

51659

M
A 662E
2000
c1

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**“Implementación de un Modelo de Promoción
de la Salud Reproductiva, con población en
situación de Riesgo Social en Salud, residente
en la Unidad Vecinal 134 Puerto,
Comuna de Valparaíso”**

SEMINARIO DE TÍTULO PARA OPTAR AL
GRADO DE LICENCIADA EN TRABAJO
SOCIAL Y AL TÍTULO PROFESIONAL DE
TRABAJADORA SOCIAL.

Universidad  de Valparaíso
CHILE
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BIBLIOTECA

PROFESOR GUÍA:
SR. LEONARDO ONETO P.

ALUMNAS SEMINARISTAS:
LUISA ARANCIBIA COLOMA
VANIA CÁRDENAS MUÑOZ

135

2000



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
COLON 2128 - CASILLA 3020 - FONOS: 508650 - 508654 - FAX: 508674
VALPARAISO — CHILE



REF.: Informa calificación Seminario de Título
alumnos que se indica.

VALPARAISO, 1 de Marzo de 2001.

SEÑOR DECANO:

En mi calidad de Profesor Guía vengo en informar el Seminario de Título desarrollado durante el año académico 2000 por las alumnas de la Escuela de Trabajo Social Srtas. **LUISA ARANCIBIA COLOMA** y **VANIA CARDENAS MUÑOZ** expuesto en el informe final de dicho Seminario intitulado, **"IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA, EN POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE RIESGO SOCIAL EN SALUD, RESIDENTE EN LA UNIDAD VECINAL 134 PUERTO DE LA COMUNA DE VALPARAÍSO"**, patrocinado por el Hogar de Cristo filial Valparaíso.

En la evaluación, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 42^a del Reglamento del Plan de Estudios vigente, he tenido en consideración los siguientes aspectos: importancia, originalidad y aporte del trabajo al campo profesional; aspectos metodológicos; amplitud y suficiencia del desarrollo del tema y de la bibliografía utilizada; régimen formal de citas; carácter de la redacción y calidad del vocabulario técnico utilizado.

El tema del Seminario representa un aporte en un campo poco abordado por Trabajo Social en la últimas décadas, tanto desde el punto de vista de la investigación como de la intervención.

Las alumnas muestran un tratamiento coherente del tema desde el punto de vista de su enfoque conceptual como en la intervención desde una perspectiva sistémica, de riesgo biopsicosocial y de género.

En lo metodológico establecen referentes descriptivos y correlacionales estadísticos que definen de manera adecuada las necesidades de intervención en los temas tratados.

La intervención presenta un plan integrado y coherente de acción. El enfoque de métodos y técnicas de acción y evaluación resultan pertinentes.



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
COLON 2128 - CASILLA 3020 - FONOS: 508650 - 508654 - FAX: 508674
VALPARAISO — CHILE



2.

El desarrollo del tema es integral constituyendo un referente conceptual para futuras intervenciones. La claridad expositiva resulta en una guía práctica para la acción.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Seminario de Título con nota **7.0** (siete punto cero).

Universidad  de Valparaíso
CHILE
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL



LEONARDO ONETO PIAZZE
PROFESOR GUIA

AL SEÑOR
ANTONIO PEDRALS G. de C.
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y
CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE.
LOP/rvs.-



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
COLON 2128 - CASILLA 3020 - FONOS: 508650 - 508654 - FAX: 508674
VALPARAISO — CHILE



REF.: Informa calificación Seminario de Título
alumnos que se indica.

VALPARAISO, 5 de Marzo de 2001.

SEÑOR DECANO:

En mi calidad de Profesor Informante vengo en informar el Seminario de Título desarrollado durante el año académico 2000 por las alumnas de la Escuela de Trabajo Social Srtas. **LUISA ARANCIBIA COLOMA** y **VANIA CARDENAS MUÑOZ** expuesto en el informe final de dicho Seminario instituido, **"IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA, EN POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE RIESGO SOCIAL EN SALUD, RESIDENTE EN LA UNIDAD VECINAL 134 PUERTO DE LA COMUNA DE VALPARAÍSO"**, patrocinado por el Hogar de Cristo Filial Valparaíso.

En la evaluación, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 42^a del Reglamento del Plan de Estudios vigente, he tenido en consideración los siguientes aspectos: importancia, originalidad y aporte del trabajo al campo profesional; aspectos metodológicos; amplitud y suficiencia del desarrollo del tema y de la bibliografía utilizada; régimen formal de citas; carácter de la redacción y calidad del vocabulario técnico utilizado.

El presente Seminario de Título desarrolla una valiosa experiencia de Trabajo Social en la temática de la Salud Reproductiva, aportando una fundamentada investigación diagnóstica y una intervención profesional novedosa y rigurosa.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Seminario de Título con nota **6.3** (seis punto tres).

Universidad de Valparaíso
CHILE
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

PATRICIA CASTAÑEDA MENESES
PROFESOR INFORMANTE

AL SEÑOR
ANTONIO PEDRALS G. de C.
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y
CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE.
PCM/rvs.-

ÍNDICE

	Páginas
Introducción	1
Capítulo I Contexto Institucional	
Antecedentes Generales de la Institución	
I. Características Generales de la Institución	3
II. Objetivos de la Institución	3
III. Función de la Fundación de Beneficencia Hogar de Cristo	4
IV. Estructura Organizacional	5
V. Recursos Institucionales	5
VI. Áreas de Intervención de Trabajo Social Profesional	6
Capítulo II Diseño de Investigación	
I. Definición y delimitación del Tema de Investigación	9
II. Fundamentación de la Investigación	14
III. Objetivos de la Investigación	16
IV. Metodología de la Investigación	17
Capítulo III Diagnóstico Social	
1. Marco Referencial	21
2. Planteamiento de Hipótesis y Operacionalización de Variables	85
□ Sistema de Hipótesis	85
□ Operacionalización de Variables	86
3. Análisis e interpretación de los Resultados de la Investigación	94
4. Análisis de la Información	120
5. Síntesis Diagnóstica	137
6. Prognosis	142
Capítulo IV Programación	
I. Programación	143
1. Nombre del Programa	143
2. Fundamentación del Programa	143
3. Descripción del Programa	145
4. Estructura del Programa	146
5. Objetivos del Programa	147
6. Dependencia Administrativa del Programa	148
7. Características del Programa	148
II. Diseño de Proyectos	
A. Proyecto N°1	152
1. Subproyecto 1	155
2. Subproyecto 2	157
3. Subproyecto 3	159
B. Proyecto N°2	162
Capítulo V Ejecución	
Registro Proceso de Intervención	167
Proyecto N°1	
□ Subproyecto 1	168
□ Subproyecto 2	169
□ Subproyecto 3	175
Proyecto N°2	181
	183

Proyecto Piloto: "Modelo de Promoción en Salud Reproductiva de la Mujer"	
I. Fundamentación	188
II. Metodología	190
III. Equipo de Trabajo	191
IV. Población Beneficiaria	196
V. Objetivos	197
VI. Programación	198
VII. Diagnóstico Participativo o Autodiagnóstico	200
VIII. Programación Conjunta	202
IX. Ejecución	205
X. Evaluación Participativa	207
Capítulo VI Evaluación	
Consideraciones en torno al proceso de Evaluación	209
Evaluación del <i>Contexto</i>	212
Evaluación Proyecto N°1	
1. Evaluación del <i>Producto</i>	216
□ Subproyecto 1	217
□ Subproyecto 2	218
□ Subproyecto 3	220
2. Evaluación del <i>Proceso</i>	222
3. Evaluación de <i>Insumos</i>	228
Evaluación Proyecto N°2	
1. Evaluación del <i>Producto</i>	231
2. Evaluación del <i>Proceso</i>	233
3. Evaluación de <i>Insumos</i>	238
Evaluación desde la perspectiva de las/os Participantes	239
□ Proyecto N°1	240
- Participantes en Subproyecto 1	240
- Participantes en Subproyecto 2	246
□ Proyecto N°2	250
Evaluación Tiempo: Tabla Gantt	255
Capítulo VII Conclusiones y Hallazgos Profesionales	257
1. Conclusiones	257
2. Hallazgos Profesionales	260
Fuentes Bibliográficas	
Anexos	

ÍNDICE ANEXOS

- **Carpeta Monitoras/es:** “Taller de Formación de Monitoras/es en Salud Reproductiva”
- **Diploma** Monitor/a en Salud Reproductiva
- **Anexo 1:** Pauta Entrevista a Informantes claves
- **Anexo 2:** Pauta Entrevista a Profesionales
- **Anexo 3:** Pauta Semiestructurada de Observación
- **Anexo 4:** Instrumento de Medición de conocimientos Antes – Después
- **Anexo 5:** Pauta de Evaluación de las/os Participantes
- **Anexo 6:** Pauta de Evaluación Proyecto 1 desde la perspectiva de las/os Monitores/as
- **Anexo 7:** Pauta de Evaluación Proyecto 2 desde la perspectiva de las/os Monitoras/es
- **Anexo 8:** Conferencias Internacionales relacionadas al tema Salud Mujer
- **Organigrama** Fundación de Beneficencia Hogar de Cristo, Filial Valparaíso
- **Registro Fotográfico** Proceso de Intervención

INTRODUCCIÓN

El documento que a continuación se presenta, contiene el Informe Final del Seminario de Título denominado *“Implementación de una Estrategia de Promoción en Salud Reproductiva con población en situación de Riesgo Social en Salud, perteneciente a la Unidad Vecinal 134 Puerto, de la Comuna de Valparaíso”*, el cual fue desarrollado por las alumnas de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso entre los meses de Marzo a Diciembre de 2000.

El Contexto Institucional en el que se desarrolló dicho proceso, es la Fundación de Beneficencia Hogar de Cristo, Filial Valparaíso, de manera más concreta la Casa de Acogida, unidad de dicha institución, que impulsa el trabajo con población femenina en situación de riesgo social, específicamente con mujeres que ejerce el Comercio Sexual en el sector Puerto.

Ahora bien, en relación a la problemática que abordó el presente estudio, ésta dice relación con la existencia de factores de tipo biosicosociales presentes en dicha población, los cuales estarían impidiendo el adecuado cumplimiento de la función de *Autocuidado de la Salud Reproductiva*, esta situación provocaría la existencia de una deficiente calidad en la Salud Reproductiva de la población.

En este contexto surge la necesidad de realizar un estudio acabado en relación a la situación de Salud Reproductiva de la Mujer, en función de investigar las temáticas relevantes al respecto, con la finalidad de describir, relacionar y llegar a un análisis explicativo de las variables involucradas. En base al proceso anteriormente señalado, se elabora un Modelo de

Promoción de Salud Reproductiva, que contemple para su implementación tanto estrategias grupales tendientes a la formación de Monitoras/es, como estrategias de nivel comunitario (evento) que permitan la multiplicación de conocimientos hacia el resto de la población.

Es preciso destacar la ausencia de estudios relacionados con la Salud Reproductiva de la Mujer, ya sea en el ámbito académico de la Escuela de Trabajo Social; como en el ámbito del Nivel Primario de Atención de Salud, y de las de instituciones y organizaciones que trabajan la temática referida a la salud de la mujer, ya que en este ámbito sólo es posible encontrar estadística referida a morbi – mortalidad de la mujer. En este sentido, es preciso señalar que para la realización del presente estudio, el equipo seminarista contó con el respaldo técnico de la Matrona Sra. Benedicta Cerda, durante la etapa de elaboración del Marco Referencial, como en el posterior análisis e interpretación de la información.

En este sentido, la realización de la investigación e implementación del Modelo de Promoción de la Salud Reproductiva se proyecta como un instrumento de incalculable valor; tanto para el Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio (S.S.V.S.A.) como para instituciones y organizaciones ligadas al área de la salud de la mujer, y para la Escuela de Trabajo Social, en la cual, el presente Seminario de Título se concibe en relación a la temática como un estudio y proyecto pionero, y la base que permita construir nuevas investigaciones en este ámbito.

Se presentará a continuación, el documento que incorpora las cuatro fases del Proceso Metodológico que caracteriza el accionar de Trabajo Social.

*Contexto
Institucional*

CAPÍTULO I

CONTEXTO INSTITUCIONAL

ANTECEDENTES GENERALES DE LA INSTITUCIÓN

I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN

- 1.1. **NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:** Fundación de Beneficencia Hogar de Cristo, Filial Valparaíso.
- 1.2. **TIPO DE INSTITUCIÓN:** Institución de derecho privado, sin fines de lucro, que se ocupa de la beneficencia pública, posee personalidad jurídica.
- 1.3. **UBICACIÓN GEOGRÁFICA:**
Dirección Social, Chaigneaux #172, Recreo, Viña del Mar. Fono: 662539.
Dirección Administrativa, Traslaviña #238, Viña del Mar. Fono: 682539 – 687829.
Casa de Acogida, Cajilla #811, Sector Puerto, Valparaíso. Fono: 222447.
- 1.4. **COBERTURA INSTITUCIONAL:** El Hogar de Cristo a nivel regional posee una cobertura que abarca Valparaíso, Viña del Mar, Quilpué, Villa Alemana, Quillota, Casablanca y La Calera.

II. OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN:

La Fundación de Beneficencia Hogar de Cristo, es una institución de iglesia basada en la doctrina Cristiana – Humanista, condición que reviste su accionar desde una perspectiva religiosa y marcadamente solidaria hacia los grupos de mayor riesgo social. Así también, el trabajo que desarrolla la institución es llevado a cabo por profesionales de distintas áreas, lo que permite asegurar el tratamiento adecuado de las problemáticas presentes en las/os sujetas/os de atención. En este sentido, el Hogar de Cristo define como *Sujeta/o de Atención* a todas aquellas personas que se encuentren en algún estado de necesidad y que, por lo tanto, esta necesidad pueda ser atendida y resuelta a través de alguno de los diversos servicios que ofrece la institución hacia la comunidad en general.

De esta manera, la institución define sus objetivos en función de:

- Cumplir con el evangelio, a través de la ayuda solidaria al necesitado/a, indigente, desvalida/o, desamparada/o y al más pobre.
- Atender socialmente a las/os más desposeídas/os, a través de la creación de Hogares, Hospederías, Centros de Atención Diurna y Casas de Acogida.
- Atender las demandas sociales de personas de escasos recursos o indigentes.

III. FUNCIONES DE LA FUNDACIÓN DE BENEFICENCIA HOGAR DE CRISTO:

1. **Asistencial:** Es la función principal que ha marcado claramente el trabajo de la Fundación. Esta se desarrolla por medio de la entrega de soluciones oportunas y tangibles a la mayoría de las necesidades básicas que no pueden ser resueltas por las/os sujetas/os de atención, entre ellas, alimentación, alojamiento, vestuario, vivienda, etc.

2. **Formación:** Entrega de valores y principios cristianos, que faciliten y propendan a la inserción del/la menor, joven, mujer, hombre o adulto mayor en la sociedad.
3. **Asesoría:** Según la capacidad económica del/la beneficiario/a, se presta asesoría y orientación en el área Vivienda, Servicios Funerarios, Salud, Colocación Familiar y Ayuda Intrafamiliar.

IV. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL:

(Ver Anexo Organigrama de Fundación de Beneficencia Hogar de Cristo, Filial Valparaíso)

- **CONSEJO:** Ejerce la administración de la filial, se encuentra conformado por 10 personas determinadas por el Directorio de la Fundación. Sus funciones no son delegables y les corresponde hacer cumplir los principios, objetivos y finalidad de la institución, estatutos y reglamentos de la filial. Los Consejeros se mantienen en sus cargos por el período de dos años, pudiendo ser reelegidos sólo por un período más.
- **CAPELLÁN:** Designado por el Capellán General, su cargo tiene una duración indefinida, pudiendo ser removido por decisión del Capellán General y/o el Obispo. Puede delegar sus funciones a otra persona por el tiempo que determine.
- **ADMINISTRADOR/A:** Encargada/o de coordinar y administrar institucionalmente a la tesorería, recursos humanos, adquisición y recursos.
- **DIRECTOR/A SOCIAL:** Asesora al Consejo Social, se encarga de la administración y organización de los siguientes departamentos de la Filial: Coordinación Área Adulta/o Mayor; Voluntariado; Vivienda; Coordinación Área Menores y Coordinación General, que tiene a cargo la **Casa de Acogida**, Hospedería de Hombres, Casa de la Mujer y Calle Adulto.

V. RECURSOS INSTITUCIONALES:

1. **Recursos Económicos:** La institución recibe financiamiento, principalmente de recursos aportados por socias/os a través de la cancelación de sus cuotas mensuales, aportes de empresas, aporte de la funeraria y tarjetas de saludos de la institución y coronas de caridad.
2. **Recursos Humanos:** Para el desarrollo de sus distintos programas, el Hogar de Cristo cuenta con personal contratada/o, entre ellas/os: Asistentes Sociales; Psicólogas/os; Arquitectas/os; Médicas/os; Enfermeras/os; Administrativas/os y Personal de Servicio. Por otra parte, se cuenta con un gran número de voluntarias/os.
3. **Recursos Materiales:** Infraestructura acorde para ejecutar los distintos programas y acciones en las diversas áreas de la institución. Se cuenta con equipos de audio y video, vehículos para la movilización del personal y las/os beneficiarias/os, además de material fungible acorde en cantidad para los requerimientos.

VI. ÁREAS DE INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL PROFESIONAL:

1. **Área Adulta/o Mayor** (Ver Anexo Organigrama Institucional)
2. **Área Infantojuvenil** (Ver Anexo Organigrama Institucional)
3. **Área Vivienda** (Ver Anexo Organigrama Institucional)
4. **Área Riesgo:** Se plantea el objetivo de integrar el esfuerzo y trabajo de los distintos Centros de Riesgo, de modo de prestar una mejor atención a las/os beneficiarias/os. Los Centros de Riesgo son los siguientes: Casa de la Mujer; Calle Adulto; Hospederías Hombre – Mujer y *Casa de Acogida*, Centro en el cual se inserta el Equipo de Alumnas Seminaristas y se desarrolla el presente Seminario de Título.

CASA DE ACOGIDA:

- **Directora:** Srta. Danitza Pérez Centellas.
- **Asistente Social:** Sra. Tania Torres.

Su funcionamiento comienza en el año 1997, siendo un Centro destinado al desarrollo de dos Programas: *Atención Pedagógica* de menores en edad preescolar del sector correspondiente al radio de acción del centro (Unidad Vecinal 134 Puerto), que se encuentran en situación de Riesgo Social, y cuyas madres trabajan.

Un segundo Programa se refiere al *Taller para Trabajadoras Sexuales*, el cual se inicia a partir de 1999, como un espacio de acogida y encuentro para la mujer que ejerce el comercio sexual en el sector puerto, realizando talleres de: Lecto Escritura; Manualidades y Salud Mental. Es así que con la implementación de la Casa de Acogida, la institución pretende dar respuesta a un conjunto de necesidades relacionadas a un segmento de la población que se encuentra en situación de Riesgo Social, comprendiendo por tal, la población femenina de escasos recursos. Este Programa corresponde a uno de los subproyectos desarrollados (mayor duración Abril – Diciembre) en el marco de la realización del presente Seminario de Título.

- **Funciones de Trabajo Social en el Área Riesgo:**

- a) **Investigación Social:** Especialmente en el Área de Riesgo se vislumbra esta función como de real importancia, ya que sistemáticamente se ha debido realizar un estudio y revisión de la población beneficiaria, con el fin de redefinir estrategias y plantear objetivos a mediano y largo plazo (principalmente el trabajo realizado en la casa de Acogida con Mujeres que ejercen el Comercio Sexual).

b) Coordinación y Organización Social: Referida al ámbito interno de la institución, en la que interactúa con la Dirección Social y la Administración, así como también al interior de la Casa de Acogida, estableciendo estrategias que permitan fortalecer el trabajo en equipo al interior de las unidades y en relación con las beneficiarias. En el ámbito externo, debe coordinarse con la Red de Apoyo Social, e instituciones que aborden el trabajo relacionado con el área de competencia de la unidad.

Diseño de Investigación

CAPÍTULO II

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

I. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

Las acciones de salud implementadas en nuestro país desde los diferentes niveles de atención, especialmente el Nivel Primario de Atención en Salud, se deben adecuar a las necesidades que presenta la población en determinados momentos históricos; en este sentido, un instrumento de medición y priorización utilizado en el área de la salud es el Enfoque de Riesgo. A partir de este enfoque es posible definir a ciertos grupos de población como más necesitados o vulnerables en función de las consecuencias derivadas de la exposición de éstos a una amplia gama de factores, los cuales se clasifican -de acuerdo las problemáticas específicas en salud- en categorías que comprenden entre otros, factores de tipo biológicos, médicos, familiares, ambientales, relacionados con los servicios de salud, hábitos de comportamiento, etc.¹

Es así como desde la disciplina de Trabajo Social, en función de incorporar las variables sociales al área de la salud, se utiliza el *Enfoque de Riesgo Social en Salud*², mediante el cual es posible considerar dos grupos de factores que sirven de indicadores específicos para determinar la existencia de una población en situación de riesgo social en el plano de la salud, los que se clasifican en:

¹ “Salud Materna. Un perenne desafío”. Organización Panamericana de la Salud. 1992.

- **Factor 1 o Socio - Económicos Ambientales:** laborales, ingreso económico, vivienda y escolaridad.
- **Factor 2 o Psicosociales:** patología psiquiátrica, deficiencia mental, adicción, disfunción familiar, situación de abandono, conducta desadaptativa, calidad de allegado y embarazo adolescente.

De este modo, la presencia de alguno de los indicadores contenidos el Factor 1 clasifica el Bajo Riesgo, asimismo, la presencia de alguno de los indicadores contenidos en el Factor 2, clasifica el Mediano Riesgo. Finalmente, la combinación indicadores de ambos factores, clasifica el Alto Riesgo en Salud.

Ahora bien, de acuerdo a los resultados obtenidos al realizar una investigación preliminar sobre las características de la población residente en la Unidad vecinal 134 –Puerto; para lo cual se recurre a información censal REDATAM- PLUS) y a entrevistas focalizadas dirigidas a informantes claves de la comunidad y profesionales del área de la salud; es posible identificar la presencia de indicadores contenidos en ambos factores.

- **Vivienda:** De acuerdo a información estadística existente en base de datos REDATAM- PLUS (Información Censo 1992), que comprende en su área censal la citada Unidad Vecinal, del total las 253 familias comprendidas hasta 1992, un porcentaje mayor (39%) habita en viviendas tipo conventillos, situación que determina *deficientes condiciones ambientales*, al considerar el consiguiente nivel de hacinamiento y/o promiscuidad; así también respecto a las *condiciones materiales* de la vivienda; de acuerdo a las características del parque residencial, es posible señalar la existencia de construcciones antiguas, y un nivel de deterioro avanzado. En cuanto a la tenencia de la vivienda, un 83.4% es arrendada, lo cual hace presuponer incapacidad de ahorro en un conglomerado importante de población (factor socioeconómico).

² Instrumento elaborado por Servicio Social en el Nivel de Atención Primaria. SSVSA. 1995, en función de

Por otra parte, respecto a las características del hábitat, se observan altos niveles de contaminación ambiental, caracterizada especialmente por la presencia permanente de desechos domiciliarios en la vía pública.

- **Laborales:** En relación a los riesgos socioeconómicos, la población beneficiaria del Jardín Infantil de la Casa de Acogida³, está compuesta en gran medida por menores provenientes de hogares de tipo uniparental con jefatura femenina. La situación laboral de las mujeres se caracteriza por el desempeño de trabajos de tipo ocasional o discontinuo, lo que obviamente hace suponer un nivel de ingresos mínimo. Así también, según los antecedentes manejados por la institución, el tema de las disfunciones familiares constituye una problemática permanente, tanto para la población beneficiaria directa de la institución como para la comunidad residente en el sector, de esta forma hay presencia de casos de violencia intrafamiliar, disgregación familiar y presencia de trastornos emocionales tanto en las familias de los niños, como en aquellos mismos, producto de la situación mencionada.

- **Conductas Desadaptativas:** De acuerdo a las observaciones realizadas en terreno y corroboradas por la información proporcionada por especialistas en la materia⁴ el sector comprendido por la Unidad Vecinal 134- Puerto presenta alta incidencia de situaciones de *delincuencia*, con presencia de robos y/o hurtos (un 30% de las denuncias recepcionadas en Carabineros corresponde a casos presentados en el sector Puerto), asimismo, gran parte de los delitos cometidos en Valparaíso ocurren a consecuencia de la ingesta de bebidas alcohólicas, situación que a juicio del entrevistado reviste al sector estudiado de características de inseguridad, puesto que la alta presencia de bares, hoteles y expendios de bebidas alcohólicas clandestinos⁵ en el sector Echaurren;

medir las necesidades de atención de grupos específicos de la población.

³ Información proporcionada por Directora de Casa de Acogida, Srta. Danitza Pérez.

⁴ Entrevista realizada a Mayor de Carabineros, Sr. Cádiz, Segunda Comisaría de Valparaíso.

determinan que este sector se encuentre “*propenso al alcoholismo*”, con las consiguientes secuelas que esta situación acarrea para la población residente, ya que existe una cantidad de población que sin residir en este sector, transita permanentemente en éste, en estado de ebriedad y por lo tanto propensos a verse involucrados en algún tipo de delitos.

Por otra parte, con respecto a la *drogadicción*, aún cuando según el entrevistado en el sector Puerto actualmente no existe tráfico, por medio de la observación en terreno, es posible identificar tan sólo en Calle Cajilla, la existencia de 3 o 4 lugares de venta de droga, la cual es consumida habitualmente en la vía pública; de la misma forma, es posible observar permanentes operativos policiales realizados en el sector, detención de traficantes, etc.

Ahora bien, con respecto a la presencia de *Comercio Sexual* en el sector estudiado, aún cuando ha disminuido la cantidad de población femenina que ejerce comercio sexual — principalmente en la vía pública— debido al descenso de la actividad nocturna en el Barrio Puerto (Plaza Echaurren y alrededores), continúa desarrollándose en hoteles y bares, asociada a conductas de alcoholismo y drogadicción. Finalmente, en el sector de la citada Unidad Vecinal, persiste un tipo de situación sociocultural en la cual la alta presencia de problemas de drogadicción, alcoholismo, Comercio Sexual, VIH/SIDA, indigencia, etc., determina la mantención de un “círculo de la miseria”,⁶ el cual a juicio del entrevistado es consecuencia de situaciones de injusticia social que dificultan la superación de esta situación por parte de la población.

⁵ Los que a juicio del sacerdote José Gutiérrez, representan un número mayor que aquellas con patente.

A modo de síntesis, es posible concluir que de acuerdo a los parámetros anteriormente señalados, y en virtud de la investigación preliminar realizada, podemos establecer que la población residente en la unidad Vecinal 134- Puerto presenta las características propias de una población en *Alto Riesgo Social en el ámbito de la salud*.

Por otra parte, de acuerdo a los antecedentes recopilados en el Nivel Primario de Atención, correspondiente al Centro de Salud que tiene bajo su jurisdicción territorial la citada Unidad Vecinal⁷ (Consultorio Plaza Justicia) y corroborados por datos estadísticos; es posible sostener que la situación en salud reproductiva de la población femenina manifiesta poseer características similares a la presentada a nivel de SSVSA.

De esta forma, la mortalidad materna, aún cuando no presenta aumento significativo en relación a décadas anteriores presentan un incremento entre los años 1991 (1,13%) y 1992 (2,26%)⁸, en cuanto a sus causas, aún sabiéndose que se relacionan principalmente con aborto, se carece de estudios estadísticos regionales que lo incorporen como causa y permitan verificar su incidencia.

En cuanto al índice de abortos espontáneos e inducidos registrados durante el año 1993, las estadísticas permiten a indicar una incidencia de 11,21%, correspondiente a un número de 1.082 casos en el S.S.VSA, porcentaje que al ser comparados con los registrados a nivel de la V Región (11,56, con 3.611 casos reflejan una alta incidencia por Servicio).

Finalmente, en cuanto a la magnitud del VIH/SIDA, el porcentaje (%) de población femenina viviendo con VIH/ SIDA entre 1984 y 1994 corresponde al 12,5% del total de casos registrados en la región, superando el promedio nacional de incidencia en mujeres (10,4%). Así mismo el porcentaje regional global sigue situándose entre los más altos del

⁶ Entrevista a José Gutiérrez, sacerdote de Iglesia la Matriz.

⁷ Entrevista realizada a Matrona de Consultorio Plaza Justicia, Sra Marta Vera.

⁸ Fuente: SEREMI de Salud, V Región, 1996.

país. Cabe señalar que no se tiene estadística desglosada a nivel de los Servicios de Salud de la V Región.⁹

En base a los antecedentes expuestos, es posible apreciar, una alta incidencia de problemas en el ámbito de la Salud Reproductiva en población femenina que presenta características de Alto Riesgo Social en Salud (población residente en U.V.134- Puerto). Por otra parte, es necesario destacar que la mayoría de los problemas de Salud Reproductiva son evitables al ser tratados a tiempo; en este sentido, cabe preguntarse ¿Qué tipo de obstáculos para alcanzar un adecuado nivel de Salud Reproductiva presenta la población femenina que se encuentra en situación de Riesgo Social?

En concordancia con lo anterior, es posible señalar la existencia de **Factores Obstaculizadores** para el desarrollo de conductas de autocuidado en el ámbito de su Salud Reproductiva por parte de la población femenina en situación de Alto Riesgo Social en Salud.

II. FUNDAMENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

En primer lugar, se debe tener como premisa que la mayoría de los problemas de salud son evitables, por ello las acciones ejecutadas en este ámbito deben ser preferentemente de *promoción* y *prevención*.¹⁰ En este sentido se entiende la **Promoción en Salud** como “*la estrategia para integrar y sumar las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales o productivos, encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva*”¹¹.

⁹ SEREMI de Salud, V Región, 1996.

¹⁰ MIDEPLAN. “Informe de grupos...Idem.”

¹¹ Proyecto de Salud para Chile. Comisión N°4, “Coordinación intersectorial”.

Ahora bien, considerando las funciones privativas de la profesión en el ámbito de la Salud Pública, es que corresponde incorporar el tema de la promoción en función de intentar mejorar las condiciones de vida que intervienen en el adecuado desarrollo psicosocial de la población, corresponde a Trabajo Social realizar un aporte específico en la temática de la salud, específicamente en el tema de la Salud Reproductiva, desde un ámbito profesional propio, como es el tema de la promoción en salud.

La implementación de acciones de promoción desde el sector privado, es coherente con las necesidades expresadas por diversos sectores de la comunidad, ya sea por el sector público de salud, por cuanto a pesar de las iniciativas desplegadas por éste, *“la multiplicidad de factores que inciden en el logro de una adecuada Salud Reproductiva, exceden las capacidades del Sector Salud”*¹², en función de esto, se hace evidente la escasez de acciones de promoción en Salud Reproductiva focalizadas en mujeres de menores ingresos, que consideren las necesidades específicas de cada de la población.

Por otra parte, la labor institucional desarrollada por la Fundación de Beneficencia Hogar de Cristo, encuentra su principal fundamento en la doctrina Cristiana – Humanista, enmarcando su misión institucional en la labor de dar acogida a los “más pobres entre los pobres”, definiendo como sujeto de acción social a “todo aquel que necesite ayuda”.

En este contexto y frente a los diferentes rostros que ha adquirido la pobreza durante los últimos años (niños de la calle, prostitución, SIDA, etc), corresponde al Hogar de Cristo implementar distintos lineamientos estratégicos en función de dar acogida y atención a diferentes grupos de beneficiarios que viven en situación de pobreza crítica y marginación social. Es de esta forma que durante los últimos años la institución patrocinante se ha visto en la necesidad de redoblar la cantidad y calidad de sus esfuerzos para afrontar la creciente demanda por atención de población en situación de riesgo social.

¹² MINSAL, Idem.

En este contexto se enmarca el desarrollo de una estrategia de promoción que considere a la población femenina en situación de riesgo social en salud, especialmente al destacar el rol estratégico que juega la mujer en la promoción de la salud al interior de su grupo familiar, con lo cual se torna evidente la necesidad de desarrollar acciones de promoción desde un enfoque de salud integrador que contemple sus diferentes necesidades individuales, a fin de fortalecer su esencial función como agente de salud familiar y de la comunidad en que ésta se halla inserta.

Finalmente, es posible destacar la importancia que adquiere para Trabajo Social, la ejecución de lineamientos asociados a la promoción en salud, ya que a partir de estos es posible incorporar la visión de Trabajo Social a otras áreas profesionales vinculadas al tema, provocando de esta forma, la necesaria interdisciplinariedad y la consiguiente riqueza en aprendizajes y destrezas profesionales derivadas de ésta.

III. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. Objetivo General

Identificar la presencia de factores obstaculizadores para el cumplimiento de la función de Autocuidado en Salud Reproductiva de la población residente en la Unidad Vecinal 134- Puerto.

2. Objetivos Específicos

1. Diagnosticar la calidad de la Salud Reproductiva de la población femenina residente en la Unidad Vecinal 134 - Puerto.
2. Identificar el tipo de conductas que desarrolla la población femenina residente en la Unidad Vecinal 134 - Puerto en relación al Autocuidado de su Salud Reproductiva.

3. Identificar el tipo de relación existente entre la población femenina residente en la Unidad Vecinal 134 - Puerto y el Nivel Primario de Atención en Salud.
4. Diagnosticar la calidad de los conocimientos que posee la población femenina residente en la Unidad Vecinal 134 - Puerto en relación a su Salud Reproductiva.

IV. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación realizada tiene un carácter *Descriptivo – Explicativo*¹³; es *Descriptiva* ya que pretende medir y evaluar las diferentes variables relacionadas con la Salud Reproductiva seleccionadas para efectos del estudio, lo que permitirá describir la calidad de Salud Reproductiva que esta población presenta. Si bien, este tipo de investigación requiere del manejo y conocimiento de la temática, es preciso señalar que aún cuando se realicen estudios permanentemente en el ámbito de la salud tendientes a la actualización de indicadores de morbi - mortalidad de la mujer, la problemática abordada en relación al manejo de información, percepción y realización de prácticas preventivas de Autocuidado de la Salud Reproductiva de la Mujer es un tema no abordado por las instituciones públicas a nivel regional ligadas al área de la salud, existiendo estudios al respecto realizados por O.N.G.s que abordan la temática, y que han trabajado en base a variables de interés relacionadas con el presente estudio. Por ende, el aporte de la presente investigación es de incalculable valor para la realización de propuestas y proyectos que tengan como base la información aquí contenida.

Por otra parte, la investigación tiene también un carácter *Explicativo*, ya que permite establecer relaciones entre las variables de Salud Reproductiva seleccionadas y estar en condiciones de decir por qué estas variables se encuentran relacionadas entre sí.

2. UNIDAD DE ANÁLISIS Y MUESTRA

Como Unidad de Análisis se consideró a todas las *Mujeres en situación de Riesgo Social y en edad reproductiva o fértil residentes en la Unidad Vecinal 134 Puerto, de la Comuna de Valparaíso*. Entendiendo que las mujeres edad reproductiva son aquellas que tienen entre 12 y 49 años de edad.

En este sentido, el estudio cuenta con un total de 495 mujeres¹⁴ que presentan las características anteriormente señaladas. A partir del Universo definido, se extrae una Muestra Probabilística, delimitada en base a la Selección Sistemática de Elementos Muestrales¹⁵ con un Error Muestral de 0,5%. La muestra corresponde a la población de mujeres a las cuales se les aplicó el instrumento de recolección de datos diseñado (Cuestionario).

Para la descripción de datos sociodemográficos no contemplados por el instrumento señalado anteriormente, se utilizó el Universo comprendido en la Base de Datos REDATAM PLUS, compuesto por un total de 253 familias residentes en la Unidad Vecinal 134 Puerto, Valparaíso.

3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

En la presente investigación, se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas, debido a las características de la unidad de análisis y de las variables analizadas. De esta forma, las técnicas empleadas en el estudio fueron:

¹³ Ver en Hernández Sampieri, Fernández Colado y Baptista Lucio. "Metodología de la investigación". Ed. Mc Graw Hill. 1996. Pg.60 – 67.

¹⁴ Fuente: Secretaría de Planificación Comunal (SECPLAC). "Distribución de la Población por Edad y Sexo según Unidad Vecinal". Valparaíso, 1999.

¹⁵ Ver en Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio. "Metodología ...". Op. Cit.nº1.

- Encuesta, aplicada a través del instrumento de recolección de datos Cuestionario (Ver Anexo Cuestionario de Salud Reproductiva de la Mujer).
- Entrevista Semiestructurada a Agentes claves de la Comunidad (Ver Anexo Pauta de Entrevista Semiestructurada).
- Entrevista Semiestructurada a Profesionales del Área Salud. (Ver Anexo Pauta de Entrevista Semiestructurada a Profesionales).
- Observación Estructurada.
- Entrevistas grupales.
- Análisis documental.

4. PLAN DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

- **Análisis Cuantitativo de la Información**

La información resultante de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, se registró en una Hoja de Cálculo del Programa Computacional Excel, así como también en el Programa Microsoft Word. La información se organizó y ordenó en función de las variables estudiadas, proceso que facilitó su sistematización. Así también, se utilizó la Base de Datos REDATAM PLUS con información sobre variables sociodemográficas de la Unidad Vecinal 134 Puerto, fuentes que fueron sometidas a similar proceso de análisis.

Para tal efecto, se utilizó nomenclatura de la Estadística Descriptiva que permitió realizar un análisis porcentual de los datos, obtención de promedios, así como también se realizó el cruce y correlación de variables a través de la fórmula chi – cuadrado, la que permitió elaborar un análisis relacional de la información.

La información se presenta a través de Gráficos de Barras y Circulares, y Cuadros de Doble Entrada que permitan una comprensión visual de la información.

- **Análisis Cualitativo de la información:**

Se utilizó para el registro de la información, mayoritariamente las *Crónicas de Campo*, instrumento que dio cuenta del proceso investigativo, como también se utilizó en las demás etapas del proceso metodológico, las que aportaron información que permitió complementar el diagnóstico.

Las entrevistas realizadas a profesionales del área de la salud, como también las realizadas a informantes claves de la comunidad, se registraron a través de *Grabaciones de Audio*, previa autorización de la persona entrevistada, permitiendo la obtención de la información en su totalidad y de manera fidedigna. Así también se utilizó el *Registro Fotográfico* de todo el proceso metodológico.

Una vez registrada la información, se realizó el *Análisis de Contenido* a partir de los discursos de las/os entrevistadas/os y de los registros aportados por las crónicas, así como también se extrajo *acotaciones* de éstos, para efectos de analizar las significaciones y evaluaciones realizadas por las personas en relación a las distintas variables investigadas.

*Diagnóstico
Social*

CAPÍTULO III

DIAGNÓSTICO SOCIAL

1. MARCO REFERENCIAL

I. SALUD REPRODUCTIVA

□ Antecedentes históricos del concepto

Al analizar los inicios de la reflexión en torno a la Salud Reproductiva -que en un principio consistía mas bien en un debate en torno al control de la natalidad- es necesario detenerse a revisar el carácter eminentemente político con el cual se ha tratado el tema en la esfera internacional.

De esta forma, después de la Segunda Guerra Mundial, se observan giros importantes que dan paso a una nueva etapa en el desarrollo de esta problemática. Así, el problema poblacional es considerado un elemento central en la política internacional especialmente la norteamericana, de modo que es el propio gobierno quien promueve la investigación y desarrollo de programas en esta área. Paralelamente se argumenta sobre la necesidad de control de la natalidad en vinculación con los problemas de hambre y miseria. Esto significa centrar el problema de control de la natalidad en los países subdesarrollados, con altos niveles de pobreza y tasas de natalidad.

En este contexto, el tema de los Derechos Reproductivos, incipientemente levantado por grupos feministas no son considerados y pierden fuerza. Por el contrario, la estrategia de disminuir la natalidad se centra en el control de la fertilidad de las mujeres, quienes pasan a ser objetos de los programas implementados.

Durante la década de los cincuenta y sesenta, se promueve políticas tendientes a disminuir el crecimiento demográfico y a mejorar los indicadores demográficos de subdesarrollo, incluyendo mortalidad y morbilidad materno-infantil. En este marco la estrategia privilegiada es introducir en los países subdesarrollados la llamada planificación familiar, es decir, el uso masivo de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres para disminuir el número de nacimientos, interviniendo directamente Estados Unidos en la difusión de políticas de planificación, llegando a condicionar la ayuda a los países subdesarrollados a la implementación de políticas de disminución de la natalidad.¹

Posteriormente, y a la luz de algunos hitos que ponen en el centro de la discusión internacional el tema de los Derechos de la Mujer, los cuales van orientando la cooperación internacional en esta materia, además de constituirse en arena de disputa y conversación entre los distintos actores vinculados al tema; se comienzan a definir líneas y prioridades en esta área, realizadas bajo ciertos consensos internacionales, de esta forma se reconoce básicamente el derecho de la mujer a la regulación de la fecundidad y consiguientemente, la legitimidad de los métodos anticonceptivos, constituyéndose de esta forma en la piedra angular de la posterior evolución del concepto de Salud Reproductiva.

Actualmente, el concepto de *Salud Reproductiva* se halla en pleno desarrollo, centrándose en la persona como sujeto activo en el ejercicio de sus derechos reproductivos, por medio de su participación en el logro de una mejor calidad de vida personal y familiar, definiéndose para ello como: “... *un estado general de bienestar físico, mental y social 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. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén*

¹ “Sexualidad y Reproducción. Hacia la construcción de derechos”. Teresa Valdés, Mirén Bustos.

legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos".²

□ **Salud Reproductiva desde la Perspectiva de Género**

Tal y como se desprende de la conceptualización de Salud Reproductiva; es imposible arribar a una lectura integral de ésta sin hacer referencia al enfoque de género, el cual cruza transversalmente la temática abordada.

De esta forma, en los diversos foros internacionales desarrollados en años recientes y en los cuales nuestro país ha tenido participación, se ha señalado la necesidad de ayudar a las mujeres en el desarrollo de sus diversos roles sociales - reproductora, cuidadora del hogar, agente productivo - con el menor impacto posible sobre su calidad de vida, puesto que un hecho por todos conocidos, es que la mujer en su calidad de principal responsable de la salud y la educación del grupo familiar, tiende a descuidar sus propias necesidades, con el consiguiente proceso de deterioro de su calidad de vida. Por otra parte, sobre la mujer, principal responsable de la reproducción biológica - la cual obviamente no puede delegar - recae la mayor parte de los problemas relacionados con el proceso reproductivo: complicaciones del embarazo y parto, aborto practicado en condiciones riesgosas, uso de métodos anticonceptivos, mayor vulnerabilidad ante infecciones del tracto reproductivo, en especial enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.³

Durante las últimas décadas se ha reconocido la importancia de concebir la salud general de la mujer desde una perspectiva de género, la cual parte del reconocimiento de que "en virtud de las diferencias biológicas inherentes a los sexos y, también, de los diferentes roles

CORSAPS- FLACSO. 1994.

² Revista Panamericana de Salud Pública. Volumen 4, N°3. Septiembre 1998.

³ Programa de Salud de la Mujer. MINSAL. 1999.

que mujeres y hombres tienden a desempeñar en la sociedad, existen necesidades y riesgos de salud que son exclusivos de uno de los sexos, o que se manifiestan diferenciadamente en cada uno, más allá de las relacionadas con la reproducción".⁴ La utilización de este enfoque como herramienta de análisis contribuye a enriquecer los marcos teóricos explicativos del proceso salud - enfermedad. De esta forma, se han descrito diferencias empíricas por género en varias dimensiones, alguna de las cuales son:

- Riesgos específicos ligados a actividades o tareas definidas como masculinas o femeninas.
- Diferencias en las percepciones de enfermedad.
- Conductas diferenciadas en relación a la búsqueda de atención.
- Grados de acceso y de control sobre recursos básicos para la protección de la familia, tanto a nivel intrafamiliar, como público (por ej: alimentos, trabajo remunerado, información, atención médica, seguridad social).
- Prioridades en la distribución de recursos públicos con destino a la provisión de medios y cuidados para la salud.

□ Rol de Género y Salud

La relación entre las condiciones de vida de la mujer vinculadas a su desempeño del rol de género y a su salud, han sido objeto de estudio y de trabajo permanentes por parte del movimiento feminista y de grupos alternativos de salud de la mujer. Desde la perspectiva de estos grupos se ha reconocido una etiología común que trasciende la individualidad y explica e implica, a la vez, "formas comunes de enfermar".

⁴ Programa...Ibid.

Al mismo tiempo se ha teorizado acerca del lugar desde el cual se realiza la construcción de la subjetividad femenina, destacándose el papel central que desempeña la maternidad como elemento de identificación de las mujeres. Estos grupos han trabajado, también, sobre las dificultades relacionadas con la autoestima, la autoafirmación y el manejo del cuerpo, y han interpretado situaciones críticas que, en materia de salud, afectan a la mujer, vinculándolas a circunstancias y procesos que tienen lugar dentro del transcurso vital.

Es así como los patrones de socialización diferenciados por sexo, a pesar del énfasis con que han sido cuestionados en los últimos tiempos, continúan siendo una realidad en Latinoamérica.

Los diferentes agentes de socialización (familia, escuela, medios de comunicación) y la sociedad en su conjunto, todavía aportan rígidas representaciones de lo que es "ser varón" y "ser mujer", las cuales van estructurando el rol de género desde el momento mismo de la concepción y llevan implícitos criterios francamente discriminatorios.

El conocimiento y el manejo corporal que se posibilita a niñas y varones está pautado por los mismos valores. De esta forma, la mayor permisividad conferida al varón en torno a la exploración de su anatomía, permite que éste se encuentre francamente familiarizado con el cuerpo. Por otra parte, el desconocimiento que las niñas tienen de su cuerpo y de sus genitales, y que continúa a lo largo de la vida, resulta alarmante. Las dificultades que presentan muchas mujeres adultas para realizar el autoexamen de las mamas, observar sus genitales o utilizar medios anticonceptivos que requieren la manipulación de los mismos, se originan, en muchos casos, en patrones educativos muy rígidos que adscriben al cuerpo zonas "aceptables", y zonas "prohibidas", innombrables e inexplorables. Acceder al autocuidado de la salud y al disfrute de la sexualidad requiere una apropiación y legitimación del cuerpo, para lo que es preciso superar aspectos ideológicos que desestiman el conocimiento del mismo y lo asocian con elementos de suciedad y pecado.

Por otra parte, la existencia de mitos, tabúes y prejuicios existentes en torno a la feminidad y la masculinidad ("La mujer, si no se casa y tiene hijos, es una persona frustrada", etc) influyen notablemente en la conformación de la autoimagen y repercuten en los distintos comportamientos relacionados con la salud.

De esta forma, muchas de estas características pautadas por el ejercicio del rol de género podrían influir en conductas de riesgo que generan morbilidad en la adolescencia.

La necesidad de demostrar la virilidad por medio de la intrepidez, la violencia y la fuerza física está, sin duda, en la base de la preponderancia de accidentes en los varones, que alcanza cifras alarmantes en el continente. También el embarazo en adolescentes, con los problemas que implica, particularmente para la madre, y las enfermedades de transmisión sexual, se deben a comportamientos de riesgo de jóvenes de ambos sexos en cuya génesis se encuentran estereotipos de género.

Teniendo en consideración este tipo de socialización preponderante y las repercusiones de ésta para con la salud reproductiva, tanto del hombre como de la mujer; es que se hace necesario centrar el tratamiento del tema en el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos expuestos a continuación.

□ **Derechos Sexuales y Reproductivos.**

En relación con el enfoque integral de salud (biosicosocial) y en consonancia con los tratados y acuerdos internacionales suscritos por nuestro país en torno a las orientaciones en materia de Salud de la Mujer (Ver Anexo Conferencias Internacionales), es que se torna indispensable la potenciación de las mujeres en función de alcanzar la equidad entre los géneros masculino y femenino, basado en una transformación en la condición social, política y jurídica de la mujer.

Esta transformación supone modificar los patrones de construcción social de mujeres y hombres y principalmente alentar la apropiación y el ejercicio de derechos por parte de las mujeres, asumiéndolos como Derechos Humanos. De éstos los Derechos Reproductivos y Sexuales, al facultar a las mujeres para decidir sobre sus propios cuerpos y sus vidas, las habilitan para una ciudadanía más plena y para un grado de bienestar que les permitan niveles superiores de realización humana.

De esta forma, los Derechos Reproductivos son inseparables de los Derechos Sexuales, ya que garantizan el libre ejercicio de la sexualidad y la soberanía en las decisiones individuales y de la pareja en relación a la reproducción. Por libre ejercicio de la sexualidad se entiende que este es informado, se realiza plenamente, incluida la dimensión erótica y asegura la integralidad, la vida y la salud de las parejas.

Ahora bien, los Derechos Sexuales incluyen el derecho de las personas a tener control sobre su sexualidad y a decidir libremente en materias relacionadas con ella. Significa tener derecho al placer sexual, al ejercicio de la sexualidad, a tomar decisiones sobre con quien, cuando y como disfrutar de su sexualidad, con pleno respeto por la integridad física, psíquica y moral, incluye el derecho a no sufrir discriminación por la orientación sexual.

Los *Derechos Sexuales y Reproductivos* incluyen⁵:

- Derecho a ejercer la sexualidad independiente de la reproducción.
- Derecho a vivir libremente la orientación sexual deseada, sin temor a sufrir discriminación, coacción ni violencia.
- Derecho a recibir educación sexual.
- Derecho a disfrutar de un adecuado nivel de salud sexual.
- Derecho a decidir libremente sobre la reproducción.

⁵ “Derechos humanos de las mujeres y las niñas”. Susana Chiarotti, Verónica Matus. Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. Argentina 1997.

- Derecho a métodos anticonceptivos seguros y eficaces;
- Derecho a servicios de calidad en salud sexual y reproductiva

El pleno ejercicio de los anteriores derechos, solo es posible mientras se fundamenten en la existencia de relaciones igualitarias entre hombres y mujeres. Lo anterior implica un necesario respeto por la integralidad física y psíquica de las personas, responsabilidad compartida en el comportamiento sexual y reproductivo de la pareja, consentimiento mutuo a través de la negociación sexual. Lograr que las mujeres puedan tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva libres de coerción y discriminación, es un aspecto clave en la apropiación de poder (empoderamiento) por parte de éstas; basado en el hecho que una persona que no toma decisiones sobre sí misma no está facultada para tomar decisiones en el ámbito público. Por esto se dice que los derechos reproductivos y sexuales son requisito para el ejercicio de los derechos ciudadanos.⁶

Por otra parte, contar con información sobre el propio cuerpo, la sexualidad, los procesos reproductivos, métodos anticonceptivos, sobre enfermedades de transmisión sexual (E.T.S), así como con los servicios de salud necesarios y de buena calidad, con el acceso a una amplia gama de anticonceptivos seguros, son factores fundamentales para el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

En relación a esto último, aún cuando a partir de los lineamientos diseñados por el Ministerio de Salud, el concepto de Salud Reproductiva se centra en las personas como "sujetos activos en el ejercicio de sus Derechos Reproductivos", según investigaciones recientemente realizadas⁷ el enfoque medicalista tradicional imperante aún en los servicios de salud, no incorpora totalmente la satisfacción de las necesidades y el ejercicio de los derechos de las mujeres usuarias; como resultado de esto, las experiencias que viven las mujeres en su relación con quienes proveen servicios de salud, son de insatisfacción de

⁶ "Salud de la mujer, calidad de la atención y género". María Isabel Matamala, Pilar Maynou. Ed. LOM. Chile, 1996.

necesidades y expectativas. Como consecuencia de lo anterior, existe el riesgo potencial de que la población femenina no asuma comportamientos favorables para su salud y para el ejercicio de sus derechos, en especial de sus Derechos Reproductivos, situación que actualmente explica por qué muchas mujeres deben enfrentar los riesgos de embarazos no deseados, abortos clandestinos y sufrir violencia y abuso sexual.

II. ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL EN SALUD

El concepto de salud, de acuerdo a la definición de la OMS, establece que la salud no hace referencia únicamente a aspectos físicos, sino que este concepto incluye también aspectos psicológicos y sociales: *salud como estado de bienestar físico, psíquico y social* (Breslow, 1972; Matarazzo, 1980).

A partir de esta concepción y en base a la reflexión realizada sobre las debilidades del modelo de salud implementado anteriormente en Chile, el que a pesar la eficacia demostrada en su contexto histórico, estuvo sustentado en una concepción biomédica de la salud, que se hizo insuficiente para dar cuenta de los presentes desafíos, se hizo necesario modificar la concepción de salud, desde una perspectiva biomédica más centrada en la enfermedad, hacia otra multicausal y biopsicosocial, centrada en la salud desde una perspectiva más amplia.

Para ello, se ha desarrollado el **Modelo Biopsicosocial**; en el cual se pretenden integrar los aspectos biológicos y psicológicos y resaltar la importancia del entorno social en la explicación de los procesos salud - enfermedad. Este modelo tiene su origen en la clínica y trata de integrar las diferentes posiciones respecto al comportamiento de los individuos que aparecen hasta la década de los ochenta. A juicio de algunos autores⁸ actualmente este

⁷ "Calidad de la atención en salud de las mujeres desde una perspectiva de género". María Isabel Mtamala. 1996.

⁸ Evaluación de Programas de Salud. Ma. Xesús Froján, José Santacreu. Ed. Síntesis. España 1996.

modelo se enmarca en la Teoría General de Sistemas, donde el individuo que sintetiza los aspectos biológicos y psicológicos es un elemento del macrosistema mayor en el que los aspectos ambientales y sobre todo, sociales (grupos, instituciones, normas culturales) tienen una gran importancia. (Schwartz, 1982).

En concordancia con este modelo, la intervención en salud desde el ámbito de la Promoción se refiere al “conjunto de la población perteneciente a un mismo ecosistema, en el cual el objetivo de la intervención es que los individuos permanezcan en salud y para ello se facilita la interacción entre ellos y su medio, modificando su comportamiento, dotándolo de habilidades de adaptación, modificando sus estilos de vida (tipo de alimentación, actividad física, etc) o modificando las características del ecosistema (control de aguas residuales, servicios comunitarios, etc.)”⁹. De esta forma, los problemas de salud deben ser comprendidos en forma multifactorial, debiendo considerarse para su entendimiento, variables no sólo de índole biológica, sino que de carácter psíquico, social, cultural y ambientales, por tanto, entender el tema de la salud desde una concepción biopsicosocial, la que “exige considerar la persona integralmente –concepción de salud integral- e inserta en su medio ecológico: familia, barrio, trabajo, escuela, medio ambiente. También exige considerarla a través de todo su ciclo vital, lo que significa adecuar la oferta asistencial de salud a las diferentes etapas de la vida”¹⁰.

