros sexuales parece que no siempre se asume a partir de las representaciones que estas mujeres han internalizado respecto a matrimonio y sexualidad, algunas de ellas han tenido que soportar las estrategias que sus parejas han ideado para hacerles cumplir con la “obligación sexual”, medidas que llegan a incluir formas de violencia física, emocional o verbal. (Rangel y Costero, 2015, p.167)

“Como cuando recién quedé viuda, ahí cuando quedé viuda yo conocí a una persona que era mayor que yo, en ese tiempo yo tenía 30 y él tenía 50, era veinte años mayor que yo, y claro por la situación económica, que yo quedé sin nada, sin nada (reafirma) yo quedé con mis dos hijos así (...) pero ahí yo conocí una persona y eso fue lo peor que me podía pasar, lo peor de la vida, ahí yo todo, como que lo he olvidado eso, como que no, lo bloqueé porque fue tan atroz, porque él se aprovechó de mi necesidad económica, entonces yo trabajaba en su casa y era quedarse así (gesto con las manos que significa quedarse sin nada) o acceder po, por necesidad (...) aun así amenazada de muerte de todo porque esta otra persona me amenazaba que me iba a matar y que si yo lo dejaba y bueno me fui me fui a Arica como engañándolo un poco, que quería estar un poco, dos semanas tranquila, que sí, que íbamos a estar juntos y todo, pero yo clarita tenía la película que nunca iba a volver (...) yo tenía que llamarlo de un teléfono de su casa y para que el me depositara plata, porque él me manejaba con ese con el asunto de la plata y yo creo que muchas mujeres les pasa, por eso yo entiendo a veces cuando las mujeres son golpeadas y todo (...) siempre me manipulaba y me decía “tú nunca vas a poder hacer nada, tú lo único que podí hacer es trabajar como prostituta” me decía “porque tú nunca vai a hacer nada, tu no podí hacer nada sin mi” (...)” (Nancy)

“si, a veces igual o sea en algún momento cuando uno conoce a una persona y la persona es catete en ese sentido de ya, ya, yapo, yapo. Igual en esos momentos me he sentido quizás

presionada a tener relaciones sexuales, pero claramente no..., quizás en las primeras experiencias” (Carla)

“ si, en relaciones anteriores, tuve... un ex, yo tenía como 17 años y él era de esos que, que “oye ya po, si tengo derechos, soy tu pololo, ¿qué onda?, me estai diciendo que no” y... bueno yo ya era media empoderada entonces yo decía no , no quiero y punto y... si me presionó si de hecho hubo una relación que yo después con el tiempo me di cuenta que fue una violación, esa relación no, porque si yo termine llorando era porque no quería y si no quería(...) entonces si había una relación de poder en ese sentido(...) Después me di cuenta (de la violación) y de hecho me di cuenta con mi marido porque con mi marido hemos hablado del tema de los ex (...)él(actual pareja) me pregunta por qué, y yo le empiezo a contar y me dice “eso fue una violación porque si tu no querías y prácticamente te están sacando la ropa a la fuerza, te lo hizo a la fuerza, terminaste llorando con dolor y todo, eso fue una violación” entonces yo ahí aprendí que era una violación y ¿Cuántos años tenía? 22, entonces igual y había pasado harto tiempo, entonces si hubiese sabido en ese tiempo que, que eso no estaba bien, yo salgo de ahí, me voy a carabineros a constatar lesiones y lo denuncio, pero yo en esa época para mí era pucha uno tiene que complacer al hombre en el pololeo (Ninoska)

Se evidencia que las mujeres no ejercen sus prácticas sexuales en un marco de autonomía, sino sometidas a diversas formas de coacción distantes de la ética personal y social. Las formas violentas que atentan contra el disfrute sexual y las decisiones reproductivas de estas mujeres son diversas, incluyendo desde las más sutiles formas de instalar la vergüenza, el miedo y la culpa, hasta las más francas formas de violencia física y psicológica. (Rangel y costero, 2015, p. 15

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

Presentación

Para dar finalización al proceso de investigación cualitativa realizado en el Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué, y aplicado a mujeres en edad reproductiva usuarias del Cesfam, durante el primer y segundo semestre del año 2020, es que se lleva a cabo el análisis de los datos obtenidos mediante la aplicación de la entrevista semiestructurada, con el propósito de conocer las percepciones de las mujeres en torno a los derechos sexuales y reproductivos. Dichos análisis, permiten el levantamiento de las conclusiones respectivas, las cuales se enfocan en los objetivos, en la mirada desde el Trabajo Social, y en el proceso de investigación.