A juicio de algunos especialistas, a pesar de las transformaciones ocurridas durante las últimas décadas en la aplicación del modelo imperante en salud, las cuales se han desarrollado a partir de la implementación de campañas de prevención de algunas enfermedades, involucrando en forma mas activa a la población en el campo de las enfermedades crónicas; aún no se ha logrado modificar la estructura institucional básica del modelo biomédico - tecnológico. Muy especialmente no ha tocado el centro del problema: la formación de los profesionales de la salud, en especial los médicos,

⁹ Evaluación de programas de salud.. Ibid.

¹⁰ “De consultorio a Centro de Salud”. MINSAL. 1993.

representando este uno de los mayores impedimentos para la implementación de un trabajo interdisciplinario en el ámbito de la salud pública.¹¹

A partir de lo anterior, uno de los grandes desafíos del sector salud, se expresa en los interrogantes relacionados con el modelo de atención de salud que requiere seguir profundizando el país en los próximos años; con las condiciones y estrategias necesarias para el cambio del enfoque; con los recorridos necesarios para contribuir a la creación de comunidades y ciudadanía informada que expresa demandas, actúa solidariamente y es capaz de ejercer un control sobre el sistema público de salud. Lo anterior permitirá que el conocimiento en torno a la salud, se amplíe y se diversifiquen las maneras de aproximarse a éste, emergiendo nuevos sectores y disciplinas calificados para adquirir y entregar conocimientos en salud, surgiendo entonces un campo tan vasto que requiere de la aplicación de estrategias basadas en el trabajo interdisciplinario. Es así como un aspecto fundamental relacionado con el enfoque biopsicosocial, dice relación con la *necesidad de establecer una conexión entre el estado de salud de la población y sus condiciones de vida, emergiendo como requisito indispensable la participación de ésta en los procesos de salud (promoción, prevención, recuperación)*.

De esta manera, al considerar la Salud Reproductiva desde una perspectiva biopsicosocial, es necesario contextualizarla en un *Enfoque de Salud Integral*, el cual requiere “entender la salud de la mujer tomando en cuenta una interconexión de factores que se relacionan con su ciclo vital, su estado físico, psicológico, su sexualidad, clase social, etnia, historia, su subjetividad, su socialización de género, su función reproductiva biológica, social y cultural, su trabajo, el medio ambiente; también considerando aspectos relacionados con su autoestima, la apropiación de conocimientos en salud y el ejercicio de derechos”.¹²

¹¹ “Salud y enfermedad, hacia un paradigma biosico social”. Gabriel Gyarmati. En Ciencias Sociales y Medicina. Lolas, Florenzano, Gyarmati, Trejo. Ed. Universitaria, 1992.

¹² “Calidad de la atención de los servicios de Salud Reproductiva”. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. El Cairo, 1994.

La salud así entendida, está íntimamente relacionada con lo que los individuos hacen, es decir, con el comportamiento. El comportamiento de los individuos y las respuestas del ecosistema constituyen la *interacción* del individuo como elemento en su sistema (Santacreu y Froján, 1994), es así como el comportamiento de la población se debe entender en un sentido amplio como *la actividad de un individuo en su contexto*, entendiendo que el comportamiento en general son las manifestaciones del organismo en su intento por adaptarse al ecosistema cambiante, el éxito de su adaptación sería medible en términos de salud.

En función de lo anterior, entenderemos la Salud Reproductiva de la mujer como un Ecosistema concreto mediante el cual se relacionan entre sí los diferentes aspectos constitutivos del enfoque biopsicosocial¹³ presentes en: el nivel de salud individual que muestra la población en un momento y contexto determinado (aspectos biológicos), la capacidad de esta población para hacer frente a los problemas de salud (aspectos psicológicos) y el grado en que los recursos sanitarios son accesibles a esta población (aspectos sociales).

El presente análisis se refiere a un Ecosistema con características especiales, conformado por población femenina en situación de pobreza. Para comenzar este análisis, se hará referencia a la disponibilidad y calidad de los Servicios de Salud; posteriormente se revisarán algunos criterios que dan cuenta del Tipo de Conductas desarrolladas por la población femenina en relación al Autocuidado de su salud, y finalmente se presenta un análisis de los Principales Problemas de Salud Reproductiva de la mujer desde un análisis biopsicosocial.

¹³ Esta disociación de ámbitos es realizada con fines analíticos, en función de arribar a una integración de los modelos citados.

III. ORIENTACIONES DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LA MUJER

Los diferentes gobiernos democráticos que se han sucedido en nuestro país a partir del año 1990, se han propuesto como tema de la mayor relevancia, superar la situación de discriminación de la mujer en todos los ámbitos. Esto, como resultado de las distintas conferencias y adscripciones a acuerdos internacionales que ha realizado el gobierno de Chile, dentro de las cuales se encuentran las anteriormente mencionadas. Es así, como se genera el Plan de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres (1994), el cual, tiene como responsable de su seguimiento y evaluación, al Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM).

Se plantean en este sentido, objetivos y medidas concretas para ser asumidas por los sectores competentes, entre ellas, el sector salud, en este ámbito se inscriben las transformaciones operadas dentro del Programa Materno y Perinatal implementado por décadas en nuestro país, el cual desde 1994 pasa a denominarse Programa de Salud de la Mujer, y está centrado en un enfoque biosicosocial de salud, este es implementado por el Servicio de Salud, a través del Nivel Primario de Atención en Salud, Consultorios y/o Centros de Salud:

“Las orientaciones en las cuales se basa dicho programa, dicen referencia a la consideración de que la mayoría de los problemas de salud de las mujeres son evitables, por ello las acciones deben ser preferentemente dirigidas hacia la **promoción y prevención de la salud**. Es, por lo tanto, necesario incorporar un enfoque integral que contemple todos los aspectos interrelacionados en materia de salud: información, promoción, prevención y atención médica; aspectos biomédicos, psicológicos y psicosociales y considerar todas las etapas del desarrollo de las personas y no sólo las ligadas a su función reproductiva. Debe, en consecuencia, distinguir grupos de mujeres expuestas a riesgos específicos de salud y que tienen necesidades variables según las diferentes condiciones de vida de los distintos sectores sociales a los que pertenecen y las distintas etapas de su ciclo de vida:

trabajadoras, campesinas, dueñas de casa, minorías étnicas, ancianas, embarazadas, adolescentes, jefas de hogar”¹⁴.

Por otra parte, el *Plan de Igualdad de Oportunidades*, establece objetivos concretos que tienen que ver con la promoción de la salud y con el mejoramiento de la calidad de la Salud Reproductiva de las mujeres, y en consecuencia, se ven de manifiesto en el Programa de Salud de la Mujer entre ellos:

- Mejorar el conocimiento sobre la situación de salud de las mujeres; promoviendo la investigación científica, mejorando los registros y vigilancia epidemiológica y seguimiento de las enfermedades de importancia para la salud reproductiva de las mujeres por su alta incidencia en la mortalidad de éstas, como son Cáncer Cérvico Uterino (CACU) y de Mamas, de vías biliares, enfermedades de transmisión sexual y Sida.
- Mejorar la calidad de la atención de salud de las mujeres, incorporando los factores biosociales en la programación, planificación y entrega de servicios.
- Mejorar el acceso a los servicios de atención en salud, manteniendo la perspectiva de un enfoque integral.
- Incorporar a la formación y perfeccionamiento de profesionales de la salud una perspectiva integral de la medicina, que considere las necesidades y problemas específicos de las mujeres de acuerdo a sus diferencias psicológicas, sociales, culturales y de edad.
- Impulsar programas de lucha contra el cáncer en la población femenina.
- Asegurar el derecho a una sexualidad libre de riesgos para la salud física y mental de las mujeres.
- Asegurar el ejercicio de los derechos reproductivos y el acceso a la libre decisión sobre el número y espaciamiento de los hijos.

¹⁴ “Plan de igualdad y oportunidades para las mujeres. 1994-2000”. SERNAM, Chile, 1994.

- Impulsar programas de prevención y tratamiento integral del embarazo en adolescentes.
- Mejorar la prevención de muerte y salud materna en los procesos perinatales.
- Impulsar cambios en los enfoques tradicionales de la atención en salud mental, incorporando el enfoque de género.
- Desarrollar programas de educación, prevención y atención especiales, focalizados en mujeres trabajadoras, que consideren sus condiciones específicas.

Como requisito indispensable para llevar acabo los objetivos que se plantean, se requiere que la población femenina asuma una participación activa en el cuidado de su salud. En este sentido, y especialmente al hablar del nivel primario de salud (APS) el énfasis estará puesto en el tema del autocuidado, el cual, se manifiesta en el tipo de conducta que asumen las mujeres en el plano de su propia salud.

IV. PROMOCIÓN DE LA SALUD

Antecedentes

Las diversas estrategias de promoción de la salud han sido objeto de secuenciales propuestas al respecto que comenzaron en el decenio de 1950, con la Reunión de Presidentes de Punta del Este, de la cual surgió un Plan de Salud para el decenio de 1960, que consideraba la salud como base y sujeto fundamental para lograr el desarrollo social.

Al finalizar el decenio de 1970, se efectuó la Reunión de Alma Ata, en la cual los países de América Latina reconocieron que las estrategias utilizadas en décadas anteriores no fueron adecuadas, ya que no se había logrado solucionar los problemas de salud prioritarios y los

recursos destinados para el área salud eran insuficientes y mal distribuidos. Es en este momento que surge el compromiso con la meta de “Salud para Todos en el año 2000”, reconociendo además que la estrategia pertinente para lograrla era la Atención Primaria en Salud (APS), estrategia que comenzó a operacionalizarse e implementarse a partir del año 1986.

En el año 1990, la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana da a conocer la necesidad de incorporar la Promoción de la Salud, fortaleciendo de esta manera los avances logrados con la estrategia de APS. La Promoción de la Salud es concebida como la estrategia dirigida a lograr un avance integral de salud y es definida en la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, realizada en Ottawa en 1986, como:

“proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla”¹⁵

En este sentido, cobra especial importancia el concepto de **Autocuidado**, puesto que puede ser considerado como el primer nivel de atención en salud y la base más amplia de la pirámide del sistema de salud. Si se mira el autocuidado desde esta perspectiva, se hace evidente que para lograr mejorar la salud de la población, no solo se requiere modificar los modelos de atención y los servicios de salud (accesibilidad, satisfacción de los usuarios), sino lograr que las propias personas, familias y comunidades mejoren sus conocimientos y destrezas para cuidar su propia salud y fomentar su capacidad de decisión para buscar ayuda profesional cuando ésta la requiera.

Entenderemos el Autocuidado de la Salud como “el acto propio de la persona, que sigue un patrón y una secuencia y que, cuando se lleva a cabo eficazmente contribuye en forma

específica a la integralidad estructural, al funcionamiento y al desarrollo de los seres humanos” (Orem, 1980).

En la última década el concepto de autocuidado ha surgido como una acción importante en las estrategias de prevención y promoción de salud, dado su potencial para influir positivamente sobre el estilo de vida de las personas. Es así que en nuestro país, los factores que han favorecido el desarrollo del autocuidado son: el cambio de la estructura de población; descontento de la población por una atención de salud sobreespecializada; formas tradicionales en las cuales las personas solucionan sus problemas de salud; reconocimiento de la asociación existente entre los estilos de vida y el riesgo de enfermar y morir y las políticas de salud con énfasis en Atención Primaria¹⁶.

A partir de lo anteriormente expuesto, se hace evidente que la Promoción de la Salud requiere del compromiso e interacción de los actores mencionados y de los diversos sectores (del ámbito público, privado y solidario), para lograr una acción realmente integral, con posibilidades de mejorar las condiciones de vida en los distintos aspectos. Como elementos centrales considera, por una parte, la participación de la comunidad afectada en el reconocimiento de sus problemas sentidos, en la toma de decisiones de las medidas y programas necesarios para enfrentarlos; y por otra parte, la intersectorialidad, es decir, el trabajo coordinado de instituciones representativas de distintos sectores sociales, a través de acciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud, aportando además bienestar y calidad de vida a la población. De esta manera reaparece el interés por las actividades educativas y preventivas, y también por el entorno social como elemento indispensable para lograr la equidad en salud.

¹⁵ Planificación local participativa. Metodologías para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe”. OPS-OMS. 1999.

¹⁶ Curso de enfermería para el autocuidado”. Módulo de estudio. Pontificia Universidad Católica de Chile. 1994.

La anterior definición y campos de acción que contempla la promoción, han sido ratificados y ampliados en las siguientes Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud: Adelaide 1988; Sundsvall 1991 y Jakarta 1997. En esta última Conferencia, Declaración de Jakarta, establece cinco prioridades para la Promoción de la Salud del siglo XXI:

- Promover la responsabilidad social por la salud
- Aumentar las inversiones en el desarrollo sanitario
- Consolidar y ampliar las asociaciones en pro de la salud
- Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo
- Consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud.

V. CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA

Desde un enfoque de atención en salud centrado en la perspectiva de género, una atención adecuada se define como " *aquella, que inscrita en el concepto de salud integral, resuelve el motivo de consulta tomando en cuenta la historia, el trabajo, la vida cotidiana y la subjetividad de quien demanda, potenciando su autoestima, su autonomía, la percepción y ejercicio de su dignidad y derechos.*"¹⁷

Pues bien, aún considerando los parámetros anteriormente descritos, la calidad de la atención es un concepto difícil de definir, por que los factores que en ella intervienen son muchos y están estrechamente relacionados. La evaluación de ellos involucra un componente subjetivo no cuantificable: la influencia de juicios valóricos y éticos, actitudes individuales y características propias de cada cultura y nivel socioeconómico. Además, el concepto de calidad de atención es dinámico y cambia con el tiempo. Consecuentemente,

¹⁷ "Mujer, Salud y Desarrollo...Ibid.

los patrones con los cuales se evalúa no son universales ni inmutables¹⁸. En la última década, diversos investigadores han trabajado en la identificación y definición de los principales elementos que determinan la calidad de la atención.

De esta forma, Judith Bruce (1989) identifica cinco elementos centrales en la calidad de la atención en salud, los cuales se centran en la atención entregada por los servicios de planificación familiar.

1. Elección libre e informada:

El servicio debe disponer de una amplia gama de métodos anticonceptivos para que las usuarias puedan escoger libremente el más adecuado para cada etapa de su vida reproductiva, según sus preferencias personales y su historia de vida. El personal de salud debe participar activamente en la toma de decisión de la usuaria, ofreciendo información completa e imparcial que le permita hacer una elección adecuada cuando desea iniciar o cambiar el método.

2. Información ofrecida a la usuaria:

Se requiere de una comunicación y un intercambio de información efectivo entre proveedor/a y usuaria. Este debería darse en un contexto de igualdad de poderes. Se debe informar a las mujeres cuáles son los métodos disponibles en el servicio y las características de cada uno (eficacia, modo de uso, efectos secundarios, duración), cómo y para qué se realizan los exámenes preventivos, conductas sexuales que predisponen a contraer enfermedades reproductivas, etc.

¹⁸ “Realidades y desafíos”. Reflexiones de mujeres que trabajan en Salud Reproductiva. Instituto Chileno de

3. Competencia técnica:

Lo anterior sólo es posible si los/as profesionales de la salud manejan conocimientos y técnicas correctas y actualizadas para todos los procedimientos clínicos (manejo de métodos anticonceptivos, control del embarazo, asistencia a parto, etc). la competencia técnica incluye la habilidad de escuchar y comunicarse en forma clara, y el uso de material educativo que permita asegurar que las clientas comprendan la información entregada. También es importante la actitud de preocupación por las necesidades de éstas.

4. Relaciones interpersonales usuaria - proveedor/a:

Las personas deberían sentirse bien en su relación con el personal que las atiende, confiando en su capacidad y disposición. Para lograrlo, los proveedores deben identificarse frente a las usuarias, tratar de establecer una adecuada comunicación, brindar una atención cálida, respetuosa e igualitaria, cuidar su privacidad; también se debe velar por la limpieza de la sala de atención, dedicando además el tiempo necesario a cada usuaria. Además, el servicio debe estar organizado de manera que facilite e influya positivamente en la relación usuaria/ proveedor/a; para ello debe considerar aspectos como dotación de personal, flujo de usuarias, tiempo de espera, horario de atención, supervisión y evaluación, etc. este es el elemento más difícil y subjetivo de evaluar; en él intervienen factores culturales y sociales, los valores y actitudes de los protagonistas, etc.

5. Oferta adecuada de servicios adicionales:

Es importante que las actividades estén en un contexto integral de atención de salud de la mujer, junto a atención de pre y post parto, sexualidad, prevención de ETS, etc. Un enfoque holístico e integrado de al salud de la mujer podría traducirse en una mayor eficiencia de los programas, y mayor satisfacción de las usuarias y proveedor/as.

Finalmente y de acuerdo a un estudio realizado sobre la percepción que tienen las mujeres respecto a la calidad de la atención¹⁹; en general su percepción de las relaciones interpersonales con el personal de salud es negativa, sosteniendo que el personal de salud “se considera como autoridad por el hecho de haber realizado estudios para retarlas o enojarse con ellas cuando les parece que han sido descuidadas”. Frente a esto se sienten maltratadas y se perciben como “ignorantes”.

Por otra parte, plantean que en los servicios de salud, especialmente en los consultorios, ellas son percibidas e identificadas como desocupadas u ociosas, creyéndolas con mucho tiempo para emplear en la sala de espera.

Al preguntárseles qué esperan de un buen servicio, sugieren parámetro tales como: recibir una atención humana, de calidad y oportuna, ser escuchadas y tratadas como personas y disminuir los tiempos de espera.

VI. TIPO DE CONDUCTAS DE LA POBLACIÓN FEMENINA EN RELACIÓN A SU SALUD

Las personas, en su vida diaria, actúan según la percepción que tienen de los acontecimientos y orientan sus conductas de acuerdo a la valoración que hacen de diversas situaciones y posibles consecuencias que de ellas podrían derivarse. Las enfermedades son elementos valorados negativamente y se espera que las personas realicen las conductas necesarias para evitarlas. Sin embargo, la realidad informa que muchas veces las personas conociendo que una determinada conducta predispone a una enfermedad, no realiza esfuerzos, o lo hace en forma insuficiente para cambiarla.

¹⁹ “Percepción de la Calidad de Atención en Salud en un grupo de Mujeres de Sectores Populares”. Santiago,

De esta forma, y a partir de la definición de Karl y Coob (1966) entenderemos como **Conducta en Salud**: “cualquier actividad desarrollada por una persona que se cree sana con el propósito de prevenir una enfermedad o detectarla en un estado asintomático”. A partir de la presente definición y de acuerdo a la realidad de nuestro país, las conductas de la población en el plano de la salud se clasifican en²⁰:

- **Conductas Favorables para el Autocuidado de la Salud**

Dentro de esta categoría se encuentran las conductas de tipo **Profiláctica** mediante las cuales la población mantiene controles de salud con la periodicidad adecuada, atendándose en los niveles de salud correspondientes (primario o secundario según el tipo de necesidad).

- **Conductas Desfavorables para el Autocuidado de la Salud**

Dentro de esta categoría es posible mencionar:

- **Conducta No Profiláctica**: la población demanda atención en salud posteriormente a la aparición de síntomas de enfermedad, no acudiendo a controles preventivos.
- **Conducta Policonsultante**: la población recurre a servicios de urgencia frente a cualquier indicio de enfermedad. Este tipo de conducta representa una dificultad para los servicios de urgencia, puesto que deben proveer atención a un número considerable de población que debería ser atendido en el Nivel Primario.
- **Actitud Pasiva**: población que no realiza ninguna acción que implique búsqueda de ayuda en forma preventiva o al presentarse problemas de salud.

- Actitud de **Automedicación**: recurriendo a fuentes informales (amigos, familiares, etc) o bien directamente a la farmacia para solucionar problemas de salud.

Ahora bien, de acuerdo a diversos estudios realizados en nuestro país, respecto al tipo de conducta desarrollada por la población femenina; aún cuando la conducta predominante en la población femenina al sentirse enferma es acudir a atención médica – en desmedro de la automedicación - en general, se observa una actitud de autopostergación de la mujer, lo que determina una conducta de tipo pasiva, con la cual solicita atención profesional sólo en aquellos casos en los cuales se presentan malestares imposibles de sobrellevar.

Lo anterior obedece a roles culturalmente asignados para la mujer, los que la señalan como principal cuidadora de la salud familiar, lo cual, en muchas oportunidades lo realiza en desmedro de su propia salud, por lo que el abandono de sus tareas cotidianas debido a necesidades propias, las tensiona y autoculpabiliza. De esta forma, las mujeres perciben que “nunca tienen tiempo para enfermarse”, es decir, no asumen el rol de enfermas mientras puedan seguir realizando sus labores habituales. En este sentido, se inscribe la tardía demanda de atención de los servicios de salud y la consiguiente inexistencia de acciones de prevención en salud ginecológica, entre otras.

Es en esta tolerancia donde se encuentra el mayor riesgo para su salud, puesto que los síntomas de problemas ginecológicos manifestados, pasan a convertirse en problemas femeninos normales, como parte del "sufrimiento" que siempre debe estar presente en la vida de una mujer. Esta concepción de salud vuelve a las mujeres muy dependientes del sistema médico, puesto que si estos síntomas pudieran ser advertidos por ellas mismas y tratados a tiempo, harían innecesaria la intervención de especialistas cuando el mal está más avanzado.

²⁰ Entrevista Secretaria Académica Escuela Obstetricia, Universidad de Valparaíso. Sra. Mariana Arancibia.

A esto se agrega la creencia de autopercepción de riesgo que desarrolla la población femenina, especialmente relacionada con patologías del sistema reproductivo (Cáncer Cervicouterino o Mamario; ETS - SIDA), y la consiguiente falta de adopción de medidas preventivas.

Por otra parte, en relación a la demanda de atención en salud, de acuerdo a las características del sistema de salud en nuestro país, la población femenina urbana ha sido socializada para tratar todos sus problemas de salud en los servicios estatales, y ha aprendido formas de relación con características de gran dependencia, esto genera una actitud de gran pasividad y de espera de instrucciones hacia los servicios. De esta forma, asumen al sistema de salud y a los profesionales que se desempeñan en él como representantes de un poder paternal, el cual puede retarlas, manipular su capacidad reproductiva y ante lo cual sólo les cabe someterse. Por esto, mientras atiendan su maternidad se adaptarán, pero una vez fuera de este proceso, evitarán relacionarse con estos servicios, a menos que surja una enfermedad que las imposibilite para trabajar.²¹

Es por esta razón, que a pesar que la población femenina tiene una continua relación con los centros de salud desde su primer embarazo hasta el término de la infancia de su último hijo, y de haber medicalizado completamente el embarazo y puerperio; sólo presta atención a su salud ginecológica en tanto ejercicio de su fecundidad, y no como parte de su bienestar general, de su “estar sana”. De esta forma, una de los principales problemas que enfrentan los servicios de salud, corresponde a la falta de adherencia de la población femenina en períodos no reproductivos a los programas de prevención de patologías gineco-obstétricas.²²

²¹ “ Apoyo a la prevención en salud y pesquisa precoz del Cáncer Cérvico Uterino y de Mamas” . Silvia Lamadrid en Mujer, Salud y Desarrollo. OPS-OMS-SERNAM, 1995.

En función de lo anterior, es posible concluir que los hábitos, costumbres, autovaloración y formas de relacionarse con los servicios de salud, se toman un obstáculo importante que impide que la población femenina desarrolle conductas favorables para el Autocuidado de su salud.

VI. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA EN LA MUJER EN SITUACIÓN DE RIESGO SOCIAL EN SALUD

A partir de la definición que plantea la O.P.S., la cual define Salud Reproductiva como:

“ un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos ”²³

Y en base al enfoque biopsicosocial en salud, se identificará, por una parte, la existencia de complicaciones en los principales eventos reproductivos de la mujer, y por otra las principales patologías gineco-obstétricas de la mujer.

El análisis se realizará en función de identificar las características de la población femenina en situación de riesgo social en salud. Estas dos grandes categorías comprenden los siguientes eventos:

Eventos Reproductivos

- Complicaciones del Embarazo
- Embarazo Adolescente no Deseado
- Anticoncepción
- Aborto

²² Entrevista Encargada Programa de la Mujer, SSVSA. Matrona Sra. María Cecilia Carrasco.

²³ Revista Panamericana de Salud. Ibid

Principales Patologías Gineco - Obstétricas en la Mujer:

- ETS y VIH/SIDA
- Morbilidad Gineco - Obstétrica:

1. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

DIMENSIÓN BIOLÓGICA:

El EMBARAZO es entendido como el: *“Estado de una mujer después de la concepción hasta el nacimiento del niño/a o parto”*.²⁴

La salud de las madres embarazadas es uno de los problemas más críticos de América Latina y el Caribe, al considerar las causas de la enfermedad y mortalidad de la mujer a lo largo de su vida, es necesario mencionar que además de ser susceptible a las dolencias que afectan tanto a mujeres y hombres de cualquier edad; las mujeres durante la etapa reproductiva sufren además de enfermedades y trastornos específicamente relacionados con el embarazo, parto y puerperio.

Estas tres etapas del proceso reproductivo, a pesar de ser un fenómeno natural, impone exigencias especiales al organismo de la mujer. De esta forma, influyen sobre los procesos que se presentan en este período factores biológicos intrínsecos a la mujer, tales como la edad; número de embarazos previos e intervalos entre embarazos; así como otras condiciones biológicas o psicológicas ajenas al embarazo.

De acuerdo a literatura especializada, algunos embarazos reciben la denominación de *Embarazos de Riesgo*, los cuales estarían estrechamente asociados a patrones tradicionales de formación de la familia que aún prevalecen en algunos países de América Latina, en

zonas rurales y barrios pobres especialmente, la maternidad se inicia tempranamente, usualmente en mujeres menores de 20 años y continúa casi hasta el final de su ciclo reproductivo. En función de lo anterior, y según parámetros ginecobstétricos²⁵, los embarazos denominados como de *Alto Riesgo (ARO)*, por cuanto ponen en riesgo la salud materna y del hijo, se clasifican de acuerdo a:

Edad y Salud de la Madre: Es factor determinante de la salud futura y supervivencia de la mujer, los riesgos de salud de la madre y el hijo se incrementan cuando:

- **Embarazo Precoz:** En mujeres menores de 18 años; cuando aún la muchacha está en etapa de crecimiento.
- **Mujeres con múltiples embarazos** antes de los 20 años: implican en general embarazos con riesgo mayor.
- **Embarazo Tardío:** En mujeres mayores de 35 años; cuando se inicia el envejecimiento de su sistema reproductivo.

Comúnmente el embarazo más seguro es aquel que se desarrolla en el lapso de tiempo que se extiende desde los 18 a los 35 años.

Espaciamiento del Embarazo y Salud de la Madre: Durante el embarazo la madre disminuye sus propios recursos biológicos y nutritivos a causa del crecimiento del feto.

- **Embarazos muy frecuentes:** Después de un nacimiento la mujer necesita tiempo para recuperar sus recursos y para prepararse para otro embarazo.

²⁴ "Ginecología". Alfredo Pérez Sánchez. Ed. Mediterráneo, 1995.

²⁵ "Salud materna. Un perenne desafío". OPS. 1991.

Paridad y Salud de la Madre:

- **Embarazo en demasía:** Mujeres multíparas tienen más altas tasas de morbi-mortalidad materna, sus hijos corren el riesgo de pérdida fetal, mortalidad perinatal y mortalidad infantil.

Embarazo no Deseado: La importancia de este tipo de embarazo radica en que conlleva a falta de cuidados de la madre y el hijo, conduciendo en algunos casos a un aborto provocado y posterior mortalidad materna a causa de malas condiciones higiénicas en las cuales es realizado.

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA DEL EMBARAZO:

El embarazo presenta un ciclo con 3 estadios trimestrales²⁶, en cada uno de ellos la mujer tiene una serie de tareas que cumplir:

1. Aceptar el embarazo y aceptar el cambio corporal que implica el embarazo.
2. Individuación del bebé.
3. Externalización del bebé.

En el desarrollo de la primera tarea evolutiva, se requiere que la madre asuma su estado, lo cual es conflictivo, especialmente en el caso de que sea un embarazo no deseado, donde la mujer presenta actitudes de negación y rechazo del evento, con los consiguientes riesgos que esto conlleva para ella y su hijo/a. Además, requiere la aceptación de las consecuencias de tipo fisiológico que implica un embarazo; para su logro la madre debe alcanzar un estado de bienestar psicosocial que le permita asumir positivamente los cambios ocurridos en su cuerpo.

Durante la segunda etapa, la mujer debe ser capaz de aceptar al hijo/a que concibe y que está en desarrollo como un ser individual, con características propias, independiente de ella.

La tercera tarea evolutiva requiere del previo cumplimiento de la anterior fase, que permite a la mujer entender y prepararse para el nacimiento de su hijo/a. Esta tarea es la más compleja, ya que necesita que la mujer primero acepte al bebé en gestación, y posteriormente acepte que éste salga al exterior.

DIMENSION SOCIAL DEL EMBARAZO:

Durante el proceso reproductivo, las madres necesitan cuidados especiales, a los cuales no siempre tienen acceso, en este sentido cobran especial importancia las prácticas de autocuidado desarrolladas por la mujer embarazada, las cuales en términos generales se refieren a²⁷:

- Mantención de hábitos de comportamiento saludables (no consumo de alcohol, drogas, cigarrillo)
- Controles y exámenes médicos pertinentes
- Alimentación equilibrada
- Estado emocional adecuado
- Medio ambiente saludable

Sin embargo, las mujeres que se encuentran en situación de riesgo social no siempre tienen acceso a realizar estas prácticas adecuadamente; ya sea por que el nivel de ingresos familiares es insuficiente - principalmente en aquellos casos en que existe una gran

²⁶ Entrevista Matrón Consultorio del Adolescente, SSVSA. Sr. Juan Baeza.

cantidad de hijos/as que necesitan de estos exiguos ingresos para cubrir necesidades básicas- o por el tipo de socialización a la que está expuesta la mujer, la cual determina una constante actitud de autopostergación en lo referente a sus necesidades, priorizando el cuidado de su grupo familiar por sobre el cuidado propio.

La morbilidad y mortalidad maternas, son problemas que afectan no sólo a la mujer o a la familia en particular, sino a toda la comunidad. Las consecuencias en el plano económico son más serias en los casos de familias pobres con numerosos hijos/as; especialmente cuando las madres, además de las tareas domésticas, contribuye en forma significativa o única al sustento familiar (jefas de hogar). En muchas de estas familias, las madres tienen la responsabilidad del mantenimiento de sus hijos/as, especialmente en zonas rurales donde los hombres emigran a centros urbanos en busca de trabajo.

Por otra parte, en relación a la mujer que se desempeña laboralmente, existen diferencias salariales, segregación laboral y grado de pobreza (indicadores), en desventaja con respecto a la población masculina. De esta manera, muchas industrias contratan solamente a mujeres solteras sin hijos, las despiden cuando se embarazan, exigen una prueba (test) de que no se

encuentran embarazadas como requisito de su contratación; usando como excusa la menor productividad debido a ausencias al trabajo por razones del embarazo. Por otra parte, muchas de ellas, que trabajan en el mercado informal no pueden hacer reposo prenatal a riesgo de no obtener ningún ingreso, razón por la cual postergan su reposo hasta etapas avanzadas de su embarazo, con el aumento consiguiente de los riesgos para su salud y la de su hijo/a.

Universidad de Valparaíso
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BIBLIOTECA

²⁷ Entrevista Secretaria Académica Escuela Enfermería y Obstetricia, Universidad de Valparaíso, Matrona

En relación a la atención en salud para la mujer embarazada y de acuerdo a normativas ministeriales vigentes en nuestro país, corresponde al equipo de salud de cada Consultorio realizar una evaluación de las gestantes durante la atención perinatal, en la cual es importante incluir además de factores de tipo biológicos, elementos de la realidad social y psicológica de cada mujer, identificando así la presencia de factores de riesgo biopsicosociales, en función de ayudar a hacer frente a la experiencia de maternidad a la gestante y a su grupo familiar²⁸.

Sra. Mariana Arancibia.

²⁸ Entrevista Encargada Programa de la Mujer, SSVSA. Matrona Sra. María Cecilia Carrasco.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN LA DIMENSIÓN BIOLÓGICA	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN LA DIMENSIÓN PSICOLÓGICA	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN LA DIMENSIÓN SOCIAL
<p>Con relación al espaciamiento de los embarazos, las gestaciones muy seguidas exponen a la mujer al peligro de que se reduzcan sus depósitos de hierro y otros nutrientes; generando un déficit permanente en su organismo. Así también, los embarazos en demasía provocan peligros de hemorragia, anemia, diabetes, ruptura del útero, en la mujer; los hijos corren el riesgo de pérdida fetal y mortalidad infantil durante la niñez temprana.</p> <p>Por otra parte, las principales complicaciones relacionadas con embarazos precoces o tardíos son: pérdida del feto, ruptura del útero, enfermedades del cuello uterino y altas tasas de morbi-mortalidad materna; asimismo, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas y mortalidad infantil en el hijo.</p> <p>En cuanto al embarazo no deseado, las complicaciones se refieren a que este tipo de embarazo representa la principal causa de conducción a un aborto provocado, y la consiguiente riesgo de mortalidad materna, especialmente en mujeres en situación de riesgo social, debido a las deficientes condiciones higiénicas con las cuales son practicados; provocando sepsis y hemorragia por aborto inducido sin la debida intervención médica.</p> <p>Otros tipos de consecuencias negativas dicen relación con la potencial mortalidad materna derivada de hemorragias, infecciones, toxemia, aborto (en Chile más del 35%) y parto obstruido (casos más frecuentes en países en desarrollo) o por causas obstétricas indirectas: hepatitis infecciosa, hipertensión, anemias, diabetes mellitus; asimismo se encuentra el nacimiento de hijos/as con defectos o malformaciones congénitos por exposición de mujeres embarazadas a ciertos agentes físicos (radiaciones, plaguicidas, pesticidas).</p>	<p>Muchas veces, en lugar de ser el embarazo una experiencia gratificante y con un profundo sentido de realización personal tanto para la mujer como para su pareja si es que la tiene, puede convertirse en una fuente de estrés, que puede traer consecuencias negativas para la madre y el hijo/a, las cuales según el autor T.T. Holmes (1967), estarían vinculadas a: Fallecimiento del conyuge, divorcio, separación marital, encarcelamiento de la mujer o su pareja, fallecimiento de familiar cercano o cambio de situación económica.</p> <p>Por otra parte, la negación del embarazo por parte de la mujer embarazada por un período de tiempo que oscilaría entre el primer y segundo trimestre de embarazo, puede provocar desde una demanda tardía de atención perinatal, hasta un posible aborto provocado, ante el cual se exponen a riesgos biopsicosociales tanto la madre como el hijo/a.</p> <p>Además se presentan dificultades en algunas mujeres embarazadas, especialmente las más jóvenes para aceptar los cambios corporales emanados de un estado de embarazo, recurriendo a mecanismos de enmascaramiento para ocultar su estado (lajas), lo que posteriormente implica serias consecuencias psicológicas desde el momento del embarazo hasta después del parto (depresión post parto).</p>	<p>En relación a la mantención de hábitos saludables, algunos hábitos de las mujeres embarazadas como el consumo de tabaco provoca una mayor incidencia de niños prematuros y con bajo peso al nacer; mayor tendencia a abortos espontáneos, complicaciones del embarazo y parto, y complicaciones placentarias. El consumo de alcohol, provoca una mayor incidencia a malformaciones congénitas del recién nacido, además de provocar complicaciones durante el embarazo, este tipo de hábitos contribuye a desintegración familiar y favorece el deseuído y maltrato de los niños/as por sus madres. Asimismo, la tendencia a automedicación de parte de las mujeres embarazadas sin previa prescripción médica; exponen al feto a alteraciones del sistema nervioso central; ej: Esteptomicida-sordera; salicatos como aspirinas-L.emangia en recién nacidos; diazepam-defectos congénitos; sulfonamidas-problemas hepáticos (Ginecología. Op. Citada)</p> <p>Las mujeres embarazadas en situación de pobreza, debido a que muchas veces deben trabajar (subempleadas, trabajos que requieren fuerza física, comercio ambulante y otros), no cuentan con la alimentación adecuada, de esta forma, la presencia de anemia nutricional es 20 veces más frecuente en mujeres que en hombres. La anemia en embarazadas por carencia de hierro requiere de atención especial, por los problemas que produce y porque aumentan las posibilidades de complicaciones durante el embarazo y parto.</p> <p>Así también las mujeres en situación de riesgo social, muchas veces son víctimas de violencia verbal, física o psicológica, además de vivir en un ambiente deprivado y sin la estimulación necesaria, no cuenta con las condiciones para recibir cuidados prenatales adecuados, lo que repercute negativamente en su embarazo. En cuanto al cumplimiento por parte de la familia de la función de apoyo, se manifiesta una ausencia de apoyo familiar en relación a la disponibilidad de recursos, apoyo emocional y psicológico a la gestante, relaciones familiares deterioradas, situaciones que conllevan consecuencias psicosociales negativas para la mujer embarazada.</p> <p>El medio ambiente en que vive y se desenvuelve cotidianamente la mujer embarazada en riesgo social, se relaciona con la vivienda y su entorno, los cuales no presentan las condiciones necesarias para la llegada del hijo/a (vacunamiento, promiscuidad). Por otra parte se considera un riesgo la exposición a infecciones y enfermedades y la falta de saneamiento básico.</p>

2. EMBARAZO ADOLESCENTE NO DESEADO

DIMENSIÓN BIOLÓGICA

El EMBARAZO ADOLESCENTE NO DESEADO entendido como *“aquel que se produce entre los 15 y 19 año de edad, en jóvenes, que no buscan ni quieren experimentar el proceso”*²⁹, es definido actualmente en nuestro país como un problema social.

Hasta hace algunos años, el hecho de embarazarse a edades tempranas era considerado socialmente “normal” e incluso deseable. Hoy día, aunque lo sigue siendo bajo determinadas circunstancias, la perspectiva acerca de este fenómeno ha cambiado.

Aún existiendo una minoría de adolescentes que busca activamente quedar embarazada, en la mayor parte existe una marcada resistencia ante el embarazo. De esta forma, la preocupación por el embarazo y la maternidad adolescentes, sobre todo en aquellos casos en que constituyen hechos no deseados, se origina en el impacto que éste puede provocar especialmente en la madre y el niño/a. La maternidad/paternidad a una edad temprana, sobre todo cuando se trata de un embarazo no deseado y afecta a adolescentes de estratos socioeconómicos más desfavorecidos, limita las posibilidades de desarrollo psicosocial integral tanto de los adolescentes mujeres como varones, especialmente las primeras.

En el plano biológico, no todo embarazo adolescente constituye un problema, las madres de 18 y 19 años están en la cumbre de sus años reproductivos, y por lo general han terminado su ciclo de enseñanza formal, han llegado a la mayoría de edad y por lo tanto no representan problema.

Sin embargo, el embarazo adolescente (aún el planificado) es más peligroso mientras menos edad tiene la madre. Estudios realizados al respecto, demuestran que las jóvenes

menores de 17 años corren un riesgo mayor de complicaciones obstétricas y están más expuestas a la mortalidad durante el embarazo y parto que las mujeres de 20 y más años (Monroy, Anameli. 1996). Los riesgos son mayores en las adolescentes pobres y generalmente desnutridas, que rara vez acuden a servicios de atención prenatal.

En nuestro país, el 15% de los nacimientos de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) corresponden a adolescentes. Dentro de este grupo, las adolescentes que tienen entre 18 y 19 años aportan con un 56% total de los nacimientos. Por su parte, según la edad del padre, un 4,5% de los nacimientos totales provienen de hombres adolescentes entre 15 y 19 años.. Finalmente, según censo de 1992, la maternidad adolescente afecta aproximadamente a un 12% de las jóvenes. En otras palabras, doce de cada cien mujeres entre 15 y 19 años son madres en nuestro país.

En términos de comportamiento reproductivo, un 12% de las madres adolescentes repiten el embarazo aún estando en esta etapa de vida. Al iniciar su ciclo reproductivo en forma temprana, existe una mayor posibilidad que tengan un mayor número de hijos.³⁰

El embarazo no deseado y sus efectos probables llevan finalmente a muchas adolescentes a someterse al aborto, una práctica ilegal en nuestro país y en la mayoría de los países de América Latina. Las adolescentes que deciden abortar, lo hacen generalmente en una etapa avanzada del embarazo, en situaciones inadecuadas y practicado por personas no adiestradas que no cumplen con los requisitos higiénicos y de seguridad mínimos para realizar un aborto adecuadamente.

²⁹ Tercer Informe de Avance Propuesta de Política Pública para Prevención de Embarazo en Adolescentes. Centro de Análisis de Políticas Públicas. Universidad de Chile. Junio 2000.

³⁰ Tercer Informe...Ibid.

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA:

La adolescente embarazada vive circunstancias biopsicosociales difíciles, lo que influye en gran medida en su estado anímico. El verse enfrentada a una sobrecarga emocional debido a que debe conciliar dos etapas de su vida: su propia adolescencia y las demandas emanadas de la maternidad a una edad que aún no tiene madurez psíquica, emocional ni biológica.

La primera crisis de la adolescente embarazada comienza al darse cuenta del embarazo, al obligarse a enfrentar esta situación en condiciones anormales. En primer lugar, el temor a la reacción familiar la hace mantener en secreto su embarazo y la inminencia de que éste se haga notorio, le produce una angustia cada vez mayor. Este estado emocional no le permite pensar con claridad ni tomar decisiones en forma objetiva.

De esta forma, al confirmar un embarazo no deseado, se presenta una alta tasa de desórdenes emocionales, los que pueden ir desde una “negación patológica” del embarazo, hasta la realización de un aborto provocado y sus consiguientes riesgos, tales como atención médica tardía y/o aborto practicado en condiciones riesgosas para la salud y la vida de la adolescente.

El embarazo adolescente generalmente no es planificado ni esperado, lo que precipita a la adolescente y a su pareja a situaciones de conflicto que en la mayoría de los casos determina el quiebre de la relación. En nuestro país, un 77%³¹ de los niños/as de madres entre 15 y 19 años, nacen de adolescentes solteras, lo que puede generar un mayor riesgo psicológico para la salud del niño y de la madre.

³¹ Según datos de las Estadísticas Vitales de Nacimientos 1996, 1997 y 1998.

DIMENSIÓN SOCIAL

El embarazo a cualquier edad es un proceso de gran importancia, especialmente para mujeres adolescentes, quienes deben hacer frente a esta etapa frecuentemente en condiciones adversas, especialmente en el caso de las adolescentes en situación de riesgo social. Estas condiciones repercuten directamente en la madre y el niño, como también en el padre y la familia de ambos. Así, una adolescente con un embarazo no deseado, además de dañar su estado emocional, daña su salud (especialmente menores de 17 años), se ve limitada en sus oportunidades educacionales y en muchos casos corre el riesgo de ser rechazada por parte de sus padres y su grupo social.

De esta forma, debido a la responsabilidad que conlleva la maternidad y subsiguiente crianza del hijo/a, la madre con frecuencia compromete su salud, sus oportunidades de educación y su situación económica. Es así como según encuesta CASEN -1998, alrededor de un 8% de las mujeres adolescentes entre 15 y 19 años de edad que no asiste a un establecimiento escolar, alude como razón la maternidad o el embarazo. El abandono escolar, al interferir con las opciones de educación, capacitación y desarrollo de las adolescentes, especialmente la de los sectores más pobres, dificulta la salida de ellas, de sus hijos/as y sus familias del denominado círculo de la pobreza.³²

La situación que vive la adolescente que se embaraza, en la mayoría de los casos es desigual en comparación al hombre o pareja adolescente, ya que éste no afronta directamente las responsabilidades que sobre la mujer recaen, ya sea crianza, educación, mantención del hijo/a, etc, no asumiendo o compartiendo las responsabilidades que le caben frente al proceso. Además esta situación se encuentra reforzada por patrones culturales que atribuyen a la mujer toda la responsabilidad en la reproducción y crianza de los hijos/as.

En otro sentido, la sociedad emite mensajes contradictorios respecto al sexo, por una parte, es celebrado y por otra condenado, ya que a través de los medios de difusión (televisión, cine, diarios, revistas, radios) se insta a los/as jóvenes a iniciarse sexualmente en forma precoz, con un vacío tremendo de información y educación sexual, y luego, ante las consecuencias de esto -como lo es el embarazo no deseado- socialmente se critica y sancionada moralmente a la/el adolescente.

En cuanto a la información que manejan las/os adolescentes respecto a educación sexual, planificación familiar y métodos anticonceptivos, ésta generalmente es adquirida a través de vías informales (grupo de pares, revistas, etc), manejando la mayoría de las veces información errónea, lo que aumenta las probabilidades de que ocurra un embarazo adolescente. En este sentido, el déficit proviene de dos fuentes, por una parte, la escasa comunicación familiar que impide la entrega de orientaciones por parte de ésta hacia la joven, situación que se ve acentuada en las familias pobres; y por otra parte, del sistema de educación formal, que no cuenta con programas educativos en los niveles básicos respecto a esta temática.

Los efectos en cadena del embarazo adolescente no deseado repercuten sobre los hijos/as, los padres y eventualmente sobre el bienestar social y económico del país. Es así como los padres de la/el adolescente tienen que brindar con frecuencia ayuda económica a la/el hija/o de ésta/e. Los hijos/as de las adolescentes a su vez, corren mayor riesgo de salud deficiente, de pobreza, de abuso y sólo alcanzan niveles básicos de educación.

Por otra parte, en materia de demanda de atención en salud por parte de la adolescente, la actitud de negación ante un embarazo no deseado, implica una demora en la demanda, con los consiguientes riesgos para su salud y la de su hijo/a.

³² Tercer Informe...Ibid.

Ahora bien, en relación a la atención que ésta recibe de parte de los servicios de salud, en general la actitud de los servicios de obstetricia hacia una adolescente embarazada es punitiva, careciendo del necesario apoyo psicológico y/o emocional.³³

En nuestro país entre las acciones desarrolladas en el ámbito de la salud el Programa de Salud del Adolescente fue diseñado en 1994 como uno de los programas de salud pública, cuyo propósito es contribuir a la integración del/la joven a la sociedad, favoreciendo el pleno desarrollo de su potencial biopsicosocial, siendo sus ejes fundamentales las actividades orientadas a la Salud Sexual y Reproductiva (prevención de embarazo adolescente y E.T.S) y la Salud Mental. En el caso puntual del Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio, existe un Consultorio del Adolescente, especializado en atención de estas problemáticas, el cual cuenta con un equipo biopsicosocial de apoyo, además de la implementación de acciones en el ámbito de la promoción y prevención.

³³ “Adolescente embarazada”. Programa de Apoyo Emocional. María Eugenia Fuentes, Lucía Lobos. Ed.

CONSECUENCIAS BIOLÓGICAS NEGATIVAS DERIVADAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE	CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS NEGATIVAS DERIVADAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE:	CONSECUENCIAS SOCIALES NEGATIVAS DERIVADAS DE UN EMBARAZO ADOLESCENTE
<p>El embarazo de una adolescente menor de 17 años, conlleva un elevado riesgo potencial de mortalidad materna, especialmente en la población femenina con deficientes condiciones de salud, nutricionales y socioeconómicas. Además de una mayor frecuencia en la presencia de complicaciones del embarazo y parto que en la población femenina adulta.</p> <p>La tendencia de las jóvenes a negar el embarazo (no asumir o creer que están embarazadas) conlleva la posibilidad de que se practiquen un aborto en una etapa avanzada del embarazo; ya que no se controlan (atención perinatal) por vergüenza o desconocimiento, y lo que finalmente redunda en la demanda tardía de atención médica.</p> <p>En relación a la edad de la madre, el riesgo de mortalidad materna es inversamente proporcional a la edad de la adolescente, de esta forma se indica que en la mujer joven (menor de 17 años) y primogénitas, tanto en países desarrollados como en desarrollo, es más común la enfermedad hipertensiva del embarazo.</p> <p>La juventud de la madre también conlleva consecuencias negativas que se manifiestan al momento del parto, ya que se puede producir una obstrucción debido a que la pelvis de la mujer joven es más estrecha para resistir el paso de la cabeza del niño/a.</p> <p>No sólo las consecuencias biológicas y/o físicas negativas afectan a la madre adolescente, sino también el hijo/a se encuentra expuesto a sufrir efectos o consecuencias negativas. En caso de nacimiento del hijo/a, éste generalmente es prematuro y presenta baja altura y peso al nacer, morbilidad perinatal y potencial mortalidad infantil. Además si el hijo/a no es deseado, los recursos económicos escasos aumentan la posibilidad de problemas neurológicos, síndrome de atención deficiente, hiperactividad, abuso físico y emocional (Munitz - Silver, 1996).</p>	<p>Frecuentemente la adolescente embarazada sufre de depresión, problemas de aislamiento, negando en algunos casos la presencia y consiguiente responsabilidad del padre. Esta situación muchas veces acentuada por la negación de la pareja de la joven respecto a la paternidad del hijo/a, posterior rechazo y muchas veces alejamiento de parte de éste, visualizándose sola ante el problema.</p> <p>Conflictos intrapsíquicos que acentúan cambios de comportamiento en las adolescentes embarazadas, los cuales van desde el deseo de ser objeto de amor materno, deseo de ser madre y el deseo de tener la posibilidad de revivir el pasado en forma distinta.</p> <p>Por otra parte, la adolescente se encuentra tan preocupada de sus propias necesidades, que se le dificulta percibir la maternidad y las responsabilidades que conlleva ésta de manera adecuada.</p> <p>Durante la adolescencia el cumplimiento de las tareas evolutivas emanadas del embarazo, se hace más crítico. La aceptación del cambio físico representa uno de los problemas más importantes, así también como la individuación del bebé es conflictiva, por considerar a éste como una parte de ella, un "tumor" dentro de su cuerpo; y después de lograr que la adolescente acepte la individuación, se hace muy difícil que ésta acepte la externalización que implica la separación de su bebé.</p> <p>Por último, en caso de verse la adolescente sin otra alternativa que recurrir al aborto, éste conlleva una serie de consecuencias biológicas, psicológicas y sociales para la joven.</p>	<p>La adolescente que se embaraza -especialmente la que se encuentra en situación de riesgo social- ve limitada sus oportunidades educacionales y laborales futuras, ya que debe abandonar tempranamente el proyecto de vida que se había establecido.</p> <p>En muchos casos la adolescente debe asumir sola, sin su pareja o padre de su hijo/a, la maternidad, crianza y mantención de éste/a.</p> <p>Demanda y acceso tardío de la adolescente a los sistemas de salud, generan un riesgo potencial tanto como para la madre como para el bebé, lo que se acentúa si la joven es menor de 17 años.</p> <p>La familia de la adolescente embarazada que apoya a ésta y/o se hace responsable por el mantenimiento del hijo/a, sufre directamente los efectos económicos y psicosociales que implican el embarazo, nacimiento y crianza de éste.</p> <p>En la mayoría de los casos la adolescente tiene dificultades para disponer de un nivel de ingresos adecuados que le permitan satisfacer necesidades básicas propias y del hijo/a, por lo que recurre a su familia, pareja y/o red de apoyo más cercana.</p> <p>Dificultad para que el padre adolescente asuma su paternidad debido a los conflictos que conlleva el abandono de sus proyectos de vida.</p> <p>Cuando la pareja de la adolescente se hace responsable, la familia del padre adolescente experimenta cambios en la dinámica familiar y en la situación económica al asumir costos psicosociales de un embarazo no planificado.</p>

3. ABORTO

DIMENSIÓN BIOLÓGICA

El ABORTO se entiende como: “*Interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal, esto es alrededor de las 20 semanas de gestación*”.³⁴

Este se clasifica en³⁵:

- **Aborto Espontáneo:** es aquel ocurrido por causas naturales.
- **Aborto Inducido o Provocado:** es aquel provocado intencionalmente. Este tipo de aborto puede ser practicado con fines terapéuticos o por decisión de la mujer.

Para efectos de nuestro estudio nos centraremos en el tipo de Aborto Provocado por razones no terapéuticas, ya que éste se presenta como una importante problemática en el ámbito de la salud pública de nuestro país, por otra parte conlleva para la mujer graves consecuencias físicas, psicológicas y sociales.

En América Latina no se ha encontrado una manera eficaz de estimar la incidencia del aborto provocado por razones no terapéuticas, ya que en la casi totalidad de los países, incluyendo a Chile, el aborto es una práctica ilegal y por tanto, penada por la ley. Aunque los registros hospitalarios de los servicios de salud públicos indican el número de mujeres admitidas para el tratamiento de complicaciones originadas por el aborto - generalmente mujeres de condición socioeconómica baja que han sido intervenidas por personas no capacitadas y en condiciones sanitarias deficientes - las estimaciones realizadas no abarcan la proporción de mujeres que no requieren hospitalización después de abortar.

Universitaria. 1995.

³⁴ “Salud reproductiva en las Américas”. OPS-OMS. Ed. López, Yunes, Solis, Onram. 1992.

³⁵ “Salud Reproductiva en las Américas”. OPS. 1995.

Ahora bien, a pesar de la imprecisión de los datos, no hay duda de que el aborto ilegal se asocia con las tasas más altas de mortalidad y morbilidad en las mujeres, especialmente cuando es practicado en condiciones carentes de seguridad, como las anteriormente descritas.

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA:

Los costos psicológicos y emocionales comprometidos para la mujer que recurre a un aborto, son difíciles de evaluar, puesto que los estudios clínicos realizados no consideran a las mujeres que no buscan atención terapéutica después del aborto, y por otra parte, debido a la falta de un seguimiento adecuado de las mujeres que ingresan a los registros hospitalarios por complicaciones del aborto.

Aún cuando debe considerarse la influencia cultural, religiosa y social arraigada por los procesos de socialización en la mujer, en general, la decisión de terminar un embarazo no es fácil, ni está totalmente libre de remordimientos, derivando en problemas psicológicos para la mujer, su familia y la sociedad. En el caso de la mayoría de las mujeres, se llega a la decisión de abortar sólo tras un período de angustias y dudas considerables.

A pesar del hecho de la carga emocional que conlleva esta decisión, investigaciones realizadas indican que los beneficios emocionales del aborto superan los riesgos psicológicos para la mayoría de las mujeres, ya que si bien existe un sentimiento de culpa por parte de éstas, éste se alivia al visualizar el aborto como la solución del problema que generaba en ella la angustia y responsabilidades de un embarazo no deseado.

De hecho, los problemas psicológicos graves resultantes de un aborto son mucho menos comunes que la depresión post parto: la turbación emocional que sufren las mujeres después del aborto suele ser limitada, incluso no es sorprendente que muchas mujeres

informen de una considerable sensación de alivio luego de abortar³⁶.

DIMENSIÓN SOCIAL

La dimensión social del aborto presenta dos aristas fundamentales, por una parte, la que tiene que ver con la connotación de ilegalidad que consensuadamente le atribuye la sociedad y el estado chileno a esta práctica (marco legal); por otra parte y relacionado con lo anterior, se encuentra la inexistencia de orientaciones de la política de salud pública referida a la atención del aborto. En este sentido, la inexistencia de orientaciones al respecto, y la consecuente falta de focalización de recursos destinados a atender esta problemática, tienen como fundamento el carácter ilegal de la práctica abortiva.

En cuanto al primer punto, en Chile el aborto no terapéutico es una práctica ilegal, es concebido como un asesinato y por ende penado por la ley, es por esto que las mujeres que se practican un aborto y que son denunciadas están expuestas a ser penalizadas. En este sentido, la responsabilidad recae en la mujer, la cual es sometida a un marco legal y moral que la culpabiliza y la castiga, eximiendo al hombre o la pareja en la mayoría de los casos de las responsabilidades que le competen en el hecho.

En cuanto al segundo punto, los efectos adversos del aborto se extienden más allá de la atención en salud, se vuelve un problema de salud pública, ya que la atención del aborto incompleto y complicaciones de éste, consumen recursos hospitalarios considerables, en detrimento frecuentemente de otras áreas obstétricas y ginecológicas.

Los abortos ilegales demandan de más recursos hospitalarios y médicos que los abortos legales, puesto que estos últimos son especialmente seguros como resultado de las perfecciones técnicas y del desarrollo de antibióticos, en cambio, en los primeros se debe

³⁶ “Salud Reproductiva...Ibid.

invertir una cantidad de recursos no considerados por los servicios de salud, dada la espontaneidad con que ocurren.

Es así como en muchos hospitales de América Latina, las mujeres admitidas por complicaciones originadas en el aborto estuvieron hospitalizadas un período promedio de tiempo más prolongado que el de las mujeres con parto obstétrico, y con frecuencia consumieron una proporción exagerada de los recursos disponibles.³⁷

³⁷ "El aborto en las Américas". David-Pick. En Salud Reproductiva en las Américas. OPS, 1995.

CONSECUENCIAS BIOLÓGICAS NEGATIVAS DERIVADAS DEL ABORTO	CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS NEGATIVAS DERIVADAS DEL ABORTO	CONSECUENCIAS SOCIALES NEGATIVAS DERIVADAS DEL ABORTO
<p>Existe un inminente y potencial riesgo de mortalidad materna al ser el aborto practicado por personas sin experiencia ni adiestramiento, y además realizado en condiciones antihigiénicas y utilizando métodos peligrosos.</p> <p>Los abortos tardíos, es decir, realizados en el segundo trimestre de gestación, requiere una anestesia general, lo cual comporta sus propios riesgos fisiológicos para la mujer; y los abortos más tardíos son procedimientos quirúrgicos de mayor dificultad, con mayores posibilidades de hemorragias uterinas y otras complicaciones de importancia que incluyen serias infecciones post operatorias, y por ende potencial mortalidad materna ("Eros: Los mundos de la sexualidad": Masters, Johnson y Colodny. Ed. Grijalbo, 1996).</p> <p>Se pueden producir complicaciones post abortivas en las mujeres, a consecuencia de la utilización de procedimientos inseguros. Las complicaciones pueden provocar en el organismo de la mujer: perforación al útero, hemorragia, infección uterina y generalizada, trastornos hemorrágicos agudos y embolia pulmonar o cerebral.</p>	<p>Generación de sentimientos de culpa y criminalización en la mujer que aborta, basados por el contexto sociojurídico existente, el cual establece esta práctica como ilegal.</p> <p>Estigmatización de parte de los prestadores/as de salud hacia la mujer que aborta, lo que se manifiesta en un trato hostil y culpabilizador.</p>	<p>Se producen un gasto imprevisto de recursos médicos y hospitalarios considerables, en detrimento del desarrollo de otras áreas ginecobstétricas, especialmente en servicios públicos.</p> <p>Los efectos económicos adversos para la mujer que aborta, incluyen la pérdida del salario para aquellas trabajadoras que ven limitado su ejercicio laboral y los gastos originados durante su período de incapacidad.</p> <p>Las presiones económicas y los costos sociales (penalización), aumentan cuando la mujer es duda de alta antes de estar plenamente recuperada, exponiéndola a riesgos mayores de salud.</p>

4. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (E.T.S.) Y VIH SIDA

DIMENSIÓN BIOLÓGICA

Las **ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL** (E.T.S.) “Son enfermedades infectocontagiosas producidas por microorganismos que se transmiten (vías de contagio) generalmente durante el acto sexual (vaginal, anal, bucogenital), entre una persona infectada con otra sana”, ya sea, de hombre a mujer, de mujer a hombre, de hombre a hombre y de mujer a mujer.³⁸

Algunas de las E.T.S., entre ellas el SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida), presenta además de la vía sexual otras vías de adquisición, como son a través de transfusiones de sangre o productos sanguíneos que tienen el virus; por otra parte, también se pueden transmitir de la madre que vive con el VIH/SIDA al hijo/a, ya sea antes del parto, debido al paso a través de la placenta; durante el parto; o después del parto, al amamantar al hijo/a, pero la principal vía de adquisición es la sexual.

Las E.T.S. incluyen muchas enfermedades, son más de veinte microorganismos, virus, bacterias, parásitos y hongos, los agentes causantes de las E.T.S.. Entre estas enfermedades, las más frecuentes y de notificación obligatoria en Chile son: *Gonorrea*, *Sífilis*, *Herpes genital*, *verrugas genitales*, *vaginitis* y *VIH/SIDA*. Estas enfermedades pueden contraerse una y otra vez, porque la inmunidad contra ellas rara vez se puede intensificar y no existe vacuna contra ellas. Sólo existe hasta ahora vacuna que previene la Hepatitis B.

Ahora bien, la E.T.S más conocida por la población, debido a la difusión realizada por organismos públicos y privados, es el SIDA “*Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*”, también es una E.T.S, (aunque además tienen otras formas de adquisición), producida por

el VIH o *Virus de Inmunodeficiencia Humana*, que afecta a hombres y mujeres, presentando características particulares según el sexo. Esta enfermedad ataca el sistema inmunológico cuya función es defender al organismo de gérmenes e impedir la aparición de cánceres y tumores”³⁹.

El SIDA se manifiesta en distintas etapas⁴⁰, las que se inician con:

- **Adquisición:** el virus se puede adquirir por tres vías, sexual, sanguínea y perinatal.
- **Período de ventana:** es el tiempo desde que una persona adquiere el VIH, hasta que pueda detectarse en un exámen de sangre, en este período no se encuentran anticuerpos contra el VIH.
- **Portador/a asintomático/a:** la persona que vive con el virus puede no tener síntomas durante muchos años.
- **SIDA:** etapa en que aparecen signos y síntomas de enfermedades producidas por la destrucción del sistema de defensa, por el VIH.

Ahora bien, las mujeres constituyen un grupo dentro de la población con un crecimiento importante en relación a la adquisición de las E.T.S y VIH/SIDA, ésto debido a factores de tipo biológicos, psicológicos y sociales (culturales).

Entre los *Factores de Tipo Biológico* se debe mencionar la **Vulnerabilidad Biológica** en que se encuentra la mujer, ésta se refiere a que en las relaciones heterosexuales las mujeres tienden a adquirir el virus más fácilmente que los hombres, ya que son receptoras pasivas y tienen mayor superficie mucosa expuesta, además, el semen posee más concentraciones de VIH que las secreciones vaginales.⁴¹

³⁸ Programa Nacional de Prevención de las E.T.S. MINSAL. 1999.

³⁹ “Nosotras y el Sida”. Instituto de la Mujer. 1996.

⁴⁰ “Conversemos sobre SIDA”. CONASIDA, MINSAL. 1999.

⁴¹ “Nosotras y el Sida”. Ibid.

Las E.T.S y el VIH/SIDA son enfermedades que dependen de la conducta sexual de la persona o bien de la pareja, por tanto, es posible prevenir la adquisición a través de la realización de *Prácticas Preventivas de Autocuidado*⁴², teniendo en cuenta la responsabilidad compartida que le cabe a la pareja (estable o no) en la adopción de ellas:

- **Abstinencia sexual:** es decir, no tener relaciones sexuales representa la seguridad total de no adquirir el virus por vía sexual, porque no existe el riesgo.
- **Pareja única:** o sea, mantener en forma permanente relaciones sexuales con una sola persona, entrega la seguridad de no adquirir el virus, siempre que ambas personas no se encuentren viviendo con el virus o sean portadoras/es de éste..
- **Uso correcto del preservativo o condón** en cada relación sexual (sexo seguro), práctica que garantiza el ejercicio de la sexualidad sin riesgos para la persona.
- **No compartir jeringas ni agujas,** previene la adquisición por vía sanguínea.
- **Realización de exámen preventivo:** Test de Elisa, lo que permite detectar si la persona ha adquirido el virus o no, lo que puede influir en el cambio de conducta sexual.

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

Las investigaciones relacionadas con E.T.S y VIH/SIDA muestran que la dinámica íntima sexual es, en la mayoría de las parejas, regulada por el hombre. Para las mujeres en particular, prevenir estas enfermedades, y especialmente el VIH/SIDA, es una tarea difícil, ya que implica un proceso de negociación con la pareja, es decir, tomar decisiones sobre su cuerpo, discutir las y hacerlas valer, como por ejemplo, la práctica del sexo seguro, la cual supone modificar la conducta sexual que está estrechamente asociada con las relaciones de poder al interior de la pareja. Este proceso se da en términos desiguales, ya que las mujeres

⁴² "Conversemos sobre ...Ibid

generalmente asumen un rol pasivo y de subordinación al interior de la pareja, que se expresa también en el ámbito de las relaciones sexuales⁴³.

En este contexto, se hace difícil la adopción por parte de la mujer y la pareja de prácticas preventivas, ya que además supone cuestionar la fidelidad de ambos, lo que para muchas mujeres puede hacer peligrar su estabilidad como pareja o familia.

Un **Factor Psicológico** muy importante que dice relación con la prevención de las E.T.S y VIH/SIDA, es la **Autopercepción de Riesgo**⁴⁴, es decir, las personas no se autoperciben en riesgo de adquirir el virus, y establecen una distancia entre ellas y estas enfermedades. Esto ha ocurrido por la identificación que se hace respecto de las E.T.S y que se hizo al inicio de la epidemia en el caso del VIH/SIDA, en relación a atribuir a determinados “grupos de riesgo” -que los medios de comunicación mostraron y enfatizaron como homosexuales, trabajadoras sexuales y drogadictos- la posibilidad de adquisición del virus y/o E.T.S.

Actualmente, no se habla de grupos de riesgo, sino de **Conductas o Comportamientos de Riesgo**, igualmente, este concepto, tiene en nuestro país una connotación negativa, y su definición es muy ambigua, por lo que la mayoría de las personas se protege psicológicamente (defensa psicológica) y proyecta esta característica a otros, autocalificándose como libre de esta conducta.

Es así como las mujeres heterosexuales que tienen pareja estable no previenen estas enfermedades, ya que la estabilidad de su relación las hace sentir automáticamente libres de adquirir el virus y/o alguna E.T.S. No reconocen el riesgo a que están expuestas por las conductas sexuales adoptadas por sus parejas ni las suyas propias y, por lo tanto, no adoptan ningún tipo de práctica preventiva⁴⁵.

⁴³ “Nosotras y el Sida...Ibid

⁴⁴ “Nosotras y el Sida...Ibid

⁴⁵ Entrevista Encargada Programa SIDA, SSVQ. Enfermera, Sra. Vinka Montero.

DIMENSIÓN SOCIAL

En Chile, las E.T.S. siguen siendo un importante problema de salud pública, ya que éstas ocupan el primer lugar dentro del total de enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, a pesar de su conocida subnotificación.

En este ámbito, las E.T.S. y VIH/SIDA forman parte de las políticas de salud pública, por una parte en el ámbito médico, para lo cual existen centros de salud especializados en su tratamiento. En Valparaíso es el Consultorio de E.T.S., encargado de implementar el Programa de Prevención y Control de E.T.S. Por otra parte, el Programa de Salud de la Mujer (ambos dependientes del S.S.V.S.A, y a su vez del MINSAL), contempla orientaciones para la etapa pre reproductiva y reproductiva de la mujer, tendientes a reducir la incidencia y promover la prevención de las E.T.S y VIH/SIDA.

Si bien es cierto, actualmente ya no se habla de grupos de riesgo frente al contagio de E.T.S y VIH/SIDA, ya que éstas enfermedades pueden afectar a cualquier persona, independiente de su sexo, religión, condición socio económica, etnia, etc; en nuestro país, los grupos más afectados son las personas que tienen entre 20 y 49 años (plena edad reproductiva de la mujer), con una proporción mayoritaria de homosexuales y bisexuales y con un aumento paulatino importante de heterosexuales infectados en los últimos años.⁴⁶

Epidemiológicamente en Chile, ha aumentado la adquisición de E.T.S durante el período de la adolescencia, ya que la mayoría de los casos acontece entre los 15 y los 24 años de edad. Esto se debe al aumento en el número de adolescentes y a un inicio más temprano de las relaciones sexuales.

Por otra parte, la tendencia en los países latinoamericanos es que el porcentaje de mujeres enfermas aumente hasta igualarse con el número de hombres enfermos en algunos años.

más⁴⁷, ya que cada día es mayor el número de mujeres contagiadas por sus parejas. Esto, debido a que la población femenina enfrenta de manera muy particular el tema de las E.T.S y el VIH/SIDA. Las mujeres no tienen autopercepción de riesgo ante el contagio, ya que piensan erróneamente que el hecho de ser heterosexuales y tener una pareja estable, marido, conviviente, pololo u otro, les otorga protección o inmunidad ante estas enfermedades. Al mismo tiempo, las mujeres no cuentan con información adecuada y suficiente que les permita identificar sus comportamientos de riesgo y los de la pareja, y en este contexto, es aún más difícil que las mujeres adopten prácticas preventivas.

Esta situación, está marcada además por aprendizajes y presiones sociales profundamente arraigadas en las mujeres y los hombres, ya que implica cuestionar la creencia en la monogamia, en la fidelidad de la pareja y en la propia; implica también asumir en la vida cotidiana desconfianzas, inseguridades, preocupaciones y enfrentar el ejercicio de la sexualidad en forma abierta, honesta y asertiva con la pareja.

Además existe una presión adicional, que dice relación con que en nuestra sociedad los hombres tienen permisos sexuales legitimados, más aún en los estratos socioeconómicos bajos, donde al hombre se le permite la posibilidad de tener más de una pareja y conductas sexuales exploratorias desde muy jóvenes, lo que deja a las mujeres en una situación de vulnerabilidad biológica mayor.

Por otra parte, las mujeres hoy en día y sobre todo las mujeres adolescentes, se encuentran expuestas a una serie de contradicciones y conflictos producto de las transformaciones que han ido ocurriendo en el mundo y particularmente a los avances que en materia de derechos ha conseguido la mujer. En este sentido, el medio envía una serie de señales y presiones que son contradictorias y confusas, ya que por una parte le dicen a las mujeres que lo correcto es casarse, ser buena esposa y madre, atender el hogar; y por otra parte, que

⁴⁶ “Nosotras y el SIDA”. Ibid.

⁴⁷ “Nosotras y el SIDA”. Ibid.

las mujeres tienen derechos y espacios de independencia, de decisión respecto de su cuerpo y su vida.

Otro aspecto importante en el ámbito social, dice relación con la ausencia de información respecto de las E.T.S entregada a la población. Cabe señalar que de las E.T.S, la única que ha sido objeto de campañas educativas y preventivas de organismos e instituciones tanto públicas como privadas ha sido el VIH/SIDA, situación que se explica debido a la magnitud que ha alcanzado la pandemia. Aún así, las campañas en su mayoría no han entregado el mensaje a la población de manera clara, ya que ha privilegiado una concepción sesgada de la realidad, intensificando la información que establece como principales mecanismos de prevención la abstinencia sexual y la opción por una pareja única (lo que se refleja por ejemplo en la situación de las mujeres), sin tomar en cuenta el derecho a ejercer la sexualidad plena, de acuerdo a las opciones personales y de manera responsable, dejando de lado la práctica del sexo seguro (utilización del condón en cada relación sexual).

De esta manera, la población no conoce las demás E.T.S, ni sus mecanismos de adquisición y prevención, por lo que las asocia a grupos de población específicos que tienen comportamientos sexuales de riesgo, como son las/os trabajadoras/es sexuales y homosexuales.

<p>CONSECUENCIAS BIOLÓGICAS NEGATIVAS DERIVADAS DE LAS E.T.S. Y VIH/SIDA</p>	<p>CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS NEGATIVAS DERIVADAS DE LAS E.T.S. Y VIH/SIDA</p>	<p>CONSECUENCIAS SOCIALES NEGATIVAS DERIVADAS DE LAS E.T.S. Y VIH/SIDA</p>
<p>En nuestro país, los tradicionales tabúes que rodean la sexualidad, así como la información incorrecta acerca de la prevención, accesibilidad a la atención y tratamientos médicos disponibles, obligan a una gran proporción de pacientes con E.T.S. a recurrir a autotratamientos inadecuados (automedicación), los que a menudo desarrollan complicaciones y secuelas invalidantes que provocan daño físico, psicológico y social, afectando por tanto, su calidad de vida (Programa Nacional de... Ibid)</p> <p>Las E.T.S. y el VIH/SIDA pueden acarrear a la persona enferma o que vive con el virus, y en el caso de la madre que vive con el virus al hijo/a, una serie de consecuencias serias tales como: ceguera, sordera, enfermedades congénitas, abortos, partos prematuros, retraso del crecimiento, retraso mental y motor, enfermedades inflamatorias pelvianas, esterilidad (y otras complicaciones en la capacidad reproductiva de la persona) y muerte (Programa Nacional de... Ibid).</p> <p>El SIDA al ser un conjunto de enfermedades llamado síndrome, permite la aparición de variados tipos de infecciones y enfermedades que afectan a la persona (etapa avanzada), entre ellas se encuentran las "infecciones oportunistas" que afectan principalmente a los pulmones, aparato digestivo, cerebro y piel; tumores de la piel y ganglios; enfermedades del sistema nervioso central y un compromiso del estado general del organismo.</p> <p>Además, el SIDA conlleva consecuencias para la persona como la desnutrición, ya que un signo frecuente de la enfermedad es la emaciación progresiva; presentan también las personas infectadas una tendencia a sufrir problemas sexuales, es decir, disminución de la satisfacción sexual, falta de erección y sensaciones negativas durante el acto sexual ("Infección por VIH y SIDA en la mujer". Jeanette Dabaneh. Cuaderno Médico Social, vol. XXXVII, nº4. 1996.)</p> <p>Por otra parte, se ha demostrado que existe una relación entre las E.T.S. convencionales y el VIH/SIDA, es decir, una progresión acelerada de la adquisición del VIH en presencia de algunas E.T.S., en otras palabras, las E.T.S. facilitan la adquisición del VIH (Programa Nacional... Ibid).</p>	<p>El hecho que las personas no se autoperceban en riesgo de adquirir alguna E.T.S., trae como consecuencia la no adopción por parte de éstas de prácticas y conductas preventivas, lo que aumenta la vulnerabilidad ante la adquisición de E.T.S. y/o VIH/SIDA. Esta situación ha sido el contexto y la causa de la expansión de la pandemia.</p> <p>Las personas que se encuentran viviendo con una E.T.S. y/o VIH/SIDA, sufren una serie de repercusiones psicológicas y emocionales en sus vidas, a partir del momento en que se les diagnostica la presencia de la enfermedad o virus, ya que nuestra sociedad en general adopta una actitud prejuiciosa y discriminadora hacia las personas que viven con ellas. Así también las personas sienten vergüenza de acudir a los centros de salud especializados y miedo a que otras personas sepan que ellas tienen una E.T.S.</p> <p>Por otra parte, la persona cuando es diagnosticada como portadora de alguna E.T.S., puede manifestar distintas reacciones, que pueden ir desde la negación de la enfermedad, histeria, pánico por el futuro, deseos de venganza, hasta sentimientos de culpa en relación a la responsabilidad de la propia conducta (Entrevista Encargada Programa de Prevención y Control de E.T.S. Cons. del Adulto, SSVSA. Mañana, Sra. Benedicta Cerda).</p> <p>Las E.T.S. pueden causar en la persona enferma o portador/a, estados depresivos, pérdida de la autoestima y con frecuencia ésta se aparta de la vida sexual por períodos prolongados a causa de la recurrencia de la infección y de las manifestaciones físicas que ellas producen, llagas, heridas ("Eros...Ibid).</p> <p>Provocan también en la persona que vive con el virus o la enfermedad, autoaislamiento social y apatía. Además, se da la presencia de trastornos neuropsiquiátricos, que pueden ser la manifestación inicial de la enfermedad o presentarse posteriormente (Entrevista Encargada... Ibid).</p> <p>Por otra parte, las personas que se encuentran viviendo con el virus y/o la enfermedad, vivencian una constante angustia emocional, debido a que deben enfrentarse a la discriminación social, familiar y de los amigos ("Infección por... Ibid).</p> <p>De manera particular, las personas contagiadas por VIH/SIDA, atraviesan (desde el inicio de la enfermedad) por un proceso que va desde la culpabilidad, hasta la tristeza y la resignación ante el propio destino. Además, exige a la persona un costo emocional que implica reconciliarse con su identidad y emoción como parte de la tarea de prepararse para la muerte.</p>	<p>La morbimortalidad provocada por las E.T.S. y VIH/SIDA causan gran impacto en el desarrollo socioeconómico del país, por el alto costo médico y social que éstas generan (Programa Nacional de...Ibid).</p> <p>En este sentido, especialmente en el caso de VIH/ SIDA, la atención de los pacientes, especialmente en sus fases avanzadas requiere la demanda de gran cantidad de recursos hospitalarios, como por ejemplo continuas hospitalizaciones, las que generalmente son prolongadas, como asimismo de tratamientos medicamentosos y realización periódica de exámenes que generan un alto costo para el sistema de salud público en nuestro país, situación similar ocurre en el tratamiento de las E.T.S. en los Consultorios Especializados. De esta forma, se destina gran cantidad de recursos en tratamientos, en desmedro de la realización de acciones de prevención, considerando como vía más adecuada para la prevención de las E.T.S. y VIH/SIDA y la implementación de acciones de educación para generar cambios en las conductas o comportamientos de las personas ("SIDA. Perfil...Ibid).</p> <p>Es así como los servicios de salud públicos especializados, es decir el Consultorio de E.T.S. si bien, presta a cada persona que demanda atención, una consejería individual a través del/la Médico/a, Asistente Social y/o Matrón/a con el objetivo de controlar el estado de angustia que produce en la persona la posible presencia de la enfermedad o adquisición del virus, no existe atención psicológica para estos pacientes, reconociendo la dirección del establecimiento este hecho como un déficit del servicio. Se manifiestan por tanto, limitaciones en cuanto a su capacidad o cobertura y en cuanto al recurso profesional especializado para afrontar una carga de alteraciones neuropsiquiátricas, muchas de ellas graves en pacientes con E.T.S., especialmente en el caso de los pacientes infectados con VIH/SIDA (ya que no es una enfermedad curable ("SIDA. Perfil...Ibid).</p> <p>Además, los servicios de salud públicos, en general no cuentan con el personal profesional o trabajadores/as del área salud suficientes y capacitados en la problemática del VIH/SIDA (implicancias físicas, psicológicas y sociales) que sepan responder con sus actitudes, comprensión, las medidas terapéuticas apropiadas y/o remitir a las/os pacientes al tipo de atención que requieran.</p> <p>Las personas que viven con el VIH deben enfrentarse a una actitud y respuesta de la sociedad frente a esta problemática, que ha estado fuertemente condicionada por la desinformación, los prejuicios, la estigmatización de determinados grupos de personas, la atribución de culpa y la indiferencia ante las necesidades de los más directamente afectados por la pandemia. Además, muchas veces, son víctimas de discriminación en las distintas áreas, es decir, en el trabajo, pudiendo enfrentar la pérdida de éste; en la educación, manifestado a través de la cancelación de su matrícula y negación a ésta, entre otros efectos adversos.</p>

		<p>El grupo familiar de la persona que vive con el VIH se ve severamente afectado, especialmente los/as hijas/os si los tienen, ya que deben enfrentarse a la pérdida de los padres (ante la muerte) o a ser portadores/as ellas/os mismas/os.</p> <p>Por otra parte, la desinformación de la población sobre las E.T.S conlleva a que las personas, y en especial las mujeres, no se autoperciban en riesgo de adquirirlas, y por ende, no realicen prácticas de autocuidado que prevengan una posible adquisición, por parte de la mujer y de su pareja; también, el hecho de no conocer las formas de adquisición de las enfermedades, posibilita que perpetúen y validen la discriminación a grupos de personas como son las/os trabajadoras/es sexuales y homosexuales, además, la desinformación no permite que la mujer acuda a los centros de salud especializados demandando tratamiento u orientación.</p>
--	--	--

5. ANTICONCEPCIÓN

DIMENSIÓN BIOLÓGICA:

ANTICONCEPCIÓN: *“Es la prevención temporal y reversible de la concepción llevada a cabo por la mujer, el hombre o la pareja”*⁴⁸

La anticoncepción se realiza a través de métodos de distintos tipos, basados en técnicas que impiden el proceso de la concepción o de la implantación, actuando sobre el óvulo, los espermatozoides, la unión de ambos gametos o la implantación del huevo.

Los métodos anticonceptivos actuales permiten disponer de una amplia gama de posibilidades, al menos de manera potencial, para ejercer una maternidad y paternidad responsables. Entre éstos, podemos identificar soluciones Naturales y Artificiales⁴⁹.

Respecto de las soluciones llamadas Naturales, debemos distinguir entre:

- Ritmo o calendario
- Temperatura basal
- Billings
- Sinto termal

Y las denominadas Artificiales o médicas, entre las que se cuentan:

- Métodos de barrera (condón masculino y femenino, diafragma intravaginal en la mujer, los que pueden usarse en combinación con espermicidas)
- Dispositivos Intrauterinos (DIU)
- Métodos hormonales (orales, inyectables o implantables)

⁴⁸ “De la miel a los implantes”. Historia de las políticas de fecundidad en Chile. Ximena Jiles. CORSAPS. 1992.

La disponibilidad de estos métodos, permite adecuar el método a las necesidades y características fisiológicas, sociales, actitudinales, etc, de la usuaria/o. Pero esta misma disponibilidad no significa que el 100% de las/os usuarias que demanden anticonceptivos puedan acceder con facilidad a ellos.

Un sin fin de factores dificultan este propósito, ya sea por el elevado costo de algunos métodos, lo que los hace privativos de algunos sectores sociales; por otra parte, la falta de información completa y veraz dificulta ponerlos al alcance de todas/os; también influye la escasez de personal y servicios de salud, la oferta jibarizada que se presenta en muchos países del mundo y toda la carga de prejuicios que, debido a una falta de educación sexual adecuada, condiciona su utilización.

En relación a los distintos métodos anticonceptivos, en el caso del hombre, el de mayor uso o más conocido en nuestro país y que además es distribuido por el servicio de salud público es el condón o preservativo.

En cuanto a los métodos anticonceptivos femeninos, los de mayor utilización y distribución por parte del servicio público es la píldora anticonceptiva y los dispositivos intrauterinos (DIU), ambos métodos requieren de controles médicos periódicos.

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA:

El hombre, mujer o pareja que decide utilizar un método anticonceptivo genera una respuesta de índole emocional o psíquica producida en la usuaria o usuario en relación a los efectos o consecuencias que acarrea la utilización del método, como por ejemplo: problemas fisiológicos, sangramientos, embarazo no deseado, entre otros.

⁴⁹ “De la miel a ...Ibid.

Además la utilización de métodos anticonceptivos generalmente se asocia o se le atribuye a la mujer. Por una parte, esta situación conlleva un sentimiento de responsabilidad en ella, quien debe preocuparse por cumplir con las indicaciones o prescripciones del método, situación que le genera angustia y sentimientos de culpa si es que el método llegara a fallar, ya que es ella la encargada de “cuidarse”. Por otra parte, esta situación desliga al hombre de las responsabilidades compartidas que le caben en este proceso, situación que muchas veces limita la generación de un compromiso de parte de éste. Es así como se ve el proceso de anticoncepción o planificación familiar como una carga que sólo debe soportar un miembro de la pareja, la mujer.

DIMENSIÓN SOCIAL

En nuestro país el uso de procedimientos anticonceptivos puede estar determinado por razones de salud de la mujer, que aconseja evitar o posponer un embarazo; por deseo o necesidad de la pareja de limitar el número de sus hijos (causales económicas o de planificación familiar); por proposición de los gobiernos con el objeto de detener el aumento excesivo de la población o de evitar complicaciones derivadas del aborto inducido o clandestino; o por la necesidad y decisión de la mujer, el hombre o la pareja de evitar un embarazo no deseado.⁵⁰

“Además de fomentar el uso de anticonceptivos por motivos de desarrollo o de derechos humanos, los gobiernos han alentado la planificación familiar como un medio para mejorar la salud de las mujeres y los niños”.⁵¹

Es en este contexto que los gobiernos se plantean políticas públicas de salud dirigidas generalmente hacia la población femenina - aunque las orientaciones actuales recomiendan y abren espacios para que el hombre (pareja) participe del proceso de planificación familiar

– tendientes a regular la fecundidad o natalidad, las que han llamado “Programa de Planificación Familiar” o de “Paternidad Responsable”. Estas estrategias y acciones se encuentran enmarcadas en el Programa de Salud de la Mujer, dependiente del Ministerio de Salud, el cual es implementado en los Hospitales y Consultorios o Centros de Salud.

El citado Programa de Planificación Familiar, es el encargado de realizar acciones tendientes a entregar a los demandantes atención profesional, información, consejería y entrega de métodos anticonceptivos.

En este tema, la mayoría de las personas independientemente de su educación, cree tener una comprensión bastante sólida de los factores fundamentales relacionados con los variados métodos de control de la natalidad, presentándose en muchos casos el fenómeno de la “automedicación”; y la realidad es que la información que la mayoría de las personas maneja con frecuencia está plagada de información errónea, información parcialmente correcta y sorprendentes vacíos de conocimiento.

En la actualidad es importante para toda persona (mujer y hombre) tener un conocimiento fiable de la anticoncepción debido al surgimiento de determinados fenómenos sociales, como son:

1. La edad media del matrimonio ha aumentado, es decir las mujeres y hombres se casan a edades más avanzadas, muchas personas son sexualmente activas durante un período más largo de tiempo a la vez que quieren evitar tener hijos/as.
2. Actualmente hay una gama mayor de métodos anticonceptivos disponibles.

⁵⁰ “Ginecología”.Ibid.

⁵¹ “Anticoncepción y Reproducción”. National Research Council. Ed. Médica Panamericana, 1990.

3. La utilización de ciertos anticonceptivos, como preservativos y espermicidas ofrecen protección contra el riesgo de adquirir alguna ETS y/o VIH/SIDA.⁵²

⁵² “EROS...Ibid.

<p>CONSECUENCIAS BIOLÓGICAS NEGATIVAS DERIVADAS DEL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS</p>	<p>CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS NEGATIVAS DERIVADAS DEL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS</p>	<p>CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS NEGATIVAS DERIVADAS DEL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS</p>
<p>La factible ineffectividad del método anticonceptivo utilizado por la mujer, hombre o pareja, es decir, la falla en la capacidad del método para prevenir un embarazo, puede acarrear múltiples problemas para la pareja o persona que planificó su utilización, ya que puede conllevar como consecuencia un embarazo no deseado.</p> <p>Otra consecuencia negativa dice relación con la mortalidad potencial en la mujer usuaria, por una parte dependiente del método utilizado, y por otra parte dependiente del embarazo producido por la falla del método de planificación familiar.</p> <p>El uso por parte de la mujer de anticonceptivos orales, eleva el riesgo de padecimiento de enfermedades cardiovasculares, lo que asociado a determinados hábitos o conductas eleva el riesgo potencial, ej: asociado con hábito de fumar ("Anticoncepción y Reproducción... Ibid).</p> <p>La utilización prolongada (más de cinco años) de anticonceptivos orales es un factor de riesgo para la aparición de cáncer cérvicouterino, ya que se relaciona con una mayor incidencia de adenocarcinoma ("Orientaciones para la pesquisa y control del Cáncer Cérvicouterino en Chile". MINSAL, Chile. 1998).</p>	<p>Es posible que se genere en la/el usuaria/o o pareja, un sentimiento de culpa, insatisfacción e inseguridad en relación al método anticonceptivo utilizado, debido a la presencia de efectos secundarios y colaterales, ineficacia o falla del método.</p> <p>Por otra parte, el uso de un método anticonceptivo, ya sea por una mujer, hombre o pareja, cuyos valores religiosos contradicen o no permiten la anticoncepción, provoca en esta una disonancia a nivel cognitivo y emocional entre sus valores y creencias y la necesidad de utilizar algún método.</p> <p>Las mujeres, quienes son generalmente las que utilizan algún tipo de método anticonceptivo, se sienten en condiciones de desigualdad respecto de su pareja, ya que son las responsables de la regulación de la natalidad, lo que implica tomar las pastillas diariamente, o implantar en su cuerpo un objeto extraño (DIU) u otro método, además debe controlarse o asistir a la consulta médica, lo que generalmente se transforma en una responsabilidad individual.</p> <p>Se generan también sentimientos de culpa en el hombre, mujer o pareja usuaria/a de métodos anticonceptivos - aunque generalmente en la mujer - si éste falla.</p>	<p>La inexistencia (por ruralidad) o deficiente calidad de los servicios de anticoncepción en el sector público, impiden a la/el usuaria/o o la pareja recibir una atención adecuada o un método anticonceptivo acorde a sus necesidades.</p> <p>Una clara consecuencia negativa para las mujeres producto de las orientaciones de los servicios públicos de anticoncepción, sobre todo para aquellas en situación de riesgo social y multiparas; es el hecho que deban contar con la autorización de su pareja, ser mayores de 35 años y tener más de 2-3 hijos, para poder optar a la esterilización.</p> <p>Este hecho provoca una disonancia en cuanto al discurso en el que se fundan las políticas públicas de salud de la mujer, ya que por una parte, el estado se adscribe a convenios internacionales producto de convenciones y cumbres que exigen la reivindicación de la mujer como persona, con derechos y capacidad de decidir sobre su vida y su cuerpo, y equidad de la mujer en cuanto al acceso a una serie de derechos, entre ellos el derecho a contar con una atención de calidad en salud reproductiva; y por otra parte, tanto en las orientaciones como en las acciones de salud concretas, la mujer es considerada un objeto reproductivo, sin capacidad para tomar decisiones, necesitando el consentimiento y aprobación de otros (pareja y médico).</p> <p>La entrega de información inadecuada, escasa o parcial respecto al proceso de anticoncepción y al uso de métodos anticonceptivos (consecuencias, efectos, autocuidado, etc) por parte de los servicios de salud, se vuelve un problema muy serio, ya que gran parte de las personas (generalmente mujeres) que utilizan métodos anticonceptivos, manejan información escasa o incorrecta respecto del método que utiliza, pudiendo sufrir una serie de consecuencias negativas para su organismo (efectos secundarios), o un embarazo no deseado.</p> <p>La no inclusión del hombre adolescente o adulto en las acciones de regulación de la fecundidad o anticoncepción impiden la toma de conciencia de parte de éstos acerca de la responsabilidad compartida en el proceso. Si bien se están realizando acciones específicas que favorecen la inserción de éstos en el proceso, como por ejemplo que asistan a los controles junto a su pareja, esto no es suficiente, ya que el problema de fondo consiste en una socialización primaria (en la escuela como en la familia y grupo de pares) en el niño y en la niña, donde se establecen roles muy diferenciados, y donde se enseña, aprende y valida a la mujer como encargada y responsable de la reproducción y por ende, de su planificación.</p>

6. MORBILIDAD GINECO OBSTÉTRICA

DIMENSIÓN BIOLÓGICA

En Chile, las cifras existentes indican que el Cáncer Cérvico Uterino (CACU) y de Mamas, constituyen factores importantes en la situación de mortalidad de la población femenina en nuestro país, de esta forma, el CACU es el cáncer más frecuente en la mujer, siendo la tercera causa de muerte en nuestro país. Por otra parte, el cáncer de mamas ocupa el tercer lugar entre las causas de hospitalización de las mujeres, y la probabilidad de desarrollar un cáncer mamario actualmente es del 4%, es decir, 4 de cada 100 mujeres, desarrollará un cáncer mamario, cifra más bien alta en nuestro pequeño país⁵³. En las mujeres de 35 a 64 años estos tipos de cáncer representan el 40% de la totalidad de muertes por cáncer, dentro de este grupo, el cáncer de cuello uterino ocupa el cuarto lugar como causa de muerte por tumores malignos en la mujer y es el que tiene mejores posibilidades de pesquisa y tratamiento oportuno.

Diversos estudios epidemiológicos⁵⁴ demuestran la existencia de factores de riesgo relacionados con las lesiones preinvasoras y el cáncer invasor de cuello uterino, así como factores protectores.

De esta forma se identifican como **Factores de Riesgo** para la aparición del CACU: *iniciación precoz de la actividad sexual (antes de los 16 años), historia de múltiples parejas, antecedentes de infecciones por E.T.S., así también se incluyen el envejecimiento, el bajo nivel socioeconómico, el tabaquismo pasivo y activo, una pareja actual o pasada con historia de factores de riesgo para adquirir E.T.S., malnutrición, multiparidad, uso prolongado (mayor de 5 años) de anticonceptivos orales.*

Por otra parte, los anticonceptivos de barrera como el condón y el diafragma son en cierta medida protectores, probablemente secundario a la protección de E.T.S. Los espermicidas pueden ser protectores debido a su probable acción antiviral. Igualmente tiene un efecto protector una dieta rica en vitamina C y E y ácido fólico.

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

Al referirse a los aspectos de tipo psicológico presentes en estos tipos de morbilidad, más allá de hacer referencia al alcance de tipo emocional provocado por la aparición y/o desarrollo de estas patologías en la mujer, interesa referirse a un aspecto importantísimo al momento de centrarnos en las conductas de autocuidado desarrolladas por la población con respecto a estas patologías.

De acuerdo a diversos estudios orientados a explicar las conductas de salud de la población, se dice que las creencias de un individuo son determinantes de su conducta en salud (Leventhal, Kegels y Rosenstock, 1950). Para explicar las diferentes conductas en salud; se hace referencia a la susceptibilidad percibida o autopercepción de riesgo de enfermar.

Ésta representa la *percepción subjetiva que la persona tiene del riesgo o posibilidad de experimentar en forma potencial un problema de salud* (Karl y Coob, 1966), es decir, define el grado de amenaza que percibe la persona y la predisponen a actuar; lo cual puede considerarse como un elemento motivacional para desarrollar una acción específica en salud.

⁵³ "Mujer, Salud y Desarrollo". OPS-OMS-SERNAM, 1995.

En este sentido, es posible determinar que una baja autopercepción de riesgo de contraer alguna de estas patologías, determinan que la población femenina no reconocería el riesgo al cual está expuesta y por ende no adoptaría las medidas de prevención respectivas, es decir la realización de los exámenes PAP y Físico de Mamas con la periodicidad adecuada.

A lo anterior hay que agregar una falta de información de parte de la población femenina acerca de los exámenes preventivos y su utilidad para proteger su salud; es así como un gran porcentaje de mujeres desconocen la periodicidad con la cual debe practicarse estos exámenes, como también las características de la población que debe practicárselo.

Adicionalmente, muchas mujeres sienten temor al trato que recibirán por parte del personal durante el examen, de esta forma, el examen del Papanicolau o PAP, es relacionado por las mujeres a una serie de temores y creencias, y en general es percibido como desagradable, debido a la necesaria manipulación de una zona íntima de su cuerpo, de la cual por lo general las mujeres se sienten inseguras.⁵⁵

DIMENSIÓN SOCIAL

Durante los últimos 20 años, las cifras de estas enfermedades han experimentado un descenso escaso, considerando que estos tipos de cáncer brindan la oportunidad de efectuar un diagnóstico precoz y un tratamiento curativo a cabalidad, siempre y cuando sea pesquisado a tiempo. Es así como un elevado porcentaje de muertes por tumores al aparato reproductor, podrían evitarse mediante el control preventivo de las enfermedades de la mama y del cuello del útero (Mamografía y Papanicolau, respectivamente).

⁵⁴ Orientaciones para la pesquisa y control de cáncer cérvicouterino en Chile. MINSAL, 1998.

⁵⁵ "Calidad de atención en salud reproductiva desde un enfoque de género". Matamala, Berlagoscky

En concordancia con lo anterior, y considerando que la mayoría de los problemas de salud de la mujer son evitables, es que las estrategias de promoción en salud cobran una especial importancia, especialmente mediante las acciones de prevención desarrolladas por la población femenina, las cuales al estar enfocadas al autocuidado de su salud, se traducen en la realización de los exámenes preventivos con la periodicidad adecuada y de acuerdo a las normativas de salud existentes.

Es así como dentro de las actividades de detección desarrolladas en Chile desde la década del 60, los diferentes programas de salud pública implementados están orientados a evitar la aparición de cáncer invasor y reducir la mortalidad por esta causa, concentrando los esfuerzos en los grupos de población que se encuentran en mayor riesgo.

Ahora bien, respecto a las políticas de salud vigentes en nuestro país, las normativas que establecen las actividades de pesquisa para ambos tipos de cánceres, determinan en el caso del CACU, el examen de Papanicolau, el cual se dirige a población femenina mayor de 25 años, con una periodicidad de realización cada 3 años. En relación al Cáncer Mamario, existe el examen Físico de Mamas, dirigido a la población femenina mayor de 35 años, el cual debe ser realizado anualmente, así también se promueve la realización del Autoexamen de Mamas, el cual debe ser realizado una vez al mes por la propia mujer.

Sin embargo, en nuestro país – de acuerdo a la evaluación realizada por el Servicio de Salud en el año 1987- el impacto logrado por estas medidas en la reducción de la mortalidad fue escaso (18%) en comparación con lo obtenido en países con programas exitosos (50% a 70%). Lo anterior obedece a variadas dificultades para el cumplimiento adecuado de estas medidas de prevención, debido a una serie de factores, los cuales van desde la falta de acceso de la población femenina a los servicios y procedimientos que aseguran su prevención⁵⁶ hasta actitudes de resistencia de parte de las mujeres a tomarse

⁵⁶ “Calidad de atención...Ibid.”

los respectivos exámenes, basadas en una serie de valoraciones, conocimientos y prácticas asociadas.

Es así como, en relación a la cobertura de toma de muestra de exámenes preventivos - especialmente PAP - ésta se ha mantenido pobre, considerando que hay una gran concentración de la toma del PAP en la población femenina de menor riesgo, es decir, entre 15 y 35 años de edad, edad en que las mujeres acuden a control de sus embarazos en los Consultorios respectivos.

Si bien el examen de PAP debe ser efectuado prioritariamente entre 25 y 65 años, la población de mayor riesgo es aquella que se ubica entre los 30 y 50 años de edad, período en la vida de la mujer chilena en que⁵⁷:

- Deja de tener hijos y de algún modo encuentra el método de planificar su familia, generalmente impulsada por problemas económicos, de relación de pareja, de la necesidad de dedicar más tiempo a sus hijas/os, etc, todo lo cual la aleja del Consultorio, al que acudía principalmente a controles de embarazo y/o de sus hijas/os pequeñas/os.
- Se acerca el período menopáusic, considerado como el "fin" de la vida de la mujer, desviando su interés más bien hacia la sintomatología de dicho estado, que a prevenir patologías malignas como es el CACU y de Mamas.

⁵⁷ Apoyo a la prevención en salud y pesquisa precoz del CACU y de mamas. Intervención educativa. Pía Antonucci. En Mujer, Salud y Desarrollo. OPS-OMS-SERNAM. 1995.

2. PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

2.1. SISTEMA DE HIPÓTESIS

2.1.1. HIPÓTESIS GENERAL:

" La existencia de factores obstaculizadores de orden biopsicosocial determina el inadecuado cumplimiento de la función de Autocuidado en Salud Reproductiva por parte de la población femenina que se encuentra en situación de Riesgo Social en Salud".

2.1.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

□ Hipótesis Explicativa:

La Salud Reproductiva de mujeres en situación de Riesgo Social, se caracteriza por presentar problemas en los diferentes eventos reproductivos.

□ Hipótesis Correlacionales:

1. La calidad de la información que poseen las mujeres en situación de Riesgo Social sobre su Salud Reproductiva, se asociaría a la presencia de complicaciones en los eventos reproductivos.
2. La ausencia de Autopercepción de Riesgo en morbilidad reproductiva que poseen las mujeres en situación de Riesgo Social, determinaría el ejercicio de prácticas preventivas inadecuadas en Salud Reproductiva.

3. La opinión que poseen las mujeres en situación de Riesgo Social sobre la calidad de la atención en el Nivel Primario de Salud, determina el tipo de conductas que éstas desarrollan en el Autocuidado de su Salud Reproductiva.

2.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

2.2.1. HIPÓTESIS ESPECÍFICA N° 1

A. VARIABLE 1: *Calidad de información en Salud Reproductiva.*

DEFINICIÓN: *Se entenderá como la adecuación de los contenidos que manifiesta conocer la mujer, en relación a las acciones de Autocuidado en los eventos de Salud Reproductiva: Embarazo; Aborto y Anticoncepción.*

DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADORES	VALORES
Calidad de la información respecto a las acciones de Autocuidado durante el embarazo.	1. Hábitos de comportamiento	- No fumar - No consumir alcohol - No consumir drogas - No consumir fármacos durante los tres primeros meses de embarazo	Adecuado: menciona elementos de 3 ó más Subdimensiones. Medianamente adecuado: menciona elementos de 2 Subdimensiones.
	2. Atención Perinatal	- Controles con médico y/o matrona - Realización de exámenes	Inadecuado: menciona elementos de 1 Subdimensión, menciona otros no especificados o ninguno.
	3. Alimentación Equilibrada	- No sobrealimentarse - No subalimentarse	
	4. Estado emocional	- Evitar situaciones de estrés	

	<p>5. Medio Ambiente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aceptación del embarazo - No exponerse a tóxicos - Hábitat adecuado (estimulante) 	
<p>Calidad de la información respecto al Autocuidado para la Prevención de Aborto</p>	<p>1. Identificación de Anticonceptivos femeninos y masculinos</p> <p>2. Utilización de Anticonceptivos (secuencia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Métodos Naturales (ritmo, billings, temperatura) - Métodos de Barrera (condón masc. y fem., diafragma, espermicidas) - Dispositivo Intrauterino DIU (T, espiral, etc) - Hormonales (Inyectables, orales) <p>Femenino (píldoras). Uso correcto de Anticonceptivo Oral:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se comienzan a tomar después del 5° día de comenzado el período menstrual (ya sea de 21 o 28 píldoras) 2. Se toman cada día en similar horario 3. El tratamiento de 28 pastillas es continuo (sin descanso) 4. El tratamiento de 21 pastillas, requiere que al terminar de tomar las pastillas, se debe descansar por 7 días, para después 	<p>Adecuado: menciona tipos de anticonceptivos de 4 o 3 Métodos señalados.</p> <p>Medianamente Adecuado: menciona tipos de anticonceptivos de 2 Métodos.</p> <p>Inadecuado: menciona 1 o ningún tipo de anticonceptivo, o menciona otro no especificado.</p> <p>Adecuado: Identifica a lo menos dos pasos según secuencia definida en Método Femenino.</p> <p>Medianamente Adecuado: Identifica un paso según secuencia definida en Método Femenino.</p> <p>Inadecuado: manifiesta no conocer Método Femenino.</p>

		<p>repetirlo</p> <p><i>Masculino</i> (condón). Uso correcto de Anticonceptivo de Barrera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Abrir con la yema de los dedos 2. Sacarle el aire y colocarlo en el pene erecto 3. Desenrollarlo, cubriendo el pene por completo 4. Usarlo durante todo el acto sexual 5. Retirar el condón sujetándolo, antes de terminar la erección. 	<p><i>Adecuado:</i> Identifica a lo menos dos pasos según secuencia definida en Método Anticonceptivo Masculino.</p> <p><i>Medianamente Adecuado:</i> Identifica un paso según secuencia definida en Método Anticonceptivo Masculino.</p> <p><i>Inadecuado:</i> manifiesta no conocer Método Anticonceptivo Masculino.</p>
	<p>3. Origen de material educativo sobre Anticonceptivos</p>	<p>FUENTES FORMALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipo de Salud (Consultorio u otro) - Campañas de Salud - Instituciones Educativas - Medios de Comunicación <p>FUENTES INFORMALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Familia - Amigos - Otras fuentes 	<p><i>Adecuada:</i> Ha recibido de fuentes formales.</p> <p><i>Medianamente Adecuada:</i> Ha recibido de fuentes informales.</p> <p><i>Inadecuada:</i> No ha recibido.</p>
	<p>4. Fuente de resolución problemas relacionados con anticoncepción.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consultorio (3) - Hospital (Urgencia) (1) - Farmacia (1) - Familia, amigos (0) - Ninguna parte (0) 	<p><i>Adecuado:</i> 3 pts</p> <p><i>Medianamente adecuado:</i> 1 pto.</p> <p><i>Inadecuado:</i> 0 pto.</p>
<p>Calidad de la información</p>	<p>1. Origen de información</p>	<p>FUENTES FORMALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipo de Salud 	<p><i>Adecuada:</i> Ha recibido información de fuentes</p>

<p>respecto a los conocimientos sobre método anticonceptivos utilizados.</p>	<p>sobre anticonceptivo utilizado.</p>	<p>(Consultorio u otro)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Campañas de Salud - Medios de Comunicación - Farmacia 	<p>formales.</p> <p><i>Medianamente adecuado:</i> Ha recibido información de fuentes informales.</p>
		<p>FUENTES INFORMALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Familia - Amigos - Otras fuentes 	<p><i>Inadecuado:</i> No ha recibido información.</p>
	<p>2. Consecuencias negativas del método anticonceptivo utilizado sobre el organismo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dolores y contracciones - Sangramiento y/o hemorragia - Irregularidad en la menstruación - Embarazo ectópico - Posibilidad de desarrollar CACU - Infecciones en la zona - Trastornos de la piel - Náuseas - Trastornos en la presión arterial - Irritación o alergia en la zona - Trastornos del peso 	<p><i>Adecuado:</i> Menciona dos o más consecuencias negativas del anticonceptivo que utiliza.</p> <p><i>Medianamente adecuado:</i> menciona una consecuencia negativa del anticonceptivo que utiliza.</p> <p><i>Inadecuado:</i> no menciona consecuencias negativas.</p> <p><i>Adecuado:</i> menciona alternativa 1.</p>
	<p>3. Formas de prevenir un embarazo</p>	<p>1. Uso Método Anticonceptivo</p> <p>2. Abstinencia sexual</p> <p>3. Coito interrumpido</p> <p>4. Cuidados post coitales (lavados vaginales, vinagre, etc)</p>	<p><i>Medianamente adecuado:</i> menciona alternativa 2.</p> <p><i>Inadecuado:</i> menciona alternativa 3 o 4, u otra no especificada.</p>

B. VARIABLE 2: *Complicaciones en eventos reproductivos*

DEFINICIÓN: *Se refiere a la presencia de problemas de tipo biológico, en cualesquiera de los eventos reproductivos: Embarazo, Aborto, Anticoncepción.*

DIMENSIÓN: Se considerará la afirmación realizada por la mujer frente a preguntas relativas a la presencia de complicaciones relacionadas con los eventos reproductivos señalados anteriormente.

2.2.2. HIPOTESIS ESPECÍFICA N° 2

A. VARIABLE 1: *Autopercepción de Riesgo*

DEFINICIÓN: Se entenderá como la interpretación y juicio evaluativo (valorativo) que hace la mujer, respecto a su situación de salud y la posibilidad de adquirir y/o desarrollar un virus o enfermedad.

INDICADORES: En este sentido puede emitir dos tipos de juicio:

- Se percibe en riesgo
- No se percibe en riesgo

B. VARIABLE 2: *Prácticas Preventivas*

DEFINICIÓN: Se refieren a todas las actividades y acciones que realice la mujer, destinadas a prevenir la adquisición y/o desarrollo de alguna Enfermedad de Transmisión Sexual (E.T.S. y VIH/SIDA) y Morbilidad Gineco - Obstétrica (Cáncer de Mamas y Cérvicouterino).

DIMENSIONES	INDICADORES	VALORES
<p>1. Actividades y acciones preventivas ETS y VIH/SIDA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Abstinencia Sexual - Pareja Sexual Exclusiva no infectada - Uso correcto del condón en cada relación sexual - No compartir el uso de agujas y jeringas - Realización de exámenes preventivos en la mujer y/o su pareja (VRDL y ELISA) 	<p><i>Adecuada</i> Realiza dos o más acciones preventivas.</p> <p><i>Medianamente Adecuada:</i> Realiza una acción preventiva.</p> <p><i>Inadecuada:</i> No realiza acciones preventivas.</p>
<p>2. Actividades y acciones preventivas del Cáncer Cérvicouterino (CACU) y de Mamas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realización de Exámen de Pesquisa del CACU (PAPANICOLAU) con periodicidad adecuada (cada 3 años) - Realización de Exámen de Pesquisa del Cáncer de Mamas (Exámen Físico) con periodicidad adecuada (1 vez al año) - Realización de Autoexamen de Mamas en forma periódica (mensual) - Controles médica/o – matrona/ón con la periodicidad indicada por éstas/os 	<p><i>Adecuada:</i> Realiza dos o más acciones preventivas.</p> <p><i>Medianamente Adecuada:</i> Realiza una acción preventiva.</p> <p><i>Inadecuada:</i> No realiza acciones preventivas.</p>

2.2.3. HIPÓTESIS ESPECÍFICA N° 3:

A. VARIABLE 1: *Actitud frente a complicaciones de salud*

DEFINICIÓN: *Se entenderá como el tipo de demanda que la mujer realiza a los distintos niveles de atención de salud pública, así también a la atención privada en salud, al presentarse algún problema en salud.*

DIMENSIÓN	INDICADOR
Tipo de actitud frente a complicaciones de salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Actitud no profiláctica: sólo consulta por morbilidad, no acudiendo a controles preventivos. - Actitud profiláctica: mantiene controles de salud al día, atendiéndose en instancias de salud correspondientes (Consultorio - Hospital). - Actitud policonsultante: frente a cualquier indicio de morbilidad recurre a servicios de urgencia. - Actitud pasiva: no realiza ninguna acción que implique búsqueda de ayuda. - Actitud de automedicación: recurre a fuentes informales (amigos, familiares, etc) o bien directamente a la farmacia.