También, estarán contenidos en este capítulo, los límites de la investigación planteados como hallazgos de terreno, y que se consideran como conclusión relevante.

Finalmente, por medio de las conclusiones desarrolladas a continuación, se pretende dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación, emanada del proceso de investigación cualitativa.

¿Cuáles son las percepciones de mujeres en edad reproductiva en torno al ejercicio de sus Derechos Sexuales y Reproductivos desde una perspectiva de género de las usuarias de Atención Primaria de Salud en el Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué?

Conclusiones de la investigación Cualitativa

Conclusiones de los objetivos

A continuación se realizarán conclusiones en base a cada objetivo planteado durante el proceso de investigación. Dichas conclusiones nacen a partir del análisis de los resultados de la investigación cualitativa, situado en las subcategorías correspondientes.

El primer objetivo específico es *Analizar las percepciones de las mujeres en edad reproductiva usuarias de la Atención Primaria de Salud en el Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué en torno a la Autonomía Sexual y Reproductiva desde una perspectiva de género*, dicho objetivo se utilizó como categoría para el análisis de los fragmentos seleccionados, cuyas subcategorías se analizaron y finalmente concluyeron en lo siguiente.

La primera subcategoría corresponde a las **Percepciones en torno al significado de educación sexual**, en este espacio se encontraron variados discursos acerca de lo que las entrevistadas definen como educación sexual, desde la imposibilidad de responder o la vergüenza ante la pregunta. También las definiciones biológicas y patológicas como el uso de preservativos, métodos anticonceptivos tradicionales, infecciones de transmisión sexual y reproducción, y la visión holística con discursos que integran la autonomía, el amor, la libertad, el respeto y la dignidad en el significado de educación sexual.

La segunda subcategoría corresponde a las **Percepciones en torno al acceso a educación sexual**, de acuerdo con el espacio en donde las entrevistadas accedieron a educación sexual o aprendieron de sexualidad, entre los cuales se mencionan a las familias como única fuente de información, otras con amigas o pareja y otras en las escuelas. Sin embargo, es en este punto

donde se aprecian diferencias en los discursos de acuerdo al contenido de la educación sexual entregado en los espacios formales.

La tercera subcategoría corresponde a las **Percepciones en torno a la autonomía sexual**, de acuerdo con esta subcategoría se evidenció un discurso que relaciona la autonomía sexual como disfrutar libremente de la sexualidad, permitiéndose el goce y el placer. Por otro lado, pareciera haber acuerdo en los discursos al alejarse de la visión de la libertad sexual y el placer, enfocándose en la protección, el afecto y la estabilidad emocional, demostrando otra perspectiva desde los relatos femeninos acerca de la autonomía sexual.

La cuarta subcategoría corresponde a las **Percepciones en torno a la sexualidad como necesidad**, desde la perspectiva de las mujeres entrevistadas, los relatos se repiten en torno a la idea de que no es considerada una necesidad biológica y de serla, esta es controlable y supeditada a una menor importancia frente a otras tareas que deben realizar, encontrándose discursos que consideran la sexualidad sólo cuando se está en pareja.

La quinta subcategoría corresponde a las **Percepciones en torno a la maternidad**, parece haber acuerdo en los relatos en relación a la opinión acerca de la maternidad, en la cual se percibe como una experiencia positiva, lo cual concuerda con el rol impuesto a las mujeres históricamente desde las influencias sociales y religiosas, dejando de lado la visión de la maternidad como parte de los derechos reproductivos, desde una perspectiva de sujetas de derecho.

De acuerdo a lo planteado en el primer objetivo específico, se analizaron *las percepciones de las mujeres en edad reproductiva usuarias de la Atención Primaria de Salud en el Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué en torno a la Autonomía Sexual y Reproductiva desde*

una perspectiva de género, pudiendo entregar información relevante para la investigación cualitativa, por medio de la entrevista semiestructurada y exhaustivo análisis se da cumplimiento al objetivo planteado.

El segundo objetivo específico es *Analizar las percepciones de mujeres en edad reproductiva usuarias de la Atención Primaria de Salud en el Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué en torno a la Libertad Reproductiva desde una perspectiva de género*, dicho objetivo se utilizó como categoría para el análisis de los fragmentos seleccionados, cuyas subcategorías se analizaron y finalmente concluyeron en lo siguiente.

La primera subcategoría corresponde a las **Percepciones en torno a la información de métodos anticonceptivos**, según el análisis de los relatos es posible identificar la información que manejan las entrevistadas acerca de los métodos anticonceptivos, entre los que se encuentran el implante subdérmico, las pastillas anticonceptivas, las inyecciones mensuales y trimestrales, y el preservativo masculino. Dichos métodos solo fueron nombrados, y en ningún momento se mencionó el funcionamiento de alguno. Cabe señalar que son los principales métodos utilizados en los servicios de atención primaria.

La segunda subcategoría corresponde a las **Percepciones en torno al acceso a métodos anticonceptivos**, según el análisis de los relatos parece haber acuerdo en que los métodos anticonceptivos antes mencionados eran de conocimiento de las entrevistadas por que han sido utilizados por ellas, por sus familiares y/o amigas, y no necesariamente por educación brindada desde el servicio de salud primaria.

La tercera subcategoría corresponde a las **Percepciones en torno al aborto**, de acuerdo al análisis de los fragmentos en torno a la interrupción voluntaria del embarazo, hay relatos que

mencionan estar de acuerdo con el aborto libre, el cual debe ser un derecho para todas las mujeres, manifestando que la actual ley que despenaliza el aborto bajo tres causales sería insuficiente. Por otro lado se aprecian relatos en que se manifiesta considerar el aborto bajo una causal, específicamente la causal de violación. En contraposición a lo anterior, las mujeres extranjeras entrevistadas, y mujeres que se encuentran dentro del rango de 25 a 50 años de edad, mencionan el rechazo rotundo al aborto.

El tercer objetivo específico es *Analizar las percepciones de mujeres en edad reproductiva usuarias de la Atención Primaria de Salud en el Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué en torno a una vida sexual libre de violencia desde una perspectiva de género*, dicho objetivo se utilizó como categoría para el análisis de los fragmentos seleccionados, cuyas subcategoría se analizaron y finalmente concluyeron en lo siguiente.

La primera subcategoría corresponde a las **Percepciones en torno a la violencia sexual**, al analizar los relatos, aparecen aquellos que demuestran experiencias de vida en donde las relaciones eran libres de violencia sexual, en las que se destacaban el respeto, la autonomía sexual y consentimiento. Por otro lado, se encontraron relatos de situaciones violentas, como la insistencia por parte de la pareja de ese entonces para tener relaciones sexuales. Sin embargo, algunas de las entrevistadas no reconocían los hechos como violencia sexual. Finalmente existen relatos de violencia sexual explícitos, en los que las entrevistadas recuerdan relaciones anteriores en las que sufrieron violación, amenazas de muerte, dependencia económica y acoso.

Por último, el objetivo principal de la investigación originado de la pregunta de investigación es, *Conocer las percepciones de las mujeres en edad reproductiva usuarias de la Atención Primaria de Salud en el Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué en torno al ejercicio de*

sus Derechos Sexuales y Reproductivos desde una perspectiva de género, de acuerdo con el cumplimiento de los objetivos específicos, se concluye que el objetivo principal ha sido respondido, logrando recabar y analizar información relevante para conocer dichas percepciones. Generando un nuevo conocimiento científico en torno a lo que se creía que las mujeres usuarias del Cesfam conocían acerca de sus Derechos Sexuales y Reproductivos.

Conclusiones desde el Trabajo Social

El objetivo del Trabajo Social en centros de salud de atención primaria, Cesfam es: “Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, promoviendo el desarrollo de las potencialidades de individuos, familias, grupos y comunidades, para que estos puedan asumir el protagonismo en el cuidado de su salud, aplicando metodologías y técnicas de la Asistente Social.” (Ministerio de Salud, 2011, p.1)

Es en función a dicho objetivo que se llevó a cabo la investigación, haciendo que la atención a las usuarias sea en base a una metodología propia de la profesión con sustento científico.