B. VARIABLE 2: *Calidad de atención en salud a Nivel Primario*

DEFINICIÓN: *Se entenderá como la atención centrada en la mujer, en base a la provisión de servicios accesibles, con un óptimo nivel técnico, calidad en las relaciones interpersonales, teniendo en cuenta los recursos disponibles, adecuada entrega de información y respeto por las decisiones de las usuarias por parte de los servicios de salud de Nivel Primario.*

DIMENSIÓN	INDICADOR	VALOR
1. Atención de Calidad	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones interpersonales - Competencia técnica del personal - Tiempo de atención a usuarias - Horarios de atención - Información proporcionada a usuarias - Infraestructura - Respeto por decisiones y conocimientos de la usuaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Buena - Regular - Mala
2. Opinión de la Usuaria	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción general respecto al Programa de la Mujer 	<ul style="list-style-type: none"> - Positiva - Neutra - Negativa

En relación a la *Dimensión Atención de Calidad*, las mujeres deberán manifestar su opinión en función de los valores Buena, Regular o Mala en cada uno de los indicadores señalados.

En cuanto a la *Dimensión Opinión de la Usuaria* y en función de los indicadores mencionados, se considerará:

- **Percepción Positiva:** Se identifican como Bueno a lo menos 4 aspectos de los mencionados.
- **Percepción Neutral:** Se identifican como Regular a lo menos 4 aspectos de los mencionados.
- **Percepción Negativa:** Se identifican como Malo a lo menos 4 aspectos de los mencionados.

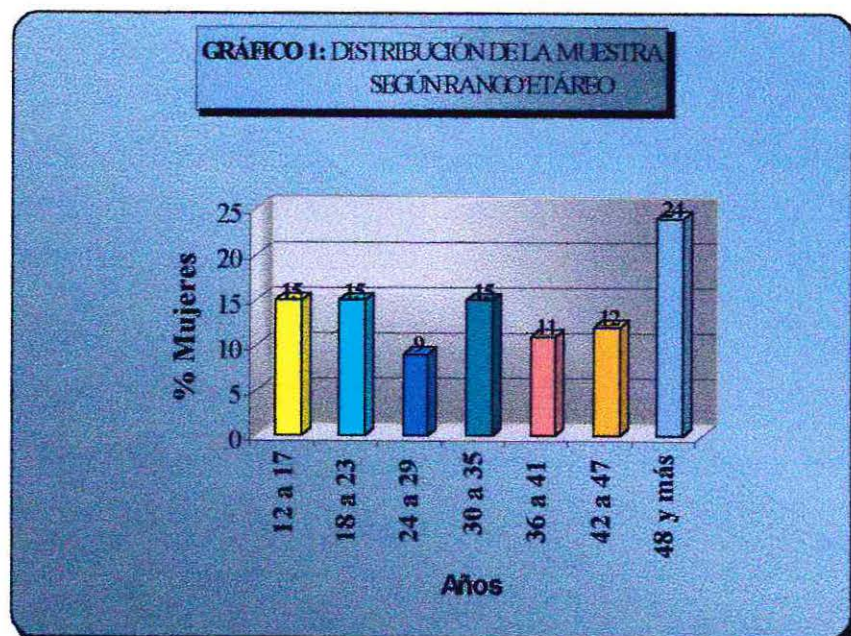
3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En función de lograr arribar a una visión integral respecto a la situación en Salud Reproductiva de la población femenina residente en la Unidad Vecinal 134 Puerto, y para los efectos del presente proceso diagnóstico, es necesario obtener un marco explicativo respecto de la población mencionada y las características de su entorno en los planos socioeconómico y familiar. Asimismo, se presentan a continuación los resultados del análisis e interpretación de la información recabada durante el presente proceso.

1. ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS DE LA POBLACIÓN FEMENINA

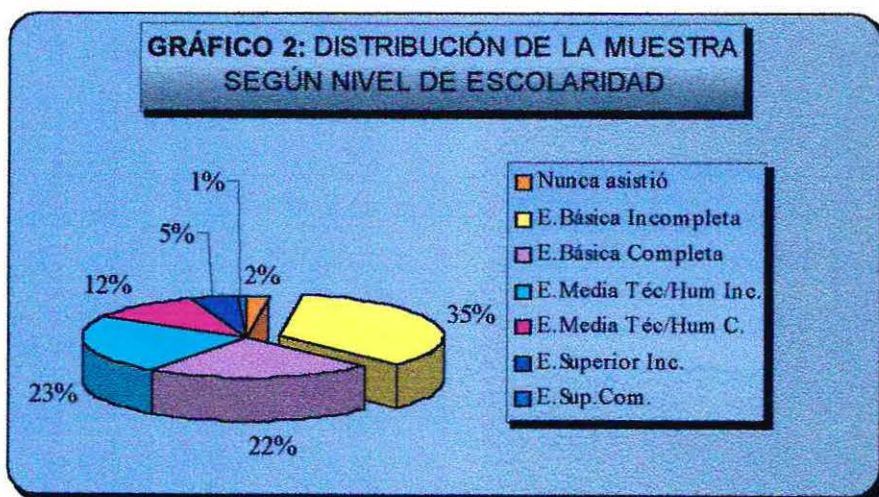
La muestra seleccionada para el estudio, contempla a 129 mujeres en edad reproductiva o fértil, es decir, entre 12 y 49 años de edad, residentes en la Unidad Vecinal N° 134 Puerto, Comuna de Valparaíso. En base a esta población anteriormente señalada, se realizará la descripción y análisis de los datos obtenidos de la aplicación del cuestionario.

1.1. GRUPO ETÁREO (Grupos por tramos de edad):



La población femenina se encuentra mayoritariamente concentrada en el grupo de mujeres que tienen entre 48 años y más, con un 23% del total de la muestra; siendo luego, los grupos etáreos importantes, los correspondientes a mujeres que tienen entre 12 y 17 años; entre 18 a 23 años; y entre 30 a 35 años de edad, representando un 15% de la muestra respectivamente. En este sentido, es necesario señalar que el grupo etáreo más importante en este caso (mujeres entre 48 años y más), es aquel que no es prioritario para los Programas y Servicios de Salud Públicos; ya que éstos, tienden a focalizar la atención, recursos y esfuerzos, en las mujeres en edad fértil, especialmente aquellas que son usuarias del programa Materno Infantil; dejando en un segundo plano al conjunto de mujeres (población que irá en aumento según características de transición demográfica que presenta nuestro país) que no está en edad de tener hijas/os, y/o se están preparando para comenzar el período climatérico (menopausia).

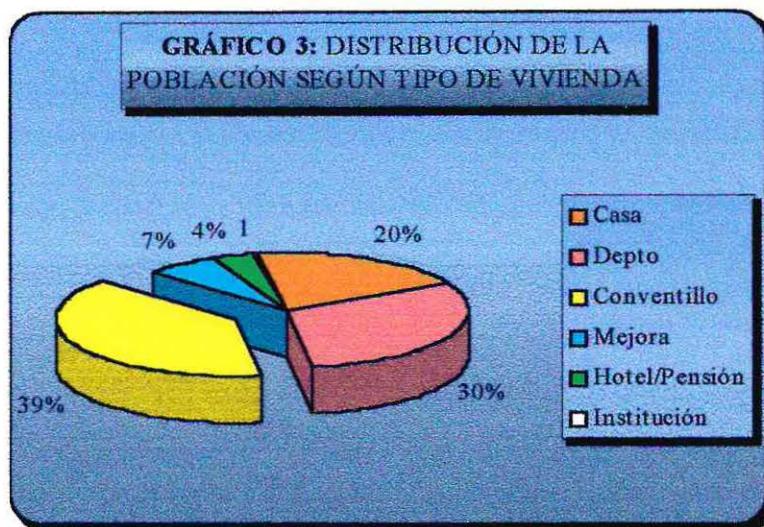
1.2. NIVEL EDUCACIONAL:



En cuanto a la relación que establece la población con el *Subsistema Educación*, mayoritariamente, la población femenina posee un *Nivel Educativo Bajo*, correspondiente en su gran mayoría a mujeres que no han completado la Enseñanza Básica, con un 35%; lo que sumado a la población que tiene Enseñanza Básica Completa (22%), conforman el 57% del total de la muestra, situación que denota una población con un bajo

nivel educacional, siendo esta condición acorde a las características educacionales que presenta una población en riesgo social como es la descrita. En este sentido, es necesario destacar, que el Subsistema Educación en este sector específico - Unidad Vecinal 134 Puerto - dificulta el acceso al nivel secundario de educación formal, ya que no cuenta con establecimientos educacionales que impartan Enseñanza Media Científica – Humanista y/o Técnica a población femenina, por lo que este grupo debe desplazarse a otros sectores de Valparaíso para completar sus estudios, razón por la cual, un gran número de mujeres deserta de la educación formal.

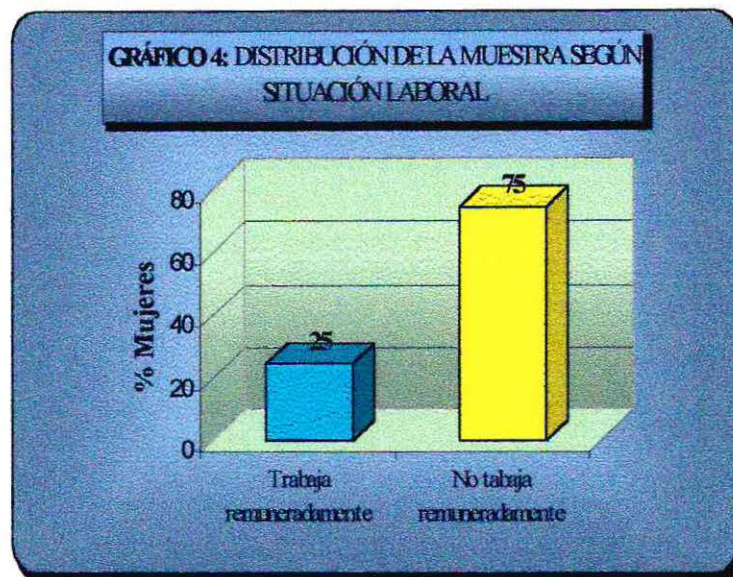
1.3. VIVIENDA



La información correspondiente al tipo y tenencia de la vivienda se obtuvo a través de la utilización de la base de datos REDATAM PLUS (base de datos censales, 1992), la cual contempló a un universo de 253 familias residentes en la Unidad vecinal 134 Puerto, las que en su mayoría se encontraban habitando en una *vivienda tipo conventillo*, correspondiendo éstas a un 39% de la población. En este sentido, es importante destacar que el parque residencial de este sector se caracteriza y compone preferentemente por edificios y casas de construcción antigua, donde encontramos una gran cantidad de conventillos o cités y en general en mal estado de conservación, ya sea por su antigüedad como por la falta de recursos para mantenerlas.

Ahora bien, en cuanto a la tenencia de las viviendas, en su mayoría son *arrendadas*, correspondiendo éstas a un 83,4% del total de las viviendas, lo que permite concluir que la población que reside en este sector no tiene capacidad de ahorro ni de adquisición de una vivienda propia; es así como sólo un 2,4% de las viviendas se encuentran pagadas totalmente, siendo de propiedad de quienes las habitan; y un 4% de las viviendas están siendo pagadas a plazo por sus habitantes.

1.4. SITUACIÓN LABORAL



El trabajo remunerado se asocia con actividades fuera o dentro del hogar, por el cual reciben las mujeres alguna retribución económica. En este sentido, la población femenina en su mayoría, no realiza trabajos que le reporten remuneración, encontrándose en esta situación un 75% del total de las mujeres. Este porcentaje, engloba a la totalidad de mujeres que afirmaron dedicarse a las labores del hogar, como dueña de casa, y a la atención de sus hijas/os, etc; siendo el jefe de hogar el esposo, pareja o algún familiar, quien trabaja remuneradamente y mantiene económicamente el hogar.

Por otra parte, dentro del 25% de mujeres que afirmó realizar trabajos remuneradamente, una gran parte de ellas son jefas de hogar, encontrándose separadas, sin esposo o pareja; una minoría dentro de este grupo lo hace para colaborar con el presupuesto familiar, ya que el sueldo del esposo o pareja no alcanza para mantener a la familia.

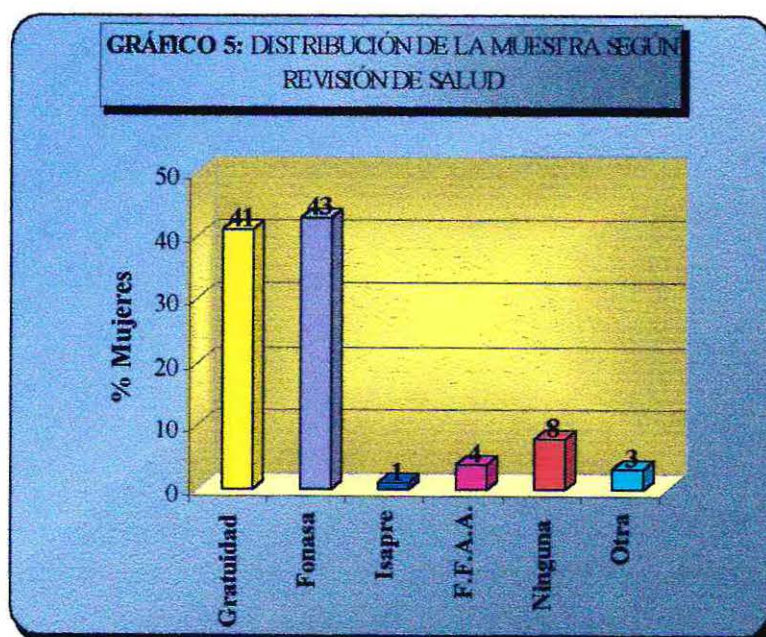
Ahora bien, en cuanto al grupo de mujeres que se encuentra trabajando remuneradamente (25%), la mayoría del total de la muestra realiza actividades como asesora de hogar (19,4%); otro grupo mayoritario se concentra en actividades como operaria en empresa, y otro grupo corresponde a las mujeres que ejercen comercio sexual y/o actividades relacionadas con éste, como por ejemplo bailarinas, las que corresponden a un 16,1% respectivamente.

El tipo de trabajo que realizan las mujeres de este sector, en su mayoría son actividades que no requieren especialización o un alto grado de instrucción, y por ende, son mal remunerados. Esto confirma la situación de riesgo social que presenta esta población. Por otra parte, el número de mujeres que ejercen el comercio sexual y actividades relacionadas a éste es alto, lo que corresponde a 5 mujeres de un total de 31 que declaran trabajar remuneradamente. Esta realidad responde a las características del sector donde nos ubicamos – Unidad Vecinal 134 Puerto - el cual tiene gran actividad nocturna: bares, pubs, hoteles en los que se ejerce el comercio sexual (legales e ilegales), etc; presentándose estas actividades como una alternativa de trabajo válida y que no requiere de mayor grado de instrucción.

Se presentará a continuación el desglose según tipo de actividad que realizan las mujeres que señalaron realizar trabajos remuneradamente (25% de la muestra).

TIPO DE ACTIVIDAD	Nº MUJERES	%
Asesora de Hogar	6	19,4
Comercio sexual	5	16,1
Operaria empresa	5	16,1
Comercio informal	4	12,9
Trabajos esporádicos (lavado, planchado, costuras, etc)	4	12,9
Dependiente comercio formal	3	9,7
Auxiliar en establecimiento ed.	2	6,5
Aseadora municipal	1	3,2
Agricultura	1	3,2
TOTAL	31	100

1.5. PREVISIÓN DE SALUD



En cuanto a la relación que establece la población con el *Subsistema Salud*, la mayoría de la población femenina accede a algún sistema previsional de salud (92%), y sólo un 8% no cuenta con previsión, lo que implica no tener acceso a una atención de salud de calidad

(profesional), recurriendo por tanto a la automedicación u otro tipo de prácticas que pueden resultar nocivas para la salud de la mujer y su grupo familiar.

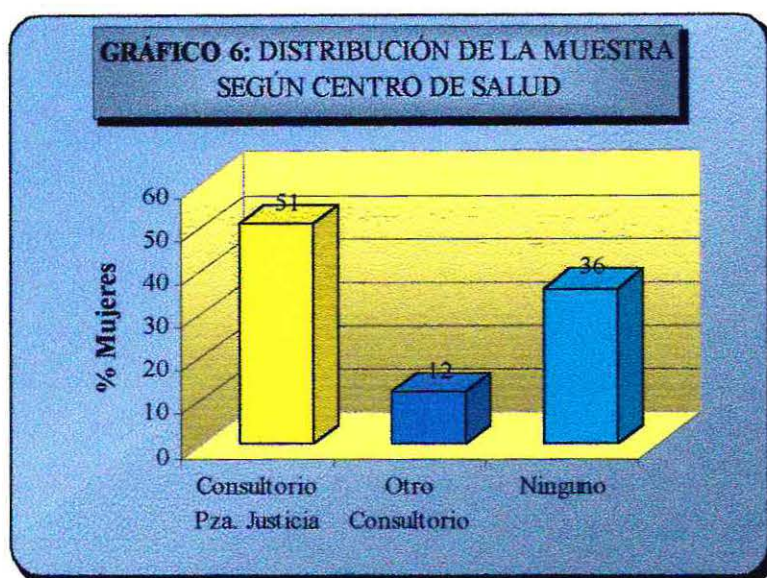
Es preciso señalar que el Subsistema Salud, se caracteriza por entregar a la población una oferta diferenciada, dependiendo del nivel de ingresos económicos y tipo de demanda en salud que las personas y familias establecen. Es así como existe por una parte, el **Sistema Público de Salud**, de mayor cobertura, y al que accede mayoritariamente la población femenina descrita en la muestra, ya sea a través de los distintos niveles de FONASA (Grupo A, B, C y D). Por otra parte, existe el **Sistema Privado de Salud**, el que a través de las ISAPRES (Instituciones de Salud Privadas) brinda atención de salud a quienes pueden acceder a los costos económicos que éstas implican. Así también, existen otros tipos de Sistemas de Salud que son dependientes de organizaciones o instituciones, como lo son: Fuerzas Armadas de Orden, y otros.

Ahora bien, dentro de la población contemplada en la muestra que cuenta con sistema previsional de salud, sólo un 1% corresponde a mujeres que pueden acceder a atención privada de salud a través de una ISAPRE, y un 4% lo hace a través de alguna institución de las Fuerzas Armadas.

Sin embargo, la mayoría de la población accede a la atención de salud pública, brindada por el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, ya sea en Consultorios de Atención Primaria en Salud, Postas y Hospitales de la zona. En este sentido, un porcentaje importante dentro de la población estudiada recibe atención de salud gratuitamente, correspondiente al Grupo A, en el cual se encuentran las mujeres pensionadas por enfermedad y/o carentes de recursos económicos (Tarjeta A de indigencia), y las menores de 15 años que reciben el Subsidio Único Familiar (SUF), este grupo corresponde al 41% del total de la población estudiada. Por otra parte, el porcentaje más significativo (43%), corresponde a mujeres ubicadas en los Grupos B, C y D (mayoritariamente nivel B).

La situación anteriormente descrita, corrobora el bajo nivel socioeconómico en que se encuentra la población femenina de este sector, lo que la hace beneficiaria en su mayoría de la atención pública de salud, ya sea gratuitamente, o pagando un porcentaje mínimo, como es el caso de las mujeres que se encuentran en el Grupo B.

Ahora bien, en cuanto a los Centros de Salud donde se atiende la población femenina contemplada en la muestra, el Gráfico 6 detalla la información.



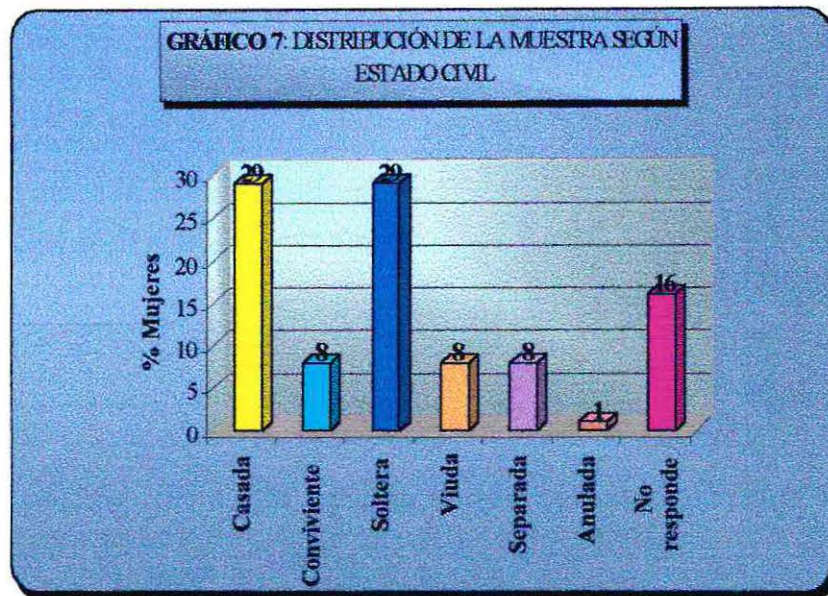
La mayoría de la población contemplada en la muestra (51%), se atiende en el Consultorio Plaza Justicia, ya que este Centro de Salud corresponde geográficamente a la Unidad Vecinal 134 Puerto, encontrándose inscritas en el Plan Per Cápita del Ministerio de Salud (Ficha Familiar).

Por otra parte, un 12% de la muestra se encuentra inscrita en otros Centros de Salud de la Comuna, entre ellos, Consultorio Cordillera, Hospitales de las Fuerzas Armadas y otros. Algunas mujeres señalaron en relación a optar por otro Centro de Salud, que cambiaron su inscripción y la de su familia a otro Consultorio, porque no les satisfacía la calidad de la atención que brinda el Consultorio Plaza Justicia.

Un porcentaje importante correspondiente al 36%, señala no pertenecer a ningún Centro de Salud. En este sentido, cabe hacer notar, que un gran número de las mujeres que se encuentran en esta categoría son adolescentes que estando inscritas en un Centro de Salud a través de la Ficha Familiar, no saben que son beneficiarias del sistema público de salud, ya que generalmente no demandan atención médica.

2. ANTECEDENTES SOCIO FAMILIARES DE LA POBLACIÓN FEMENINA

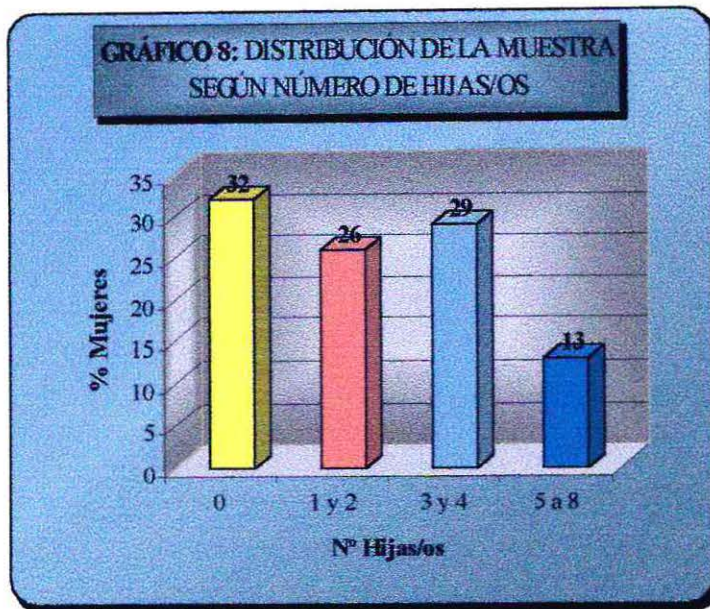
2.1. ESTADO CIVIL



Para efectos de analizar esta variable, se recurrió a la base de datos REDATAM PLUS (base de datos censales, 1992), correspondiente al Distrito 4 Puerto, y cuyo universo contempló a un total de 404 mujeres.

Como se puede apreciar, los conglomerados más significativos corresponden a las mujeres que se encuentran casadas y solteras, con un 30% y 29% respectivamente, lo que hace suponer que el matrimonio en esta población es el tipo de relación predominantemente aceptada y validada, en desmedro de la convivencia que sólo se presenta en un 8% de la población femenina.

2.2. NÚMERO DE HIJAS/OS



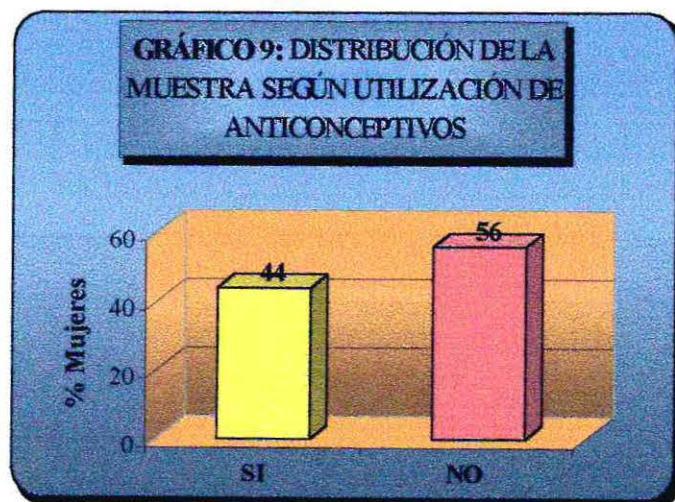
La población femenina que contempla el estudio, tiene un promedio de 2,2 hijas/os, promedio que se encuentra por debajo del nacional. Si bien, éste es un porcentaje bajo, se encuentra desvirtuado, ya que la muestra consideraba en el Tramo a, la población femenina desde los 12 a los 17 años de edad, mujeres que en su mayoría no tenían hijas/os, situación que incide en el promedio general de la muestra.

El porcentaje más importante de la muestra corresponde a aquellas mujeres que no tienen hijas/os, vale decir, un 32% del total, cifra que corrobora lo anteriormente señalado, ya que en esta categoría se encontrarían mayoritariamente las mujeres pertenecientes al Tramo a. Luego, como porcentajes más sobresalientes, se encuentran las mujeres que tienen entre 3 y 4 hijas/os, correspondientes al 29% de la población total.

3. ANTECEDENTES DE SALUD REPRODUCTIVA DE LA POBLACIÓN FEMENINA

Se analizará la población femenina en edad fértil, en relación a las variables de Salud Reproductiva relevantes para el estudio, considerando a las mujeres en edad fértil o reproductiva a todas las mujeres cuyas edades fluctúan entre 12 y 49 años, considerándolas a partir de los 12 años, debido a que actualmente la edad en que las jóvenes experimentan la primera menstruación o menarquia se ha rebajado, y por ende a edades tempranas se encuentran en condiciones biológicas adecuadas para comenzar su vida sexual y reproductiva.

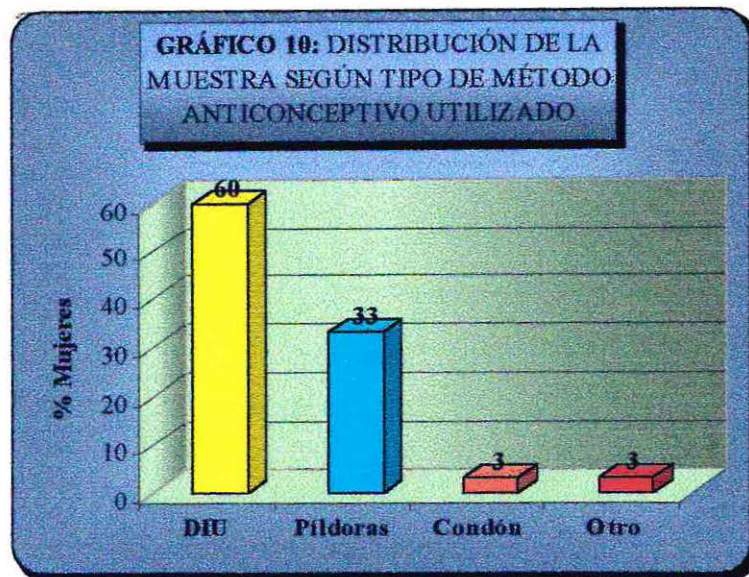
3.1. UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



En relación al uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres comprendidas en la muestra, queda de manifiesto que un porcentaje mayoritario de las mujeres, es decir, un 56% del total, no utiliza ningún tipo de anticonceptivo. Esta situación se explica, debido a que en este porcentaje se encuentran contenidas las mujeres del Tramo a, vale decir, aquellas cuyas edades fluctúan entre los 12 y los 17 años de edad, de las cuales, la mayoría aún no ha comenzado una vida sexual activa y por ende, no utiliza ningún método

Por otra parte, también se encuentran las mujeres que teniendo una vida sexual activa, no se encuentran en un período reproductivo, debido a que ha comenzado la etapa climatérica (menopausia) o han sido intervenidas quirúrgicamente (histerectomía), y también en este grupo se encuentran aquellas mujeres que se encuentran son pareja sexual (esposo, conviviente, pareja ocasional, otro).

3.1.1. TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS



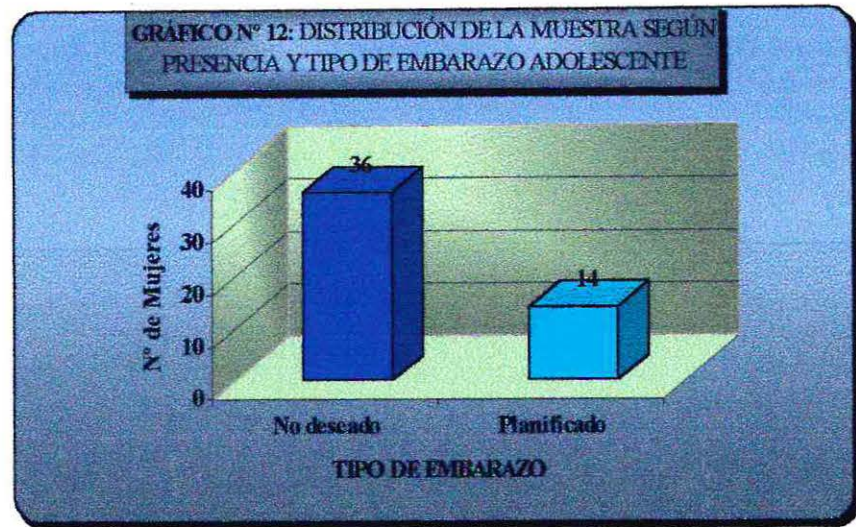
Ahora bien, en cuanto a las mujeres que se encuentran utilizando algún método anticonceptivo, éstas representan un 44% de la muestra; de las cuales un 60% utiliza algún tipo de Dispositivo Intrauterino (DIU), en general la T de Cobre, especialmente las mujeres adultas entre 30 y 40 años de edad; un porcentaje menor utiliza píldoras anticonceptivas, equivalente a un 33%; y un grupo minoritario correspondiente al 6%, utiliza otros tipos de métodos, como son: condón masculino, inyecciones, método natural. Esta situación se puede explicar, ya que la mayoría de las mujeres accede al servicio público de salud, donde la oferta anticonceptiva es limitada, utilizando la mayoría de las mujeres tratamientos anticonceptivos similares. En este sentido, se pueden establecer parámetros críticos en cuanto a la calidad del servicio entregado a la población desde instituciones públicas de salud, en las cuales es un factor de mayor importancia el número de atenciones efectuadas, que la calidad de las mismas, tomando en cuenta que las beneficiarias son mujeres con

problemáticas específicas y con organismos distintos, por lo que muchas veces el tratamiento brindado no es el óptimo para toda la población.

3.1.2. COMPLICACIONES DERIVADAS DEL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La población femenina que utiliza algún método anticonceptivo, mencionada anteriormente, presenta en un porcentaje importante algún tipo de complicación derivada del uso de éste. Es así como el 21% de la muestra, ha tenido algún tipo de complicación, señaladas entre éstas: desajustes hormonales, lesiones, incrustación del DIU, sangramientos, hemorragias, dolores, secreciones y embarazos ectópicos. Esta variable se encuentra relacionada con el tipo de anticonceptivo que utiliza la mujer y la periodicidad con que asiste a los controles médicos, ya que la mayoría de las mujeres que utilizan algún tipo de DIU, tienden a descuidar el control del tratamiento y asisten a los controles médicos cuando se presenta alguna molestia o complicación que afecta a su salud, fluctuando entre 8 y 10 años el período entre controles médicos.

3.2. EMBARAZO ADOLESCENTE

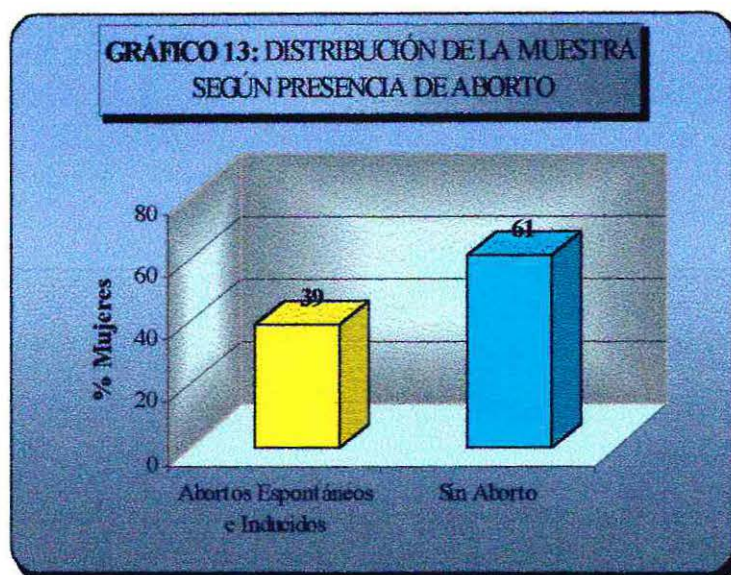


En cuanto a la presencia de Embarazo Adolescente, referido éste al producido en mujeres menores de 19 años; en la muestra se manifiesta en un 39% del total de mujeres, lo que corresponde a un número de 50 mujeres de un total de 129; cifra que contiene por una parte, a todas aquellas mujeres que se encuentran entre los 40 y 49 años de edad, las que vivieron el embarazo en su etapa de adolescencia considerándolo una situación esperable e incluso deseada, ya que socialmente era percibido como “normal”, correspondiendo éstas a 14 mujeres, equivalentes a un 28% del total de embarazos adolescentes, y a un 11% del total de la muestra; y por otra parte a las mujeres adolescentes y adultas que no deseaban embarazarse, correspondiendo a 34 mujeres, lo que equivale a un 72% del total de embarazos adolescentes, y a un 28% del total de la muestra.

En este contexto, es necesario destacar, que el embarazo adolescente es definido en nuestro país como un problema social, fomentándose de esta manera una preocupación por el embarazo y la maternidad adolescente, sobre todo en aquellos casos en que constituyen hechos no deseados, debido al impacto que éste puede provocar en la madre y la/el niña/o, sobre todo cuando la maternidad/paternidad afecta a adolescentes en riesgo social, situación que limita las posibilidades de un desarrollo psicosocial integral de éstas/os.

Es así como las cifras definidas anteriormente son importantes de destacar, ya que manifiestan la magnitud del problema en el sector, lo que se traduce en cifras altas en relación a presencia de embarazo adolescente planificado (deseado) como no deseado. De esta manera, podemos mencionar los parámetros nacionales que nos permiten comparar las estadísticas en este sentido, a decir, a nivel nacional un 15% de los nacimientos de mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años) corresponden a adolescentes, y en nuestra población sujeta de estudio, la presencia de embarazo adolescente (deseado y/o planificado, y no deseado) corresponde a un 39% del total de la población femenina contenida en la muestra.

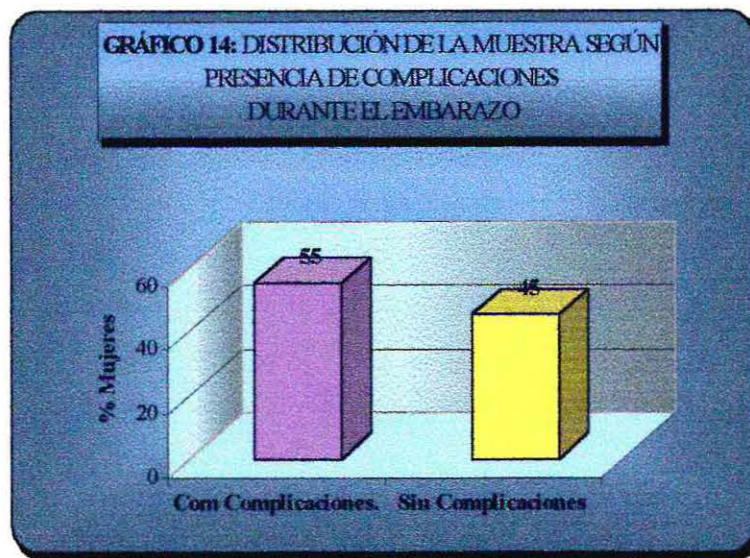
3.3. ABORTO



En relación a la presencia de Aborto en la población femenina, ésta es alta, ya que un 29% de la muestra señaló haber vivenciado un aborto, ya sea un Aborto Espontáneo, situación que se manifestó mayoritariamente; y en un número menor, mujeres que declararon “haber recurrido a un aborto” de manera inducida o provocada, como una manera de terminar con un embarazo no deseado y/o como un mecanismo de control de la natalidad. En esta última situación se encontraron principalmente aquellas mujeres entre 40 y 50 años de edad.

En cuanto a los Abortos Provocados o Inducidos, éstos en su totalidad responden a embarazos no deseados y generalmente no son declarados abiertamente por las mujeres, debido a que conllevan una sanción tanto legal como social y moral; por ende, el porcentaje correspondiente a este tipo de práctica no refleja la realidad de la población femenina en éste ámbito.

3.4. COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO



Cabe hacer notar que del total de mujeres contempladas en la muestra que han tenido a lo menos un embarazo (92 mujeres); un porcentaje importante de ellas, vale decir, un 55% ha presentado algún tipo de complicación durante su/s embarazo/s, cifra que resulta relevante, ya que representa a más de la mitad de la población femenina anteriormente descrita. Las complicaciones más importantes señaladas por estas mujeres dicen relación con embarazos de Alto Riesgo Obstétrico (ARO), que se asocian a problemas de hipertensión arterial, anemia y otras presentadas por la madre; también se evidencian porcentajes altos de abortos espontáneos o “pérdidas”, especialmente en mujeres entre 40 y 50 años de edad.

4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

A continuación se describen las principales características operadas en la interacción de la mujer en situación de Riesgo Social y su ecosistema, en función de identificar la presencia de conductas de Autocuidado en Salud Reproductiva, para esto, se presentan en las esferas biológicas (complicaciones reproductivas) y psicosociales (Calidad de información - Autopercepción de riesgo - Calidad de la atención en salud).

Es necesario recordar que para el presente estudio se formularon hipótesis correlacionales. En este sentido, la descripción de las variables involucradas se realiza mediante prueba estadística Ji cuadrado y coeficiente de correlación, con un nivel de significación de 5%.

CONCLUSIONES GENERALES

- En relación a calidad de la información sobre Autocuidado en el ámbito de la reproducción y la presencia de complicaciones en Eventos Reproductivos:
 1. **Relación entre información sobre acciones de Autocuidado durante Embarazo y presencia de complicaciones:**

Para el cálculo de la presente variable, respecto a la calidad de la información, ésta fue entendida como los contenidos manifestados por la mujer respecto a las principales acciones de autocuidado durante el período de embarazo.

El cuadro siguiente nos muestra los resultados encontrados:

Cuadro N°1

	Sin complicaciones	Con complicaciones	Total
Información Adecuada	19	11	30
Información Med. Adecuada	29	15	44
Información Inadecuada	7	11	18
Total	41	51	92

Respecto al análisis realizado y tras la aplicación de la prueba estadística correspondiente, con un nivel de significación de 5%, con un valor de tabla de 5.991 y un valor de ji cuadrado de 6.4, se puede establecer que la hipótesis nula se rechaza, aceptando la hipótesis de investigación. Al aplicar el coeficiente de correlación se obtiene un margen de dependencia leve (0.06).

Ahora bien, de acuerdo a los postulados teóricos existentes, la presencia de complicaciones durante el período de embarazo tiene su origen en una multiplicidad de factores relacionados a las condiciones de vida de la población, factores físicos, emocionales, económicos y sociales.

Sin embargo, la calidad de la información que posee la mujer acerca de las acciones de autocuidado durante el período de embarazo, representa un punto importante al momento de prevenir la ocurrencia de problemas asociados a su estado, puesto que se convierte en factor determinante al momento de provocar una demanda de atención oportuna. Esto cobra importancia, especialmente en nuestro país, puesto que de acuerdo al tipo de cobertura existente en el Nivel Primario de Atención en Salud, a través del Programa

Materno - Infantil, una demanda de atención oportuna por parte de la población permite realizar una pesquisa y tratamiento de problemas en forma adecuada.

En este sentido, y de acuerdo a los resultados obtenidos, en relación a la identificación que realizan las mujeres respecto a las acciones de autocuidado durante el período de embarazo, un 48% maneja un nivel de información medianamente adecuado, es decir, menciona sólo 2 áreas del autocuidado; estas áreas son las vinculadas a los estilos de vida (no fumar, consumir alcohol ni drogas, etc) y a la atención prenatal, mencionándose en pequeño porcentaje la alimentación equilibrada, y en menor grado el estado emocional y los cuidados ambientales.

Esta situación cobra importancia a la luz del gran porcentaje de problemas relacionados con embarazos que no llegan a su fin (pérdidas), los que aún cuando pueden obedecer a una multiplicidad de factores, en general se asocian a las dos últimas áreas del autocuidado mencionadas. Así también es posible constatar la existencia de un contingente de mujeres, especialmente de población adulta - adulta mayor (40 - 55 años), que presenta un porcentaje equivalente entre abortos espontáneos y embarazos de término.

Asimismo, un 55% ha padecido de alguna complicación durante el periodo gestacional; estas complicaciones en general dicen relación con embarazos de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) relacionados principalmente a problemas de hipertensión arterial, anemia, etc.

Aún cuando se haya probado una correlación entre las variables calidad de la información y complicaciones en el embarazo; en función de los hallazgos presentados es posible señalar que la ocurrencia de complicaciones durante el período gestacional de la mujer se asocian más bien a consecuencias derivadas de la calidad de vida de la población, es así como el gran porcentaje de embarazos que no llegaron a su fin se asocian a las condiciones de vida en las cuales las mujeres deben enfrentar su maternidad (deficiente alimentación, vivenciar situaciones de estrés, realización de trabajos inadecuados, exposición a golpes, deficientes

cuidados ambientales, etc.) que entorpecen cualquier acción de autocuidado, aún cuando se cuente con los conocimientos adecuados en ese ámbito.

2. Relación entre información sobre Mecanismos de Prevención del Embarazo y presencia de Aborto.

En función de la presente variable, se entendió como identificación de mecanismos a los contenidos manifestados por las mujeres sobre las formas que conocían para prevenir un embarazo, determinando el nivel de adecuación por la presencia de aquellos considerados como correctos de acuerdo a normas técnicas existentes en salud; por otra parte, se requirió información sobre presencia de abortos espontáneos y/o inducidos. En el presente cuadro se detallan los resultados obtenidos:

Cuadro N°2

	Con aborto	Sin aborto	Total
Identificación Adecuada	20	54	74
Identificación Medianamente Adecuada	2	5	7
Identificación Inadecuada	21	7	28
Total	43	66	109

Ahora bien, con respecto al análisis del cuadro, los cálculos de ji cuadrado y coeficiente de correlación Phi, indican que existe asociación entre ambas variables (valor de tabla 5.991 y ji cuadrado con valor 20) no obstante se trataría de una correlación baja.

En función de los planteamientos teóricos existentes, aún cuando es posible determinar una correlación directa entre la incidencia de aborto y la identificación de mecanismos de prevención de un embarazo, esto último es considerado como elemento importante en el autocuidado en la prevención del aborto, por cuanto da cuenta de un nivel de proximidad de la población femenina con los mecanismos anticonceptivos adecuados y seguros.

De esta forma y de acuerdo a los resultados obtenidos, se evidencia que gran parte de la población (68%) *identifica mecanismos de prevención adecuados*, es así que un 67% de la población menciona la utilización de anticonceptivos como el mecanismo más efectivo, siendo seguido (17%) por la combinación de éste con la abstinencia sexual y coito interrumpido. En este punto, lo importante de destacar es la importancia que la población atribuye a los métodos de anticoncepción para la prevención de un embarazo, y la falta de conocimientos respecto a aquellos.

De esta forma, al solicitar información respecto a *tipos de Anticonceptivos Femeninos y Masculinos*, un 43 % *posee información considerada como adecuada*, es decir, menciona un número importante de métodos anticonceptivos (3 y 4), de éstos los métodos con mayor número de menciones corresponden a los hormonales (pastillas, inyección) y dispositivos intrauterinos (T). Ante esta situación, es posible concluir que la población femenina está familiarizada con estos dos tipos de métodos, ya sea porque alguna vez los ha consumido o porque corresponden a la oferta permanente y masiva en salud pública. Esto llevaría a concluir que en concordancia con esto, la población debería manejar un nivel de información adecuado o por lo menos básico con respecto a ellos; sin embargo al sondear esta información, encontramos que en un 58% de los casos los conocimientos que se poseen son inadecuados.

Un aspecto importante de destacar a modo de hallazgo, es el nivel de conocimientos que se posee con respecto a la *utilización del método anticonceptivo masculino (condón)*, sobre el cual un 53% de la población manifiesta poseer información. Al rastrear la calidad de esta

información, un 46% de la población posee un nivel de información adecuado, es decir, identifica claramente un número de pasos a seguir para la utilización del condón.

Esta situación obedecería a la implementación de campañas por parte de los diferentes medios de comunicación e instituciones de salud y educación, relacionadas con la prevención del VIH/SIDA, por medio de las cuales se ha logrado entregar información hacia la población - especialmente a jóvenes- respecto a este mecanismo de protección y prevención.

Ahora bien, con respecto a la *presencia de Aborto en la población*, para medir esta variable se consideraron tanto los abortos espontáneos como los provocados, lo cual entrega una alta incidencia en la población (39%) de los cuales un porcentaje menor corresponde a abortos inducidos o provocados. Estos últimos son declarados en general por mujeres adultas y adultas mayores (40-50 años), como un método de control de la natalidad, lo cual es concordante con estudios realizados sobre el tema en nuestro país¹.

3. Relación entre conocimiento de Método Anticonceptivo Femenino y presencia de Embarazo Adolescente no Deseado

Con respecto a la variable siguiente, se entendió como nivel de conocimiento respecto al anticonceptivo femenino a la identificación que la población realiza sobre los principales aspectos relacionados con la utilización de la píldora anticonceptiva.

Cuadro N°3

	Emb. Adolesc. planificado	Emb. Adolesc. no deseado	Total
Conocimiento Adecuado	2	3	5
Conocimiento Median. Adecuado	2	3	5
Conocimiento Inadecuado	10	30	40
Total	14	36	50

Al momento de aplicar los instrumentos estadísticos para medir esta correlación, se determina la inexistencia de correlación, es decir, en el caso de la presencia de embarazo adolescente no deseado y conocimiento de anticonceptivo femenino, se trataría de fenómenos independientes.

Es así como la ocurrencia de un embarazo no deseado en una adolescente puede relacionarse con diversos factores (culturales en el caso de las mujeres de mayor edad que no tuvieron una cultura contraceptiva; sociales y/o económicos en aquellas mujeres que no se controlaron hasta su primer embarazo y por ende no tuvieron acceso a la utilización de métodos anticonceptivos, etc), mientras que la variable información cruza transversalmente a estos factores, puesto que determina de manera importante la posibilidad de solicitar asesoramiento y/o adquisición de métodos anticonceptivos seguros y eficaces en los canales apropiados.

De acuerdo al análisis, aún cuando una parte importante de la población reconoce la utilización de anticonceptivos como una de las formas más eficaces de evitar un embarazo, y cuando además un 54% manifiesta poseer información acerca del método señalado, al momento de sondear la información se pone en evidencia que este conocimiento es en

¹ "A Través del Espejo". Laura Sau, Paula Quintana, Marcela Reinoso. Casa de la Mujer, Valparaíso, 1994.

general *inadecuado* (58%), limitándose más bien a identificar aspectos generales (se toma una vez al día).

En este sentido, a partir de los elementos teóricos mencionados, se evidencia que el nivel de información sobre el tema es *deficiente*, conteniendo vacíos importantes o información errónea, aún cuando la población manifiesta poseer un nivel de comprensión sólido en el tema. Así también, es posible identificar un porcentaje importante de la población femenina que posee un *nivel de conocimientos inadecuado en relación al método anticonceptivo y a la vez presenta ocurrencia de embarazo adolescente no deseado* (60 %).

Un aspecto importante de destacar en este sentido, lo representa la presencia de información en materia anticonceptiva, en este caso un 71% que manifestó haber recibido algún tipo de información, la totalidad la obtuvo a través de *fuentes formales*, como Consultorio en el caso de mujeres adultas e instituciones educativas (Liceo) en el caso de las adolescentes. Sin embargo, aún cuando se evidencie la existencia de instancias de educación, con entrega de información y material educativo, al parecer la calidad de la información recibida no es la óptima, como se aprecia por los resultados obtenidos.

4. Relación entre Tipo de Conocimiento sobre consecuencias de Método Anticonceptivo y Presencia de Complicaciones derivadas del uso de éstos

En función de la presente variable, se define como conocimiento respecto de las consecuencias del anticonceptivo a la identificación que la mujer realiza acerca de los riesgos y efectos del método utilizado. A continuación se presentan los resultados obtenidos:

Cuadro N°4:

	Con complicaciones	Sin complicaciones	Total
Conocim. Adecuado	3	8	11
Conocim. Median.Adecuado	6	19	25
Conocim. Inadecuado	3	18	21
Total	12	45	57

Al realizar la aplicación de las pruebas estadísticas correspondientes, se obtiene una ausencia de correlación, determinando la ausencia de asociación entre las variables conocimiento sobre consecuencias y presencia de problemas respecto a métodos anticonceptivos.

Sin embargo al realizar un análisis de fondo con los resultados obtenidos surgen algunos puntos importantes de mencionar:

- La población en estudio utiliza mayoritariamente el Método Anticonceptivo Intrauterino (DIU), en especial las mujeres adultas de 30 a 40 años de edad. De acuerdo a antecedentes recogidos a través de entrevistas informales, se puede afirmar que su asistencia a controles de salud ginecológica se encuentra mediatizada por la aparición de síntomas de enfermedad, es así como la realización de controles de dispositivo se realiza en promedio entre intervalos de 8 y 10 años, especialmente en mujeres de mayor edad, si establecemos alguna relación entre esta situación y la presencia de complicaciones relacionadas con anticonceptivos, evidenciamos la existencia de un grupo etáreo que se encuentra en *mayor riesgo* de contraer alguna complicación reproductiva severa.

Por otro lado, el análisis realizado nos indica que la población posee un *nivel de conocimiento medianamente adecuado* sobre el método que utiliza (44%), de este porcentaje, un 83% identifica riesgos, especialmente aquellos derivados de la utilización del DIU (embarazo tubario, aumento de infecciones en la zona, etc) y un 17% efectos de éstos sobre el organismo, específicamente relacionados con el método hormonal.

Por otra parte, un 37% de la población desconoce riesgos y efectos (*conocimiento inadecuado*) y un 19% posee un *nivel de conocimientos adecuado*, identificando efectos y riesgos.

Con respecto a las complicaciones asociadas al método anticonceptivo, un 21% de las mujeres presentaron alguna complicación, especialmente el grupo que se encuentra entre 30-35 años de edad.

▪ **En relación a la Autopercepción de Riesgo referida a Morbilidad Reproductiva y las Prácticas Preventivas correspondientes**

En función del estudio, respecto a la Autopercepción de Riesgo, ésta fue entendida como el juicio evaluativo realizado respecto a la posibilidad de adquisición y/o desarrollo del VIH/ SIDA, E.T.S., CACU y Cáncer Mamario. Asimismo, las Prácticas Preventivas se refieren a las acciones realizadas en función de las enfermedades mencionadas.

De acuerdo a los planteamientos teóricos existentes, un factor importante en la prevención de patologías reproductivas, en especial el VIH/ SIDA y las ETS, es la *Autopercepción de Riesgo*. De esta manera, aún cuando la población se encuentra lo suficientemente informada acerca de los mecanismos de adquisición y prevención, dado su sistema de creencias y valoraciones, no asume que el riesgo de enfermarse es aplicable a ella, es decir, no reconoce el riesgo a que está expuesta y por lo tanto no adopta medidas de prevención.

1. Relación entre Autopercepción de Riesgo de Cáncer Cérvicouterino, Cáncer de Mamas y Presencia de Prácticas Preventivas

El siguiente cuadro presenta los resultados:

Cuadro N°5

	Presencia de prácticas	Ausencia de prácticas	Total
Se percibe en riesgo	38	15	53
No se percibe en riesgo	12	23	35
Total	50	38	88

Los cálculos realizados indican un valor de tabla de 5.999 y un valor de Ji cuadrado correspondiente a 11.9, por lo tanto se aprueba la existencia de correlación entre la Autopercepción de Riesgo y la existencia de acciones o Prácticas Preventivas en CACU y Cáncer de Mamas, tratándose de una asociación significativa.

De acuerdo a los resultados obtenidos un *60% de la población se percibe en riesgo*. Dentro de este grupo, son pocas las mujeres que fundamentaron su respuesta, aduciendo presencia y/o operación de tumores (uterinos y de mamas), predisposición por factores familiares o hereditarios y afirmaciones que evidencian reconocimiento del riesgo de exposición (“a cualquiera le puede pasar”, o “nadie está libre”).

En cuanto a las mujeres que *no se percibieron en riesgo*, esta población correspondió a un 40% del total, aduciendo en general motivos de edad (ser muy jóvenes) y un grupo minoritario mencionó la presencia de controles regulares en consultorio y realización periódica de exámenes preventivos PAP y Examen Físico de Mamas.

En cuanto a la presencia de Prácticas Preventivas, del total de la población un porcentaje levemente mayor (57%) realiza algún tipo de prácticas preventivas, mientras que un 43% no lo hace. De las prácticas realizadas, 43% corresponde a mujeres que se perciben en riesgo, estas en un 71% cumplen con la periodicidad adecuada en sus exámenes preventivos (PAP, Mamas). Por otra parte, la población que no se percibe en riesgo y realiza algún tipo de prácticas preventivas corresponde a 13.6%, de las cuales un 61% realiza sus exámenes preventivos con la periodicidad adecuada.

En relación a la Cobertura de los Exámenes Preventivos mencionados, el Examen de Papanicolau presenta la mayor cobertura, seguido por el Examen Físico de Mamas y finalmente en menor porcentaje el Autoexamen de Mamas. A la luz de estos resultados, es importante señalar que la mayoría de las mujeres encuestadas se encuentran dentro de los rangos etáreos en los cuales se exige la realización de estos exámenes, es decir, un 71% de la población total debería realizarse periódicamente el PAP y Examen Físico de Mamas (23 años en adelante), cifra que a partir de los resultados obtenidos, se encuentra reducida en forma importante (57%).