La investigación realizada, permite elevar conocimientos populares o creencias desde el sentido común, a la categoría de una investigación científica, es así como se sistematizan los relatos acerca de las perspectivas de las mujeres en edad reproductiva usuarias de la atención primaria del Cesfam Pompeya de Quilpué en torno a los Derechos Sexuales y Reproductivos, para generar nuevo conocimiento e intervenciones profesionales, con todas las herramientas que la disciplina entrega a sus profesionales.

Si bien las funciones de las y los Trabajadores Sociales son múltiples dentro de los establecimientos de salud primaria, éstas se resumen principalmente al rol de educadora o

educador social informal mediante talleres realizados en conjunto con el equipo de matronas, y en la clínica de atención individual a pacientes que se realiza, que serían acciones más bien enfocadas a la prevención de infecciones de transmisión sexual y prevención del embarazo.

A través de los relatos de las mujeres, se evidencia la necesidad de darle un espacio educativo a temas relacionados con la sexualidad, entendiendo ésta como un tema complejo y necesario dentro de la vida de cada persona, y que va mucho más allá de lo que se refiere a la relación sexual con otra persona o a la regulación de la fertilidad. Se necesita empoderar a mujeres y cuerpos feminizados principalmente, sobre la sexualidad desde el conocimiento propio, la autogestión del placer y del goce. Dicha socio-educación, se debe realizar en base a los Derechos Sexuales y Reproductivos para desarrollar la ciudadanía sexual en las mujeres.

Se sugiere la posible creación de un nuevo modelo gineco-sociológico, el cual se sustente en el trabajo conjunto entre trabajo social y matronería desde una mirada biopsicosocial.

Conclusiones Proceso de investigación

A continuación, se analizará el proceso de la investigación en relación a las fases y procesos contemplados para una investigación cualitativa según Sampieri. Siguiendo lo propuesto por el autor, se llevó a cabo el proceso de investigación científica, la cual pretende generar conocimiento importante para la institución patrocinante y la institución universitaria.

Es importante mencionar, que las decisiones metodológicas establecidas durante el proceso de investigación cualitativa, estaban sujetas a modificaciones según la contingencia del momento, como la pandemia, el paro de funcionarios del Cesfam, y modificaciones en la modalidad y horario de atención.

Al realizar la inmersión inicial en el campo de investigación, se acordó el equipo de trabajo al cual las tesis fueron asignadas. Es así como se llevó a cabo un trabajo colaborativo con las matronas del Cesfam Pompeya, con quienes se realizaron una serie de reuniones para conocer las principales problemáticas y desde ahí generar una investigación.

Luego, se recopilaron referencias teóricas, conceptuales y bibliográficas para realizar el marco de referencia, mediante una extensa revisión de dichos documentos el equipo expuso la temática a tratar profundizando en los referentes conceptuales y determinando los lineamientos teóricos que brindan soporte a la problemática a investigar.

Continuando con el proceso, se realizó el diseño metodológico, definiendo la pregunta de investigación, el problema de investigación, el estado del arte, los objetivos de la investigación y se definió que se trata de una investigación cualitativa, de tipo etnográfico, el cual analiza lo que las personas de un contexto determinado y los significados que le dan a actividades comunes. También se definió el instrumento de investigación correspondiente a la entrevista semiestructurada y la muestra a utilizar.

Luego se aplicó el instrumento de recolección de datos definidos en el marco metodológico, asistiendo presencialmente a la institución en jornadas completas de atención a usuarias del Cesfam, siendo derivadas las mujeres por medio de las matronas luego de su atención ginecológica, respetando siempre la muestra seleccionada. Las entrevistas se realizaron de manera presencial en un box de atención donde se encontraban las estudiantes y la entrevistada, respetando los protocolos sanitarios existentes bajo el contexto actual de pandemia por Covid-19, como medición de temperatura, el uso de mascarilla, alcohol gel al 70%, y distanciamiento físico.

Finalmente, se llevó a cabo el análisis e interpretación de los datos recabados en las entrevistas aplicadas, en los cuales se identificaron los relatos, patrones comunes o similitudes en la interpretación de los hechos cotidianos.

Descripción profunda de campo

Hallazgos

A continuación se describirán los límites de la investigación, encontrados una vez insertas profundamente como equipo de investigación en la institución de salud primaria Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué. Los límites serán presentados como hallazgos de terreno del proceso de investigación, que surgieron a partir de la metodología establecida.

De acuerdo a la muestra estipulada en el marco metodológico, se esperaba entrevistar a mujeres extranjeras sin hijos/hijas en los rangos de 15 a 25 años y 26 a 55 años. Sin embargo, nos encontramos con ciertas condiciones que no permitieron abarcar esta parte de la muestra.

Entre los fenómenos que pudiesen explicar esta situación encontramos las siguientes posibilidades, las cuales fueron discutidas en conjunto con el equipo de matronas del Cesfam, quienes nos entregaron sus apreciaciones desde la experiencia profesional. También, el ejercicio de la transcripción manual de entrevistas, permitió interiorizar los relatos y afianzar las posibilidades.

Una de las posibilidades, radica en que las mujeres inmigrantes tienen menos vinculación con los centros de salud primaria, ya sea por la existencia de patrones culturales arraigados desde sus naciones de origen, o por tratarse de nuevos espacios y sistemas de vida.

Otra posibilidad, se relacionaría con el hecho de que las mujeres inmigrantes demuestran tener mayor vinculación con los Cesfam cuando se embarazan por primera vez, y no así cuando se mantienen sin hijas o hijos.

Por otra parte, basado en la aplicación del instrumento de entrevista semiestructurada, se encontró al interior de uno de los relatos de las mujeres, el abandono por parte de la usuaria entrevistada de su tratamiento de método anticonceptivo, específicamente inyección trimestral, producto de la escasez de insumos al interior del Cesfam de Villa Alemana, a causa de la pandemia por Covid-19, lo que generó el cambio de la usuaria a un nuevo Centro de Salud Familiar, específicamente, Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué.

CAPÍTULO V BIBLIOGRAFÍA

Referencias Bibliográficas

- Amnistía Internacional. (2015). *Defensoras bajo ataque: Promoviendo los Derechos Sexuales y Reproductivos en las Américas*. Reino Unido: Amnistía Internacional.
- BCN. (2018). *Programas de política pública para la promoción de los derechos y la autonomía de las mujeres*. Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile/BCN.
- Casas, M., y Cabezas, G. (2016). *Los Derechos Sexuales y Reproductivos desde la perspectiva de género en América Latina: entre el control y la autonomía*, Santiago de Chile: Centro de Derechos Humanos Facultad de Derecho Universidad de Chile.
- Diaz, S., y Schiappacasse, V. (2017). *¿Qué y cuáles son los métodos anticonceptivos?*. Santiago de Chile: ICMER
- Dides, C., y Fernández, C. (2016). *Primer informe Salud Sexual, Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile*. Santiago: Corporación Miles Chile.
- González, Molina, Montero, Martínez y Leyton (2007). *Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario*.
- Hernández, R., Fernandez, C., y Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill/ Interamericana Editores, S. A.
- Lewkow, L. (2014). *Aspectos sociológicos del concepto de percepción en la teoría de sistemas sociales*. Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- Lopez, M. (2015). *Autonomía y Salud reproductiva*. Salamanca, España: Universidad de Salamanca.
- MINSAL. (2011), *Perfil de selección*, San Felipe, Chile: Ministerio de Salud.

- MINSAL. (2016). *Normas Nacionales sobre la regulación de la fertilidad*. Chile: Ministerio de Salud
- MINSAL. (2018). *Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva*. Santiago: Ministerio de Salud.
- Miranda-Novoa, M. (2012). *Diferencia entre la perspectiva de género y la ideología de género*. Colombia: Universidad de La Sabana
- Moran, J. (2013) *Feminismo, Iglesia Católica y derechos sexuales y reproductivos derechos sexuales y reproductivos en el Chile post-dictatorial*. Florianopolis: Estudios Feministas
- OMS (2020). *Salud Reproductiva*: OMS. Recuperado de sitio web Organización Mundial de la Salud https://www.who.int/topics/reproductive_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Salud Sexual*: OMS. Recuperado de sitio web OMS. https://www.who.int/topics/sexual_health/es/
- Organización Panamericana de la Salud (1995). *Principios orientadores de ICMER*. Chile: ICMER
- Oviedo, G. (2004), *La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt*, Revista de Estudios Sociales
- Palomo, A., y Romita, F. (2011). *Derechos Sexuales y Reproductivos*. Barcelona, España: Cooperaccio.
- PRODEMU. (2019). *Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres*. Santiago: Fundación Promoción y Desarrollo de la Mujer.