Cobra importancia la existencia de un importante porcentaje de población que aún percibiéndose en riesgo no realiza prácticas preventivas o las realiza sin la periodicidad adecuada (49% contra 51% que lo realiza adecuadamente). Este porcentaje se presenta muy alto al suponer que las mujeres que manifiestan tener conciencia de Autopercepción de Riesgo deberían practicar conductas adecuadas o acorde a su forma de pensar y de concebir su salud, situación que no se produce, es así que al consultárseles respecto de la realización del Examen del PAP, reconocían en su mayoría haberlo realizado alguna vez, pero por descuido, olvido o falta de control no lo realizan con la periodicidad requerida.

Además, es posible evidenciar que la mayoría de las mujeres con la realización de los exámenes preventivos al día o con controles de médico-matrona periódicos, correspondía a aquellas con embarazo reciente, o que se encontraban utilizando algún método

anticonceptivo que requiere control periódico como lo son las píldoras. Por tanto, en estos casos se manifiesta la presencia de una variable interviniente como lo es la maternidad o utilización de ciertos métodos anticonceptivos que determina la adherencia de la población a prácticas preventivas.

Otro hallazgo importante de mencionar lo representa la *falta de asociación establecida por la población entre la realización de estos exámenes y el ejercicio de prácticas preventivas*, es así como al aplicar una pregunta de control, se estableció que el porcentaje de exámenes reales practicados era mucho más alto que los declarados en función de prevenir la aparición de CACU y Cáncer de Mamas. Esta situación se explica, ya que aún cuando las mujeres se someten a estos exámenes, lo hacen como exámenes de rutina; desconociendo su finalidad, o qué tipo de enfermedad pueden prevenir o pesquisar con su realización. Esto puede deberse, por una parte, a que las mujeres no demandan información y sólo se remiten a la que se les entrega (actitud pasiva), no comprenden la información que se les entrega y/o las prestadoras de salud no entregan la información correspondiente.

2. Relación entre Autopercepción de Riesgo en VIH/SIDA y Prácticas Preventivas

Cuadro N°6.

	Presencia de prácticas	Ausencia de prácticas	Total
Se percibe en riesgo	7	18	25
No se percibe en riesgo	30	67	97
Total	37	85	122

En relación al presente cuadro, al aplicar los instrumentos estadísticos en función de probar correlación entre variables, se determina la inexistencia de correlación, por tanto se trataría de fenómenos independientes, lo que se podría explicar debido a la presencia masiva de

prácticas preventivas consideradas como medianamente adecuadas (pareja sexual estable) en población que no se percibe en riesgo.

Es así como de acuerdo a los resultados obtenidos, en cuanto a la *Autopercepción de Riesgo de contraer VIH/SIDA o ETS*, la mayoría de las mujeres afirmó *no encontrarse en riesgo* de adquirirlo, lo que corresponde a un 80% de la población encuestada. Las razones argumentadas para no percibirse con riesgo de adquisición mayoritariamente se refieren a la *presencia de pareja estable*, ya sea esposo o conviviente. Dentro de esta población, existe un 25% que manifiesta realizar *prácticas preventivas*, estas – siguiendo la lógica de la no percepción -- se refieren a *pareja sexual estable (80%)*, seguida por *utilización de condón (13%)*, y *no utilización de jeringas infectadas (7%)*. En cambio, un 55% con igual percepción *no realiza ninguna práctica preventiva*.

Asimismo, de la población que se percibe en riesgo (20%), sólo un 5.7% manifiesta adoptar algún tipo de *práctica preventiva*, referidas a tener *pareja sexual estable (57%)*, *uso de condón (29%)* y *abstintencia sexual (14%)*. Un 15% de población que se percibe en riesgo *no realiza prácticas preventivas*.

Esta situación corrobora los planteamientos teóricos y referenciales existentes que señalan que aún cuando en la actualidad no se habla de grupos de riesgo, en los últimos años se ha presentado un aumento considerable de mujeres que han adquirido y/o que viven con VIH/SIDA u otra E.T.S., por vías de infección indirecta (esposos o parejas). Este grupo de mujeres en su mayoría, son mujeres que no se percibían como población en riesgo, ya sea porque existe de parte de ellas plena confianza en la fidelidad mutua (de ella y su pareja) o por considerar las E.T.S y el VIH/SIDA como una enfermedad lejana, que afecta a determinados grupos de población (trabajadoras sexuales, homosexuales y promiscuos).

En cuanto a las medidas de prevención, en ambas categorías de riesgo se consideró mayoritariamente aquella referida a *pareja sexual estable*, lo que expone a la mujer a una

situación de riesgo de adquirir estas enfermedades; puesto que al no existir posibilidades para el ejercicio de la negociación en forma igualitaria al interior de la pareja, la mujer se siente incapaz de exigir el uso de preservativo, ya que esto entre otras cosas supone cuestionar la fidelidad de su pareja, a esto se agrega la reticencia del hombre, especialmente el adulto, a la utilización de condón ya sea por considerarlo inhibidor del placer, innecesario o una muestra de desconfianza por parte de la mujer.

▪ **En relación a la opinión respecto de Calidad de Atención en Nivel Primario de Salud y Tipo de Conductas en Salud Reproductiva:**

1. Relación entre opinión sobre Calidad de Atención en Consultorio y Tipo de Conducta en relación a la salud:

En función de analizar las presentes variables, respecto a la opinión sobre calidad de atención en salud, esta fue entendida como la evaluación realizada por la población sobre un grupo de indicadores de Calidad de Atención². Por otra parte, el tipo de conducta en relación a la salud fue entendido como favorable o desfavorable dependiendo de las acciones realizadas por la mujer al presentarse alguna complicación en Salud Reproductiva.

A continuación se presentan los resultados obtenidos:

² Bruce, Judith. 1989. En "Realidades y Desafíos". ICIMER. Chile, 1994.

Cuadro N° 9

	Conducta Favorable	Conducta Desfavorable	Total
Buena calidad	33	27	60
Regular calidad	5	5	10
Mala calidad	2	2	4
No emite juicio	9	46	55
Total	49	80	129

Al realizar el análisis estadístico correspondiente, éste permite determinar un valor de tabla de 7.815 y un valor de Ji cuadrado de 18.9, es posible establecer que se rechaza la hipótesis nula y por tanto se valida la hipótesis de investigación, con una correlación alta.

De acuerdo a los referentes teóricos existentes, la valoración que la población realiza sobre la calidad de la atención recibida, determina el tipo de conducta en relación a la salud. De acuerdo a esto, cuando la relación de las mujeres usuarias con quienes proveen servicios, no satisface adecuadamente sus necesidades, éstas asumirían un tipo de conducta no favorable para su salud.

En cuanto a los resultados, como se puede apreciar un alto porcentaje de población (47%) considera que la Atención en Nivel Primario de Salud es de buena calidad; un 8% considera que ésta es regular y un 3% la considera como de mala calidad, restándose un 42% de omitir juicio.

Un conglomerado importante (33%) no emite juicio al respecto y a la vez mantiene una conducta de tipo pasiva a la hora de demandar atención, este grupo de población se convierte en foco de interés para la intervención en el área de Promoción en Salud.

Asimismo del 47% que considera la atención como Buena; un 26% *mantiene conductas favorables* y un 21% *mantiene conductas consideradas como desfavorables*.

Con respecto al tipo de conductas asumidas por la mujer en relación a su salud reproductiva, aquella señalada como *Favorable (tipo profiláctica)* es de un 38%, asimismo, las conductas señaladas como *Desfavorables corresponden a un 62%* entre las que se contempla la no concurrencia a ningún centro de atención (*tipo pasiva*) con 38%; y la concurrencia solo al presentarse algún problema de salud (*tipo no profiláctica*) con un 24%.

En términos generales, en relación a la valoración realizada acerca de la calidad de la atención recibida, se evidencia una variable interviniente relacionada con las *expectativas que maneja la población con respecto a la calidad de la atención*, es así como las mujeres adultas con opinión positiva del Consultorio, fundamentan su opinión en el mejoramiento de la calidad de los servicios en relación a la atención entregada hace 10 o 20 años atrás, comparación que invalida la posibilidad de establecer críticas a la atención recibida en la actualidad.

La población más joven en cambio, maneja un nivel de expectativas más elevado, y por tanto, tiene una opinión más crítica con respecto a la atención de los servicios de salud, a los largos tiempo de espera, la forma en la que el personal se relaciona con ella, etc., evidenciando en general mayor nivel de asertividad en la defensa de sus derechos como usuaria de dicho servicio.

Sin embargo, al consultárseles por la calidad de la información entregada por el Consultorio, surge un punto en común: en general no se producen mayores divergencias, considerando Adecuada la información que se les entrega, aún cuando persistan dudas con respecto a ciertos temas, lo cual llevaría a deducir que *la información no es percibida como un derecho*. Así también, al solicitarles su apreciación sobre el respeto que manifiesta el personal por sus decisiones y conocimientos, la mayoría evalúa este aspecto como positivo.

aún cuando al sondear la pregunta surgen dificultades para fundamentar esa evaluación, puesto que en general, las mujeres manifiestan *no haber tenido oportunidad de experimentar esta dimensión* (“son los médicos los que saben”, o “nunca he tenido oportunidad de tomar alguna decisión”), lo que llevaría a concluir que aún no existe potenciación de decisiones informadas y empoderamiento de las mujeres por parte de los servicios de salud.

5. SÍNTESIS DIAGNÓSTICA

En concordancia con el Enfoque Biopsicosocial, según el cual los problemas de salud deben ser comprendidos en forma multifactorial, se debe considerar para su entendimiento factores no sólo de orden biológico, sino que también de carácter psíquico, social, cultural y ambiental.

Es así como al tratar el tema del Autocuidado en Salud Reproductiva es necesario identificar las características de la interrelación entre los diferentes aspectos constitutivos del Enfoque Biopsicosocial, es decir, entre la población femenina en situación de Riesgo Social y su Ecosistema, el cual está conformado por las esferas biológica y psicosociales.

En cuanto a la *Esfera Psicosocial*, sus elementos constitutivos son: calidad de información respecto a la Salud Reproductiva, Autopercepción de Riesgo de contraer alguna Morbilidad Reproductiva; así como la opinión que las mujeres tienen sobre la Calidad de la Atención entregada por los servicios de salud públicos y su consiguiente conducta frente a las complicaciones de Salud Reproductiva.

De esta forma, la calidad de la información que la población posee, en algún porcentaje de casos se encuentra directamente relacionada con la presencia de complicaciones

reproductivas. Es así como dificultades que la población presenta durante el período de embarazo (hipertensión arterial, anemia o pérdidas) se presentan en población que en general posee un nivel de información incompleto acerca de los cuidados necesarios que se deben llevar a cabo durante este período, la mayoría de la cual sólo ha logrado internalizar la importancia de modificar ciertos hábitos de comportamiento (consumo de tabaco, alcohol y drogas) como principal Acción de Autocuidado, el énfasis que se da a estas acciones se podría asociar a la presencia de un *entorno que determina la permanente exposición de la población a este tipo de conductas.*

La población que presenta antecedentes de aborto, aún cuando logra identificar la utilización de anticonceptivos como la manera mas eficaz de prevenir un embarazo, posee información reducida acerca de estos métodos, mencionando en general el método que utiliza y uno más (los mas mencionados son la píldora y DIU), situación que expone especialmente a la población joven a la ocurrencia de un embarazo no deseado y posiblemente una práctica abortiva.

Aún cuando no es posible establecer asociación entre la presencia de embarazo adolescente y complicaciones de anticonceptivo utilizado con la variable información, durante el estudio surgen importantes hallazgos, a saber:

- El conocimiento que la población tiene sobre un método anticonceptivo femenino masivamente utilizado (píldora) es *deficiente* para todos los grupos de población, inclusive la más joven, aún cuando este método sea el utilizado mayoritariamente por ella. Lo anterior sucede aún cuando la población declara haber recibido información desde fuentes adecuadas (Consultorio de Salud, Liceos), de esta forma se constata que el mensaje enviado no llegó en forma efectiva a la población destinataria, lo cual llama a la reflexión en torno a la *efectividad de las metodologías educativas* implementadas por estas instituciones hacia un tipo de población que se define en riesgo.

Ahora bien, con respecto a la *Autopercepción de Riesgo* y el consiguiente *comportamiento preventivo* de la población, en cuanto a patologías tales como el CACU y Cáncer de Mamas, un 60% de la población de autopercibe en riesgo de contraerlas, fundamentado esta apreciación por la proximidad de contraer estas u otras patologías reproductivas.

En general, se aprecia una buena cobertura de los exámenes preventivos correspondientes (PAP, Examen Físico y Autoexamen de Mamas) con la presencia masiva de estas prácticas con la periodicidad adecuada. Llama la atención la presencia de un grupo de población femenina que aún percibiéndose en riesgo, no cumple con prácticas preventivas adecuadas (49%), población que representa un foco especial de interés para la realización de acciones de tipo promocional.

Un hallazgo importante de mencionar, lo representa la *falta de información en la población acerca de la finalidad de los exámenes mencionados*, puesto que aun cuando existe una cobertura apropiada, la población desconoce que estas prácticas realizadas son acciones de tipo Preventivo, lo cual puede significar que aun cuando los programas de salud se ejecuten de acuerdo a políticas definidas, en esta ejecución no se promueve la entrega de información adecuada hacia la población que está recibiendo las prestaciones de salud.

En cuanto al VIH/SIDA y E.T.S, el porcentaje de población que se percibe en riesgo de adquirirlas, es marcadamente menor que para las anteriores patologías (20%), la ausencia de Autopercepción está fundamentada en un *manejo deficiente de información* (pareja estable como único mecanismo de prevención), como consecuencia de esto, se evidencia ausencia de Prácticas Preventivas (con excepción de la antes mencionada), situaciones como ésta, asociadas a *barreras de tipo cultural* que impiden a la mujer participar en un proceso de negociación en igualdad de condiciones al interior de la pareja, o la predisposición de tipo biológico por la cual la mujer se encuentra en mayor riesgo de transmisión de estas patologías, la exponen especialmente a la adquisición de VIH/SIDA y/o E.T.S, tal como se manifiesta en el avance de la epidemia en nuestro país.

Finalmente, en relación al *Tipo de Conductas* desarrolladas por las mujeres en relación a su salud, estas en general son *desfavorables (pasiva y/o no profiláctica)*, aún cuando existe una *evaluación positiva respecto a la Calidad de la Atención en Salud*, presentándose un porcentaje importante de población que omite expresar juicios y a su vez realiza conductas desfavorables (actitud pasiva). Esta evaluación sin embargo difiere al comparar los distintos grupos étnicos (diferentes niveles de expectativas en relación a la calidad de atención), y vuelve a equipararse al momento de profundizar aspectos relacionados con el *respeto por las decisiones y conocimientos* de la población de parte del personal de salud, por cuanto no existen las instancias que permitan que la población ejerza uno de los principales Derechos Sexuales y Reproductivos, como es la potenciación de decisiones libres e informadas.

En relación a la presencia de conductas desfavorables en la población, especialmente la de *tipo pasiva*, es posible establecer la presencia de otro tipo de variables que intervienen y que no se encuentran relacionadas directamente con una percepción negativa acerca de la atención recibida; relacionadas más bien a *patrones de tipo cultural* existentes en la población, como lo es el hecho de que la mujer en su calidad de principal responsable de la salud y la educación del grupo familiar, tiende a descuidar sus propias necesidades, con el consiguiente proceso de deterioro de su calidad de vida.

En síntesis, a raíz de lo anteriormente expuesto es posible arribar a una caracterización de los diferentes interacciones operadas entre la población femenina en situación de Riesgo Social en Salud y algunos elementos que constituyen su ecosistema.

En cuanto a la *Esfera Biológica*, y de acuerdo a los resultados obtenidos por el presente estudio, es posible establecer un perfil reproductivo en las mujeres que componen la muestra; las cuales presentan un número importante de complicaciones durante su embarazo y de embarazos adolescentes no deseados, con presencia considerable de abortos ya sea espontáneos o inducidos y en menor grado complicaciones con el método anticonceptivo utilizado.

Por otra parte, en relación las capacidades que presenta esta población para hacer frente a sus problemas de salud (Autocuidado), éstas se encuentran trastocadas por factores de tipo **Psicológico** (Autopercepción de Riesgo, actitudes pasivas debido al descuido de su propio cuerpo) y **Sociales** (información deficiente en cuanto a métodos anticonceptivos y finalidad de exámenes preventivos, desinformación sobre prácticas preventivas, servicios de salud que no potencian los derechos de las usuarias, etc.).

Ahora bien, de acuerdo a las características que presenta la interacción de la población con su ecosistema, es posible establecer la existencia de una población femenina **altamente vulnerable en el plano de su Salud Reproductiva**, puesto que las dificultades que le impiden cumplir con la función de Autocuidado de su Salud Reproductiva, se acrecientan con las particularidades del entorno con el que debe interactuar en forma permanente, el cual presenta características socioculturales desfavorables para la mantención de la salud (población con conductas desadaptativas, viviendas en deficientes condiciones ambientales, hacinamiento, alta presencia de disfunciones familiares, gran cantidad de bares, botillerías y hoteles en el sector, etc.).

Por otro lado, uno de los aspectos indispensables de considerar respecto al tipo de comportamiento realizado por la población femenina en el ámbito del cuidado de su salud, se refiere a su acceso al sistema de salud, y especialmente la relación que estas mujeres establecen con el sistema público de salud - elemento que cobra importancia al momento de considerar el Autocuidado como “el primer Nivel de Atención en Salud y la base más amplia de la pirámide del Sistema de Salud”³ - es así como la atención del Nivel Primario entregada por Consultorios de Salud ha alcanzado una adecuada cobertura en la Atención Materno - Infantil, y la realización de exámenes preventivos en Salud Reproductiva; sin embargo y de acuerdo a los resultados del presente estudio, aún no se ha logrado dotar de mayor efectividad las metodologías educativas implementadas por este nivel de salud en función de dar respuestas a las necesidades de esta población.

6. PROGNOSIS

A partir de los antecedentes analizados y de las características que presenta la relación de las variables estudiadas; es posible anticipar que de no mediar una intervención profesional a nivel grupal y comunitario, en términos de *potenciar las capacidades de la población respecto a las acciones de Autocuidado en su Salud Reproductiva*; persistirá el proceso de *deterioro biosicosocial* en la población femenina, el cual se manifiesta en la existencia de una serie de obstáculos que impiden a esta población desarrollar las capacidades para hacer frente a sus problemas de Salud Reproductiva de manera eficaz, agudizándose el actual estado de deterioro en su Salud Reproductiva.

Programación

CAPÍTULO IV

PROGRAMACIÓN

I. PROGRAMA

1. **NOMBRE DEL PROGRAMA:** “Promoviendo comunidades sanas con la participación de todas/os”

2. **FUNDAMENTACIÓN DEL PROGRAMA**

El Programa que a continuación se presenta como herramienta de intervención, es diseñado a partir de los resultados, análisis y hallazgos encontrados en la investigación precedente.

Es así como de acuerdo a los resultados obtenidos, es posible evidenciar la existencia de un contingente de población femenina que de acuerdo a los patrones de interacción que desarrolla con su ecosistema, es considerada como *altamente vulnerable en el plano de su Salud Reproductiva*; por cuanto sus capacidades para asumir las funciones de Autocuidado se encuentran alteradas por factores de tipo Psicosocial y Socioculturales, relacionados con sus condiciones de vida y las características de su entorno.

Por otra parte, los recursos institucionales del Sistema de Salud existentes para esta población, si bien representan una solución concreta y accesible para dar solución a sus problemas de salud, en general no propician el ejercicio de sus derechos, especialmente

aquellos que dicen relación con el derecho a acceder a información adecuada sobre Salud Reproductiva.

Ahora bien, como una forma de dar respuesta a situaciones de este tipo, las diferentes Conferencias Internacionales realizadas en el campo de la salud – de las cuales nuestro país se ha hecho partícipe – han determinado la necesidad de incorporar la Promoción en Salud como elemento central en el logro de un avance integral en salud; justamente es en este contexto, donde el tema del Autocuidado ha surgido como acción importante en la implementación de las estrategias de Promoción de Salud, debido especialmente a su potencial para influir positivamente en los estilos de vida de la población.

Pues bien, si se mira el Autocuidado desde esta perspectiva, se hace evidente que para mejorar la salud de la población, no sólo se requiere modificar los modelos de atención y los servicios de salud (accesibilidad, satisfacción de usuarias/os), sino lograr que las propias personas y comunidades mejoren sus conocimientos y destrezas para cuidar de su propia salud, *fomentando su capacidad de decisión para la realización adecuada de acciones o prácticas de Autocuidado cuando éstas sean requeridas.*

A partir de lo anteriormente expuesto, se hace evidente que la Promoción de la Salud requiere del compromiso e interacción de los actores mencionados y de los diversos sectores (del ámbito público, privado y solidario), para lograr una acción realmente integral, con posibilidades de mejorar las condiciones de vida en los distintos aspectos.

Es en este ámbito en el cual se inscribe la presente intervención, por cuanto en la perspectiva de los requerimientos institucionales de la institución patrocinante, y los resultados de la investigación diagnóstica realizada; surge la necesidad de implementar acciones de Promoción en Salud Reproductiva, las cuales se enfocan hacia una población que presenta múltiples deficiencias y por ende necesidades en este ámbito (población en

situación de Riesgo Social); desarrollándose bajo una estrategia que considere la *intersectorialidad* y la *participación activa* de la comunidad en la resolución de sus problemas de Salud Reproductiva, es decir, el trabajo coordinado de instituciones representativas de distintos sectores sociales y la comunidad organizada, mediante acciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud, aportando además bienestar y calidad de vida a la población.

3. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El presente Programa en lineamientos generales, está orientado a:

- a) Formar Monitora/es en el autocuidado de la Salud Reproductiva entre mujeres que se encuentran en situación de Riesgo Social.
- b) Contactar a la población con la Red de Apoyo existente en el área salud.
- c) Difundir los principales problemas y acciones de prevención existentes en Salud Reproductiva hacia la comunidad.
- d) Sensibilizar a la población con respecto a los Derechos Sexuales y Reproductivos.
- e) Implementar un Proyecto Piloto hacia el Nivel Primario de Salud, que incluya el involucramiento de los diferentes actores comunitarios en la Promoción del Autocuidado en salud.

En este contexto, el equipo de alumnas seminaristas, asumirán las funciones profesionales de *Planificación* del Modelo de Promoción en Salud Reproductiva, el cual será presentado a la instancia pública de salud como modelo de intervención a aplicar en el sector salud; de *Coordinación* de las distintas instancias públicas y privadas relacionadas con el tema salud de la mujer, tanto para gestionar recursos, como para establecer contactos con el sector salud y potenciar la creación de comunidades con capacidad de interlocución con la red de

apoyo relacionada con el tema salud; sumado a las funciones propias emanadas del rol profesional.

4. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

El presente Programa consta de 2 Proyectos:

Proyecto 1 (P1): *“Formación de Monitora/es en Autocuidado de Salud Reproductiva”*

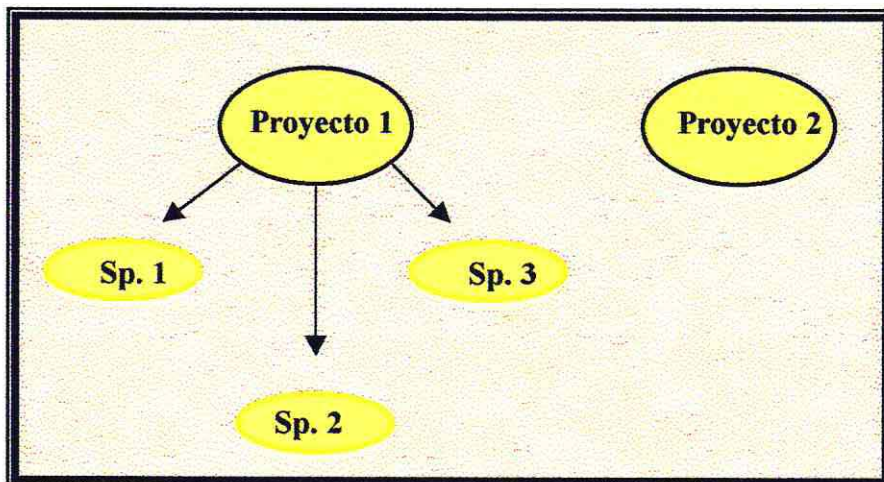
Subproyecto 1 (Sp1): Formación de Monitoras en grupo de *Mujeres Adultas*.

Subproyecto 2 (Sp2): Formación de Monitora/es en grupo de *Adolescentes*.

Subproyecto 3 (Sp3): Promoción del Autocuidado en grupo de *Mujeres que ejercen*

Comercio Sexual.

Proyecto 2 (P2): *“Feria Comunitaria de Salud Reproductiva de la Mujer”.*



5. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

5.1. Objetivo General

“Contribuir a superar las dificultades que presenta la comunidad residente en la Unidad Vecinal 134 Puerto, para el desarrollo de conductas de Autocuidado de la Salud Reproductiva, mediante la implementación de una estrategia de Promoción dirigida a potenciar la participación activa de la comunidad e instituciones de salud en torno al tema”.

5.2. Objetivos Específicos

5.2.1. “ Proporcionar herramientas formativas a grupos específicos de la población residente en la Unidad Vecinal 134 Puerto, capacitándolas/os como Monitora/es en Autocuidado de la Salud Reproductiva, entregando conocimientos y habilidades en diversas temáticas fundamentadas en el reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos”.

5.2.2. “Contribuir a generar el contacto entre los grupos capacitados y las Redes de Apoyo que trabajan con el tema en la Comuna”.

5.2.3. “Implementar un Modelo de Promoción Intersectorial en Salud Reproductiva a Nivel Comunitario centrado en la generación de una instancia de articulación en redes que involucre a la población y organizaciones sociales residentes en la Unidad Vecinal 134 - Puerto e instituciones Públicas y Privadas ligadas al tema.”

6. DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA DEL PROGRAMA

El presente Proyecto depende administrativamente de la Fundación de Beneficencia Hogar de Cristo, Filial Valparaíso y directamente de la “Casa de Acogida” perteneciente a la Fundación. El proyecto será implementado en la Unidad Vecinal N° 134 - Puerto, Comuna de Valparaíso, sector donde se encuentra emplazada la institución patrocinadora.

7. CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA

7.1. Metodología utilizada

En la implementación del Programa se trabaja en función de una línea metodológica denominada *Formación en la Acción*¹, la cual supone como punto esencial, que lo más importante de la formación sucede cuando la persona experimenta lo aprendido en su medio habitual, en este caso, su contexto local. El proceso de formación consta de las siguientes etapas:

- *Talleres Socioeducativos*, donde los grupos de mujeres conocerán herramientas de tipo conceptuales y prácticas relativas a las temáticas de Salud Reproductiva, apoyadas por las instituciones públicas y privadas relacionadas con el tema salud de la mujer (Redes Sociales de Apoyo).
- *Experiencia Local*, donde las mujeres participantes de los talleres experimentarán lo aprendido en su propio medio o contexto local (participación en la Feria Comunitaria), convirtiéndose este paso en el crucial del proceso de formación.

¹ Modulo para la capacitación de agentes multiplicadores. Comisión Nacional del Sida . MINSAL. Santiago, Chile. 1995.

- *Evaluación Colectiva*, los resultados tanto del aprendizaje de los talleres como de la experiencia local se analizan en forma colectiva, proyectando además acciones futuras de autogestión y de interlocución con las redes sociales de apoyo.

Asimismo, y de acuerdo a las características de cada proyecto, se hará uso de metodologías que propicien la entrega de conocimientos desde un enfoque humanístico, tales como el Aprendizaje Vivencial y Educación entre Pares.

7.2. Tiempo

El Programa se implementará a partir del día 7 de Agosto hasta el 19 de Noviembre del presente año, abarcando un período de 14 semanas de ejecución.

7.3. Beneficiarias/os

a. Directas

- 15 Adolescentes de la Comunidad juvenil “La Matriz”, que funciona en la Unidad Vecinal N° 134 Puerto, Valparaíso.
- 15 Mujeres con residencia en la Unidad Vecinal N° 134 Puerto, Valparaíso.
- 10 Mujeres Trabajadoras Sexuales con residencia en la Unidad Vecinal N° 134 Puerto, Valparaíso.
- Comunidad residente en la Unidad Vecinal N° 134 - Puerto y sus alrededores con motivo de la realización de Feria de Salud Reproductiva.

b. Indirectas/os

- Grupos familiares de población participante en Proyectos 1 y 2.

7.4. Responsables

Serán responsables directas de la coordinación, ejecución e implementación del Programa, el equipo de alumnas seminaristas de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso.

7.5. Recursos

a. Humanos

- Equipo alumnas seminaristas
- Población de mujeres beneficiarias
- Asistente Social Centros de Alto Riesgo, Fundación Hogar de Cristo, Srta. María Antonieta Urquieta A.
- Psicóloga Casa de Acogida, Fundación Hogar de Cristo, Sra. Leonor Conejeros
- Directora Casa de Acogida, Fundación Hogar de Cristo, Srta. Danitza Pérez C.

b. Institucionales

- Casa de Acogida Hogar de Cristo, ubicada en la Unidad Vecinal N° 134 Puerto, de Valparaíso.
- Juntas de Vecinos pertenecientes a la Unidad Vecinal 134 - Puerto.
- Organizaciones comunitarias del sector.
- Establecimientos Educativos Municipalizados del sector.
- Programa de la Mujer, Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio (S.S.V.S.A.)
- Consultorio de Salud Plaza Justicia. S.S.V.S.A.
- Consultorio Integral para la Familia y el/la Adolescente, S.S.V.S.A.

- Consultorio del Adulto, Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual (E.T.S).
S.S.V.S.A.
- Casa de la Mujer, Valparaíso
- Foro Salud Mujer, V Región.
- Corporación Chilena de Prevención del SIDA - C.CH.P.S., V Región.
- Escuela de Obstetricia, Universidad de Valparaíso.

c. Financieros:

Los costos que emanen de la puesta en marcha de los proyectos consignados en el presente Programa, serán financiados en conjunto por la Fundación de Beneficencia Hogar de Cristo, Filial Valparaíso, y el equipo de alumnas seminaristas.

d. Materiales

Se detallarán en la Matriz de la Programación, desglosándose gastos por proyecto y por taller específico.

II. DISEÑO DE PROYECTOS

A. PROYECTO N° 1

1. **NOMBRE DEL PROYECTO:** “ *Formación de Monitora/es en Autocuidado de Salud Reproductiva*”.

2. **FUNDAMENTACIÓN DEL PROYECTO:**

El Proyecto presentado a continuación responde a los principales resultados del diagnóstico realizado tomando como universo muestral la población femenina residente en la U.V. 134 Puerto, con respecto a diversas temáticas relacionadas con su Salud Reproductiva.

En términos generales, a partir de los resultados obtenidos, se evidencia la existencia de un gran contingente de población femenina que presenta un perfil reproductivo afectado por su calidad de vida (altas tasas de aborto, embarazos con complicaciones, número importante de embarazos adolescentes no deseados), en forma paralela, las capacidades de esta población para hacer frente a los problemas de salud se encuentran trastocadas por factores de tipo psicosocial, tales como: actitud pasiva en relación al Autocuidado de su salud, producto del descuido de su propio cuerpo, inexistencia de Autopercepción de Riesgo frente a la adquisición de VIH/ETS, información deficitaria - o carencia de ésta - respecto a su Salud Reproductiva, falta de asertividad al momento de demandar el respeto por sus Derechos Sexuales y Reproductivos a las instituciones de salud, etc.

Lo anteriormente planteado cobra gravedad debido a la interacción permanente de esta población con un entorno sociocultural altamente desfavorable para la mantención de su salud en términos integrales.

En síntesis, es posible determinar que el tipo de interacciones operadas entre las mujeres y los diferentes elementos que componen su ecosistema, impiden el ejercicio adecuado de la función de Autocuidado en el plano de su Salud Reproductiva.

Ahora bien, para efectos de la intervención, es necesario poner énfasis en determinadas temáticas, que se consideran como específicas según los distintos grupos de mujeres que surgieron como población relevante. En este sentido, se visualizaron tres grupos de mujeres importantes de intervenir; por una parte, *Adolescentes* que recién comienzan o aún no inician su vida sexual activa, como también aquellas que teniendo una pareja sexual y utilizando algún método anticonceptivo, se encuentran desinformadas sobre la diversidad y utilización de métodos anticonceptivos y redes de apoyo existentes en relación al tema, en este sentido se considera importante la inclusión de adolescentes varones, como una forma de entregar herramientas para el desarrollo de una sexualidad responsable e informada; otro grupo corresponde a las *Mujeres con Pareja Estable* que denotan una actitud marcadamente pasiva con respecto a las acciones de Autocuidado de su Salud Reproductiva, representando además un grupo potencial para la adquisición de VIH/SIDA – ETS., lo cual hace imprescindible una acción de tipo educativa que les permita poder ejercer mayor control sobre su propia salud; y por otra parte, *Mujeres Trabajadoras Sexuales*, población que bien no es significativa numéricamente dentro de la población femenina total, es importante su consideración, ya que el sector (barrio puerto) en general se encuentra ligado a este tipo de actividad, encontrándose gran número de hoteles y prostíbulos (legales e ilegales) y bares. En este sentido, si bien el grupo de trabajadoras sexuales con las que se va a intervenir, en su mayoría se encuentra en control sanitario, teniendo todos los exámenes preventivos al día (realizados con la periodicidad adecuada), es necesario enfatizar la realización de prácticas preventivas de las ETS y VIH/SIDA, específicamente la utilización del condón en el ejercicio de su trabajo como forma de potenciar el Autocuidado de su Salud Reproductiva.

Finalmente, las características del Programa permiten realizar una intervención de carácter interdisciplinaria, que cruza transversalmente las diferentes barreras existentes en el ecosistema Biopsicosocial de esta población que impiden que ésta desarrolle conductas e Autocuidado en forma activa y consciente; permitiendo al mismo tiempo que estos grupos de se capaciten como *Agentes de Promoción* en función de elevar la calidad de la Salud Reproductiva de su comunidad.

3. OBJETIVOS DEL PROYECTO

3.1. Objetivo General

- 3.1.1. “Proporcionar herramientas formativas a grupos específicos de población residente en la Unidad Vecinal 134- Puerto, capacitándolas/os como Monitora/es en Autocuidado de la Salud Reproductiva, entregando conocimientos y habilidades en diversas temáticas fundamentadas en el reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos”.
- 3.1.2. “Contribuir a generar el contacto entre los grupos capacitados y las Redes de Apoyo que trabajan con el tema en la Comuna”.

3.2. Objetivos Específicos

- 3.2.1. “Capacitar a un grupo de mujeres adultas como Monitoras en el Autocuidado de Salud Reproductiva, entregando conocimientos y habilidades sobre el tema desde una perspectiva intersectorial y centrada en los Derechos Sexuales y Reproductivos”.

3.2.2. “Capacitar a un grupo de adolescentes como Monitoras/es en el fomento de la sexualidad responsable e informada, adquiriendo herramientas en el tema desde una perspectiva intersectorial y centrada en los Derechos Sexuales y Reproductivos.”

3.2.3. “Contribuir al desarrollo de capacidades de Autocuidado en Salud Reproductiva entre un grupo de mujeres que ejercen el Comercio Sexual, entregándoles herramientas para el ejercicio de su actividad en forma segura”.

1. SUBPROYECTO 1

a. Objetivo General

“Capacitar a un grupo de mujeres adultas como Monitoras en el Autocuidado de la salud Reproductiva, adquiriendo conocimientos y habilidades en el tema, desde una perspectiva intersectorial y centrada en los derechos Sexuales y Reproductivos”.

b. Objetivos Específicos

1. Lograr que las mujeres reconozcan la importancia de visualizar el tema de la sexualidad desde el plano de los Derechos Sexuales y Reproductivos, a través del análisis y profundización de las diferentes barreras culturales existentes para su logro.
2. Lograr que las mujeres asuman la importancia de desarrollar actitudes de Autocuidado, internalizando el concepto de Autocuidado a partir de la reflexión sobre sus conductas en relación a la salud.
3. Lograr que las mujeres adquieran conocimientos respecto a los diferentes Métodos de Anticoncepción existentes a su alcance, mediante la familiarización de éstas con los diferentes Métodos Anticonceptivos.

4. Lograr que las mujeres reconozcan la importancia de la realización de exámenes PAP y Autoexamen de Mamas, en el marco de la prevención del Cáncer Cérvicouterino y de Mamas, conociendo sus características y requisitos de realización.
5. Lograr que las mujeres asuman comportamientos activos en la prevención del VIH/SIDA, mediante el conocimiento y desarrollo de destrezas para negociar prácticas de *sexo seguro* al interior de su pareja.
6. Lograr que las mujeres logren identificar los mecanismos para reducir el riesgo de adquisición de ETS., adquiriendo conocimientos y habilidades con respecto a mecanismos de prevención adecuados.
7. Facilitar en las mujeres el desarrollo de destrezas para asumir funciones de liderazgo, a través de la ejercitación de Habilidades Comunicacionales.
8. Evaluar con el grupo de mujeres la realización del proyecto “Formación de Monitora/es en el Autocuidado de la Salud Reproductiva”.

c. Unidad de Logro:

1. Se entenderá por logrado el objetivo 1, cuando a lo menos el 60% de las mujeres participen activamente en el Taller de acuerdo a pauta de observación semiestructurada, y cuando similar porcentaje reconozca las influencias socioculturales existentes en la construcción de la propia sexualidad, reconociendo la nocividad de prejuicios en el tema.
2. Se entenderá por logrado el objetivo 2, cuando a lo menos el 70% de las mujeres señale el concepto de Autocuidado, incorporándolo a la identificación de conductas favorables para su salud.
3. Se entenderá por logrado el objetivo 3, cuando a lo menos el 50% de las mujeres identifique a lo menos una característica, además de alguna ventaja y/o desventaja de los principales métodos anticonceptivos existentes y determine la responsabilidad compartida por la pareja en materia reproductiva.

4. Se entenderá por logrado el objetivo 4, cuando a lo menos el 50% de las mujeres señale los requisitos para la toma de PAP y Autoexamen de Mamas, identificándolos como exámenes preventivos para el CACU y Cáncer de Mamas.
5. Se entenderá por logrado el Objetivo 5, cuando a lo menos el 60% de las mujeres señale: mecanismos de adquisición y prevención de VIH/SIDA; existencia de mitos y prejuicios en relación al tema y ejercite la utilización correcta del condón.
6. Se entenderá por logrado el Objetivo 6, cuando a lo menos un 50% de las mujeres identifique: mecanismos de adquisición y prevención de las principales E.T.S., explicando correctamente el concepto de “sexo seguro”.
7. Se entenderá por logrado el objetivo 7, cuando a lo menos el 60% de las mujeres ejercite alguna Habilidad Comunicacional con respecto a alguno de los contenidos entregados en los talleres.
8. Se entenderá por logrado el objetivo 8, con la realización de la evaluación del proceso, que cuente con la participación activa de a lo menos el 60% de las Monitoras, de acuerdo a pauta de observación.

2. SUBPROYECTO 2

a. Objetivo General

“Capacitar a un grupo de adolescentes como Monitoras/es en el fomento de la sexualidad responsable e informada, adquiriendo herramientas en el tema desde una perspectiva intersectorial y centrada en los Derechos Sexuales y Reproductivos.”

b. Objetivos Específicos

1. Lograr que las/os adolescentes valoren la importancia de ejercer una sexualidad sana, responsable e informada, desde el plano de los Derechos Sexuales y Reproductivos, a través del análisis y reflexión de las barreras culturales existentes para su logro.
2. Lograr que las/os adolescentes conozcan la utilización adecuada de los diferentes métodos anticonceptivos existentes, como mecanismo de prevención del embarazo adolescente.
3. Lograr que las/os adolescentes asuman una Autopercepción de Riesgo ante la transmisión del VIH/SIDA, reconociendo la importancia de la prevención a través de la adopción de una conducta sexual responsable.
4. Lograr que las/os adolescentes asuman una Autopercepción de Riesgo ante la transmisión de E.T.S., reconociendo la importancia de la prevención a través de la adopción de una conducta sexual responsable.
5. Lograr que las/os adolescentes analicen y reflexionen en relación a la importancia de la responsabilidad compartida en el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos.
6. Facilitar en las/os adolescentes el desarrollo de destrezas para asumir funciones de liderazgo, a través de la ejercitación de Habilidades Comunicacionales.
7. Evaluar en conjunto con el grupo de adolescentes la realización del Proyecto “Formación de Monitora/es en el Autocuidado de la Salud Reproductiva”.

c. Unidad de Logro

1. Se entenderá por logrado el Objetivo 1, cuando a lo menos el 60% de las/os adolescentes participe activamente en el Taller, de acuerdo a Pauta de Observación Semiestructurada, y cuando similar porcentaje reconozca las influencias socioculturales existentes en relación a la construcción de la propia sexualidad, reconociendo la nocividad de estos prejuicios.

2. Se entenderá por logrado el Objetivo 2, cuando a lo menos el 50% de las/os adolescentes señale una característica y una consecuencia negativa de los principales anticonceptivos; y reconozca la responsabilidad compartida en el uso de anticonceptivos.
3. Se entenderá por logrado el Objetivo 3, cuando a lo menos el 50% de las/os adolescentes señalen: autoperibirse en riesgo de adquirir el VIH/SIDA, vías de transmisión, prácticas o mecanismos de prevención, conceptualicen correctamente la definición de “sexo seguro” y ejerciten utilización correcta del condón.
4. Se entenderá por logrado el objetivo 4, cuando a lo menos el 50% de las/os adolescentes señalen: autoperibirse en riesgo de adquirir una E.T.S, vías de adquisición y mecanismos de prevención de las E.T.S..
5. Se entenderá por logrado el Objetivo 5, cuando a lo menos el 60% de las/os adolescentes participen activamente en el Taller, de acuerdo a Pauta de Observación Semiestructurada y reconozcan importancia de responsabilidad compartida en ejercicio de Derechos Sexuales y Reproductivos.
6. Se entenderá por logrado el Objetivo 6, cuando a lo menos un 60% de las/os jóvenes ejerciten alguna Habilidad Comunicacional sobre los contenidos tratados.
7. Se entenderá por logrado el Objetivo 7, con la realización de la evaluación y a lo menos el 60% de las/os Monitoras/es participen activamente en proceso de evaluación del Proyecto, de acuerdo a Pauta de Observación Semiestructurada.

3. SUBPROYECTO 3

a. Objetivo General

“Contribuir al desarrollo de capacidades de Autocuidado en Salud Reproductiva entre un grupo de mujeres que ejerce el Comercio Sexual, entregándoles herramientas para el ejercicio de su actividad en forma segura”.

b. bjetivos Específicos

1. Conseguir el establecimiento de contactos y detección de principales intereses existentes entre mujeres que ejercen Comercio Sexual en sector Puerto.
2. Crear un espacio de encuentro con las mujeres que ejercen Comercio Sexual, en torno a sus necesidades e intereses.
3. Indagar acerca de la calidad de los conocimientos que poseen las mujeres respecto de los principales riesgos que acarrea el ejercicio de su actividad para su Salud Reproductiva.
4. Lograr que las mujeres analicen la existencia de distintas conductas de riesgo que propician la adquisición de ETS. Y VIH/SIDA, y adquieran habilidades para el ejercicio de conductas de sexo seguro en su actividad.
5. Lograr que las mujeres reflexionen sobre el Autocuidado de su Salud Reproductiva, analizando las posibilidades de asumir este tipo de conductas en el ejercicio de su actividad.
6. Potenciar la adquisición de habilidades para el liderazgo entre las mujeres, a través del fortalecimiento de la función de apoyo mutuo entres pares.

c. Unidad de Logro

1. Se entenderá por logrado el objetivo 1, al establecer contacto mujeres que ejercen Comercio Sexual en los principales hoteles del sector puerto.
2. Se entenderá como logrado el objetivo 2, con la implementación semanal de actividades que respondan a necesidades e intereses de las mujeres.
3. Se entenderá como logrado el objetivo 3, al identificar los conocimientos tanto erróneos como adecuados que poseen las mujeres sobre: las características, mecanismos de prevención y detección de las principales ETS y VIH/SIDA.

4. Se entenderá por logrado el objetivo 4, cuando a lo menos el 70% de las mujeres señalen: diferentes conductas consideradas de riesgo para la adquisición, medios disponibles para evitar la adquisición (negociación en uso de condón en todas las relaciones sexuales, relaciones sexuales no penetrativas) y ejerciten el uso correcto del condón.
5. Se entenderá como logrado el objetivo 5, cuando a lo menos el 70% de las mujeres participe activamente en la reflexión sobre factores facilitadores y obstaculizadores para el ejercicio de conductas de Autocuidado y similar porcentaje ejercite las modalidades existentes para la utilización del condón.
6. Se entenderá por logrado el objetivo 6, al lograr que a lo menos el 70% de las mujeres identifique una forma de ejercitar la función de apoyo mutuo, y similar porcentaje logre ejercitar alguna de estas funciones entre su grupo de pares.

B. PROYECTO N° 2

1. NOMBRE DEL PROYECTO: “*Feria Comunitaria de Salud Reproductiva de la Mujer*”.

2. FUNDAMENTACIÓN DEL PROYECTO

Los resultados que se desprenden del diagnóstico realizado, evidencian la existencia de población femenina con un *perfil reproductivo* afectado por la calidad de vida y factores de tipo psicosocial desfavorables que la invalidan para mejorar sus condiciones de salud.

Por otra parte, el ecosistema en el que interactúa cotidianamente la población femenina con los diferentes subsistemas se caracteriza por no generar espacios propicios para que ésta establezca interacciones positivas con su entorno que la favorezcan tanto de manera individual como colectiva. Es así como su *entorno sociocultural* es desfavorable en relación a que éste es caracterizado como un sector de riesgo debido a la presencia de un gran número de centros nocturnos como bares, pubs, hoteles en los que se ejerce comercio sexual, locales que expenden bebidas alcohólicas, con altos niveles de delincuencia, venta y consumo de drogas y alcohol, indigencia.

En otro sentido, en relación al *entorno organizacional*, éste se caracteriza por una presencia numerosa de instituciones y organizaciones sociales, privadas y solidarias que ejercen acciones a nivel comunitario con distintos grupos de población, en el que mayoritariamente se trabaja con población infantil, juvenil, adulta mayor, indigentes, en temáticas que tiene que ver con una entrega asistencialista de beneficios o ayuda material destinada a estos grupos. Por ende, se constata la inexistencia de organizaciones que se focalicen en trabajar con población femenina en el ámbito de la salud, menos aún en actividades o acciones de tipo promocional a nivel comunitaria.

Ahora bien, en cuanto a la interacción de la población femenina con el *Nivel Primario de Salud*, esta se materializa en la atención de salud brindada por el Consultorio Plaza Justicia, el cual se remite a entregar solución a consultas y problemas específicos de salud cuando es requerido por la población, siendo ésta una estrategia que se comprueba como ineficaz, destacando por otra parte que esta población se caracteriza por presentar una actitud pasiva ante este subsistema, generando ambas instancias una relación e interacción inadecuadas y no favorables para el autocuidado de la Salud Reproductiva de la mujer.

En este contexto, se vislumbra como necesaria la implementación de una estrategia de Promoción de la Salud Reproductiva de la Mujer, cuyos pilares fundamentales sean la ***Participación Social*** y la ***Intersectorialidad***. La estrategia planteada está estrechamente relacionada con las metas definidas por la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), por tanto, el Modelo resulta una apuesta atractiva a ser considerada por el Consultorio Plaza Justicia, ya que apuesta a un cambio de enfoque que permite abandonar el papel tradicional de experto que entrega instrucciones y recomendaciones, reemplazándolo por un rol de cooperador que aporta información, conocimientos y herramientas a los otros sectores y a las comunidades para llevar a cabo las tareas en forma conjunta.

La *Participación Social* se refiere a la intervención de las mujeres, grupos, organizaciones sociales y comunitarias, instituciones públicas, privadas y solidarias en acciones de promoción de la salud, que contribuyan al desarrollo de las personas como sujetas/os activas/os del autocuidado de su salud; a la creación de comunidades con capacidades de interlocución con el sector salud y a la construcción de una ciudadanía capaz de establecer demandas y ejercer sus derechos como usuarias del sistema público de salud.

En relación a la *Intersectorialidad*, la estrategia de promoción requiere la coordinación de instituciones de distintos sectores sociales ligadas al ámbito de la Salud Reproductiva, ya sean servicios de salud públicos, organizaciones no gubernamentales, organismos de

carácter solidario, institución patrocinante, organizaciones sociales ligadas al tema de la salud; ya que los problemas de Salud Reproductiva tienen multicausalidad y por tanto deben ser abordados por instituciones con distintas competencias y recursos.

El Proyecto Piloto propuesto, plantea como acción principal, la organización, coordinación e implementación y evaluación de una “Feria Comunitaria de Salud Reproductiva de la Mujer” en el sector, que potencie la articulación en redes y que contemple la participación coordinada de los distintos sectores sociales y comunitarios descritos con anterioridad.

3. OBJETIVOS DEL PROYECTO

a. Objetivo General

“Implementar un Proyecto Piloto de Promoción Intersectorial en Salud Reproductiva a Nivel Comunitario centrado en la generación de una instancia de articulación en redes que involucre a la población y organizaciones sociales residentes en la Unidad Vecinal 134 - Puerto e instituciones Públicas y Privadas ligadas al tema.”

b. Objetivos Específicos

1. Potenciar la capacidad de gestión de la/os Monitora/es comunitarios, a través de estrategias participativas que permitan incorporarlos activamente en las diferentes fases del Modelo.
2. Lograr el establecimiento de una articulación entre las diferentes Instituciones ligadas al tema de la Salud Reproductiva, en función de garantizar la participación de éstas durante el evento.

3. Estimular la participación en salud de las diferentes organizaciones comunitarias existentes en el sector, mediante la incorporación activa de éstas en el desarrollo del evento.
4. Lograr implementar el Modelo de Promoción elaborado, mediante el desarrollo de las actividades programadas para el evento y de acuerdo a los criterios programados.
5. Promover la articulación entre las instituciones de salud y la población participante que permita facilitar la continuidad del Modelo implementado, mediante el desarrollo de una evaluación participativa del proceso.
6. Lograr sistematizar la experiencia desarrollada a través de la implementación del Modelo de promoción mediante la elaboración de un Proyecto Piloto orientado a población en situación de Riesgo Social.

c. Unidad de Logro:

1. Se entenderá como logrado el objetivo 1, al constituirse un Comité Organizador para la realización del evento, formado por Monitora/es participantes en Proyecto 1; las/os cuales desarrollen a lo menos en un 50% las responsabilidades delegadas en las etapas preparativas y de desarrollo del evento.
2. Se entenderá como logrado el objetivo 2, al establecer coordinación con: Programa de la Mujer -SSVSA; Consultorio de Salud Plaza Justicia; Consultorio del Adolescente; Consultorio de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS); Casa de la Mujer y Foro Salud Mujer; y Corporación Nacional de Prevención del Sida. V Región. Asimismo, al llegar a un acuerdo de participación a lo menos con el 60% de ellas.
3. Se entenderá como logrado el objetivo 3, al conseguir que a lo menos el 60% de las organizaciones comunitarias contactadas del sector presenten alguna actividad, material o muestra relacionada con el tema durante la realización del evento.
4. Se entenderá como logrado el objetivo 4, con la realización de a lo menos el 60% de las actividades programadas para el desarrollo del evento.

5. Se entenderá por logrado el objetivo 5, con la realización de una evaluación conjunta entre Institución patrocinante, Grupos de Monitora/es e institución de salud participante del evento.
6. Se entenderá por logrado el objetivo 6 con la entrega de Proyecto Piloto de Promoción de Salud Reproductiva a institución patrocinante y Programa de la Mujer- SSVSA.

Ejecución

El Capítulo referido al proceso de *Ejecución*, será presentado en base a matrices ordenadoras, que, a modo de crónica, detallarán el registro de cada actividad contenida en la Programación, relativa a la implementación del Proyecto 1 y 2, vale decir, la realización de los Talleres de Formación de Monitoras/es en Salud Reproductiva, respectivamente.

En relación con el registro del Proyecto 1, éste se subdivide en Subproyecto 1, 2 y 3, los que contendrán la síntesis del desarrollo de dichas actividades, presentadas en matrices individuales.

Se emplearán matrices ordenadoras, debido a que esta modalidad facilita la comprensión visual de la información que se dispone, así también permite realizar una síntesis y referirse a los procesos más relevantes de cada actividad.

En una segunda parte, se adjunta el Proyecto Piloto “Modelo de Promoción en Salud Reproductiva de la Mujer”, elaborado por el Equipo de Alumnas Seminaristas, para ser presentado como producto a las instancias del área de salud correspondiente –Programa de la Mujer, V Región-, y proyectarlo como un modelo de trabajo a ser aplicado por los Centros de Salud de Nivel Primario.

Subproyecto N°1: "Capacitar a un grupo de mujeres adultas como Monitoras en el Autocuidado de Salud Reproductiva, adquiriendo conocimientos y habilidades sobre el tema, desde una perspectiva intersectorial y centrada en los Derechos Sexuales y Reproductivos".