- Rangel, Y., y Costero, M. (2015). *Los riesgos para la salud sexual y reproductiva en un grupo históricamente vulnerado: un estudio sobre las experiencias y percepciones de mujeres parejas de migrantes*. México: Revista de El Colegio de San Luis
- Schiappacasse, V., Vidal, P., Casas, L., Dides, C., y Díaz, S. (2003). *Chile: Situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos*. Santiago: Servicio Nacional de la Mujer.
- Serrano (2012), *La perspectiva de género como una apertura conceptual y metodológica en salud pública*, Madrid. España: Revista Cubana de Salud Pública,
- Valles, M. (1999). *Técnicas Cualitativas de Investigación Social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis S.A.

ANEXOS

Instrumento de aplicación entrevista semiestructurada.

Introducción

Buenos días, nosotras somos Francesca Balcarce Ortiz y Denisse Fuentes Olmedo, somos estudiantes de la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, y nos encontramos realizando un estudio acerca de lo que piensan las mujeres usuarias de este Cesfam con relación a los derechos sexuales y reproductivos. Es por esto que nos gustaría conversar con usted para conocer su opinión al respecto, mediante una **entrevista grabada**, para la cual pedimos su autorización. La conversación que se genere será solo entre nosotras tres, y toda la información recabada será confidencial y de uso exclusivo de nosotras, solo con fines académicos. Lo principal dentro de esta entrevista es que usted se sienta cómoda y tenga la confianza de expresarse como guste y durante el tiempo que desee, aquí ninguna respuesta es incorrecta. En caso de que exista alguna pregunta que usted prefiera no contestar, siéntase en libertad de hacernos saber que es así, y la dejamos hasta allí.

Con respecto al actual contexto de pandemia que se vive, tomaremos todas las medidas necesarias para evitar contagios, por lo que contaremos con la entrega de mascarilla y alcohol gel al momento de iniciar la entrevista. A su vez, ésta se realizará en un ambiente con ventilación adecuada y se respetará la distancia mínima establecida.

Agradecemos su tiempo y disposición para colaborar con nosotras en nuestra investigación.

Objetivo Específico	Unidad de análisis/ categoría	Subcategoría de análisis y definición	Preguntas <i>(Por ejemplo: ¿Cuál es su opinión sobre? ¿Ha tenido alguna experiencia que le generó tal cosa? ¿Cómo caracterizaría una situación x?)</i>
			<p>Preguntas introductorias:</p> <p>¿Podría usted identificarse?, señalando su nombre, edad, lugar de nacimiento, estado civil y la actividad que desempeña actualmente.</p> <p>¿Podría usted contarnos con quién o quienes vive actualmente y cuál es su parentesco?</p>
<p>Analizar las percepciones de las mujeres en edad reproductiva usuarias de la Atención Primaria de Salud en el Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué en torno a la Autonomía Sexual y Reproductiva desde una perspectiva de género.</p>	<p>Autonomía Sexual y Reproductiva</p>	<p>Decidir de forma libre sobre el propio cuerpo y vida sexual según los derechos sexuales y reproductivos</p>	<p>Preguntas respecto a la educación sexual:</p> <p>¿Podría usted decirnos que se le viene a la mente cuando hablamos de educación sexual o vida sexual?</p> <p>¿Según su experiencia personal, donde considera usted que ha aprendido de sexualidad, o con quienes?</p> <p>Cuando se trata de sexualidad ¿Con quien o quienes se siente en confianza para hablar o resolver inquietudes?</p>