FECHA LUGAR	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	DESARROLLO	TECNICAS	RECURSOS	TIEMPO	ASISTENCIA	LOGROS
Centro Deportivo, Cultural y Laboral Bilest Giana y Cajilla Unida. 13-09-00	I. Lograr que las mujeres reconozcan la importancia de visualizar el tema de la sexualidad desde el plano de los derechos sexuales y reproductivos, a través del análisis y profundización de las diferentes barreras culturales existentes para su logro.	Dar a conocer los objetivos y el programa de los talleres. Generar un clima de confianza y calidez con el grupo de participantes Lograr que las participantes reconozcan las influencias de la sociedad en la construcción de la propia sexualidad Lograr que las participantes identifiquen la existencia de mitos y su rol nocivo en la construcción de una sexualidad sana.	Taller de Sexualidad.	<p>PRESENTACIÓN: Se da la bienvenida al Taller, presentándose los objetivos y programa del Taller, delimitación de normas de funcionamiento.</p> <p>DINÁMICA DE PRESENTACIÓN: La talaraña", la cual ayuda a crear un clima de distensión propicio para el desarrollo del tema central.</p> <p>TRABAJO GRUPAL N° 1: "La Marciana", a cargo de Equipo Seminarista, para lo cual se forman 2 subgrupos, cada grupo debe reflexionar le existencia de diferencias (físicas, socioculturales y psicológicas) existentes entre hombres y mujeres. Posteriormente cada representante del grupo expone sus resultados a una monitora que hace el papel de "marciana" (sin noción previa sobre el tema), la cual somete los contenidos a debate grupal. La realización de esta dinámica permitió que las participantes a través del debate grupal y a partir del establecimiento de diferencias de comportamiento, emocionales y físicas, logran identificar la influencia del entorno sociocultural en la sexualidad, idea fuerza que el equipo de trabajo enfatizó en forma permanente y que posteriormente estuvo presente en las intervenciones de las mujeres. De la misma forma se logra detectar la presencia de una visión negativa de la mujer en relación al hombre (planificador v/s desordenada, inteligente v/s cariñosa, etc), detectando bajos niveles de autoestima en la mayoría de las integrantes.</p> <p>TRABAJO GRUPAL N° 2: Discusión Colectiva: "Mitos de la Sexualidad". Para esto se entrega a cada participante una tarjeta que contiene una creencias errónea y/o mitos con respecto a su sexualidad. Cada mujer debe exponer su contenido y posteriormente entregar su opinión al grupo, la cual es discutida, con aclaración y entrega de contenidos por parte del Equipo de trabajo (psicóloga y alumnas) detectando la presencia de creencias relacionadas con un machismo arraigado en la relación de pareja y crianza de los hijos ("la única aspiración de la mujer es ser madre", "el hombre es infiel por culpa de la mujer", etc), esta situación será abordada por el equipo de trabajo en las posteriores temáticas mediante el énfasis en una perspectiva de género.</p>	<p>Presentación Animación Aclaración Expositivas Discusión y Análisis grupal gráficas.</p>	<p>HUMANOS: Sra. M^a Leonor Conejeros, Psicóloga Mujeres participantes Equipo Alumnas Seminaristas</p> <p>MATERIAL ES Papelógrafo Tarjetas sobre el tema</p>	3 Horas	11 Mujeres	<p>Objetivo Logrado: 100% de las mujeres participando activamente del Taller según pauta de observación.</p> <p><u>Según test antes-después:</u> Antes: 10% reconoce influencias sociocult. En construcción de sexualidad. Después: 60% idem.</p> <p>Antes: no se identifican prejuicios como nocivos Después: 50% reconoce nocividad.</p>

20-09-00	<p>2. Lograr que las mujeres asuman la importancia de desarrollar actitudes de autocuidado, internalizando el concepto de Autocuidado a partir de la reflexión sobre sus conductas en relación a la salud.</p>	<p>Lograr que las mujeres identifiquen conductas autocuidadas en sus prácticas habituales. Lograr que las mujeres identifiquen y reflexionen sobre conductas favorables y desfavorables para su salud.</p>	<p>Taller de Autocuidado en Salud de la Mujer.</p>	<p><i>DINÁMICA DE ANIMACIÓN "El curanto".</i> <i>TRABAJO GRUPAL N° 1:</i> Concepto de Autocuidado. Con apoyo de papelógrafo se expone el concepto de Autocuidado, explicando en términos simples. Luego, cada participante debe comentar algún problema de salud que haya presentado en los últimos 30 días, la forma y las razones de cómo lo resolvieron; a partir de esto, se discute grupalmente sobre las formas de resolución más comúnmente utilizadas por las mujeres (no hacer nada, automedicarse, consultar médico, etc.) reflexionando en relación a si estas son apropiadas para la salud. <i>Trabajo Grupal N° 2:</i> a partir de la definición anterior, las asistentes deben expresar y registrar en papelógrafo las conductas o prácticas realizadas cotidianamente (fumar, comer en exceso, preocuparse por la higiene, etc.), las que deben clasificar favorables y desfavorables para su salud. Una vez realizado, cada mujer debe exponer las barreras u obstáculos que han impedido modificar las prácticas desfavorables, identificándose en general a Consultorio", etc). En este punto la intervención de la Psicóloga se centra en la necesidad de autovalorar el propio cuerpo y por ende preocuparse de éste, indicando la relación existente entre Autocuidado y el "quererse a si misma".</p>	<p>Animación Papelógrafo explicativo Discusión grupal Clarificación</p>	<p>HUMANOS: Sra M^a Leonor Conejeros, Psicóloga Mujeres participantes Equipo Alumnas Seminaristas</p>	<p>3 Horas</p>	<p>8 Mujeres</p>	<p>Objetivo Logrado: Segun Test A-D: Antes: 30% identifica concepto Autocuidado en sus conductas. Después: 70% expone qué es para ellas Autocuidado, señalando aspectos tanto de tipo orgánico, como emocionales y psicosociales presentes en sus conductas.</p>
27-09-00	<p>3. Lograr que las mujeres adquieran conocimientos respecto a los diferentes métodos de anticoncepción</p>	<p>Lograr que las mujeres identifiquen los principales métodos anticonceptivos existentes. Lograr que las mujeres reconozcan características, ventajas y desventajas de los principales</p>	<p>Taller de Métodos Anticonceptivos.</p>	<p><i>DINÁMICA DE ANIMACIÓN:</i> "canasta revuelta". Posteriormente se da comienzo al Taller, con la presentación de 2 Alumno/as Seminaristas de la Carrera de Obstetricia, a cargo de los cuales estará presente el Taller. <i>EXPOSICIÓN:</i> Para comenzar, se exponen características y funcionamiento del aparato reproductor femenino y masculino. Posteriormente - con apoyo de rotafolio- se exponen los principales métodos anticonceptivos existentes, indicando sus principales ventajas y desventajas. A medida que se exponen, se distribuyen muestras de diferentes métodos entre las asistentes, en función de lograr que éstas se familiaricen con algunos anticonceptivos, situación que suscita gran interés por parte de las mujeres. Posteriormente, se inicia una ronda de preguntas en la cual la/os alumnos aclaran dudas expuestas por las mujeres, aludiendo a situaciones referidas con el método anticonceptivo utilizado, como</p>	<p>Expositivas Demostración Clarificación Orientación profesional Audiovisuales Ejercitación de habilidades</p>	<p>HUMANOS Equipo Seminario Carrera de Obstetricia, U. de Valparaíso Mujeres participantes Equipo Seminario</p>	<p>3 Horas, 30 minutos</p>	<p>10 mujeres</p>	<p>Objetivo Logrado: Segun Test A-D: Antes: 30% identifica características, ventajas y/o desventajas de principales métodos anticonceptivos. Después: 66% identifican características, ventajas y/o desventajas de principales métodos anticonceptivos.</p>

<p>de mamas, conociendo sus características y requisitos de realización</p>	<p>Lograr que las mujeres asuman comportamientos activos en la prevención del VIH/SIDA, mediante el conocimiento y desarrollo de destrezas para negociar prácticas de sexo seguro al interior de su pareja.</p>	<p>Lograr que las mujeres reconozcan vías de transmisión, conductas de riesgo y formas de prevención del Sida en su medio.</p> <p>Lograr que las mujeres identifiquen y reflexionen sobre la presencia de mitos y conocimientos erróneos respecto al VIH/SIDA.</p> <p>Lograr que las mujeres identifiquen la posibilidad que se tiene de adquirir el virus del Sida (autopercepción de riesgo).</p>	<p>Taller de prevención del VIH/SIDA.</p>	<p>relación al tema tratado, en donde las mujeres hacen referencia a la presencia de síntomas que podrían evidenciar la presencia de algún cáncer, en donde la profesional despeja las inquietudes presentadas. Para terminar, la profesional entrega información respecto a las modalidades de atención desarrolladas por el Programa de la Mujer en el Consultorio Pza. Justicia, distribuyendo -entre las asistentes que cumplen los requisitos- citaciones para realización de Exámen de Salud Preventivo de Adulto (ESPA).</p>	<p>Expositivas audiovisuales Análisis de contenidos Clarificación Discusión grupal Reflexión grupal Evaluativas.</p>	<p>HUMANOS Psicóloga Mujeres asistente Equipo Seminario</p> <p>MATERIALES Equipo de video Cinta de video "Da-Da" Set de cartas "creencias de nuestra cultura"</p>	<p>3 Horas</p> <p>9 mujeres</p>	<p>Objetivo Logrado: Según Test A-D: Antes: Ninguna identifica creencias relacionadas con el VIH/SIDA como nocivas, 40% identifica mecanismos de transmisión, 30% identifica mecanismos de prevención. Después: 80% de las mujeres reconoce manejar información basada en mitos y creencias respecto al VIH/SIDA, 90% identifica mecanismos de transmisión, 100% identifica mecanismos de prevención. 50% de las mujeres ejercita habilidades en la utilización correcta del condón.</p>	<p>PELICULA "SIDA-DA": Se da comienzo al Taller con la exposición de la película "Si Da-Da", la que trata sobre: conceptualización de VIH y SIDA, conductas consideradas como de riesgo y no riesgo para la transmisión y mecanismos de prevención para VIH/SIDA.</p> <p>REFLEXIÓN: Posteriormente, el Equipo realiza un comentario general sobre lo expuesto, dando pie a una ronda de preguntas de parte de las mujeres y un grupo (4) de adolescentes invitados. Estas inquietudes se refieren especialmente a la identificación de conductas consideradas de riesgo para la transmisión, despejar creencias respecto a la posibilidad de transmisión por contacto social (dar la mano, abrazar, compartir utensilios con una persona que vive con VIH) lo que representa especial interés para una de las integrantes, puesto que reseña la experiencia de convivir con una persona (familiar) que vive con VIH, en un marco de temor permanente debido a las creencias erradas sobre mecanismos de transmisión; es así como por medio de la exposición se logran despejar estos temores, lo que es confirmado por el contenido de la cinta de video.</p> <p>TRABAJO GRUPAL: denominado "las creencias de nuestra cultura" a cargo del equipo seminarista y la psicóloga. A partir de un set de cartas que contienen mitos y creencias sobre el SIDA, cada participante debió escoger aquella que la interpretase o la que fuese significativa, para posteriormente explicar el motivo de su elección al grupo, desarrollándose una discusión grupal en torno al tema, entre las creencias expuestas por las mujeres figuran en general aquellas relativas a la falta de autopercepción de riesgo ("si con mi pareja llevamos 10 años de casados, para qué me voy a preocupar", "una conoce con quién se mete", "sólo le da a la gente de mal vivir", "si una es decente, ¿para qué preocuparse?" etc) así como también a prejuicios sobre el uso de condón ("es como dar la mano con</p>	<p>Objetivo Logrado: Según Test A-D: Antes: Ninguna identifica creencias relacionadas con el VIH/SIDA como nocivas, 40% identifica mecanismos de transmisión, 30% identifica mecanismos de prevención. Después: 80% de las mujeres reconoce manejar información basada en mitos y creencias respecto al VIH/SIDA, 90% identifica mecanismos de transmisión, 100% identifica mecanismos de prevención. 50% de las mujeres ejercita habilidades en la utilización correcta del condón.</p>
<p>11-10-00</p>	<p>5.</p>	<p>de mamas, conociendo sus características y requisitos de realización</p>	<p>Taller de prevención del VIH/SIDA.</p>	<p>relación al tema tratado, en donde las mujeres hacen referencia a la presencia de síntomas que podrían evidenciar la presencia de algún cáncer, en donde la profesional despeja las inquietudes presentadas. Para terminar, la profesional entrega información respecto a las modalidades de atención desarrolladas por el Programa de la Mujer en el Consultorio Pza. Justicia, distribuyendo -entre las asistentes que cumplen los requisitos- citaciones para realización de Exámen de Salud Preventivo de Adulto (ESPA).</p>	<p>Expositivas audiovisuales Análisis de contenidos Clarificación Discusión grupal Reflexión grupal Evaluativas.</p>	<p>HUMANOS Psicóloga Mujeres asistente Equipo Seminario</p> <p>MATERIALES Equipo de video Cinta de video "Da-Da" Set de cartas "creencias de nuestra cultura"</p>	<p>3 Horas</p> <p>9 mujeres</p>	<p>Objetivo Logrado: Según Test A-D: Antes: Ninguna identifica creencias relacionadas con el VIH/SIDA como nocivas, 40% identifica mecanismos de transmisión, 30% identifica mecanismos de prevención. Después: 80% de las mujeres reconoce manejar información basada en mitos y creencias respecto al VIH/SIDA, 90% identifica mecanismos de transmisión, 100% identifica mecanismos de prevención. 50% de las mujeres ejercita habilidades en la utilización correcta del condón.</p>		

<p>13-10-00</p>	<p>Lograr que las mujeres reflexionen sobre su sexualidad desde una perspectiva de género.</p> <p>Lograr que las mujeres desarrollen habilidades en la utilización correcta del condón.</p> <p>Evaluar los contenidos entregados en el taller.</p>	<p>Taller "Sexo Seguro para mujeres heterosexuales".</p>	<p>Se da comienzo al Taller con al presentación de las Monitoras de la C CH.P.S., a cargo de quienes estará el desarrollo del Taller.</p> <p><i>DINÁMICA DE PRESENTACIÓN:</i> Posteriormente, se desarrolla una dinámica de presentación, en la que cada participante manifiesta sus percepciones frente a diversos conceptos relacionados con la sexualidad (amor, fidelidad, etc.), la cual sirve a las monitoras para sondear las percepciones que maneja el grupo sobre el tema, y además dan cuenta de ciertos grados de flexibilidad para enfocar temas como la posibilidad de contraer el VIH a través de sus parejas. Posteriormente se realiza conversación grupal con contenidos vivenciales respecto a la sexualidad desde una visión de género.</p> <p><i>TRABAJO GRUPAL 1:</i> Ejercicios de relajación y posterior dinámica dirigida a tratar aspectos referidos a prejuicios y barreras culturales existentes frente a enfermos del SIDA y Autopercepción de Riesgo de Contagio en mujeres heterosexuales.</p> <p><i>TRABAJO GRUPAL 2:</i> Demostración y posterior ejercitación sobre utilización correcta de condón, en sus diferentes modalidades. Entrega de información (orientación, folletería) sobre atención y servicios entregados por la Corporación. Para finalizar, se aplica cuestionario – evaluativo.</p>	<p>Animación Reflexión grupal Confrontación de ideas Relajación Demostración y ejercitación de habilidades Evaluativas</p>	<p>HUMANOS Monitoras (2) Chilena Prevencción de Mujeres asiste Equipo Semina MATERIALES Tarjetas- testin Equipo de mús Guía de discus Material de fol Condomes Dildos demost</p>	<p>4 horas</p>	<p>6 mujeres</p>	
-----------------	--	--	--	--	--	----------------	------------------	--

<p>25-10-00.</p>	<p>6. Lograr que las mujeres logren identificar los mecanismos para reducir el riesgo de infección de ETS., adquiriendo conocimientos y habilidad con respecto a los mecanismos de prevención adecuados.</p>	<p>Lograr que las mujeres identifiquen las ETS mas comunes y peligrosas. Lograr que las mujeres identifiquen formas de prevención y control de las ETS. Lograr que las mujeres reflexionen sobre la existencia de actitudes negativas en torno a estas enfermedades y sus consecuencias. Lograr que las mujeres identifiquen las posibilidades de comunicación que tienen con su pareja para prevenir el contagio de alguna ETS.</p>	<p>Taller Prevención de Enfermedades de transmisión Sexual E.T.S.</p>	<p>Se da comienzo al Taller con la presentación de la profesional matrona del Centro ETS, a cargo de quien estará el presente Taller. EXPOSICIÓN SOBRE ETS: la profesional asistente comienza la sesión con una definición y explicación de las ETS.; posteriormente realiza una exposición detallada de cada una de las ETS. mas conocidas (gonorrea, sfilis, Cándilomas, Herpes Genital), explicando claramente los síntomas de cada una de ellas, formas de transmisión, síntomas que ayudan a su detección y consecuencias de tipo biopsicosocial TRABAJO GRUPAL: Cada grupo trabaja en torno a una guía de discusión sobre la existencia de mitos y creencias erróneas en torno a las ETS y formas de tratar el tema con la pareja, posteriormente en plenaria cada grupo presenta sus respuestas y se realiza una ronda de opiniones en torno a la guía, en general se evidencia un desconocimiento generalizado en torno al tema, por representar "problema para las mujeres de la calle" y "por que las ETS ya no existen", según manifiestan algunas asistentes, las cuales son aclaradas por la profesional y el equipo seminarista. Posteriormente se entrega material de folleteria sobre ETS. DEMOSTRACIÓN sobre utilización correcta de condón con apoyo de dildo. Paralelamente, mediante lluvia de ideas, se llega a una definición correcta de "sexo seguro", concepto que es asimilado rápidamente por las asistentes en el marco del ejercicio realizado. RONDA DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS: Posteriormente la profesional contesta a preguntas e inquietudes de las participantes, entregando información sobre la toma de exámenes de detección y prestación de servicios de Consultorio E.T.S.</p>	<p>Expositivas y Análisis y discusión grupal Demostrativas Orientación profesional Ejercitación de habilidades Evaluativas.</p>	<p>HUMANOS Profesional Obstetra, Consultorio ETS. SSVSA. Mujeres Participantes Equipo Seminarista MATERIAL ES Guía de discusión sobre ETS. Material de folleteria Condones Dildo demostrativo Tarjetas evaluativas</p>	<p>3 horas</p>	<p>13 mujeres</p>	<p>Objetivo Logrado: Según Test A-D: Antes: 50% identifica mecanismos de transmisión, 30% identifica mecanismos de prevención de las ETS., Ninguna identifica concepto de "sexo seguro". Después: 100% identifica mecanismos de transmisión, 100% identifica mecanismos de prevención de ETS más comunes; 40% identifica correctamente el concepto de "sexo seguro".</p>
------------------	--	--	---	--	---	--	----------------	-------------------	--

13-11-00	7.	<p>Evaluar con el grupo de mujeres la realización del proyecto "Formación de Monitores/ Monitores en el autocuidado de la Salud Reproductiva".</p>	<p>Lograr que las mujeres entreguen su opinión con respecto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - participación de profesionales metodología implementada en talleres - contenidos entregados - recursos <p>Evaluar los conocimientos adquiridos por las mujeres durante al realización de los Talleres.</p>	Sesión Evaluativa	<p>REALIZACIÓN DE EVALUACIÓN GRUPAL, de acuerdo a pauta de criterios preestablecida. Se realiza una conversación en plenaria y posteriormente se sacan las conclusiones, poniendo énfasis en los aspectos necesarios de recoger y mejorar la realización de próximos talleres.</p> <p><i>APLICACIÓN</i> de Test Después a cada participante. Planificación de Actividad de Clausura de Talleres.</p>	<p>Reflexión Grupal Expositivas Síntesis Evaluativas Sondeo de opinión Aplicación de cuestionario</p>	<p>HUMANOS Mujeres Participantes Equipo Seminarista</p> <p>MATERIAL ES Papelógrafo Pautas de evaluación Cuestionarios , lápices</p>	2 Horas	7 Mujeres	<p>Objetivo Logrado: Evaluación grupal realizada (anexo), con participación activa del 80% de las Monitoras. Aplicación de cuestionarios a los participantes de los Talleres.</p>
----------	----	--	---	-------------------	--	---	---	---------	-----------	--

Subproyecto N°2: "Capacitar a un grupo de jóvenes como Monitoras/es en el fomento del ejercicio de la sexualidad responsable e informada, adquiriendo conocimientos y habilidades en prevención de embarazo adolescente no deseado, anticoncepción, prevención de VIH/SIDA y ETS, desde una perspectiva intersectorial."

FECHA LUGAR	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD RESPONSABLE	DESARROLLO	TECNICAS	RECURSOS	TIEMPO	ASISTENCIA	LOGROS
Sede Grupo Juvenil La Matriz. 21-09-00	Lograr que las/os adolescentes valoren la importancia de ejercer una sexualidad sana, responsable e informada, desde el plano de los Derechos Sexuales y Reproductivos, a través del análisis y reflexión respecto de las barreras culturales existentes para su logro.	- Dar a conocer objetivos y programación de Talleres. - Generar un clima de confianza y calidez con el grupo. - Lograr que las/os participantes identifiquen y reconozcan la existencia de mitos y su rol nocivo para la construcción de una sexualidad sana. - Lograr que las/os jóvenes ejerciten habilidades comunicacionales, expresando algún contenido tratado en el Taller.	Taller sobre Sexualidad, a cargo de Equipo Psicossocial de la institución patrocinante. Ideas fuerza del taller: - Identidad sexual - Sexo y Sexualidad - Roles	<i>BIENVENIDA AL TALLER</i> , se presentan los objetivos y programación de los talleres, delimitación de normas de funcionamiento del taller, se realiza una presentación individual. <i>DINÁMICA DE ANIMACIÓN</i> llamada "El Maremoto". <i>TRABAJO GRUPAL N°1</i> , "La Marciana", el cual permite analizar las características y diferencias biológicas, psicológicas y socioculturales entre hombres y mujeres, analizando el grupo de esta forma, todos los aspectos o áreas en que las mujeres y hombres son iguales y aquellas en que se diferencian, teniendo como base la discusión, el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos. En este sentido, el grupo tuvo una respuesta altamente positiva, ya que la totalidad de jóvenes entregó una opinión propia, la que fue analizada por el resto en el contexto antes señalado. <i>TRABAJO GRUPAL N°2</i> , "Lluvia de ideas" acerca de los conceptos sexo y sexualidad, lo que posteriormente genera un debate y aclaración acerca de mitos y conceptos erróneos respecto al tema. En esta actividad, se pudo constatar que los/as jóvenes tenían nociones respecto de estos conceptos, asociando el sexo con las relaciones sexuales y con el tema de género, y la sexualidad con el amor y con la manera establecer relaciones con los demás. <i>EJERCITACIÓN DE HABILIDADES COMUNICACIONALES</i> en relación a los contenidos aprendidos, a través de un ejercicio grupal, en el que cada participante formula una interrogante acerca del tema, la cual debe ser respondida por otra/o integrante y luego evaluada por el equipo de alumnas seminaristas. <i>APLICACIÓN PAUTA DE EVALUACIÓN</i> , se constató que si bien hubo una alta participación y a los/as jóvenes	Presentación Animación Análisis grupal Discusión grupal Visuales Gráficas Asignación de tareas	HUMANOS: Grupo de jóvenes participantes. Equipo de alumnas seminaristas. MATERIALES: Material fungible Comestible	2 hrs. app. De duración.	84,6% de asistencia. 11 jóvenes. 3 mujeres. 8 hombres	OBJETIVO LOGRADO El 100% de las/os jóvenes participando activamente del Taller (Según Pauta de Observación Semiestructurada). 100% reconoce existencia y nocividad de mitos y prejuicios respecto a la sexualidad, reconocen también la importancia de la responsabilidad compartida e igualdad de oportunidades en este ámbito, para el desarrollo de una sexualidad sana (Según Test Antes - Después; el momento Antes determinó que un 46,2% de las/os jóvenes no reconoce mitos y/o prejuicios relacionados con la sexualidad). 61,5% de las/os jóvenes ejercita habilidades comunicacionales en relación con los contenidos sobre Sexualidad Sana desarrollados en el Taller (Según Pauta de Observación Semiestructurada).

<p>Sede Grupo Juvenil La Matriz. 28-09-00</p>	<p>Lograr que las/os adolescentes conozcan la utilización adecuada de los diferentes métodos anticonceptivos existentes, como mecanismo de prevención del embarazo adolescente.</p>	<p>Lograr que las/os jóvenes se familiaricen con los métodos anticonceptivos. Lograr que las/os jóvenes analicen y valoren el derecho de ejercer una sexualidad responsable e independiente de la reproducción. Lograr que las/os jóvenes identifiquen y valoren la necesidad de la responsabilidad compartida en el uso de anticonceptivos. Lograr que las/os jóvenes identifiquen los principales</p>	<p>Taller sobre Anticoncepción, a cargo de Matron, Consultorio del Adolescente y colaboración Equipo Alumnas Seminaristas: - Responsabilidad compartidas - Métodos anticonceptivos y prevención del embarazo adolescente - Acceso a información y servicios sobre uso de anticonceptivos.</p>	<p>les gustó el Taller, dijeron no haber aprendido mucho, ya que sabían sobre el tema, esto se explica, debido a que la mayoría tiene un nivel educacional alto. Si bien se habían efectuado reuniones con el grupo, el taller es la primera experiencia concreta de conocimiento entre el grupo y el equipo seminarista, vislumbrándose una integración positiva de parte del grupo hacia las alumnas, con las que se genera un ambiente de confianza.</p>	<p>Animación Análisis grupal Discusión grupal Expositivas Experienciales Gráficas Asignación de tareas</p>	<p>HUMANOS: Grupo de jóvenes Sr. Juan Baeza, Matron Consultorio del Adolescente Equipo de alumnas seminaristas. MATERIALES: Material fungible Muestrario de métodos anticonceptivos Rotafolio sobre anticonceptivos</p>	<p>2 ½ app de duración.</p>	<p>100% de asistencia. 13 jóvenes, 8 hombres, 5 mujeres.</p>	<p>OBJETIVO LOGRADO: El 100% realiza un acercamiento real a los métodos anticonceptivos, todas/os palparon los diferentes métodos y formularon consultas (Pauta de Observación Semiestructurada). El 100% reconoce y afirma la importancia de la responsabilidad compartida por la pareja en cuanto a la utilización de algún método anticonceptivo. (Según Test Antes - Después; el momento Antes determinó que un 84,6% identificó Responsabilidad Compartida) El 61,5% identifica consecuencias negativas de los principales métodos anticonceptivos. (Según Test Antes - Después; el momento Antes determinó que un 15,4% identificó consecuencias negativas).</p>	<p>Se logra construir una red de apoyo referente al tema de prevención del embarazo</p>
---	---	---	---	---	--	--	-----------------------------	--	--	---

<p>Sede Grupo Juvenil La Matriz. 12-10-00</p>	<p>Lograr que las/os adolescentes asuman una Autopercepción de Riesgo la transmisión del VIH/SIDA, reconociendo la importancia de la prevención a través de la adopción de una conducta sexual responsable.</p>	<p>métodos anticonceptivos y sus consecuencias negativas. Construir Red de Apoyo anticoncepción y prevención del embarazo adolescente. Lograr que las/os jóvenes ejerciten habilidades comunicacionales, expresando algún contenido tratado en el Taller.</p>	<p>Taller sobre prevención del VIH/SIDA, a cargo de Monitores de la C.CH.P.S., y colaboración de Equipo de Alumnas Seminaristas. Ideas fuerza del Taller:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio de la sexualidad y autopercepción de riesgo. - Vías de transmisión y prácticas preventivas. - Uso correcto del condón - Concepto de 	<p>familiar y control del embarazo, teniendo como eje central el Consultorio del Adolescente, en este sentido, el profesional da a conocer los requisitos y forma de acceder a este servicio, lo que fue altamente valorado por las/os jóvenes. <i>EVALUACIÓN</i> de la sesión por parte de las/os jóvenes, valorando como altamente positivo el Taller, expresando que les gustó la forma de tratar el tema, tanto de parte del profesional como del equipo seminarista y en cuanto al tema señalaron haber aprendido mucho.</p>	<p>Análisis grupal Discusión grupal Expositivas Experienciales Asignación de tareas Gráficas</p>	<p>HUMANOS: Grupo de jóvenes participantes. 2 Monitores de la Corporación Chilena Prevención del SIDA (C.CH.P.S) Equipo de alumnas seminaristas. MATERIALES Condones, aporte de la C.CH.P.S. Folleteria aportada por la C.CH.P.S. Material fungible Comestibles</p>	<p>1 ½ hr. de App. duración.</p>	<p>69,2% de asistencia. jóvenes, hombres.</p>	<p>de 9 de</p>	<p>OBJETIVO LOGRADO El 100% se autopercibe en riesgo de adquirir VIH/SIDA (Según Test Antes - después; el momento Antes determinó que un 46,2% se autopercibía en riesgo). El 84,6% identifica correctamente vías de transmisión del VIH/SIDA, señalando como principales, la vía sexual, la sangre, madre - hija/o, y elementos cortantes infectados. (Según Test Antes - Después; el momento Antes determinó que un 30,8% identificó correctamente vías de transmisión).</p>
---	---	---	--	--	--	--	----------------------------------	---	----------------	---

<p>Sede Grupo Juvenil La Matriz. 26-10-00</p>	<p>Lograr que las/os adolescentes analicen y reflexionen en relación a la importancia de la responsabilidad compartida en el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos.</p>	<p>vía sexual. Lograr que las/os jóvenes identifiquen prácticas preventivas que disminuyen el riesgo de transmisión. Lograr que las/os jóvenes identifiquen el uso correcto del condón y desarrollen habilidades en la utilización correcta de éste. Construir Red de Apoyo en prevención del VIH/SIDA.</p>	<p>Sexo Seguro. Mitos o creencias erróneas en torno al VIH/SIDA.</p>	<p><i>RONDA DE CONSULTAS</i> de las/os participantes del taller, constatiándose una alta participación de parte de la mayoría, ya que fueron capaces de formular consultas y dudas referentes al tema, en general referidas a mitos que manejaban sobre las vías de transmisión (transmisión a través de máquinas de afeitar, saliva, etc) y utilización correcta del condón. <i>PRESENTACIÓN RED DE APOYO</i> para las/os jóvenes en el tema prevención de VIH/SIDA y presentación de los servicios que ofrece la Corporación Chilena para la Prevención del SIDA (C.CH.P.S). <i>EVALUACIÓN</i> de la sesión por parte de las/os jóvenes. En este sentido, valoraron como altamente positivo el Taller, especialmente por la experiencia práctica, ya que pudieron aclarar sus dudas, las explicaciones y respuestas fueron claras y con un lenguaje adecuado a la población destinataria.</p>	<p>Análisis grupal Discusión grupal Expositivas Experienciales Empatía</p>	<p>HUMANOS: Grupo de jóvenes participantes. Profesional Foro Abierto de Salud de la Mujer, Casa de la Mujer, Valparaiso Equipo de alumnas seminaristas. MATERIALES Folletería aportada por Foro Salud Mujer. Comestibles.</p>	<p>1 ½ hr. de App. duración.</p>	<p>92,3% de asistencia. 12 jóvenes, 9 hombres, 3 mujeres.</p>	<p>El 84,6% identifica prácticas preventivas de transmisión del VIH/SIDA, identificando como la principal el uso del condón y pareja exclusiva no portadora. (Segun Test Antes - Después; el momento Antes determinó que un 38,5% identificó correctamente prácticas preventivas). 100% de las/os jóvenes ejercita desarrollo de destrezas en relación al uso correcto del condón (Segun Pauta de Observación Semiestructurada).</p>	<p>OBJETIVO LOGRADO El 100% de las/os jóvenes participan activamente del Taller, dando cada uno sus opiniones y percepciones sobre los temas tratados. (Pauta de Observación Semiestructurada). 100% de las/os jóvenes ejercita habilidades comunicacionales en relación a los contenidos relativo a Derechos sexuales y Reproductivos desarrollados en el Taller (Segun Pauta de Observación Semiestructurada).</p>
---	--	---	--	---	--	--	----------------------------------	---	---	---

<p>Sede Grupo Juvenil La Matriz. 15-11-00</p>	<p>Evaluar en conjunto con el grupo juvenil, la realización del Proyecto de "Formación de Monitores/es en Autocuidado de la Salud Reproductiva".</p>	<p>Lograr que las/os jóvenes ejerciten habilidades comunicacionales, expresando algún contenido tratado en el Taller.</p>	<p>Discusión sobre aborto. Ejercicio de Derechos Sexuales y Reproductivos</p>	<p>hombres y viceversa), lo que permitió que los jóvenes desarrollaran una mirada empática en relación a la situación de las mujeres. <i>EJERCITACIÓN DE HABILIDADES COMUNICACIONALES</i> a través de ejercicio grupal, en el cual cada participante formula preguntas que son respondidas por otro/a joven, y que posteriormente se evalúa en conjunto con la profesional invitada. En general, las preguntas y discusión apuntaron a la responsabilidad compartida respecto de los temas abordados. <i>CONSTRUCCIÓN RED DE APOYO</i> para las/os jóvenes en el tema derechos sexuales y reproductivos, en especial de la organización participante, Foro Abierto de Salud de la Mujer, Valparaíso (Casa de la Mujer). <i>EVALUACIÓN DEL TALLER</i> en conjunto: jóvenes, profesional y equipo seminarista, evaluación muy positiva de parte de las/os jóvenes, por la metodología empleada y los temas reflexionados.</p>	<p>Discusión grupal Análisis grupal Explicativas Clarificación</p>	<p>HUMANOS: Grupo de jóvenes participantes de la sesión. Equipo alumnas seminaristas. MATERIALES: Material fungible.</p>	<p>2 hrs. app. de duración.</p>	<p>92,3% de asistencia. 12 jóvenes, 9 hombres, 3 mujeres.</p>	<p>OBJETIVO LOGRADO Evaluación grupal realizada y sintetizada en papelógrafo resumen. Aplicación de cuestionarios de evaluativos de conocimientos adquiridos (Ver Anexo) al 100% de las/os jóvenes participantes de los Talleres. 84,6% identifican prácticas preventivas del VIH/SIDA. (Según Test Antes - Después; el momento Antes determinó que un 38,5% identificó prácticas preventivas). Un 76,9% define un concepto correcto de "sexo</p>
---	--	---	---	--	--	---	---------------------------------	---	--

<p>seguro". (Según Test Antes - Después, el momento Antes determinó que un 23,1% logró definir correctamente el concepto "sexo seguro")</p>	<p>Un 61,5% identifican a lo menos un método anticonceptivo señalando correctamente las consecuencias negativas de éste para el organismo de quien las usa. (Según Test Antes - Después, el momento Antes determinó que un 15,4% identificó correctamente un método anticonceptivo y las consecuencias negativas de éste).</p>																		
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Subproyecto N°3 : “Contribuir al desarrollo de capacidades de Autocuidado en Salud Reproductiva entre un grupo de mujeres que ejercen comercio sexual, entregándoles herramientas para el ejercicio de su actividad en forma segura”.

FASE	FECHA Y LUGAR	OBJETIVO	ACTIVIDAD	DESARROLLO	TECNICAS	RECURSOS	TIEMPO	ASISTENCIA	LOGROS
Acercamiento inicial	Abril- Junio Hoteles sector Puerto	1. Conseguir el establecimiento o de contactos y detección de principales intereses existentes entre mujeres que ejercen comercio sexual en sector Puerto.	Visitas a hoteles del sector.	Con apoyo de la institución patrocinante, se identifican los principales hoteles del sector. Posteriormente, mediante la realización de jornadas en las que se distribuyen preservativos y material educativo (dípticos informativos sobre VIH/SIDA) entre las mujeres que trabajan en los principales hoteles del sector, se logra conformar una relación de proximidad con un grupo de mujeres que ejercen comercio en éstos. Durante el desarrollo del proceso, a través de la aplicación de diversas técnicas, se identifica la presencia y tipo de intereses que presentan mayoritariamente las mujeres. Así también durante estos encuentros se logra establecer en conjunto con las mujeres, las normas básicas de funcionamiento del grupo (horarios, días, lugar)	. Difusión Entrevistas grupales individuales Clarificación Informativas Sondeo de opinión	Humanos: Mujeres Equipo Seminarista Monitora Materiales: Condones Dípticos informativos prevención de VIH/SIDA Invitaciones	15 visitas...	Visita a Hoteles: Louisiana, Manhattan, Flamingo Rose, Saint Paulie, Night Club Molino Rojo, Restoran Tia Lola.	Objetivo Logrado: Se establece contacto con grupo de trabajadoras de Hotel Louisiana, las que en su mayoría conforman el grupo de intervención
Primera fase de intervención	Junio- Agosto Casa de Acogida	2. Crear un espacio de encuentro con las mujeres que ejercen comercio sexual, en torno a sus necesidades e intereses.	Recepción de apertura de los Talleres. Talleres de Imagen personal y manualidades, compuestos por 5 sesiones e por taller.	En forma paralela a las actividades de motivación permanentemente realizadas por el equipo seminarista, se realizan las gestiones tendientes contar con la participación de una monitora experta en la implementación del Taller de Cuidado Personal. Asimismo, se logra estructurar un grupo de mujeres que participe de manera estable en los talleres, desarrollando actividades de motivación en forma permanente, en este sentido las estrategias de motivación implementadas dan resultados positivos, por cuanto se comienza la implementación de los talleres programados con una periodicidad semanal, contando con una alta y permanente asistencia de las mujeres. Cabe destacar que el rol jugado por el equipo seminarista durante esta etapa se caracteriza por el desarrollo de actividades de motivación permanente (visitas a hoteles, entrega de material educativo, invitaciones para participar el los talleres, etc) como asimismo por realizar actividades de sensibilización entre el grupo a objeto de incorporar el tema del autocuidado en salud.	Presentación Animación Discusión grupal Habilidades manuales	Humanos: Mujeres Equipo profesional Casa de Acogida Monitora Cosmetóloga Equipo Seminarista Materiales: Cosméticos Cosméticos Artículos para manualidades	10 semanas	Un grupo conformado por aproximadamente 6 a 12 mujeres asistentes a cada taller	Objetivo Logrado: Realización de Taller de Cuidado de Imagen Personal y Manualidades con participación de grupo estable de mujeres.
	19 de Julio	3. Indagar acerca de la calidad de los	Sesión socioeducativa sobre ETS.	Obtener información sobre el tipo de conocimiento que el grupo posee respecto de: mecanismos de transmisión y prevención de las principales ETS y VIH/SIDA reconocimiento de manifestaciones y	Expositivas Clarificación Discusión	Humanos: Mujeres participantes	2 horas	10 Mujeres	Objetivo Logrado: Se identifica un adecuado nivel de

<p>13 de Noviembre</p>	<p>5. Lograr que las mujeres reflexionen sobre el Autocuidado de su Salud Reproductiva, analizando las posibilidades de asumir este tipo de conductas en el ejercicio de su actividad.</p>	<p>Sesión socioeducativa sobre Autocuidado</p>	<p>frente a la posibilidad de contagio, sino mas bien a una deficiencia evidente de conductas de autocuidado para con su cuerpo.</p> <p>Para comenzar la sesión se da lectura a un extracto de texto escrito por una trabajadora sexual, en el cual hace referencia a los obstáculos que presenta el ejercicio de su actividad para el desarrollo de conductas de autocuidado.</p> <p>A partir de esto, se desarrolla una reflexión grupal sobre el tema, con utilización de material de apoyo (tarjetas) que contienen una diversidad de factores que juegan un rol obstaculizador en el desarrollo de conductas de autocuidado, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - disponibilidad de condones (por parte de servicios de salud, posibilidad y disposición de adquisición en mercado) - capacidad para negociar con el cliente el uso de condón - obstáculos emanados de parte de los dueños de hoteles, para ejercer conductas de autocuidado. - situación de trabajadoras menores de edad, etc. <p>En función de esto, cada mujer expone sus opiniones sobre estas situaciones, apoyándose en ellas para reflexionar sobre su situación o situaciones cercanas</p> <p>Posteriormente, el equipo solicita que identifiquen los principales obstaculizadores y facilitadores que se presentan en su medio para el ejercicio de conductas de autocuidado, manifestándose principalmente las dificultades para negociar con los clientes el uso del condón, la incomodidad que provoca en ellas mismas la utilización de éste y finalmente en el plano económico, la deficiente cantidad de condones que se les entrega a través del sistema público de salud (12 cada mes) y la imposibilidad de costárselos debido a los bajos ingresos.</p> <p>Posteriormente se discute sobre la posibilidad de desarrollar prácticas sexuales no penetrativas, invitando a las integrantes a exponer las prácticas no penetrativas conocidas y las estrategias de negociación posibles de implementar con los clientes. Finalmente se demuestra la utilización correcta del condón, la cual es ejercitada por algunas integrantes.</p> <p>Para terminar la sesión, se invita a reflexionar sobre los beneficios posibles de obtener con el ejercicio de actitudes solidarias entre sus pares.</p>	<p>Expositivas Reflexión y análisis grupal Ejercitación de habilidades Síntesis</p>	<p>Humanos: Mujeres participantes Equipo Seminarista Materiales: Fragmento de texto Tarjetas con contenidos referidos al tema Condones Diido demostrativo</p>	<p>2 horas 30 minutos</p>	<p>6 Mujeres</p>	<p>Objetivo Logrado: Las integrantes logran: -identificar existencia de facilitadores y obstaculizadores para el ejercicio de conductas de autocuidado en su medio laboral. -exponer diferentes prácticas no penetrativas en el marco de conductas de autocuidado. -40% que no mancha la utilización correcta del condón logra ejercitarla. -opinar sobre el ejercicio de la función de apoyo entre pares.</p>
------------------------	--	--	---	---	---	---------------------------	------------------	---

<p>Segunda fase de intervención</p>	<p>02 de Agosto</p>	<p>4. Lograr que las mujeres analicen la existencia de distintas conductas de riesgo que propician la transmisión de ETS. Y VIH/SIDA, y adquieran habilidades para el ejercicio de conductas de sexo seguro en su actividad.</p>	<p>conocimientos que poseen las mujeres respecto de los principales riesgos que acarrea el ejercicio de su actividad para su salud reproductiva</p>	<p>sintomas en clientes; clarificando los contenidos erróneos existentes. Se da comienzo al taller explicando los objetivos de esta sesión. Posteriormente se desarrolla una <i>Dinámica de exposición</i>: a partir de la cual, se le hace entrega a cada participante de una tarjeta, la que contiene información correcta y/o errónea acerca de: conductas de riesgo y mecanismos de prevención para las principales ETS y VIH/SIDA, reconocimiento de manifestaciones de ETS en el organismo, etc. Durante el desarrollo de la sesión se cuenta con una alta participación de las mujeres, ya sea mediante las intervenciones explicativas desarrolladas por éstas en función de complementar los contenidos expresados por las demás, o por la calidad de sus respuestas, las que evidencian en general un adecuado nivel de conocimientos sobre el tema. Para finalizar la sesión, por medio de la técnica del parafraseo, el equipo seminarista recalca las ideas fuerza surgidas, clarificando aquellos pocos aspectos que contenían información errónea y haciendo hincapié en la necesidad de protección y la utilización del condón como principal acción preventiva.</p>	<p>grupal Exploratorias. Gráficas De síntesis</p>	<p>Psicóloga Casa de Acogida, Leonor Concejeros Equipo Seminarista Materiales: con tarjetas contenidos referentes al tema</p>	<p>2 horas</p>	<p>7 Mujeres</p>	<p>conocimientos previos sobre el tema por parte de las mujeres, ya sea sobre síntomas y/o mecanismos de transmisión. Se clarifican los conceptos erróneos existentes entre las integrantes.</p>
				<p>Durante la presente sesión, se trabaja con apoyo audiovisual, de esta forma se expone una cinta de video sobre la existencia de conductas de riesgo para la transmisión del SIDA, la cual es protagonizada por trabajadoras sexuales. Posteriormente, se realiza una discusión grupal acerca de las conductas consideradas de riesgo para la transmisión de SIDA, propiciando la exposición de diferentes conductas consideradas riesgosas. Las mujeres identifican adecuadamente como conductas de riesgo: la no utilización de condón en las relaciones sexuales, la utilización de jeringas (aun cuando al considerar una práctica lejana) y la existencia de algunas prácticas sexuales. Luego, el equipo solicita al grupo que identifique los mecanismos con los cuales es posible evitar la transmisión, en este sentido, se hace referencia a relaciones sexuales no penetrativas, utilización del condón. En este momento, al enfocar la reflexión sobre la posibilidad de utilización de estos mecanismos preventivos en el desarrollo de su actividad, de acuerdo a lo manifestado por las mujeres, aún cuando hay plena conciencia de la eficacia de estos métodos, al parecer no existe plena conciencia del riesgo de contagio, es decir, se evidencia una falta de autopercepción de riesgo de contagio, la cual sin embargo a diferencia de las mujeres con pareja exclusiva, no se fundamenta en una actitud de negación</p>	<p>Audiovisuales Expositivos... y Análisis discusión grupal</p>	<p>Humanos: Mujeres participantes Equipo Seminarista Materiales: Cinta de video "Pacto Nocturno" Equipo de video</p>	<p>Objetivo Medianamente Logrado: Aun cuando a un nivel cognitivo se manejan elementos adecuados sobre conductas de riesgo y mecanismos de prevención, estos elementos están lejos de manejarse a nivel conductual, debido a factores de orden emocional relacionados con el tipo de actividad realizada (baja autoestima, y sentimientos de conductas autoagresión)</p>		

Proyecto N° 2: “Implementar un Modelo de Promoción Intersectorial en Salud Reproductiva a Nivel Comunitario centrado en la generación de una instancia de articulación en redes que involucre a la población y organizaciones sociales residentes en la Unidad Vecinal 134 - Puerto e instituciones Públicas y Privadas ligadas al tema”.

FECHA Y LUGAR	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD	TÉCNICAS	RECURSOS	TIEMPO	ASISTENCIA	LOGROS
Sedes grupos participante s en los distintos Talleres.	Implementar un Modelo de Promoción Intersectorial en Salud Reproductiva a Nivel Comunitario centrado en la generación de una instancia de articulación en redes que involucre a la población y organizaciones sociales residentes en la Unidad Vecinal 134-Puerto e instituciones Públicas y Privadas ligadas al tema.	Propiciar la capacidad de gestión de las(os) monitoras(es) logrando su involucramiento en las acciones preparativas para el evento.	Talleres preparativos de la Feria entre grupos y equipo seminariasta.	El Taller realizado con el grupo juvenil La Matriz, trató por una parte, de la organización del grupo en comités destinados a apoyar la realización de la Feria, delegación de responsabilidades (preparación de paneles y levantamiento de módulos, animación, encargado de la música y otros), y por otra parte, a la organización y ensayo de la obra teatral a ser exhibida durante la implementación de la Feria.	Experienciales Gráficas Visuales Discusión grupal Análisis grupal Clarificación Organización Asignación de tareas Desarrollo de Habilidades	HUMANOS: Equipo alumnas seminariastas. Grupo juvenil de Monitoras(es). Grupo de mujeres Monitoras. MATERIALES: Material fungible: pliegos de cartulina, hojas de papel, plumones, pegamento. FINANCIEROS: Aportados por la institución patrocinante. INSTITUCIONALES Sedes sociales de los grupos de jóvenes y mujeres. Institución patrocinante.	2 Talleres de 2 horas app. De duración cada uno.	100% de Monitores juveniles (13). 73% de mujeres Monitoras (8).	100% de logro, ya que en ambos grupos se logra constituir un Comité Organizador destinado al apoyo específico en distintas tareas a realizar durante la implementación de la Feria. En este sentido cabe hacer presente que si bien se logró lo programado en cuanto a la conformación de los Comités organizadores, en la práctica sólo funcionó adecuadamente el compuesto por el grupo de mujeres, quienes cumplieron los compromisos establecidos para el evento. En cuanto al grupo de jóvenes, éste no cumplió con los compromisos horarios ni de responsabilidades con la actividad, salvo la participación activa de un grupo minoritario.
Semana del 23 al 29 de Octubre de 2000.				El Taller realizado con el grupo de mujeres, destacó por una parte, la organización de éstas en comités relacionados con el rol específico como Monitoras en Autocuidado de la salud reproductiva, por tanto, algunas debían encargarse de preparar paquetes que contuvieran la totalidad de los folletos y material educativo con que se contaría, otras encargadas de entregar estos folletos y la totalidad del grupo participante abocada a atender consultas de las(os) asistentes a la Feria y derivar a las(os) profesionales en caso de no contar con la información específica.					
Semana del 30 de Octubre al 03 de Noviembre de 2000.				Por otra parte, el grupo de mujeres destinó el horario del taller a la preparación de un panel con relatos y fotografías de su experiencia en los Talleres de Formación de Monitoras. Además, prepararon en un panel el tema del Autocuidado en salud, formado por frases acerca de sus propias definiciones sobre el concepto, en función de lo aprendido en los Talleres.					

	<p>- Coordinar a los distintos sectores institucionales ligados al tema de la salud reproductiva, en función de asegurar su participación en el evento.</p>	<p>- Reuniones, llamadas telefónicas u otras actividades destinadas a la coordinación de las instituciones para su participación en el evento.</p>	<p>Se llevaron a cabo una serie de reuniones y comunicaciones telefónicas con las instituciones y profesionales de la salud, con el fin de formalizar el compromiso de participación de éstas en la Feria. Es así como se estableció coordinación con las siguientes instituciones: Consultorio del Adolescente; Foro Abierto de la Salud de la Mujer (Casa de la Mujer); Corporación Chilena de Prevención del SIDA (C.CH.P.S.); Consultorio Plaza Justicia; Programa (regional) de la Mujer (S.S.V.S.A.); Escuela de Obstetricia de la Universidad de Valparaíso y Casa de Acogida como institución patrocinante del evento.</p> <p>En este sentido, cabe hacer notar las instituciones que comprometieron formalmente su participación en la Feria: Consultorio del Adolescente; Foro Abierto de Salud de la Mujer, C.CH.P.S.; Programa de la Mujer no confirmó asistencia, pero facilitó gran cantidad de material educativo y estableció coordinación con la Universidad de Valparaíso para la participación de ésta, y Casa de Acogida.</p>	<p>Exposición de Habilidades Comunicac. Clarificación de tareas y compromisos.</p>	<p>HUMANOS: Equipo de alumnas seminaristas. Profesionales institucionales coordinadas y comprometidas. INSTITUCIONALES Telefono perteneciente a la institución patrocinante.</p>	<p>Entrevistas de 1/2 hr. App. de duración. Llamadas telefónicas de duración no definida.</p>	<p>100% de instituciones y profesionales coordinada(os) lo que corresponde a un total de 6 instituciones del área de la Salud Reproductiva.</p>	<p>100% de instituciones del área de la Salud Reproductiva (6) contactadas y coordinadas en pro de la realización del evento, lo que materializa el logro de la unidad. Ahora bien, en relación a las instituciones que se comprometieron formalmente a asistir a la feria, se logra un 67%, vale decir, 4 instituciones que aseguran su participación.</p>
<p>- Estimular la participación de organizaciones comunitarias del sector, logrando la implementación de actividades durante el evento.</p>	<p>- Talleres de Prevención de conductas sexuales de riesgo, alumnas(os) 7° y 8° Básicos, Colegio CECAL. Reuniones de coordinación con organizaciones del sector.</p>	<p>Se realiza una Taller con cada grupo, en los cuales se logró la organización de éstos en comités, se delegaron responsabilidades para la realización del evento y se confeccionó material educativo y una reseña fotográfica de la participación de los grupos en los Talleres.</p> <p>Se realizaron en el período de tiempo indicado, llamadas telefónicas y reuniones para formalizar el compromiso de participación de la totalidad de instituciones y organizaciones participantes en la implementación del Proyecto 1, de instituciones y organizaciones contactadas de manera más reciente.</p> <p>Se realizaron dos Talleres Educativos para alumnas(os) de 7° y 8° Básico del Colegio CECAL de Valparaíso. Estos talleres se refirieron a temáticas de Prevención en conductas sexuales de riesgo, vale decir, un primer Taller trató el tema de la Sexualidad, roles y mitos, por medio del apoyo del video educativo "La paloma azul", luego de lo cual se organizaron grupos de discusión y reflexión en</p>	<p>Presentación grupal de Expositivas Clarificación de Visuals Gráficas Desarrollo de Habilidades Discusión grupal Análisis grupal</p>	<p>HUMANOS: Equipo de alumnas seminaristas Jovenes 7° y 8° Básico Colegio CECAL. Profesoras Jefe Monitores ACOJE y grupo de niñas(os) Dirigente Vecinal Sr. Luis Recabarren. MATERIALES: Material fungible: papelografos, tarjetas, hojas de papel, plumones, lápices. Material educativo de apoyo: videos educativos. Condones. FINANCIEROS: Aporte económico de institución patrocinante</p>	<p>30 jóvenes de ambos sexos participantes en cada Taller.</p>	<p>En este sentido, se logró Medianamente el objetivo programado, ya que si bien existió la estimulación y coordinaciones pertinentes, el 50% de las organizaciones comunitarias y personas comprometidas no participaron de manera real en la Feria. Es así como se destaca la participación del grupo de niños del Taller ACOJE, y la participación del Dirigente Vecinal Sr. Luis Recabarren.</p>		

<p>Ario Iglesia Matriz, Unidad</p>	<p>-</p>	<p>Desarrollar las actividades contenidas en el Modelo de</p>	<p>- Bloque Infantil: Mural colectivo</p>	<p>La actividad contenida en el bloque infantil contó con la participación de alrededor de 20 niñas(os) del Taller ACOJE, confeccionando un Mural Colectivo sobre "el autocuidado de la</p>	<p>Expositivas Visuales Gráficas Desarrollo de</p>	<p>HUMANOS: Equipo de seminaristas Jóvenes de</p>	<p>6 horas de duración del evento.</p>	<p>Alrededor de 70 personas visitaron la Feria y</p>	<p>100% de logro, ya que se realizaron todas las actividades contempladas en la programación de la feria Comunitaria de Salud Reproductiva.</p>
<p>torno a la temática. Así también, se utilizaron en el trabajo grupal cartillas que contenían mitos en torno a la sexualidad, los que después de la reflexión grupal, eran debatidos por la totalidad de alumnas(os).</p> <p>Un segundo taller trató la temática sobre vías de contagio y mecanismos de prevención del VIH/SIDA, contando para ello con el apoyo de dos videos educativos, "Información sobre el VIH/SIDA" del MINSAL y "Siempre sale el sol", video especialmente elaborado para población juvenil. Además, se desarrollaron habilidades prácticas relativas a la correcta utilización del condón. Y como finalización, se realizó una actividad de evaluación de los Talleres, donde las(os) alumnas(os) relataron los contenidos aprendidos. Cabe hacer notar que el taller tuvo una gran acogida de parte de las(os) alumnas(os), como también de parte de la dirección y profesores del establecimiento.</p> <p>Se coordinó junto con el profesor de Artes Plásticas, el desarrollo de una clase de esta área para que las(os) jóvenes participantes del taller, confeccionaran una muestra artística para presentar en la Feria.</p> <p>En otra instancia, se establecieron coordinaciones con el taller infante - juvenil ACOJE, desarrollado por la Comunidad Juvenil "La Matriz", acordándose compromisos de participación de las(os) niñas(os) en la actividad del Bloque Infantil de la Feria.</p> <p>Por otra parte, se realizó una entrevista con el Distinguido Vecinal Sr. Luis Recabarren, a través de la cual se logró el compromiso de participación de éste en la fase de difusión del evento, por medio de un equipo de altavoz de propiedad de éste, y con el cual se informaría e invitaría a la población a participar de la Feria. Se coordinó la participación del grupo de mujeres pertenecientes al Taller de Autoestima del Club de Amigos de la Calle García Reyes, con el fin de que presentaran un panel con las actividades y experiencias vividas por las mujeres durante el Taller.</p>									
<p>para la realización de los Talleres.</p> <p>INSTITUCIONALES Sala de clases. Horario disponible dentro de la Jornada escolar. Material técnico de apoyo: televisor, video. Equipo altavoz.</p>									

<p>Vecinal 134 Puerto Valparaíso. Sabado 04 de Noviembre de 2000.</p>	<p>Promoción, de acuerdo a los criterios programados.</p>	<p>Mesas Informativas de instituciones participantes. Resolución de consultas al público por parte de profesionales y monitores de las instituciones. Entrega de material educativo. Actividades de sensibilización de la población. Bloque Juvenil. Representación teatral.</p>	<p>salud" pintando sobre una manga plástica con pinceles o con las manos, y luego, se repartieron dulces entre las(os) participantes. Las Mesas Informativas funcionaron durante toda la Feria, contaban con paneles informativos de la institución, como de la temática específica que trataba y material educativo y folletería respectiva que se entregaría al público asistente a la feria. En las Mesas Informativas las(os) profesionales de la salud y Monitores especializados, respondían consultas y preguntas del público asistente; este servicio resultó de gran interés para el público. En cuanto a la entrega de material educativo, jugaron un rol protagónico los grupos de Monitores(es) en Autoconciado de la Salud Reproductiva, especialmente el grupo de mujeres, ya que se organizaron para entregar y abarcar gran cantidad de personas que asistieron a la Feria, como aquellas que solo pasaban por el sector. Además atendieron consultas, derivan a la atención de profesionales del tema, si no contaban con los conocimientos suficientes. En relación a las actividades de sensibilización de la población, estas estuvieron a cargo en el transcurso del evento por parte del equipo seminarista y del grupo juvenil, invitando a través de un equipo de amplificación a participar a la población del evento, al mismo tiempo que se entregaban informaciones referidas a las temáticas e instituciones participantes. Por último, en relación a la representación teatral, ésta estuvo a cargo del grupo juvenil de Monitores(es), los cuales realizaron en el atrio de la iglesia una obra sobre prevención del SIDA (Vías de contagio y prácticas que no implican riesgo de contagio). Esta actividad tuvo una acogida positiva entre las(os) asistentes a la feria, por ser una representación novedosa realizada a través de mimos.</p>	<p>Habilidades Lúdicas Recreativas Animación Clarificación.</p>	<p>Monitoras(es) Grupo de mujeres y de Monitores Profesionales y Monitores institucionales participantes MATERIALES: Paneles, material fungible, comestible para colaciones, equipo de amplificación, mesas, sillas, toldo FINANCIEROS: Casa de Acogida, Institución patrocinante realizó los aportes económicos necesarios para la implementación de la feria. INSTITUCIONALES C.C.H.P.S Escuela de Obstetricia, Universidad de Valparaíso. Casa de Acogida Comunidad Juvenil "La Matriz". Consultorio Plaza Justicia (paneles).</p>	<p>Inicio: 12:00 hrs. Término: 18:00 hrs.</p>	<p>recibieron material educativo y folletería.</p>	<p>100% de asistencia de grupo de jóvenes (13).</p>	<p>de logro de objetivos programados para esta actividad, ya que se realizó la evaluación conjunta entre el equipo seminarista y los grupos</p>
<p>Sedes sociales de los grupos de jóvenes</p>	<p>Desarrollar una evaluación participativa del proceso.</p>	<p>Talleres grupales de Autoevaluación</p>	<p>Taller de Autoevaluación grupal, realizado en los grupos de Monitoras(es) participantes del proyecto 2, (mujeres y jóvenes), teniendo como criterios de análisis: Coordinación y</p>	<p>Análisis de discusión grupal Síntesis Expositivas</p>	<p>HUMANOS: Equipo seminaristas Grupos de jóvenes y</p>	<p>App. 2 hrs. de duración.</p>	<p>100% de asistencia de grupo de jóvenes (13).</p>	<p>de logro de objetivos programados para esta actividad, ya que se realizó la evaluación conjunta entre el equipo seminarista y los grupos</p>	

<p>y mujeres. Miércoles de 15 Noviembre de 2000.</p>		<p>función de promover una articulación de las instituciones y población participante para dar continuidad al proyecto piloto.</p>		<p>participación de instituciones; participación de Monitoras(es); Metodología; respuesta de la comunidad y recursos. En base al desarrollo de estos criterios de evaluación desarrollado por ambos grupos, se obtiene un informe de autoevaluación que complementará la elaboración del proyecto piloto.</p>	<p>Gráficas</p>	<p>mujeres monitoras(es). MATERIALES: Papelógrafos; plumones. FINANCIEROS: Aporte económico de la institución patrocinante. INSTITUCIONALES Casa de Acogida. Sedes sociales de los grupos juveniles y de mujeres.</p>	<p>58% de asistencia grupo de mujeres (7).</p>	<p>participantes del proyecto 2. Se realizó también la evaluación conjunta entre equipo seminarista y Asesora Programa de la Mujer, S.S.V.S.A.</p>
<p>Mes de Diciembre de 2000.</p>	<p>- Elaborar un proyecto piloto a partir del modelo de articulación intersectorial implementado.</p>	<p>- Confección de proyecto piloto.</p>	<p>El equipo seminarista, a partir de la implementación del Proyecto 2, elabora un Proyecto Piloto que contempla un Modelo de Promoción Comunitaria de Salud Reproductiva, el cual contiene todas las fases necesarias para su ejecución en otras poblaciones en riesgo social que presenten similares características que la población objetivo del presente Seminario de Título.</p>	<p>Gráficas Expositivas</p>	<p>El Proyecto Piloto del Modelo de Promoción desarrollado contempla el ideal de recursos tanto humanos, materiales, financieros e institucionales necesarios para llevar a cabo adecuadamente la propuesta.</p>	<p>App. 2 hrs. de duración.</p>	<p>100% de logro de objetivos programados para esta actividad, el Proyecto Piloto que contempla el Modelo de Promoción Comunitaria en Salud Reproductiva es entregado como producto final a la institución patrocinante y al S.S.V.S.A., a través de la Asesora del Programa de la Mujer a nivel regional, Sra. María Cecilia Carrasco Lira.</p>	

PROYECTO PILOTO: MODELO DE PROMOCIÓN DE SALUD

REPRODUCTIVA DE LA MUJER

I. FUNDAMENTACIÓN

El enfoque de Riesgo en el área de la salud permite medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos y establecer prioridades para la implementación de acciones de salud, focalizándolas en aquellas comunidades, familias e individuos más vulnerables, esta situación posibilita la adopción de medidas preventivas en función de reducir la prevalencia enfermedades en la población. En este sentido, las acciones de Promoción en Salud dirigidas hacia esta población adquieren una importancia mayor, puesto que entrega herramientas a la población en función de posibilitar el mejoramiento de su salud y ejercer un mayor control de los factores de riesgo que pueden afectarla, acercándola de esta forma al concepto de “*autocuidado en salud*”.