			<p>Preguntas respecto a las experiencias sexuales y percepción del placer:</p> <p>A lo largo de su vida y experiencia ¿Qué espera usted de una relación sexual?</p> <p>¿Usted considera la vida sexual como una necesidad? ¿Por qué?</p> <p>Preguntas respecto a la percepción de la sexualidad y el cuerpo:</p> <p>¿Considera usted que tiene dominio de su cuerpo durante la relación sexual? ¿Podría explicarlo?</p> <p>Preguntas respecto a las decisiones reproductivas:</p> <p>¿Cuál es su opinión sobre la maternidad?</p> <p>¿Tener hijas/hijos fue para usted una decisión? ¿Podría contarnos su experiencia al respecto?</p> <p>De acuerdo con lo anterior ¿La decisión fue tomada sólo por usted o en conjunto con su pareja?</p> <p>Sabemos que el hecho de no tener hijas/hijos no siempre es una decisión tomada a conciencia, ya que muchas veces se trata de la aceptación de una realidad.</p>
--	--	--	--

			¿Podría usted contarnos por qué no tiene hijas/hijos?
--	--	--	---

Objetivo Específico	Unidad de análisis/ Categoría	Subcategoría de análisis y definición	Preguntas
---------------------	----------------------------------	---------------------------------------	-----------

<p>Analizar las percepciones de mujeres en edad reproductiva usuarias de la Atención Primaria de Salud en el Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué en torno a la Libertad Reproductiva desde una perspectiva de género.</p>	<p>Libertad reproductiva</p> <p>Las mujeres tienen derecho a decidir si desean o no tener hijos, con quién y en qué momento de la vida.</p>	<p>Uso de métodos anticonceptivos</p> <p>Uso de métodos anticonceptivos de emergencia</p> <p>Aborto</p>	<p>Preguntas respecto a usos y conocimiento de métodos anticonceptivos:</p> <p>¿Conoce usted métodos anticonceptivos?</p> <p>¿Podría nombrar los métodos anticonceptivos que conoce?</p> <p>¿Cómo conoce usted estos métodos anticonceptivos?</p> <p>Frente a la opción de que usted se encuentre ante un embarazo no planificado, ¿Qué opciones tiene a considerar?</p> <p>Preguntas respecto a decisión/imposición de métodos anticonceptivos</p> <p>¿Usted utiliza o ha utilizado algún método anticonceptivo?</p> <p>¿Usaba métodos anticonceptivos cuando inició su vida sexual?</p> <p>¿Cuáles fueron los primeros métodos anticonceptivos que utilizó?</p> <p>¿Podría contarnos cómo fue la decisión de utilizar el método anticonceptivo que usa actualmente?</p>
--	---	---	---

Objetivo Específico	Unidad de análisis/ Categoría	Subcategoría de análisis y definición	Preguntas
<p>Analizar las percepciones de mujeres en edad reproductiva usuarias de la Atención Primaria de Salud en el Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué en torno a una Vida Sexual Libre de Violencia desde una perspectiva de género.</p>	<p>Violencia Sexual</p>	<p>Abuso o Acoso Sexual Violación Maltrato Físico Maltrato Psicológico Explotación Sexual</p>	<p>Preguntas respecto a violencia al interior de la relación de pareja:</p> <p>¿Cree usted que tiene libertad para manifestar cuando no desea tener relaciones sexuales?, ¿Es respetada su decisión por parte de la otra persona?</p> <p>¿Qué pasa cuando usted no accede a tener relaciones sexuales?</p> <p>Pregunta de cierre:</p> <p>¿Hay algo que a usted le gustaría resaltar o incluir en relación a estos temas?</p>

Documento de consentimiento informado para usuarias del Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué.

Yo _____, rut _____ declaro conocer el estudio de investigación titulado “Percepciones de mujeres en edad reproductiva en torno al ejercicio de sus Derechos Sexuales y Reproductivos desde una perspectiva de género de las usuarias de la Atención Primaria de Salud del Cesfam Pompeya de la comuna de Quilpué”, realizado por las estudiantes Francesca Balcarce Ortiz y Denisse Fuentes Olmedo en contexto de su Proyecto de Título de pregrado de la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso. Se me ha informado acerca de la temática principal de dicha investigación y las características de la entrevista en la cual participaré. También, se me ha hecho saber que en cuanto al contexto de pandemia existente, se tomarán todas las medidas necesarias para llevar a cabo el encuentro de manera segura, según protocolos sanitarios.

Acepto que la entrevista que daré sea grabada, y consiento voluntariamente mi participación en esta investigación, entendiendo que la información recabada es de carácter confidencial.

Firma