Ahora bien, en el marco de la realización del Seminario de Título de Servicio Social, se llevó a cabo un proceso de diagnóstico en el tema de Salud Reproductiva, el cual consideró una muestra de 129 mujeres en edad reproductiva, residentes en la Unidad Vecinal 134- Puerto (Sector considerado de Alto Riesgo Social en Salud).

Ahora bien, de acuerdo a los resultados derivados del análisis e interpretación de la información recopilada, es posible mencionar algunos aspectos importantes al momento de tratar el tema de la promoción en salud. Uno de ellos se relaciona con la calidad y las fuentes de información que maneja la población femenina. De esta forma se confirma que aún existiendo entre la población instancias de recepción de información sobre salud reproductiva desde fuentes idóneas -entre las que se encuentra el Centro de Salud- esta

población maneja un nivel de conocimientos deficitario sobre temas de prevención, como es el caso de VIH/SIDA, ETS, utilización de métodos anticonceptivos.

De la misma forma surge un aspecto importante en la reflexión sobre las estrategias de educación implementadas especialmente por el nivel de salud primario, por cuanto a pesar de existir una adecuada cobertura del examen PAP en la población anteriormente citada, ésta no relaciona el citado examen con la prevención del Cáncer Cérvicouterino. Lo anterior lleva a reflexionar sobre la eficacia de las estrategias educativas implementadas (no sólo por el sector salud) hacia una población que presenta características socioeconómica, educacionales, psicosociales especiales y por lo tanto requiere de la implementación de estrategias de promoción y educación en salud especiales.

De esta forma, el hecho de realizar actividades de promoción en espacios comunitarios, permite entregar un tipo de información más eficaz que la entregada durante las sesiones educativas implementadas por los servicios, por cuanto, se produce un tipo de interacción más directa entre la/s prestadores de servicios y la población beneficiaria, lo que influye directamente en el cambio de actitud de la población, desde una actitud pasiva que no se atreve a solicitar información cuando la necesita, hasta una actitud de tipo más activa, que demanda la información en forma permanente. Esta situación se pone en evidencia durante el desarrollo de experiencias educativas realizadas fuera de los centros de salud, en los espacios comunitarios, es así como en opinión de la población participante de experiencias educativas con estas características, al interactuar con profesionales fuera del contexto de salud (edificios) los visualizan de forma distinta, “ya no se miran hacia arriba”, y por tanto “se pierde el miedo de preguntar”.

Por otra parte, de acuerdo a la experiencia realizada por el equipo seminarista ejecutor, estas instancias son altamente favorables para propiciar la creación de comunidades con capacidad de interlocución en el sector salud, uno de los objetivos básicos de las Estrategias de Participación Social en Salud.

Ahora bien, por otro lado los lineamientos centrales de diseño de políticas de salud, actualmente definen como requisito básico sobre los que se fundamentan las acciones de Promoción en Salud: la *Intersectorialidad* y la *Participación Comunitaria*, en este sentido el presente Proyecto da cumplimiento cabal a estas orientaciones, al articular, desde la diversidad de actores y sectores, acciones de promoción que permitan enriquecer el análisis y la práctica, incorporando otras visiones presentes y necesarias de desarrollar desde el ámbito de la salud reproductiva de la población femenina, como el enfoque de género, los Derechos Sexuales y Reproductivos, evaluación de la calidad de la atención en los servicios públicos en función de incorporar las necesidades de la población usuaria, etc.

II. METODOLOGÍA

En la implementación del Proyecto se deberá hacer uso de una línea metodológica adecuada a los supuestos que subyacen en las acciones de promoción comunitaria; por lo tanto se deberá prestar especial atención a fortalecer permanentemente la participación activa de la población y diferentes actores participantes. De esta forma se propone trabajar en función de una línea metodológica denominada *Formación en la Acción*¹, la cual supone como punto esencial, que lo más importante de la formación sucede cuando la persona experimenta lo aprendido en su medio habitual, en este caso, su contexto local. El proceso de formación consta de las siguientes etapas:

- *Talleres Socioeducativos*, donde los grupos de mujeres conocerán herramientas de tipo conceptuales y prácticas relativas a las temáticas de salud reproductiva, apoyadas por las instituciones públicas y privadas relacionadas con el tema salud de la mujer (Redes Sociales de Apoyo).

¹ Modulo para la capacitación de agentes multiplicadores. Comisión Nacional del Sida . MINSAL.Santiago, Chile. 1995.

- *Experiencia Local*, donde las mujeres participantes de los talleres experimentarán lo aprendido en su propio medio o contexto local (participación en la Feria Comunitaria), convirtiéndose este paso en el crucial del proceso de formación.
- *Evaluación Colectiva*, los resultados tanto del aprendizaje de los talleres como de la experiencia local se analizan en forma colectiva, proyectando además acciones futuras de autogestión y de interlocución con las Redes Sociales de Apoyo.

Asimismo y de acuerdo a las características de cada proyecto, se hará uso de metodologías que propicien la entrega de conocimientos desde un Enfoque Humanístico, tales como el Aprendizaje Vivencial y Educación entre Pares.

III. EQUIPO DE TRABAJO

Para la implementación del Proyecto, es importante hacer hincapié en la necesidad de promover la conformación de un equipo de trabajo que abarque una multiplicidad de sectores relacionados con el tema de la Salud Reproductiva, en función de contar con una diversidad de aportes y por ende una visión más amplia de la realidad. En este sentido, es conveniente convocar al mayor número de personas, grupos y organizaciones de la comunidad, autoridades, empresarios, así como también instituciones públicas y privadas que planteen iniciativas que contribuyan a la Promoción de la Salud o se encuentren interesadas en desarrollar acciones de promoción, de la misma forma, es importante que conformen este equipo representantes de diversas disciplinas y estamentos del sector salud (paramédicos, enfermeras, nutricionistas, médicos, trabajadores/as sociales, etc.), en función de contar con una visión integrada respecto a los procesos de salud.

En función de lo anterior, es posible definir un equipo básico, el cual deberá estar conformado por representantes de:

- ✓ **Comunidad:** a través de Monitora/es o Promotora/es de salud comunitario, representantes de organizaciones comunitarias.
- ✓ **Organizaciones Privadas:** por intermedio de la participación de O.N.Gs que desarrollen acciones en el área de la salud, así también como instituciones privadas sin fines de lucro.
- ✓ **Area Salud:** a través de un equipo multidisciplinario del Nivel Primario, conformado por profesionales y técnicos interesados en desarrollar acciones de promoción. En la conformación de este equipo multidisciplinario, dadas las características del Programa, es necesario establecer como requisito básico la presencia un grupo profesional integrado por: Obstetra, Trabajador/a Social, Enfermera/o.

Este grupo de actores sociales conformaría un equipo intersectorial de trabajo, ahora bien, en función de garantizar el perfil participativo del trabajo, durante la implementación del Proyecto se debe considerar que las actividades emanadas de este sean desarrolladas con la intervención de miembros de los distintos sectores y actores, quienes deberán asumir diversas funciones y responsabilidades de acuerdo a las necesidades, las características del proceso y/o las competencias de cada uno, teniendo en consideración que la realización de estas actividades debe facilitar el proceso de coordinación, como asimismo lograr un proceso de consolidación paulatina entre los integrantes del equipo.

En concordancia con lo anterior, las funciones de gestión o conducción del equipo, deben implementarse considerando los criterios de flexibilidad y oportunidad de rotatoria en los cargos, para evitar la presencia de conflictos relacionados con el ejercicio del poder. Asimismo es necesario establecer la posibilidad de contar con capacitación permanente de cada miembro del equipo, ya sea de parte de los mismos miembros o de instituciones externas.

Ahora bien en función de lo anterior, es necesario establecer un perfil de los diferentes actores que componen el equipo de trabajo, a saber:

PERFIL EQUIPO DE TRABAJO

Trabajador/a Social: Profesional con experiencia en trabajo comunitario en el área de la salud. Además deberá contar con conocimientos en la implementación de acciones de promoción a nivel grupal y/o comunitario.

Este profesional tendrá a su cargo las funciones de *coordinación permanente*, tanto hacia la comunidad, como con las diferentes instituciones privadas y públicas que componen el Equipo Intersectorial, en consonancia con esta función le corresponderá convocar a reuniones técnicas de carácter permanente con el Equipo de trabajo y canalizar la información entre las distintas instancias según lo requieran las circunstancias.

De la misma forma, le corresponderá realizar acciones tendientes a lograr una *movilización de recursos*, tanto desde el sector público (fondos concursables), como desde el sector privado (aportes de agencias, empresarios, etc).

Además de esto, y en concordancia con las herramientas que le entrega su formación profesional, le corresponderá desarrollar acciones de *investigación*, mediante la implementación de autodiagnósticos comunitarios en forma permanente, con el objeto de focalizar las acciones de promoción en los grupos más necesitados, detectar intereses y/o determinar la situación y necesidades de la comunidad.

La utilización de esta herramienta permitirá al equipo de trabajo mejorar el nivel de conocimientos que maneja sobre la comunidad, a fin de considerar en la etapa de *programación* la realización de actividades que realmente respondan a los intereses y necesidades de la población. Asimismo, es de utilidad para identificar los diferentes recursos y herramientas con los que cuenta la comunidad, en función de *potenciar las capacidades de autogestión*.

Obstetra: En concordancia con la temática articuladora de las acciones de promoción, le corresponderá a esta/e profesional hacer uso de las herramientas propias de su quehacer profesional, ya sea en las acciones de *capacitación* hacia la población, como también la entrega de algunas técnicas específicas que sean de utilidad para el desarrollo de las

funciones del equipo de trabajo, en función de propiciar una *retroalimentación* constante en el tema de la Salud Reproductiva.

De la misma forma, le corresponderá hacer uso del arsenal teórico- práctico que le entrega su disciplina, en función de aportar con conocimientos específicos a la *elaboración y análisis* de los autodiagnósticos comunitarios sobre el tema de Salud Reproductiva.

En este aspecto una función importante a realizar por parte del/a profesional obstetra, dice relación con la *elaboración de material educativo* sobre el tema y la *mantención de una fuente de documentación* actualizada que permita al equipo integrar conocimientos y experiencias nuevas en el campo de la Salud Reproductiva.

Así también deberá tener una activa participación en la *elaboración de programas* en conjunto con los demás integrantes del equipo y la sistematización permanente de las actividades realizadas, en función de programar nuevas acciones de promoción.

Por otra parte, la función de *coordinación* con el resto del equipo, sería compartida entre este profesional y el/la Trabajador/a Social.

Monitora/es de la comunidad: A este componente del equipo, le corresponde desarrollar una de las funciones esenciales en el trabajo de promoción, es decir, *replicar hacia la comunidad los conocimientos adquiridos* mediante los procesos de capacitación, es decir dar continuidad a las acciones de capacitación comenzadas por el personal del área de la salud, mediante la implementación de la metodología de educación entre pares. En este sentido, le corresponde participar en la *elaboración de material educativo*, contando con el apoyo de la profesional obstetra, este aspecto cobra especial importancia por cuanto permite dotar el material de un diseño, estructura y lenguaje común y accequible a la población, al mismo tiempo que responda a las necesidades de conocimiento presentes en la comunidad.

Así también le corresponde a las/os Monitoras implementar *actividades de difusión* sobre el tema hacia la comunidad en la cual se insertan, en función de sensibilizar respecto a la importancia de éste.

Otro aspecto importante relacionado con sus funciones, dice relación con la participación activa de este componente en *las etapas de sistematización* de las acciones desarrolladas como asimismo en la etapa de *planificación* de actividades.

Finalmente, es necesario destacar que en esta perspectiva, la/el Monitor/a se transforma en una persona imprescindible, puesto que no sólo cumple con los objetivos y actividades del Proyecto, sino que está formando parte de un proyecto en continua construcción de capacidades, habilidades y conocimientos, como miembro de una comunidad activa en el desarrollo de sus capacidades.

Representantes de la Comunidad: Una de las principales funciones que corresponde desarrollar a los representantes de la comunidad organizada, dice relación con el *mantenimiento de un flujo de interacciones* directas entre la comunidad y el equipo de trabajo, estableciendo asimismo nuevos vínculos con grupos, instituciones, etc, a fin de mantener una inserción activa del equipo en la comunidad.

De esta forma, estos actores deberán trabajar en colaboración permanente con la/el Trabajador/a Social, convirtiéndose en *facilitador* en las acciones de autodiagnóstico, identificación de necesidades e intereses de la comunidad por parte del equipo.

Otra de las funciones que corresponde desarrollar a este actor, dice relación con la *movilización de recursos, tanto de tipo comunitarios, como provenientes de otras ramas del sector público (fondos concursables, Municipio, etc)* en pos de las acciones de promoción.

Animador/a Sociocultural: La participación de este/a actor es importante especialmente en la realización de las actividades de promoción comunitaria, por cuanto en este contexto desarrollaría una función de promoción de la participación comunitaria, mediante el *desarrollo de actividades que resulten motivadoras, movilizadoras* y que convoquen a la mayor cantidad de grupos y organizaciones de la comunidad, tales como actividades de tipo recreativas, lúdicas, etc.

Sector Privado: En este nivel corresponde a las Instituciones que desarrollan acciones en Salud Reproductiva, tales como O.N.Gs (Corporación Chilena de Prevención del SIDA, Foro Abierto de Salud de la Mujer –Casa de la Mujer, Valparaíso, etc.) participar activamente en el proceso de *capacitación* de Monitora/es, así como también en la *implementación* de las acciones de Prevención Comunitaria, por cuanto se considera de vital importancia el aporte que estas instituciones pueden realizar al tratamiento del tema, especialmente por la experiencia desarrollada por éstas, en el plano teórico y práctico, relacionada con el tratamiento de estos temas desde un enfoque de género, que considere los derechos sexuales y reproductivos inherentes al concepto de Salud Reproductiva.

IV. POBLACIÓN BENEFICIARIA

El *Modelo de Promoción* propuesto está diseñado para ser implementado en poblaciones en situación de Riesgo Social en Salud. En este sentido, los Centros de Salud o Consultorios del Nivel Primario de Atención en Salud cuentan con los instrumentos e información adecuada para definir las comunidades que presentan estas características, siendo por tanto, responsabilidad de estos Centros la definición de la población beneficiaria (sector, localidad, Unidad Vecinal, etc).

Si bien las acciones y esfuerzos serán dirigidos a las *Mujeres en Edad Reproductiva* de los sectores definidos para la puesta en marcha del Modelo, siendo éstas la población objetivo del proyecto; se contempla también la apertura a la población en general, en especial a la población masculina, con el fin de potenciar la *Responsabilidad Compartida* que le cabe a la pareja en los distintos ámbitos de la Salud Reproductiva.

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: *“Implementar un proceso de Promoción en Salud Reproductiva, articulando recursos desde diferentes sectores y actores pertenecientes a la Comunidad, sector Público de Salud y Sectores privados, en función de elevar la calidad de la Salud Reproductiva de la población en situación de Riesgo Social en Salud.”*

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Primera fase del Programa

1. Convocar a los distintos actores y sectores presentes en la comunidad, sector salud, sector público, privado y autoridades en función de integrar un equipo de trabajo orientado a la realización de acciones de Promoción de la Salud Reproductiva.
2. Conformar el equipo de trabajo intersectorial, estableciendo funciones y responsabilidades y desarrollando un diagnóstico preliminar de la comunidad foco de intervención, que considere la elaboración de un perfil epidemiológico de Salud Reproductiva.
3. Establecer contacto con la comunidad foco de la intervención, por intermedio de la población usuaria del servicio de salud, en función de presentar los resultados obtenidos por el diagnóstico preliminar.
4. Convocar a la comunidad foco de intervención, en función de establecer acuerdos y realizar la elaboración de un autodiagnóstico comunitario.
5. Realizar en conjunto con la comunidad y el equipo de trabajo, una programación escrita en función de dar soluciones a los problemas diagnosticados en el ámbito de la Salud Reproductiva.
6. Implementar un Programa de capacitación de Monitora/es que cuente con aporte intersectorial y obedezca a las necesidades detectadas.

Segunda Fase del Programa

1. Implementar en forma conjunta con los diferentes actores sociales ya convocados y comprometidos durante la primera fase, un plan de acción para la realización del/los Eventos de Promoción Comunitaria en Salud Reproductiva.
2. Determinar funciones y responsabilidades para cada participante, en función de ejecutar las actividades contenidas en el plan de acción.
3. Implementar el/los Eventos Comunitarios de acuerdo a las actividades definidas en el plan de acción.
4. Efectuar una evaluación participativa entre los actores involucrados en el proceso, en función de incorporar nuevos aprendizajes a la experiencia realizada.

VI. PROGRAMACIÓN

1. INSERCIÓN:

Corresponden a actividades de *Conocimiento* y *Convocatoria* que permiten la inserción del Equipo Intersectorial en la comunidad.

- a) Conocimiento:** Antes de establecer una relación de trabajo con la comunidad, se precisa conocer diversos aspectos de ella, que dicen relación con la identificación de personas y grupos, y su sentido de pertenencia a la comunidad con la cual comparten el espacio en que viven, problemas, necesidades, intereses y aspiraciones. En este sentido, se destacan las acciones que se deben realizar para el cumplimiento de esta etapa:

- ⇒ El *Primer Contacto del Equipo Intersectorial* en el sector o comunidad, se realiza con las mujeres que asisten al Consultorio o Centro de Salud respectivo,

con la finalidad de invitarlas a participar del Programa (Formación de Monitoras/es y Evento de Promoción Comunitaria).

- Es necesaria una identificación de los distintos *subsistemas* que conforman el Ecosistema de la población: Redes de Apoyo Organizacional (grupos, organizaciones, instituciones a nivel vecinal); Instituciones públicas, privadas y solidarias de los subsistemas educacional, salud, laboral, entre otros; Autoridades políticas y públicas a nivel local; Grupos organizados y no organizados de mujeres, etc. Para tales efectos, se puede recurrir a catastros y documentación existentes, como también al aporte de informantes claves de la comunidad.
- Un *Segundo Contacto del Equipo Intersectorial* en el sector o comunidad, se debe realizar con los diversos componentes de los subsistemas existentes en la comunidad, con la finalidad de invitarlos/as a participar del Programa.
- *Recopilación de información* referente a características de la población y comunidad, necesidades y problemas relacionados con la Salud Reproductiva de la Mujer, y grado de desarrollo e identidad como población, con el fin de que el Equipo Intersectorial elabore una Caracterización Preliminar de la Población, la que será contrastada y complementada en la etapa de Diagnóstico.

2. Convocatoria: La etapa de convocatoria o reunión de la población no sólo debe partir desde la institución y Equipo Intersectorial hacia la comunidad, sino que también puede responder al llamado generado desde los mismos grupos y organizaciones comunitarias, así como también de ONGs e instituciones diversas que planteen iniciativas de Promoción de la Salud Reproductiva de la Mujer, situación que favorece el proceso de acercamiento de los distintos actores sociales y genera compromisos de trabajo en conjunto.

- **Estrategia de Convocatoria:** Antes de comenzar el proceso de convocatoria de la comunidad, el Equipo Intersectorial debe tener una propuesta concreta en

función del Programa diseñado, buscando de esta forma realizar una invitación atractiva basada en temáticas de interés común de la población, en el ámbito de la Salud Reproductiva. La estrategia de convocatoria que implementará el Equipo Intersectorial, se abocará a asegurar la participación y compromiso tanto de las mujeres, grupos de mujeres, instituciones públicas, privadas y solidarias y organizaciones diversas, en los procesos de Diagnóstico Participativo, Programación Conjunta, Ejecución y Evaluación Participativa, que contemplan las dos Fases del Programa. Por tanto, la estrategia debe considerar las diversas técnicas de difusión comunitaria, entre ellas: Visitas domiciliarias; Reuniones y Entrevistas con organizaciones sociales o vecinales, instituciones públicas, privadas y solidarias; reuniones con grupos organizados y no organizados de mujeres; perifoneo y/o programas radiales dirigidos a la comunidad; carteles ubicados en lugares concurridos y a través de líderes comunitarios.

2. DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO O AUTODIAGNÓSTICO:

Una vez convocada la población y los distintos actores sociales en función de la puesta en marcha del Programa, y logrado por ende el acuerdo de trabajo en conjunto, se está en condiciones de comenzar el proceso de realización del *Diagnóstico Participativo o Autodiagnóstico*, a través del cual se conocerá la situación real en relación a la Salud Reproductiva de las mujeres a nivel local. Es participativo ya que se plantea como un proceso organizado y compartido por la población afectada y el Equipo Intersectorial, contando además con la integralidad que aporta el trabajar con distintas instituciones y organizaciones públicas, privadas y solidarias. La información generada a través de este proceso será complementada por las estadísticas epidemiológicas que las distintas instituciones del área de la salud posean. En este sentido, se definen una serie de *Tareas* orientadas a la construcción participativa del diagnóstico:

- ⇒ **Identificación de los Problemas de Salud Reproductiva de la Mujer a nivel local:** Realización de un listado que contenga todos los problemas relativos a la Salud Reproductiva de la Mujer identificados por las mismas mujeres, grupos de mujeres, organizaciones e instituciones participantes. Por otra parte, las/os técnicas/os, especialistas, monitoras/es y profesionales participantes aportarán el diagnóstico epidemiológico, que permitirá tener una visión más integral de los problemas identificados, logrando su complementación a través de consensos.
- ⇒ **Jerarquización de las necesidades en el ámbito de la Salud Reproductiva de la Mujer:** Establecer en conjunto un ordenamiento de los problemas identificados según prioridad para lograr su solución, en base a criterios construidos en conjunto por el Equipo Intersectorial y las/os participantes del proceso, como por ejemplo: gravedad del problema; riesgo que representa para la población; cantidad de población que afecta, etc.
- ⇒ **Análisis de las necesidades y problemas:** Se profundiza en el análisis de cada problema identificado y jerarquizado, a través del establecimiento de las causas, cómo afecta cada problema a la población, consecuencias, etc. Una forma de guiar el análisis en este sentido, es a través de la formulación de diversas preguntas significativas.
- ⇒ **Recuento de los recursos disponibles:** Identificación por parte de las/os participantes del proceso, de los *Recursos con que cuenta la propia comunidad*, los grupos de mujeres, organizaciones e instituciones de la comunidad, etc. Se deben incluir los recursos provenientes de autoridades, empresas, servicios, privados, públicos y solidarios que se puedan conseguir para la implementación del Programa. Así también, se debe incluir el *Recursos Humano*, ya sea del Equipo Intersectorial, de profesionales, técnicas/os, monitoras/es y especialistas que participarán (horas de trabajo). Por otra parte, debe incluirse también el *Recurso Material* necesario para la ejecución del Programa (locales, equipos de sonido, video, etc, material fungible, entre otros; como también el *Recurso Financiero* proveniente de distintas fuentes.

de financiamiento que se hayan conseguido (fondos concursables, préstamos, donaciones, cuotas, etc).

- **Propuesta de soluciones:** Establecimiento por parte de las/os participantes del proceso, de la situación a la que se pretende llegar idealmente, en relación a buscar el máximo de soluciones a los problemas de Salud Reproductiva identificados, para luego seleccionar aquellos que son posibles de alcanzar en relación al Programa propuesto y a los recursos existentes para su implementación (temáticas de Salud Reproductiva prioritarias para la realización de los Talleres y del evento Comunitario).

La información recogida del proceso se sistematiza en un documento que facilitará la labor del Equipo Intersectorial, en función de tomar decisiones técnicas para la implementación del Programa, ejemplo: contratación y/o capacitación de profesionales o monitoras/es en temáticas específicas.

3. PROGRAMACIÓN CONJUNTA:

Una vez concluido el Diagnóstico Participativo, se está en condiciones de elaborar un **Programa de Trabajo** que cuente con la participación de la comunidad, el Equipo Intersectorial, organizaciones e instituciones participantes, dirigido a la población femenina definida como población objetivo del Programa.

En este sentido, la elaboración en conjunto de un Programa escrito que contenga las acciones y actividades a realizar en ambas fases (Talleres y Evento Comunitario), en función de solucionar los problemas de Salud Reproductiva identificados, garantiza el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles, ya que permite visualizar la continuidad del proceso de planificación local, y fortalece el compromiso de las/os actoras/es que han participado y participarán de la ejecución.

Ahora bien, el Programa realizado de manera conjunta implica la coordinación y el consenso de las/os participantes para definir los pasos a seguir en la acción futura, esto es, establecer el ordenamiento de la serie de actividades (Talleres y Evento Comunitario) que se pretenden realizar para alcanzar los fines propuestos, con los recursos que se disponen y en un plazo definido. En relación a los pasos que debe seguir el Equipo Intersectorial para la formulación conjunta del Programa, estos son los siguientes:

- ⇒ **Objetivos:** Se definirán en conjunto los objetivos generales del Programa como los objetivos específicos de éste y de los distintos proyectos contemplados en cada fase, ya sea el Taller de Formación de Monitoras/es y el Evento Comunitario de Salud Reproductiva. Aunque si bien, el Modelo propuesto tiene objetivos orientadores de la acción, es necesario conocer de la población beneficiaria aquellos logros que pretende alcanzar con la implementación del programa, llegando de esta manera a un consenso que beneficie y retroalimente la presente propuesta. De esta forma, las/os participantes del proceso, elaborarán los objetivos planteándolos de manera acotada y que logren señalar concretamente lo que se pretende lograr, de manera que sean claros, alcanzables, observables y medibles.
- ⇒ **Actividades:** Las actividades se refieren a las diversas acciones y tareas que se llevarán a cabo para cumplir los objetivos propuestos en los proyectos que contiene el Programa (Talleres de Formación de Monitoras/es y Evento Comunitario), estableciendo plazos y recursos para su ejecución, teniendo en cuenta además que estas actividades serán realizadas por las/os diversas/os actoras/es sociales, instituciones públicas, privadas y solidarias y organizaciones de la comunidad.
- ⇒ Si bien es preciso establecer que el Proyecto de Formación de Monitoras/es en Autocuidado de la Salud Reproductiva está dirigido sólo a mujeres en situación de riesgo social en salud, la participación del Equipo Intersectorial y de las diversas instituciones y organizaciones es clave en su implementación, ya que permitirá realizar la capacitación con un nivel profesional de excelencia, así también es fundamental en el desarrollo del Evento Comunitario.

En cuanto a las características de las actividades, estas deberán establecerse en conjunto, debiendo incluir básicamente:

➤ **Talleres de Formación de Monitoras/es en Autocuidado de la Salud**

Reproductiva: Cada Taller temático deberá ser realizado por un/a profesional o equipo de profesionales o expertas/os en relación a la temática; cada Taller temático deberá contar como mínimo de dos sesiones para su desarrollo y profundización; la Metodología principal a utilizar será de **Aprendizaje Vivencial**; los Talleres temáticos deberán realizarse en espacios comunitarios que defina el grupo (sedes vecinales u otros).

➤ **Evento Comunitario:** Paneles expositivos con información sobre temáticas de Salud Reproductiva de instituciones y organizaciones participantes y grupos de Monitoras/es; selección de Espacio Comunitario para la realización del evento con posibilidades de alta concurrencia de público; Horario y Período de realización del evento acorde a la dinámica del sector y a la concurrencia del público; presencia de animadores/as socioculturales; evento con connotación artística cultural que incluya artistas, música y juegos.

➤ **Recursos:** Los recursos Humanos, Materiales y Financieros aportados por la comunidad, grupos, instituciones, organizaciones y autoridades, serán descritos por cada actividad contemplada en los dos proyectos: Talleres y Evento Comunitario, y una descripción general de los recursos totales que se necesitarán para la implementación del Programa, los que serán definidos en conjunto por las/os participantes y el Equipo Intersectorial, para ser presentados en el Presupuesto del Programa, el que puede ordenar por ítemes los recursos programados. En este sentido, es necesaria la distribución criteriosa de los recursos, con el fin de utilizarlos eficientemente.

➤ **Plazos:** En conjunto se deberán establecer plazos para cada actividad, en este caso plazo de ejecución de los distintos talleres definidos por las/os participantes, el equipo Intersectorial y las diversas instituciones y organizaciones participantes; y plazo en que se llevará a cabo el Evento Comunitario; así también, se deben

contemplar los plazos que se necesitarán para llevar a cabo actividades de difusión, de evaluación, entre otras. Una herramienta que permite ordenar los plazos establecidos para los proyectos y el programa en general, es la Tabla Gantt.

- ⇒ **Responsables:** En este sentido, se establecerá en conjunto la participación de cada institución, organización, profesional, técnica/o, especialista, en cada actividad específica, lo que permite la distribución de las tareas y conformación de equipos de trabajo y asignación de responsabilidades y niveles de autoridad en la ejecución de cada actividad programada, situación que permite evitar la aparición de posibles problemas en este ámbito.
- ⇒ **Evaluación:** Se debe definir en la etapa de Programación, qué aspectos se van a evaluar, no sólo al finalizar la implementación del Programa, sino que también durante el proceso, lo que permite orientar el Programa hacia el logro de los objetivos desde el inicio; así también, se debe identificar los criterios de evaluación, ya sean estos cuantitativos y/o cualitativos de interés para las/os participantes; por otra parte, se evaluará también los instrumentos y técnicas utilizadas, metodología; los momentos en los que se evaluará (antes, durante, después de finalizada la intervención) y las personas, instituciones y organizaciones participantes en el proceso evaluativo.

4. EJECUCIÓN:

Se refiere a la *puesta en marcha del Programa o implementación* de éste, etapa en la cual se realizan de forma concreta las actividades dirigidas a la consecución de los objetivos o solución de los problemas de Salud Reproductiva delimitados por la población participante.

Cuando la ejecución del Programa entraña la participación y coordinación simultánea de múltiples personas, instituciones y organizaciones, se precisa de gran responsabilidad en la Organización del programa, en los procedimientos y transparencia en el manejo de recursos, con el objetivo de prevenir la aparición de problemas que se puedan suscitar en este ámbito.

En la etapa de Ejecución del Programa, el Equipo Intersectorial es el encargado de cumplir una función de *Coordinación y Supervisión del cumplimiento de las tareas de cada equipo de trabajo y del desarrollo del proceso en su totalidad, asimismo encargado de la administración del Recurso Financiero y de cumplir una función de Monitoreo, que se refiere a las actividades destinadas a la detección de pistas sobre el desempeño, con la finalidad de corregir precozmente desviaciones del programa*. En la etapa de Ejecución se deben cumplir una serie de tareas para la adecuada implementación de éste:

- **Organización:** Para llevar a cabo las actividades de los Talleres temáticos y el Evento Comunitario se estructuran una o más formas de organización, las que en este caso se definen por el conjunto de participantes, en función de equipos de trabajo principalmente, con responsabilidades definidas al interior de cada uno de ellos.
- **Adaptación del Programa** de parte de los grupos de trabajo que se encargan de llevar a cabo las actividades del Programa, adaptándolo a los compromisos y características de las personas que lo van a implementar, para que de esta manera lo sientan como propio, pudiendo de manera más fácil llevarlo a cabo.
- **Desarrollo de las tareas o actividades programadas,** es llevar a la acción las actividades programadas por las personas o equipos de trabajo responsables de ello. Es importante establecer una comparación permanente de las actividades que se están desarrollando con aquellas programadas, para que la acción se dirija siempre hacia la consecución de los objetivos. Así también, es importante

el desarrollo permanente del trabajo en equipo, para que el grupo en su conjunto cumpla sus compromisos.

5. EVALUACIÓN PARTICIPATIVA:

Se entiende la *Evaluación Participativa* como un proceso y momento de aprendizaje compartido entre las personas, grupos, instituciones y organizaciones que participan de éste; siendo por tanto, un momento de reflexión, en el que las/os participantes recorren y repiensan la experiencia vivida durante la implementación del Programa en función del logro de los objetivos, opinión de las/os beneficiarias/os; resultados de lo ejecutado; procesos que se dieron, sus causas y consecuencias, determinando también el impacto del programa en el ecosistema en que se desarrolló, entre otros criterios definidos en conjunto por todas/os las/os actoras/es sociales participantes del proceso.

En la etapa de Programación Conjunta se definieron los aspectos que fueron considerados como criterios importantes de evaluar, así también en los momentos en que se realizaría la evaluación, ya sea ex - ante de la implementación, evaluación del proceso o formativa, realizada durante la implementación, y evaluación ex – post, realizada al finalizar la intervención. Evaluación que se realiza en base a instrumentos diseñados para facilitar el registro y la posterior evaluación de los *Indicadores* adecuados para medir la información que se quiere evaluar, en este sentido son importante los indicadores de Salud Reproductiva, ya que se medirán los cambios a mediano y largo plazo en función de los problemas de Salud Reproductiva existentes en la población femenina sujeta de intervención, y la evaluación de las capacidades instaladas en las/os Monitoras/es formados.

Las/os actoras/es sociales involucradas/os en el proceso de evaluación, pueden definir aspectos a evaluar que el mismo grupo considere de importancia o relevancia, como por

ejemplo, el trabajo en equipo desarrollado, el cumplimiento de los plazos, la metodología implementada en la realización de las actividades del Programa, etc. Toda la información antes referida, se sistematiza en un documento que permita ordenar la información concerniente a la evaluación de la experiencia y elaborar entonces un *Informe Final* que sea oportunamente distribuido a las personas que participaron del proceso como también a autoridades locales, servicios públicos y privados de la comunidad, organismos financiadores, y personas, grupos e instituciones que sean considerados por el equipo ejecutor como entes importantes de recepcionar esta información.

Evaluación

CAPÍTULO VI

EVALUACIÓN

CONSIDERACIONES EN TORNO AL PROCESO DE EVALUACIÓN

En la presente fase metodológica, la evaluación desarrollada de acuerdo a sus características, corresponde a una evaluación de tipo *Intermedia y Terminal*¹.

Se inscribe como *Evaluación Intermedia* por cuanto es realizada de una manera sistemática participativa y continua durante la implementación del programa, con el fin de detectar aquellos factores facilitadores y obstaculizadores para el logro de los objetivos propuestos, de manera de introducir - en lo posible - mecanismos que actúen como feed - back corrector de la intervención.

De la misma forma, se establece como *Evaluación Terminal*, en tanto cumple con la finalidad de establecer el grado de cumplimiento de los objetivos programados durante la intervención, como asimismo servir de referente para la implementación del Programa en otros contextos. Además tiene características de *Evaluación Participativa*, puesto que cuenta con la participación activa de los grupos involucrados en el proceso.

En función de lo anterior y dadas las características del Programa y los objetivos orientadores de éste, se utiliza el “*Modelo Evaluativo CIPP*”, el cual se complementa con elementos orientadores para la Evaluación de la Acción Comunitaria². En función de lograr una lectura aclaratoria, se presentará en un gráfico dicho ordenamiento (Ver Figura 1).

¹ “Curso Avanzado de Técnicas de investigación Social aplicadas a la Investigación.” PIIE. Guillermo Briones . Santiago, 1987.

² “Programar, Implementar proyectos, Evaluar”. Instrumentos para la acción. Rueda Palenzuela, José María. Editorial Certeza. Colección Intress. España, 1993.

En cuanto al modelo a utilizar, éste se compone a su vez de cuatro tipos de evaluación, las que en su conjunto dan forma al modelo. La *Evaluación del Contexto*, incorpora la relación que mantiene la población objetivo con los diversos subsistemas que componen su medio: Subsistema Educación; Salud; Redes de Apoyo y Valoraciones y Creencias.

La *Evaluación de Insumos* trata de realizar una apreciación cualitativa y cuantitativa referida a los recursos que fueron y serían necesarios para alcanzar los objetivos del proyecto. Así también, la evaluación establece diversas formas a través de las cuales se puede lograr el mejor aprovechamiento de los recursos con los que se cuenta.

La *Evaluación de Proceso* tienen como finalidad establecer si la estrategia de utilización de los insumos es la adecuada, como también identificar los factores obstaculizadores del proceso, de manera que se puedan buscar soluciones a los problemas presentados durante la implementación del programa.

La *Evaluación del Producto* pretende medir e interpretar el logro de objetivos, ya sea durante el desarrollo del programa o una vez terminado éste.

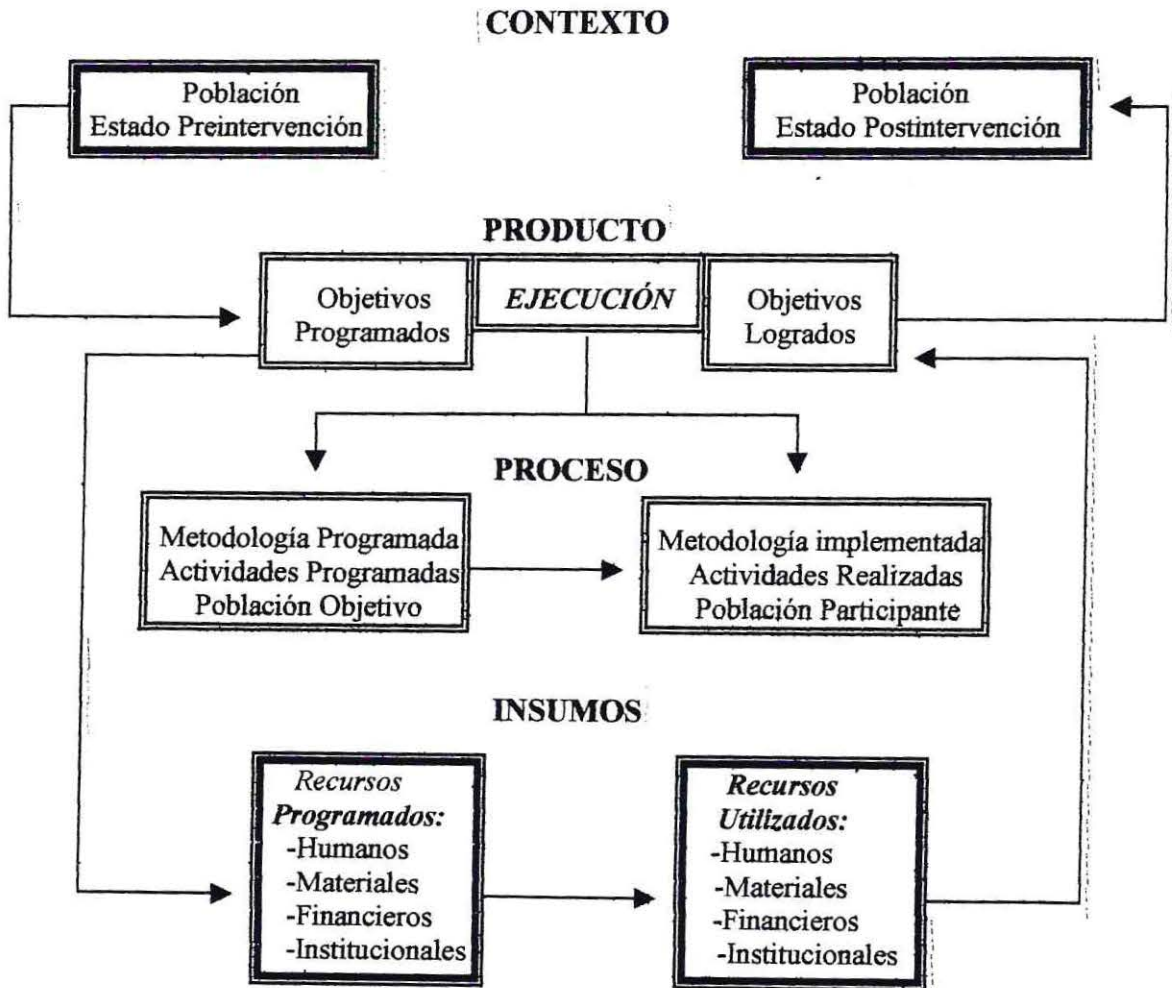
La información contenida en la presente evaluación se presentará de la siguiente manera:

- En un primer momento se realizará la Evaluación del *Contexto* general en que fue implementado el Programa.
- En un segundo momento, se evaluará el Proyecto N°1 “Formación de Monitoras/es en Autocuidado de la Salud Reproductiva”, en base a los criterios de *Producto* (subsistemas); *Proceso* (metodología, actividades, población); *Insumos* (humanos, materiales, financieros e institucionales).
- En tercer lugar, se evaluará el proyecto N°2 “Feria Comunitaria de Salud Reproductiva de la Mujer”, en base a los criterios anteriormente señalados.
- Por último, se realizará una *Evaluación desde la perspectiva de las/os participantes* del Programa, basado en los criterios de: participación de las instituciones;

participación de las/os Monitoras/es; implementación de los proyectos; respuesta de la comunidad; insumos.

ELEMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE UN PROYECTO DE PROMOCIÓN COMUNITARIA

FIGURA N°1



1. EVALUACIÓN DEL CONTEXTO

Para realizar la evaluación del componente de *Contexto*, se incorporarán en el análisis, las variables de Riesgo Social, en función de adecuar la evaluación a las características que presenta la población objetivo.

□ En una fase Preintervención, la relación de la población con el *Subsistema Educación* se presenta como deficitaria, ya que se caracteriza por la presencia de población femenina con bajos niveles de escolaridad, lo que se evidencia en que un 57% de la población femenina de la Unidad Vecinal 134, cuenta sólo con la Ens. Básica, ya sea Incompleta (35%), como Completa (22%).

Por otra parte, en el sector ya mencionado, no existen establecimientos educacionales que impartan Educación Media para población femenina, situación que obliga a las mujeres a desplazarse a otros sectores de Valparaíso para completar la Ens. Media, o simplemente desertar del sistema escolar, situación que se repite en las mujeres pertenecientes a esta Unidad Vecinal. En este sentido, si bien los objetivos de la presente intervención no contemplaban elevar el nivel educacional de la población objetivo, la construcción de redes de apoyo y el permanente desarrollo por parte del equipo seminarista de un rol educativo, contempló el establecimiento de una relación formal con el organismo educativo CECAL (Centro de Capacitación), a través del cual se iniciará a partir del mes de Marzo de 2001 el proceso de *Nivelación de Estudios Básicos y Medios y de un Taller de Capacitación* dirigido a la población objetivo y a la población del sector que lo requiera, llevándose a cabo en la Unidad Vecinal 134 Puerto (sector La Matriz, N°421). Tanto la población objetivo como el equipo seminarista identifica como un producto no esperado y un logro altamente positivo esta intervención, ya que le permitirá a la población contar con herramientas tangibles que le posibiliten el acceso a mejores oportunidades de trabajo, de capacitación, de desarrollo personal, entre otras, las que a largo plazo les permita superar la situación de riesgo social. En este sentido, se observa como necesaria la organización de la

población en grupos con intereses y necesidades comunes, que les permita acceder a proyectos y oportunidades que vayan en beneficio propio, y en beneficio de su comunidad.

Ahora bien, el nivel de información que las mujeres tienen respecto a los diferentes ámbitos de la Salud Reproductiva es bajo, ya que si bien afirman poseer conocimientos, sólo son capaces de mencionar y no de explicar su funcionamiento o características, por ej: píldoras anticonceptivas, lo que se manifestó en los resultados de la investigación. En este ámbito, la implementación del Proyecto denominado “Taller de Formación de Monitoras/es en Salud Reproductiva”, permitió a la población objetivo elevar sus niveles de información respecto a estas temáticas, otorgándoles conocimientos y capacidades que les permitan replicar y/o multiplicar estos conocimientos en los distintos espacios que ellas/os se desenvuelvan, mejorando de esta forma la calidad de vida de su comunidad o entorno inmediato.

- En cuanto a la relación que establece la población con el *Subsistema Salud*, ésta se encuentra caracterizada por un acceso mayoritario de la población a los distintos sistemas de salud (92%), del cual un 43% pertenece a FONASA y un 41% recibe atención de salud gratuitamente (credencial gratuidad), estableciéndose que la mayoría accede al sistema público de salud.

Ahora, en cuanto a la opinión de la población sobre la prestación de servicios de salud del sistema público, el porcentaje más alto corresponde a las mujeres que identificaron como buena la atención entregada por el servicio de salud.

En este sentido, la intervención programada por el equipo seminarista tanto en los proyectos de Formación de Monitoras/es como en la Feria de Salud Reproductiva, se basó en acercar y mostrar la oferta de servicios del sistema público (como también no gubernamental) a la población objetivo, logrando el establecimiento de relaciones más fluidas entre ellas/os y las/os profesionales de la salud, a la vez de disminuir la distancia que se establece entre la/él prestadora/or de salud y las/os pacientes en la consulta médica, planteando como elemento transversal a la ejecución, el

conocimiento y ejercicio de sus derechos como demandantes y usuarias/os del sistema de salud público. La orientación dada a la intervención demostró logros en este ámbito, los que se evidenciaron en los resultados que se obtuvieron en cada Taller, gracias a la generación de un clima distendido donde las mujeres y jóvenes expresaron dudas y consultas abiertamente. Esta situación, es evaluada por el equipo seminarista como altamente positiva y resultado de implementar una estrategia de promoción que fomente la realización de talleres o campañas de prevención en el sector de pertenencia de la población, que les permite hacer suyos los conocimientos y tomar un rol más activo en el autocuidado de su salud y de la salud de su familia.

- En cuanto a la relación que establece la población objetivo con el *Subsistema Valoraciones y Creencias*, entendiendo por tal, las representaciones culturales que la población realiza para explicarse su propia sexualidad, así como los roles y funciones que le competen a mujeres y hombres. En este sentido, tanto en la Fase Preintervención, como en la ejecución de los proyectos, se pudo constatar que en general la población objetivo mantiene una relación deficitaria con este subsistema, caracterizada por una parte, por el manejo de información y conocimientos erróneos con respecto tanto a la sexualidad como a la Salud Reproductiva, por ejemplo: en cuanto a las vías de transmisión del VIH/SIDA, utilización del condón, entre otras; y por otra parte, y en forma muy evidente en las mujeres sujetas de intervención, el manejo de mitos en relación a la sexualidad y en cuanto a los roles y derechos que les competen como mujeres y en cuanto a los roles masculinos. En este ámbito, esta población en situación de riesgo social, mantiene y reproduce una cultura machista, donde se sobrevalora la posición y capacidades de los hombres, desvalorizando al mismo tiempo sus capacidades como mujeres; por ejemplo: Aseveraciones como “*las mujeres somos consumistas y derrochadoras, y los hombres son más ordenados y más cuidadosos*”, acrecentada esta percepción, debido a que la mayoría de estas mujeres desarrollan labores de casa, siendo sus parejas quienes tienen un rol de proveedor y jefe de familia, teniendo un poder económico que repercute en la toma de decisiones y en la capacidad de negociación.

Es así como la intervención contempló durante todo el proceso la potenciación de responsabilidades compartidas entre la pareja, capacidad de negociación y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, en la totalidad de las temáticas abordadas en la implementación de los proyectos, logrando el reconocimiento por parte de las mujeres y jóvenes del establecimiento de relaciones igualitarias entre mujeres y hombres en éste ámbito.

En relación al *Subsistema Redes de Apoyo*, entendiendo por tal el espectro de organizaciones sociales informales y Organizaciones No Gubernamentales (O.N.G) que pueden brindar algún tipo de apoyo a la población del sector. En este sentido, la población objetivo, conformada por diferentes grupos de mujeres y jóvenes, presentaban en la fase Preintervención experiencias disímiles al respecto, producto de sus diferentes grados de organización y trayectoria en el tiempo. Por una parte, el grupo de jóvenes cuenta con varios años de funcionamiento, situación que ha favorecido el establecimiento de relaciones directas e indirectas con diversas organizaciones sociales informales que trabajan en el sector (Unidad Vecinal), entre otras con grupos pastorales, clubes y centros comunitarios, y diversas O.N.G, como lo son “Arcaludiz”, “Arcadia”, etc. Es así como el hecho de tener capacidad organizativa les permite contar con mayores facultades para autogestionar nuevos proyectos a partir de la experiencia de participación en los proyectos implementados por el equipo seminarista (Talleres y Feria), ya que cuentan con la vinculación necesaria con la red de apoyo construida a partir de los proyectos ya mencionados.

Por otra parte, el grupo de mujeres, si bien recibió similar capacitación a través de los proyectos implementados, construyendo por tanto una red de apoyo en Salud Reproductiva, su reciente organización (5 meses de funcionamiento como Centro) limita su capacidad de autogestión, señalando necesitar un referente organizacional y/o profesional para desarrollar nuevos proyectos al respecto.

En este sentido, la Casa de Acogida, como institución patrocinante, se establece durante el proceso de intervención y con posterioridad a ésta (objetivo de trabajo del Programa del año 2001), como institución organizadora y ejecutora, cumpliendo un rol

de coordinación de los presentes y futuros proyectos de promoción en el ámbito de la Salud Reproductiva, así como también de otros temas de interés de la población objetivo, empleando para ésto, tanto la experiencia de los proyectos implementados en el marco de la realización del presente Seminario de Título, como asimismo, la relación establecida con los grupos de mujeres y jóvenes del sector.

OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA:

“Contribuir a superar las dificultades que presenta la comunidad residente en la Unidad Vecinal 134 - Puerto para el desarrollo de conductas de Autocuidado en Salud Reproductiva, mediante una estrategia de promoción dirigida a potenciar la participación activa de la comunidad e instituciones de salud en torno al tema.”.

EVALUACIÓN DEL PROYECTO N°1 FORMACIÓN DE MONITORA/ES EN AUTOCUIDADO DE LA SALUD REPRODUCTIVA

1. EVALUACIÓN DEL PRODUCTO

I. Objetivo general

1. *“ Proporcionar herramientas formativas a grupos específicos de población residente en la Unidad Vecinal 134- Puerto, capacitándolos como Monitora/es en autocuidado de la salud reproductiva, entregando conocimientos y habilidades en diversas temáticas fundamentadas en el reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos”.*

2. *“Contribuir al contacto entre los grupos capacitados y las redes de apoyo que trabajan con el tema en la Comuna”.*

En relación a los Objetivos del Proyecto; se estima que en su formulación responden a los criterios de operatividad y claridad necesarios para ser alcanzados en cada uno de los respectivos Subproyectos implementados.

De esta forma, a partir de éstos se definen tres Subproyectos, cada uno de los cuales está dirigido a grupos específicos residentes en la Unidad Vecinal 134- Puerto, los que presentan los siguientes Objetivos:

- **Subproyecto 1:**

“Capacitar a un grupo de Mujeres adultas como Monitoras en el Autocuidado de Salud Reproductiva, entregando conocimientos y habilidades sobre el tema, desde una perspectiva intersectorial y centrada en los Derechos Sexuales y Reproductivos”.

Para la ejecución del presente Subproyecto se contempló la realización de 6 Talleres temáticos, los cuales fueron implementados según lo programado. En relación al cumplimiento del presente Objetivo General, éste se considera como *Plenamente Logrado*, puesto que de acuerdo a los resultados obtenidos, las Monitoras manejan un nivel de conocimientos adecuados respecto de los temas tratados, cumpliéndose en un 85% los objetivos señalados en relación a los respectivos criterios de logro diseñados para cada Taller.

Ahora bien, con respecto a las habilidades desarrolladas, estas se logran ejercitar a través de todo el proceso, de esta forma durante la realización de cada Taller cada Monitora ejercitó diversas habilidades: exposición sobre conocimientos adquiridos y técnicas de aclaración sobre inquietudes expuestas por sus pares, evaluación de contenidos,

ejercitación en uso correcto de condón. Además se utiliza la técnica de asignación de tareas en forma permanente, mediante la cual cada Monitora debe entregar los conocimientos adquiridos en su medio (grupo familiar, escuela, vecinas); la técnica antes mencionada representa un aporte significativo en la adquisición de habilidades comunicacionales necesarias para el ejercicio del rol de Monitoras, situación percibida por las propias involucradas y evidenciada en las respectivas evaluaciones.

En relación al abordaje de Derechos Sexuales y Reproductivos, el tratamiento del tema cobra interés especial por el *sistema de creencias* arraigadas en la mayor parte de las Monitoras, el cual representa un obstáculo importante al momento de promover conductas de autocuidado (debido a la subvaloración que poseen respecto de su cuerpo y de su persona en general) y más aún respecto a visualizarse como sujetas de derechos. Sin embargo, se logran avances importantes en el tema, es así como en la fase post-intervención la mayoría de las Monitoras (96%) reconoce la *Responsabilidad Compartida* en la anticoncepción, al mismo tiempo asimilan la necesidad de *Negociación Sexual* al interior de la pareja, interiorizan el autocuidado en el marco de la autovaloración de su cuerpo y son capaces de demandar información y aclarar dudas resueltamente con los diferentes profesionales presentes.

Finalmente, los talleres son abordados desde una perspectiva intersectorial, al contar con la presencia de profesionales de diferentes instituciones, entregándose asimismo información completa respecto de los diferentes servicios y prestaciones entregadas por cada una de ellas.

- **Subproyecto 2:**

“Capacitar a un grupo de adolescentes como Monitora/es en el fomento de la sexualidad responsable e informada, adquiriendo herramientas para el fomento de una sexualidad responsable e informada, desde una perspectiva intersectorial.”

El Subproyecto 2 contemplaba en su programación, la implementación de 5 talleres temáticos, de los cuales, se llevaron a cabo 4, imposibilitando la realización del Taller sobre prevención de las ETS, el que iba a ser desarrollado por el profesional Sr. Juan Baeza, Matrón del Consultorio del Adolescente. Debido a la presentación de un imprevisto, dicho taller debió ser suspendido. En este sentido, el Objetivo General del Subproyecto 2 se considera como *Logrado*, puesto que la implementación de la mayoría de los talleres se llevó a cabo, dándose cumplimiento al 70% de los Criterios de Logro programados para cada Taller.

De esta forma, y tal como consta en la respectiva matriz de ejecución, los Monitora/es adquirieron conocimientos básicos sobre los temas tratados, evidenciando un alto nivel de comprensión y reflexión durante su tratamiento. Asimismo, se adquieren habilidades en función del desempeño del rol de Monitor/a, las cuales se desarrollan mediante su ejercitación permanente en cada una de las sesiones y reforzadas mediante la técnica de asignación de tareas, lo cual les permite entregar los conocimientos adquiridos en su medio habitual, especialmente entre su grupo de pares en Liceo, Colegio y al interior de sus respectivas familias.

Es importante destacar que durante el tratamiento de las diferentes temáticas, tanto los profesionales asistentes como el Equipo Seminarista trabajaron adecuando los contenidos a las necesidades e intereses que presentó el grupo, lo que permitió satisfacer eficazmente las necesidades de aprendizaje, potenciando mayores grados de análisis y reflexión respecto a los temas tratados, esto contribuyó por una parte a mantener una alta y activa participación de la/os Monitora/es durante el proceso y a la vez a reflexionar sobre la *Autopercepción de Riesgo* en el tratamiento de cada tema (SIDA; embarazo adolescente, aborto, etc), puesto que la metodología de trabajo, en la cual los temas se adecuaron a las experiencias e intereses de cada Monitor/a ayudó a que estos reconociesen cada situación como cercana, descartando el “a mí no me puede suceder”, potenciándose la toma de

conciencia la necesidad de desarrollar conductas de autocuidado respecto a su Salud Sexual y Reproductiva.

- **Subproyecto 3:**

“Contribuir al desarrollo de capacidades de autocuidado en Salud Reproductiva entre un grupo de mujeres que ejercen comercio sexual, entregándoles herramientas para el ejercicio de su actividad en forma segura”.

Es importante señalar que para la formulación del presente objetivo fue necesario aplicar de manera especial el criterio de flexibilidad; por cuanto el proceso de ejecución debió adecuarse a la dinámica de funcionamiento del grupo que constituye la población objetivo, debido a lo anterior y a los consiguientes obstáculos presentados, se establecen objetivos específicos necesarios para la conformación de un grupo estable de trabajo, asimismo, la ejecución de las sesiones programadas no se realiza en forma consecutiva, sin embargo esta situación no representa obstáculo al momento de considerar a la población objetivo, puesto que el grupo con el cual se comenzó a ejecutar, en su mayoría se mantiene hasta el final de la intervención.

En este sentido el presente Subproyecto se ejecuta en dos fases: la *Primera Fase* está orientada a generar un nivel de confianza entre las mujeres y el equipo seminarista, propiciando la creación de un espacio de encuentro de acuerdo a los intereses y necesidades de las mujeres, al mismo tiempo de diagnosticar las percepciones y el nivel de conocimiento que estas poseen respecto a las temáticas a abordar.

Una *Segunda Fase* se orienta a la entrega de conocimientos y habilidades que posibiliten a las mujeres el ejercicio de conductas de autocuidado en su actividad laboral. De esta forma considerando que el nivel de conocimientos previos es adecuado, por cuanto este es un requisito necesario para el ejercicio de su actividad (controles periódicos, detección de

algunas ETS en clientes, realización de exámenes preventivos), el énfasis de la intervención estuvo puesto en lograr que las mujeres reflexionaran sobre la necesidad del autocuidado en el desarrollo de su actividad y en las conductas de autocuidado necesarias para protegerse de los riesgos que ésta les significa.

En relación al **Objetivo General del Subproyecto 3**: de acuerdo a los criterios de logro programados, éste se considera como *Logrado*, puesto que se reflexiona en torno a las diferentes temáticas planteadas, contando con la participación activa de las integrantes; sin embargo, a lo largo de todo el proceso se presenta un elemento que actúa como obstaculizador para el logro de mayores avances en el campo de lo conductual.

De esta forma, aún cuando el grupo en general se encuentra en un adecuado nivel cognitivo respecto a los mecanismos para el ejercicio seguro de su actividad, debido al *deterioro de tipo socioemocional* detectado en las mujeres, como consecuencia de las condiciones en las cuales ejercen su actividad y las implicaciones que esto conlleva en el ámbito de la autoestima, la presencia de sentimientos de automarginación, etc., no es fácil que adopten conductas de autoprotección o autocuidado; de esta forma aún en un nivel de análisis, estas conductas de autocuidado representan más bien un obstáculo que les impide realizar su actividad en forma eficaz (negación de clientes a usar condón, gasto extraordinario de sus ingresos para adquirirlos en el mercado, dificultades para competir con mujeres más jóvenes que no exigen su uso, etc.).

En cuanto a la **Ejercitación de Habilidades**, es posible evidenciar logros; por cuanto alguna de las integrantes que desconocen la utilización correcta del condón logran ejercitarla durante la intervención, se exponen prácticas sexuales no penetrativas en el marco del autocuidado; y se logra arribar a una reflexión grupal en torno a la necesidad de establecer lazos de solidaridad dentro de su actividad, a través de la entrega de los conocimientos y el ejercicio de la función de apoyo entre sus pares.

2. EVALUACIÓN DEL PROCESO

2.1. En relación a la Metodología:

El presente Proyecto se inserta en un modelo de Promoción del Autocuidado en Salud Reproductiva. Este modelo se basa en una metodología participativa, mediante la cual se Capacita a diferentes grupos de la población desde una perspectiva intersectorial en el tema.

En relación al proceso de Capacitación, se cuenta con la participación de profesionales y expertos de la Salud, los que entregan sus conocimientos en el contexto en el cual vive la población (fuera de salas de educación de los Consultorios), lo que es especialmente importante al momento potenciar una participación más activa de la población con respecto al tema de la salud, puesto que por medio de esta instancia los grupos se sienten más cómodos y desinhibidos para realizar consultas y requerir información, y al mismo tiempo los profesionales deben adecuar el contenido de sus mensajes a las características de la población receptora, utilizando un lenguaje menos “técnico” y mas entendible; lo que sucedió en la mayoría de los casos. Esta situación se puede apreciar la realizar las evaluaciones de cognitivas (test Después), ya que en aquellos casos en los que hubo menor flexibilidad por parte de las profesionales para adecuarse a las características del grupo, es decir, se utilizó un lenguaje poco entendible- los contenidos quedaron difusos o simplemente no se interiorizaron.

Asimismo, el tratamiento de los temas desde Grupos de Desarrollo, centrados en la experiencia de los sujetos participantes, utiliza la metodología del Aprendizaje Vivencial, la cual se permite que los grupos se identifiquen y por ende interioricen los contenidos de manera mucho mas activa en relación a un contexto educativo formal, además permite desarrollar las temáticas en forma participativa, potenciando el ejercicio de derechos por parte de la/os Monitora/es. De esta forma, según la Teoría del Aprendizaje Vivencial de

Kolb (1975), la cual se orienta a la comprensión de los procesos grupales; el aprendizaje vivencial trata de integrar las diferentes perspectivas cognoscitivas y socioemocionales hacia el aprendizaje y desarrollo humano, considerando la existencia de ambientes de aprendizaje adecuados. Según este modelo, se concibe el aprendizaje como un proceso de cuatro etapas dentro del cual la experiencia vivencial concreta es seguida por la reflexión de la experiencia, con conclusiones que forman parte de la base para el cambio de conducta y la selección de experiencias nuevas.

Este aprendizaje, al decir de algunos autores (Soedjatmoko, 1986), es un tipo de aprendizaje único en la especie humana, puesto que presume un ambiente de aprendizaje caracterizado por la interacción con otros organismos (individuos) que aprenden, es un proceso colectivo orientado a aumentar la capacidad de los beneficiarios para tomar control de su propia situación de vida, en función de generar procesos de transformación tanto personales como sociales.

En relación a la apuesta estratégicas de la Capacitación, se opta por la Metodología de Educación entre Pares. Educar a pares quiere decir que quienes dirigen la enseñanza y otorgan servicios directos, son miembros de la misma comunidad que los beneficiarios/receptores, borrando la división histórica entre profesor y alumno, entre profesionales y pueblo³. De esta forma, cada monitor/a se capacita para replicar o multiplicar sus conocimientos en aquellos lugares en los cuales se inserta cotidianamente (colegio, universidad, barrio, hotel), en este sentido cobra vital importancia la ejercitación permanente en la entrega de conocimientos adquiridos que realiza cada Monitora, situación propiciada durante el proceso especialmente por medio de la Técnica de Asignación de Tareas.

Por otra parte, es ampliamente sabido y comprobado que la entrega tradicional de información sobre conducta sexual en forma unilateral o vertical, no provoca cambios

sustanciales en los comportamientos. Por el contrario, las técnicas asociadas a la educación popular, tales como la participación y el rescate de la vivencia del educando, han resultado más eficaces. El educador - par es central en el esquema pedagógico, ya que agentes externos demoran más en establecer las relaciones esenciales para su éxito, puesto que el proceso requiere el reforzamiento constante y gradual construcción de normas y actitudes grupales.

2.2. En relación a las Actividades:

Para la implementación del presente proyecto, durante la fase de planificación, se determina la capacitación de la población por medio de la modalidad de Talleres Participativos, los cuales contasen con la intervención de diversas instituciones ligadas al tema de la Salud Reproductiva. La realización de cada uno de estos Talleres estuvo a cargo del Equipo Seminarista. De esta forma, se determina la realización de 12 Talleres Temáticos, los cuales se implementarían de acuerdo a las necesidades y características de los grupos participantes en los Subproyectos.

Es así como durante la *implementación del Subproyecto 1*, se ejecutan 8 talleres dirigidos al Autocuidado de Mujeres Adultas, en los cuales se trataron temas relacionados con: Principios de Autocuidado, Sexualidad, Métodos Anticonceptivos, VIH/SIDA- Sexo Seguro, Cáncer Cérvicouterino y de Mamas y Enfermedades de Transmisión Sexual; además de y un taller evaluativo para finalizar la capacitación de las monitoras.

Asimismo, en la *implementación del Subproyecto 2* se ejecutan 5 Talleres dirigidos a Adolescentes; los temas tratados fueron: Sexualidad, Prevención de Embarazo Adolescente, Prevención de VIH/SIDA, Derechos Sexuales y Reproductivos y un taller evaluativo final.

³ Corp. Chilena de Prevención del SIDA. Cuadernillo de Monitores de la C.CH.P.S.. Santiago, Enero, 2000.

sustanciales en los comportamientos. Por el contrario, las técnicas asociadas a la educación popular, tales como la participación y el rescate de la vivencia del educando, han resultado más eficaces. El educador - par es central en el esquema pedagógico, ya que agentes externos demoran más en establecer las relaciones esenciales para su éxito, puesto que el proceso requiere el reforzamiento constante y gradual construcción de normas y actitudes grupales.

2.2. En relación a las Actividades:

Para la implementación del presente proyecto, durante la fase de planificación, se determina la capacitación de la población por medio de la modalidad de Talleres Participativos, los cuales contasen con la intervención de diversas instituciones ligadas al tema de la Salud Reproductiva. La realización de cada uno de estos Talleres estuvo a cargo del Equipo Seminarista. De esta forma, se determina la realización de 12 Talleres Temáticos, los cuales se implementarían de acuerdo a las necesidades y características de los grupos participantes en los Subproyectos.

Es así como durante al *implementación del Subproyecto 1*, se ejecutan 8 talleres dirigidos al Autocuidado de Mujeres Adultas, en los cuales se trataron temas relacionados con: Principios de Autocuidado, Sexualidad, Métodos Anticonceptivos, VIH/SIDA- Sexo Seguro, Cáncer Cérvicouterino y de Mamas y Enfermedades de Transmisión Sexual; además de y un taller evaluativo para finalizar la capacitación de las monitoras.

Asimismo, en la *implementación del Subproyecto 2* se ejecutan 5 Talleres dirigidos a Adolescentes; los temas tratados fueron: Sexualidad, Prevención de Embarazo Adolescente, Prevención de VIH/SIDA, Derechos Sexuales y Reproductivos y un taller evaluativo final.

³ Corp. Chilena de Prevención del SIDA. Cuadernillo de Monitores de la C.CH.P.S.. Santiago, Enero, 2000.

Finalmente, en función del *Subproyecto 3*, se realizan tres Talleres dirigidos a Trabajadoras Sexuales, tratando los siguientes temas: tipo de conocimientos respecto a las ETS, conductas de riesgo para la transmisión de VIH/SIDA, así como medios disponibles para su prevención, Conductas de Autocuidado en su actividad, ejercicio de la función de apoyo entre pares.

Es necesario mencionar que una vez concluida la intervención programada, el equipo seminarista establece coordinación con el Centro de Capacitación Laboral CECAL, en función de programar un proceso de Nivelación de Estudios Básicos y Medios, para el año 2001, en el sector de la Unidad Vecinal 134 Puerto. En función de lo anterior se realiza una breve encuesta entre las mujeres participantes del Subproyecto 3, mediante la cual manifiestan el interés por participar del proceso educativo, especialmente por los Talleres de Capacitación Laboral implementados por esta institución, frente a esto se realiza una asamblea en la Parroquia La Matriz, a la que asisten los coordinadores de CECAL para entregar la información detallada respecto del proceso. Como producto de esta gestión, 10 mujeres beneficiarias del Subproyecto 3 realizan su proceso de inscripción. Por otra parte, el equipo seminarista asume funciones de coordinación permanentes con la institución a fines de terminar el proceso de inscripción de las mujeres (recepción y entrega de documentos, realización de asambleas resolutivas, etc). Lo anteriormente señalado se convierte en un importante producto no programado, especialmente por los resultados concretos derivados del contacto de la población con sus potenciales Redes de Apoyo, que en esta situación se manifiesta en la entrega de herramientas efectivas que potencien el rompimiento de este “círculo de la miseria” en el que se encuentra este y otros grupos de la población.

2.3. En relación a la Población:

Tal como se define en el *Objetivo General del Proyecto*; los Talleres de Formación de Monitora/es están dirigidos a tres grupos de población residentes en la Unidad Vecinal 134

- Puerto, para ello, durante la fase de motivación el Equipo Seminarista participa en asambleas realizadas por Juntas Vecinales, y grupos de Mujeres y Jóvenes organizados del sector., optando finalmente por trabajar con tres grupos organizados.

De esta forma en la **implementación del Subproyecto 2**, participa un grupo de Mujeres que conforman el Centro Deportivo, Cultural y Laboral Blest Gana y Cajilla Unida, este grupo está constituido por 12 Mujeres residentes en Calles Blest Gana y alrededores, en cuanto a las características específicas de las integrantes, presentan edades entre 19 y 53 años, presentan un nivel educacional medio-bajo (Ens, Media y Básica Incompletas), el 99% de las integrantes es casada o mantiene una unión consensual; de éstas, la totalidad se desempeña en labores del hogar, por tanto son dependientes económicamente de sus parejas, la totalidad accede a las prestaciones de salud del sector Público, a través de la atención primaria que brinda el Consultorio Plaza Justicia.

Ahora bien, en cuanto a la participación del grupo en la Capacitación, la asistencia se mantuvo alta y estable durante los 8 Talleres Temáticos realizados; de esta forma, el porcentaje general de asistencia corresponde a un 75%. Ahora bien, en cuanto a los criterios de participación cualitativos, a lo largo del proceso se evidenció una activa participación, especialmente al momento de manifestar opiniones, participar en las discusiones grupales y/ o solicitar información a los profesionales asistentes.

Por otra parte, en la **implementación del Subproyecto 2**, se trabaja con un grupo mixto de adolescentes que conforman la Comunidad Juvenil La Matriz, constituido por 13 jóvenes que en forma habitual desarrollan actividades de servicio hacia la comunidad. En cuanto a las características de los integrantes, sus edades fluctúan entre los 15 y 27 años, un 90% actualmente se encuentra cursando su Enseñanza Media o Superior, mientras el resto desempeña actividad remunerada especialmente en el sector servicios. Aún cuando jurisdiccionalmente les corresponde recibir atención del Consultorio Plaza Justicia, la mayoría habitualmente no recibe prestaciones de salud de éste ni de otro Servicio de Salud.

En cuanto a la participación de este grupo durante el proceso, la asistencia se mantiene alta (85%); asimismo la calidad de su participación es apropiada, especialmente al momento de intervenir en las discusiones o reflexiones y contribuir al debate en aquellos temas controversiales.

Ahora bien, con respecto a la implementación del tercer Subproyecto, dirigido a Mujeres que ejercen comercio sexual en el Sector Puerto; la intervención profesional realizada por el Equipo Seminarista se debió realizar en dos fases, puesto que el grupo con el cual se trabajó presenta un importante porcentaje de deserción debido a la permanente movilidad geográfica de sus integrantes por razones laborales, sin embargo pese a esta situación, se logra contar con un grupo estable durante todo el proceso de ejecución.

El grupo participante en el proceso estuvo compuesto por alrededor de 10 mujeres, de las cuales la totalidad se encuentra ejerciendo activamente, en hoteles y/o bares ubicados en Plaza Echaurren y alrededores. En cuanto a las características socioeconómicas de las integrantes, presentan edades entre los 35 y 45 años, en la totalidad de los casos la actividad desempeñada permite la mantención económica de su grupo familiar (hijos); el nivel de escolaridad de este grupo en general es bajo, alcanzando sólo el primer ciclo de Enseñanza Básica; en cuanto a las prestaciones de salud, dada su actividad las integrantes asisten periódicamente (mensualmente) al Consultorio E.T.S. Tal como se mencionó, la capacitación con este grupo se debió realizar en forma interrumpida, lo cual sin embargo no fue impedimento para lograr una adecuada participación, especialmente al considerar que la mayoría de las participantes presentó una asistencia constante durante el proceso. De esta forma, se presentó un 80% de asistencia, y en cuanto a la calidad de la participación, esta se considera adecuada, puesto hubo un buen nivel de intervenciones, con aporte de información adecuada, ya que por controlarse en un Centro de Salud en forma permanente (Centro ETS), maneja una cantidad y calidad de información mayor que el común de la población femenina.

3. EVALUACIÓN DE INSUMOS

En relación a los *Recursos Humanos*, es necesario señalar que el recurso conformado por las/os profesionales (representantes de organizaciones e instituciones de la salud) que participaron de la implementación del *Proyecto 1* fue altamente valioso, ya que por una parte, respondieron al perfil de equipo biopsicosocial necesario para el adecuado tratamiento de las temáticas; y en otro sentido, se trató de profesionales con amplia experiencia de trabajo con grupos juveniles y con mujeres. A continuación se hará mención a cada uno de ellos en relación con la organización o institución en la que trabaja:

- I. Sra. Leonor Conejeros. Psicóloga Casa de Acogida, Fundación de Beneficencia Hogar de Cristo, Filial Valparaíso.
- II. Sra. Benedicta Cerda. Matrona Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual (E.T.S.), Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio.
- III. Sra. Beda Carpio. Matrona Programa de la Mujer, Consultorio Plaza Justicia, Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio.
- IV. Sr. Juan Baeza. Matrón Consultorio del/la Adolescente. Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio.
- V. Angel Calzia; Ingrid Vargas. Alumna/o Seminaristas Escuela Obstetricia de la Universidad de Valparaíso.
- VI. Gianina Rivera. Orientadora, Foro Abierto de Salud de la Mujer. Casa de la Mujer, Valparaíso.
- VII. Marcelo Pinilla; Cristian Gálvez. Monitores Corporación Chilena de Prevención del SIDA, C.CH.P.S., Valparaíso.
- VIII. Rosa Pizarro; Yerka Sandoval. Monitoras Corporación Chilena de Prevención del SIDA, C.CH.P.S, Santiago.
- IX. Equipo Alumnas Seminaristas de Servicio Social de la Universidad de Valparaíso. Luisa Arancibia C.; Vania Cárdenas M.

En este ámbito, es necesario destacar el nexo establecido con la Escuela de Obstetricia de la Universidad de Valparaíso, desde la etapa diagnóstica del presente Seminario. El aporte realizado por las/os alumnas/os de Obstetricia en la ejecución del Proyecto 1 (Talleres) fue muy importante, ya sea por los contenidos específicos entregados, como por la implementación de un trabajo interdisciplinario acorde con el Modelo de Promoción en Salud Reproductiva propuesto en el presente Seminario de Título.

Ahora bien, en cuanto al carácter interdisciplinario de la programación y ejecución del Proyecto 1, éste permitió el desarrollo de las potencialidades profesionales existentes en un equipo con estas características. Es así como en la implementación de dichos talleres, se logró una complementariedad de los equipos ejecutores, que potenció la integralidad del abordaje de cada temática, desde los ámbitos biológico, psicológico y social. En este sentido, se puede destacar la participación del equipo seminarista en la totalidad de los talleres, aportando a éstos la perspectiva profesional del área social, tanto en el desarrollo de temáticas, como en técnicas de manejo y conducción de grupos y trabajo a nivel comunitario.

En relación a los *Recursos Materiales y Financieros*, éstos se manifestaron suficientes en cantidad y calidad para la adecuada implementación de los Talleres programados en el Proyecto 1. En este sentido, se valora el aporte económico realizado por la institución patrocinante, el cual permitió disponer oportunamente de dichos recursos.

Los *Recursos Institucionales* utilizados en la implementación del Proyecto 1, dicen relación por una parte a las instituciones participantes de los Talleres (mencionadas anteriormente), y en este sentido se contó con una disposición positiva de parte de éstas para su participación en el proyecto, con la salvedad del Consultorio Plaza Justicia que presentó reticencias de parte de las profesionales para desplazarse a la comunidad (sedes de los grupos) y ejercer en terreno las acciones de promoción programadas, a pesar del acuerdo que se había establecido en las coordinaciones (reuniones en conjunto equipo de

salud y equipo alumnas seminaristas) con la Asesora del programa de la Mujer del S.S.V.S.A, Sra. María Cecilia Carrasco L.. En cuanto a la institución patrocinante, ésta apoyó completamente el desarrollo del proyecto, ya que valorizó la proyección comunitaria que la institución pretende desarrollar en el sector. Por último, en relación al aporte de los grupos con los que se trabajó, existió durante todo el desarrollo del proyecto, una completa disponibilidad (horaria y de infraestructura) de las sedes sociales para la realización de los Talleres.

EVALUACIÓN DE PROYECTO N° 2: FERIA COMUNITARIA DE SALUD REPRODUCTIVA DE LA MUJER

1. EVALUACIÓN DE PRODUCTO

Objetivo General:

“Implementar un Proyecto Piloto de Promoción en Intersectorial en Salud Reproductiva a Nivel Comunitario, centrado en la generación de una instancia de articulación en redes que involucre a la población y organizaciones sociales residentes en la Unidad Vecinal 134 - Puerto e instituciones Públicas y Privadas ligadas al tema.”

En relación a la formulación de los objetivos, estos fueron planteados en forma clara y concisa, de tal forma que permitiesen ejecutar plenamente las actividades programadas para su consecución. En estos, se consideraron necesidades de la población, recursos existentes y elementos centrales para abordar el tema de la promoción Comunitaria en Salud.

En relación al Logro de Objetivos:

- **Objetivo Específico N°1:**

“Potenciar la capacidad de gestión de la/os Monitora/es comunitarios, a través de estrategias participativas que permitan incorporarlos activamente en las diferentes fases del Proyecto”

Este objetivo se considera *Plenamente Logrado*, por cuanto se constituyó un Comité Organizador formado por dos grupos de Monitora/es, los que participaron tanto en la fase preparativa como en el desarrollo de todo el evento, respondiendo en un 70% a las diferentes responsabilidades delegadas.

- **Objetivo Específico N°2:**

“Lograr el establecimiento de una articulación entre las diferentes instituciones ligadas al tema de la salud reproductiva, en función de garantizar la participación de éstas durante el evento”.

Para este Objetivo, la unidad de logro correspondiente considera: “establecimiento de coordinación y acuerdo en participar por parte de 67% de las instituciones contactadas”, en este sentido, el Objetivo se considera *Medianamente Logrado*, puesto que las instituciones contactadas, el 100% (6) de las instituciones fueron contactadas y coordinadas en pro de la realización del evento; ahora bien, de este grupo se establece acuerdo formal de participación con el 67% (4) de ellas, las que sin embargo no asistieron en su totalidad.

- **Objetivo Específico N°3:**

“Estimular la participación en salud de las diferentes organizaciones comunitarias del sector, mediante la incorporación activa de estas en el evento”. El criterio de Logro definido para este objetivo dice relación con la presentación de alguna actividad o muestra de parte de organizaciones comunitarias; de acuerdo a lo cual se considera el Objetivo *Medianamente Logrado*, por cuanto el 50% de las personas e instituciones comprometidas dan cumplimiento a su participación en la Feria.

- **Objetivo Específico N°4:**

“Lograr implementar el Modelo de Promoción elaborado, mediante el desarrollo de las actividades programadas, de acuerdo a los criterios programados”. Como criterio de logro para este objetivo se señala la realización de a lo menos el 60% de las actividades programadas para el desarrollo del evento. De esta forma, se determina el objetivo como *Medianamente Logrado*, puesto que se da cumplimiento al 70% de las actividades contempladas para la realización de la Feria Comunitaria de Salud Reproductiva.

Objetivo Específico N°5:

“Promover la articulación entre las instituciones e salud y la población participante que permita facilitar la continuidad del Modelo implementado, mediante el desarrollo de una evaluación participativa del proceso”. La unidad de logro para el presente objetivo se refiere a la realización de una evaluación conjunta entre grupos de Monitora/es participantes, Casa de Acogida e Institución de Salud participante; es así como se realiza una sesión evaluativa con ambos grupos participantes y el Equipo profesional de la Casa de Acogida, presentando posteriormente los resultados a la Asesora del Programa de la Mujer – S.S.V.S.A. Por lo anteriormente señalado, se considera el Objetivo *Plenamente Logrado*.

Objetivo Específico N°6:

“Lograr sistematizar la experiencia desarrollada a través de la implementación del Modelo de Promoción, mediante la elaboración de un Proyecto Piloto orientado a población en situación de riesgo social.” Este objetivo se considera *Plenamente Logrado* con la entrega de Proyecto Piloto a la Institución Patrocinante, Hogar de Cristo. Filial Valparaíso y al Programa de la Mujer. SSVSA, a través de su Asesora Regional, Sra María Cecilia Carrasco.

2. EVALUACIÓN DEL PROCESO**2.1. En relación a la Metodología:**

Durante la ejecución del segundo Proyecto, se trabaja en la elaboración, implementación y evaluación de un Modelo de Promoción Comunitaria, el cual se basa en dos ejes centrales: la Participación Social en salud y la Articulación Intersectorial entre los servicios de salud, instituciones que trabajan con el tema y grupos organizados de la comunidad.

Como es bien sabido, la **Participación Social** y la **Intersectorialidad** representan los pilares fundamentales de *promoción de la salud*. En el ámbito de las estrategias de atención primaria de salud, la participación social, descansa en la acción o trabajo comunitario, los que tienen por objetivo potenciar los espacios y capacidades de trabajo conjunto entre la comunidad y los equipos de salud. Asimismo, la acción intersectorial demanda al sector salud no sólo la iniciativa, sino también la receptividad; es necesario responder a convocatorias de otros sectores y/o contribuir a la creación de instancias de acción intersectorial donde se aborden los problemas de la población⁴.

En consonancia con lo anterior, el presente modelo se implementa a través de una metodología participativa de Articulación desde el Nivel Local, lo cual requiere de una relación estrecha entre la comunidad organizada y las diferentes instituciones participantes, para ello se realizaron los esfuerzos tendientes a potenciar un acercamiento entre estas instancias, tanto desde la fase de Programación, hasta la posterior fase Evaluativa, dada la importancia de estos procesos para el desarrollo del trabajo comunitario en las instituciones del área de la salud.

En este sentido, aún cuando el evento implementado no contó con la respuesta esperada de parte de algunas Instituciones y Servicios con los cuales se coordinó (acción intersectorial); la implementación de un espacio participativo entre las instituciones presentes y los grupos de Monitora/es representa un logro importante, en el sentido de dotar a estos Grupos Monitora/es de una experiencia de Promoción Comunitaria, la cual se desarrolla desde la creación y posterior desempeño de los Comités organizadores, hasta el establecimiento de redes con las instituciones, pasando especialmente por el cumplimiento de su rol de Educadores entre Pares.

Esta situación cobra especial relevancia al momento de entender la participación en salud como la construcción de capacidades mediante el desarrollo de personas como agentes activos del cuidado de su salud (participación social en salud), puesto que a través de esta instancia se entregan herramientas a la comunidad - través de sus grupos organizados - que les permitan ampliar sus capacidades y empoderar a los sujetos en la promoción de su salud.

⁴ Planificación Local Participativa. Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe.

En relación a la intersectorialidad, surge alguna reflexión avalada por experiencias similares, tal como lo menciona Anderson⁵ “en un país tan dividido por clases sociales como es Chile, es difícil levantar coordinaciones intersectoriales en las cuales las organizaciones sociales puedan trabajar en conjunto y en un marco de relaciones horizontales con profesionales y funcionarios públicos”, esta reflexión no está ausente de los lineamientos operados actualmente en el ámbito de la salud, los cuales a propósito de la implementación de estrategias de promoción, señalan como prioritario realizar cambios de fondo en el sector salud, de manera de abandonar el rol tradicional de experto (y superior) reemplazándolo por el de cooperante, en función de dar autonomía y poder a otros, reconocer al otro como un actor activo que también realiza sus aportes en el plano de la salud.⁶

Finalmente, a pesar de que la situación anteriormente descrita representa un obstáculo importante para el desarrollo y proyección del modelo implementado, éste se logra superar mediante la existencia de una coordinación permanente y directa con el Programa de Salud de la Mujer. SSVSA, a través de su Asesora regional, Sra María Cecilia Carrasco, con quien se establece contacto y cooperación desde la presentación de los resultados de la investigación hasta la ejecución misma del Proyecto.

Así también en la implementación del modelo se cuenta con la intervención de la Institución patrocinante, la cual será un marco de referencia para la implementación de futuras actividades desarrolladas por la comunidad (grupos organizados) a partir de este modelo.

2.2. En relación a las Actividades:

- Para la implementación de este Proyecto, durante la fase preparatoria, se realizan reuniones y comunicaciones telefónicas de Coordinación con las diferentes Instituciones y profesionales de la salud, a fin de comprometer su presencia en el evento. Es así como se establece contacto con: Programa de la Mujer, Consultorio de Adolescente, Corporación

O.P.S –O.M.S. 1999.

⁵ Anderson, Karen. “Mujeres, SIDA y Pobreza en las poblaciones de Chile” Cuadernos de Mujer Salud. RSMLAC Chile, 1998.

Chilena de Prevención del SIDA, Escuela de Obstetricia U. De Valparaíso y Foro Abierto de Salud de la Mujer, Casa de la Mujer, acordando la participación de éstas en el evento al mismo tiempo de solicitar material para la implementación de éste (folletería, paneles, etc).

- Paralelamente, se realizan actividades de apoyo con los grupos de Monitora/es a fin de implementar un comité organizador, se delegan responsabilidades y tareas a cada grupo.
- Así también se establece coordinación con diferentes organizaciones sociales del sector a fin de preparar alguna muestra para ser expuesta en la Feria. En este contexto se inscribe la realización de dos Talleres de Prevención de Conductas sexuales de Riesgo desarrollados por el Equipo Seminarista en el Establecimiento de Educación Básica CECAL con alumnos de 7° y 8° Básico, y coordinación con el profesorado del establecimiento; lo cual representa producto no esperado en el proceso de intervención. Así también se establece contacto con el Grupo de Amigos García Reyes para la confección de material sobre Autoestima y Grupo Infanto - Juvenil ACOJE.
- Se realizan actividades de difusión, con entrega de invitaciones mano a mano, pegatina de afiches, difusión radial y coordinación con dirigente vecinal para realizar difusión por altoparlantes.
- Durante la realización del evento se realizan actividades de sensibilización, animación, entrega de información y orientación a la comunidad, funcionamiento de mesas informativas y paneles, entrega de material educativo y folletería.
- Finalmente se realizan sesiones de autoevaluación con los dos grupos participantes y Asesora de Programa de la Mujer. SSVSA. y elaboración de Proyecto Piloto sobre Modelo de Promoción Comunitaria.

Ahora bien, a propósito de la implementación del presente Proyecto, considerando que gracias a los aportes de diversos sectores (Programa de la Mujer, C.CH.P.S, Proyecto Alerta, Foro Abierto de Salud de la Mujer, Sra. Patricia Castañeda M., Docente de la Escuela de Servicio Social U.V) se contó con gran cantidad de material educativo. Por otra parte, los aportes de la experiencia realizada, demostrando la eficacia con la cual es posible realizar acciones de promoción hacia la comunidad a través de la entrega de material educativo hacia grupos focalizados de la población,

⁶ Planificación Local Participativa. Ibid.

es que el equipo seminarista determina extender las acciones de promoción comunitaria, mediante la realización de una Campaña Informativa sobre Salud reproductiva, dirigida a la población femenina residente en la Unidad vecinal 134 Puerto, focalizando las acciones de la campaña sobre un grupo focalizado de población femenina.

La Campaña consistió en la entrega de un total de 300 sets que contenían material educativo sobre: VIH/SIDA; Exámenes de PAP, Autoexamen de Mamas; Uso del condón; Anticoncepción de Emergencia; Cuidados del embarazo; los cuales se distribuyeron entre apoderadas del Jardín Infantil perteneciente a la Casa de Acogida, grupo de mujeres pertenecientes al Taller de Autoestima, apoderadas del Colegio Santa Ana y apoderadas del Jardín Infantil Integra.

2.3. En relación a la población:

En cuanto a la población objetivo en la implementación del Proyecto 2; esta correspondió a la comunidad residente en la Unidad Vecinal 134 - Puerto y sus alrededores, por cuanto, tal como se deduce del proceso de diagnóstico, se trataría de una población que mayoritariamente se encuentra en situación de riesgo social.

Ahora bien, durante la realización de la Feria Comunitaria se contó con la presencia activa de los grupos de Monitora/es organizados, ejerciendo su rol hacia la comunidad.

En cuanto a la población objetivo, cabe mencionar que dadas las características físicas del lugar elegido, y el horario de implementación, la concurrencia de público fue escasa, no contando con la masividad esperada, contando más bien con una cantidad razonable de población que en forma permanente transitó por el lugar, por representar éste una vía de acceso a sus respectivos hogares.

En este sentido es importante destacar que se cumple con el requisito de focalizar la actividad en la población residente en U.V. 134- Puerto, población a la cual va dirigido el Proyecto, por presentar características e riesgo social.

En relación a este punto, y de acuerdo a las evaluaciones posteriores, es importante destacar que mediante la realización de la actividad se logró llegar con información de buena calidad (material educativo, orientación profesional y de expertos, etc.) a sectores que concuerdan con la población objetivo del Proyecto (mujeres de escasos recursos, trabajadoras sexuales, etc), quienes de acuerdo a lo observado, demostraron gran interés por el tema. Finalmente y como evaluación de tipo cuantitativa; se hace entrega de material educativo a una población aproximada de 70 personas, número importante al considerar el hecho de que estas personas representan un canal indirecto de llegada de información (por medio del material escrito) a los respectivos grupos familiares.

3. INSUMOS

En cuanto a los *Recursos Humanos* participantes del Proyecto 2 “Feria Comunitaria de Salud Reproductiva de la Mujer” es necesario señalar que, si bien la participación de las/os profesionales y monitores fue muy valiosa para el desarrollo del evento y el logro de sus objetivos, la convocatoria no fue la esperada, ya que los compromisos de asistencia que se habían contraído con anterioridad, no fueron cumplidos por la totalidad de las/os profesionales.

Es así como se destaca la participación de:

- I. Marcelo Pinilla; Cristian Gálvez. Monitores Corporación Chilena de Prevención del SIDA, C.CH.P.S., Valparaíso.
- II. Escuela de Obstetricia de la Universidad de Valparaíso, a través de un equipo de alumnas/os conformado por: Angel Calzia; Ingrid Vargas; Roxana Montino; Claudia Vera; Claudia Brito; Paula Bórquez; Ana Concha; Karen Ramírez; Beatriz Constanzo y Tiare Hevia.
- III. Equipo Alumnas Seminaristas de Servicio Social de la Universidad de Valparaíso. Luisa Arancibia C.; Vania Cárdenas M.

Por otra parte, resultó valiosa la participación de los grupos de Monitoras/es en Autocuidado de la Salud Reproductiva como protagonistas de la Feria, ya sea animando el evento, coordinando las actividades realizadas como también entregando información y folletería a las/os asistentes al evento, desarrollando de esta forma las habilidades comunicacionales aprendidas en los Talleres. Destacándose la participación de los siguientes grupos:

- I. Grupo de Mujeres pertenecientes al “Centro Cultural, Deportivo y Laboral Blest Gana y Cajillas unidas”.
- II. Grupo de jóvenes pertenecientes a la “Comunidad Juvenil La Matriz”.

Las/os profesionales y monitores participantes de la Feria tuvieron un rol relevante para el cumplimiento de los objetivos de actividad, en función de promover información y conocimientos relativos a Salud Reproductiva con una finalidad preventiva, resolver consultas específicas de las/os asistentes, y promover y validar espacios comunitarios en el sector.

En relación a los *Recursos Materiales y Financieros*, estos se manifestaron como insuficientes, si bien los recursos materiales fueron suficientes en cuanto folletería, material educativo, amplificación y otros, no se contemplaron en la planificación costos relacionados con la contratación de animadores socioculturales que hubiesen permitido brindarle mayor atractivo al evento, y por ende mayor concurrencia y participación de las/os vecinas/os del sector. En este sentido, la institución patrocinante entregó los recursos económicos presupuestados por el equipo seminarista para la realización del evento, lo cual se materializó en un significativo aporte al proyecto.

En cuanto a los *Recursos Institucionales* utilizados en la implementación del Proyecto 2, un primer análisis tiene que ver con las instituciones participantes de la Feria (mencionadas anteriormente), y en este ámbito, si bien se valora como positiva e importante la participación de las instituciones en el evento, por otra parte, se constató el incumplimiento de compromisos para con el proyecto de parte de algunas instituciones ligadas al área de la salud y que anteriormente habían participado del Proyecto 1. Esta situación permite realizar una lectura comprensiva de la

realidad existente en el ámbito de la promoción de la salud a nivel local, ya que si bien no se potencian actividades de promoción desde las instituciones de salud; por otra parte, los proyectos innovadores en este ámbito como el propuesto por el presente Seminario (Feria), no son apoyados adecuada y oportunamente por las instancias pertinentes.

En este sentido, cabe mencionar especialmente el apoyo brindado por el Programa de la Mujer del S.S.V.S.A, a través de la Asesora de éste, Sra. María Cecilia Carrasco L., quien evidenció en todo momento el interés por el desarrollo de este proyecto, en función de proyectar su realización en otros sectores en situación de riesgo social, como una actividad de promoción que debería estar presente en la programación del trabajo de los distintos Centros de Salud de la región.

En cuanto a la participación de la institución patrocinante, aún cuando ésta aportó los recursos económicos presupuestados por el equipo seminarista para la realización del evento, no se contó con recurso humano que apoyara la ejecución del proyecto, ya que éste fue realizado el día sábado, fuera del horario de funcionamiento de la institución.

EVALUACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS/OS PARTICIPANTES

El presente documento se enmarca en la realización de dos sesiones evaluativas referidas al Programa implementado, las que son realizadas con los integrantes de los grupos de Monitora/es.

Su realización tiene por objetivo identificar la presencia de elementos que actúan como facilitadores y obstaculizadores en el contexto de la realización de los dos Proyectos implementados (Formación de Monitora/es y Feria Comunitaria); y describir las principales características del contexto en el cual se opera (actores involucrados, desempeño de éstos, recursos disponibles, características de la implementación de cada proyecto).

La evaluación realizada por su carácter, presenta similitudes con el tipo de evaluación Iluminativa, por cuanto centra su interés en la expresión de los significados que tienen los programas para los propios involucrados en el proceso; de la misma forma busca “iluminar” una variedad de aspectos presentes en el Programa; obteniendo una cantidad de información importante sobre los contextos que determinan en gran parte los procesos de implementación, requisito indispensable para arribar a una lectura acabada respecto a la propuesta del Modelo de Promoción desarrollada por el Presente Seminario de Título.

Finalmente, la presente evaluación se apoya predominantemente en metodologías y técnicas que privilegian lo cualitativo para describir los significados que tiene la experiencia evaluada para lo/as involucrado/as, utilizando como técnica de recolección de datos la entrevista grupal, por medio de grupos de discusión y análisis, donde se exponen en profundidad cada uno de los criterios considerados de interés, los que se registran en cintas de grabación. Posteriormente, el equipo seminarista realiza una síntesis exhaustiva de los contenidos expuestos por los participantes, los cuales se entregan a continuación.

**PROYECTO 1: “TALLERES DE FORMACIÓN DE MONITORAS/ES
EN AUTOCUIDADO DE LA SALUD REPRODUCTIVA”**

PARTICIPANTES EN SUBPROYECTO N° 1

▪ **CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

1. Participación de profesionales en los Talleres (instituciones y organizaciones del área de la salud)
2. Metodología de trabajo utilizada en los Talleres (por el equipo seminarista, y por los profesionales de las instituciones)
3. Contenidos presentados en los Talleres (cantidad y calidad de estos)
4. Recursos Humanos, Materiales, Financieros e Institucionales empleados en la realización de los Talleres.
5. Proyecciones de los Talleres: Fortalezas y Debilidades

▪ **RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN**

1. En relación a la participación de profesionales en los Talleres, el grupo valoró positivamente su presencia, debido por una parte a la diversidad de temas, tratados desde diversas ópticas y por otra, a la presencia de “expertos” y la posibilidad que ello conlleva de ampliar los conocimientos que las integrantes manejan previamente a la intervención. Asimismo, la instancia de interacción con profesionales de la salud permitió aclarar diversas dudas por parte de las integrantes, las que fueron en su mayoría despejadas; lo cual influye en los altos niveles de motivación reflejados. Ahora bien, en cuanto a la calidad de la participación de los profesionales y expertos, se valora la excelente disposición y capacidad de “adaptación” manifestada por algunos profesionales (Matrona ETS. y C.CH.P.S) lo que permitió lograr un “buen

entendimiento” de los contenidos por parte de las integrantes. En este sentido, esta situación no es generalizable a todos los profesionales, puesto que en algunos “se notó que no había disposición” o “no se supieron adaptar al grupo”, situaciones manifestadas por la premura en la exposición, consultar la hora constantemente, etc.

De esta forma uno de los indicadores de buena adaptación, según el grupo, resulta ser el tipo de comunicación establecida entre profesional y monitoras; lo cual se refleja principalmente en la utilización de un lenguaje “menos profesional” (técnico) y entendible para todas.

A partir de estas situaciones, el grupo reflexiona sobre la importancia de que cada profesional o persona externa se adapte al grupo con el cual se está trabajando, en función de lograr una comunicación más expedita y posibilitar una entrega de contenidos adecuada.

2. En cuanto a la metodología utilizada, el grupo manifiesta que la realización de los talleres en forma participativa permitió que cada monitora pudiera plantear sus dudas y consultas en forma libre, así también la flexibilidad con la cual se trabajó permitió que en los talleres “se tocaran temas de nuestro interés, pero sin salirnos del tema central”.

La totalidad de las Monitoras manifiesta haberse sentido activas al momento de plantear interrogantes, en este sentido el material de apoyo utilizado (tarjetas con preguntas, juegos) ayudó bastante, ya que sirvió como elemento facilitador para comenzar a realizar preguntas, las que luego y a través de los distintos talleres fueron “saliendo solas” (en forma espontánea), de la misma forma, un segundo elemento facilitador se refiere a las necesidades de información y orientación de las monitoras, lo que permitió que estas evidenciaran permanentemente una actitud activa al momento de participar, ya sea planteando interrogantes o dando opiniones.

Asimismo, se estima que la realización de dinámicas permitió llegar a mayores grados de distensión entre las integrantes, posibilitando que cada una se sintiera “relajada” y dispuesta a participar con “una buena actitud”. Un aspecto importante de desatacar lo representa la ejercitación permanente de habilidades comunicacionales que cada

monitora realizó durante todo el proceso. De esta forma “después de cada taller conversamos con nuestras parejas e hijos sobre cada uno de los temas” lo que posibilitó tener un mejor manejo de los conocimientos, puesto que las dudas que iban surgiendo eran aclaradas durante la sesión siguiente.

Otro elemento importante para el grupo, lo representa la metodología de tipo experiencial o vivencial con la cual se abordó gran parte de los talleres, la que permitió a cada Monitora presentar sus propias experiencias y opiniones sobre los temas (SIDA, Sexualidad, Autocuidado, ETS. ,etc) y posteriormente a partir de estos conocimientos los talleres fueron abordados. En este sentido manifiestan que “la conversación, además de tocar los temas, nos sirvió para conocernos interiormente, se generó mas confianza dentro del grupo”, “para conocer a las vecinas en otro plano” situación que para las monitoras se presenta como uno de los resultados importantes de la intervención.

Con respecto a los profesionales asistentes, este tipo de “conversación mas abierta” ayudó a tener una visión diferente de éstos, de esta forma ya “no se miran hacia arriba” como en el Consultorio, y “una se siente capaz de preguntar las cosas que no entiende, no como antes que daba miedo preguntar”, este tipo de percepciones es de gran valor para el Equipo Seminarista , por cuanto habla en alguna forma del incipiente ejercicio de derechos por parte de estas Mujeres.

3. Con respecto a los contenidos entregados, se considera que estos fueron expuestos en forma clara y entendible, en general “aprendimos de todos los temas, especialmente el uso correcto del condón y el significado de sexo seguro”, temas que además representan una buena herramienta al momento de entregar estos conocimientos a otros (rol de monitoras), así se manifiesta que “el conocimiento de estos temas nos da experiencia para trabajar orientando a los adolescentes del sector” y esto mismo permite conversarlo en su núcleo familiar, “con ellos les enseñamos a nuestros hijos, hermanos y parejas a cuidarse”.

De la misma forma, la experiencia realizada permitió a las integrantes, además de “aprender sobre diversos temas de personas especializadas”, tener una visión “mas

desprejuiciada” respecto de algunos, como es el caso del SIDA, E.T.S., Derechos Sexuales y Reproductivos.

4. En cuanto a los recursos, en general son evaluados positivamente, especialmente el Recurso Humano representado por la/os diferentes profesionales y el Equipo Seminarista, en este sentido se valora altamente la participación de la institución patrocinante (Casa de Acogida) puesto que durante el proceso de capacitación se contó con el permanente apoyo de ésta, esto permitió derivar situaciones concretas que se presentaron a los diferentes profesionales (Psicóloga, Directora) estableciendo una estrecha relación entre el grupo de Monitoras y el equipo de profesionales de la institución lo cual posibilita una proyección del trabajo realizado.

De la misma forma, los recursos materiales se consideraran adecuados y suficientes, especialmente el material de apoyo preparado por el Equipo Seminarista, y el material educativo que entregó cada institución, lo que posibilitó - al decir de las monitoras- un mayor entendimiento de los contenidos abordados. Es así como se considera importante la utilización de cintas de video en las exposiciones, porque “se quedan más las imágenes”; sin embargo entre éste y una conversación con el/la profesional, consideran mas adecuada la última, puesto que “se pueden aclarar las dudas ahí mismo”.

Otro aspecto importante de abordar, es el que dice relación con el espacio en el cual se implementaron los talleres, manifestándose que la realización de éstos en la sede comunitaria representa un aspecto favorable, puesto que se avanzó en la consolidación grupal, fomentando capacidades de autogestión e iniciativa por parte del grupo de Monitoras.

5. Finalmente, al referirse a las fortalezas del grupo en una fase de post intervención, se expresa que el proceso de capacitación además de significar la adquisición de nuevos conocimientos con las características mencionadas anteriormente, representa “un incentivo para seguir aprendiendo”.

Asimismo, el grupo de mujeres no contaba con ninguna experiencia organizacional previa, de esta forma el proceso permitió que se generaran mayores grados de confianza entre las integrantes: “sirvió para conocernos internamente” puesto que “antes nos juntábamos solamente para realizar actividades para la comunidad (rifas, bailes), pero nunca para hablar estos temas propios de mujer” lo anterior representa un avance importante al momento de proyectar el funcionamiento de este grupo, puesto que dota a las monitoras de un “plus” organizacional anteriormente no alcanzado.

Otro aspecto importante lo representa el alto grado de interés por el tema, lo que permitió contar con una excelente participación durante todo el proceso, tanto en cantidad (alta asistencia a todos los talleres) como en la calidad de sus intervenciones, de esta forma se manifiesta que “siempre existió interés por el tema, porque son una necesidad de cada una de las integrantes” lo cual se evidencia entre otros aspectos en que “siempre estuvimos preguntando y aclarando las dudas con los profesionales, sin temor a expresarnos mal”.

Así también es altamente positiva la autoatribución de las mujeres respecto a su rol de monitoras, puesto que interiorizaron fuertemente los contenidos entregados por el Equipo respecto de las funciones de una Monitora; lo que les permitió empoderarse del rol en su familia y comunidad, entregando los conocimientos adquiridos permanentemente.

Ahora bien, con respecto a las amenazas evidenciadas al momento de proyectar el funcionamiento del grupo, aún cuando se manifiesta que el proceso fue “productivo”, un aspecto negativo dice relación con las limitaciones de tiempo en el proceso de ejecución: “el proceso se hizo corto, faltó profundizar más en algunos temas”, situación que deberá ser objeto de una intervención futura.

Otro aspecto que se presenta como amenaza, se refiere a las limitaciones de tiempo impuestas durante el proceso de programación, lo cual implicó restringir la intervención grupal de acuerdo a los objetivos contemplados en el programa de acción. Es de esta forma como la intervención realizada por el equipo seminarista se inscribe, de acuerdo a la dinámica de funcionamiento del grupo de Monitoras, en la etapa de integración

grupal; esta situación determina la necesidad de apoyo externo que manifiestan; requerir las Monitoras al momento de visualizar un funcionamiento grupal a futuro; de esta forma, se manifiesta que “necesitamos de una motivación para seguir juntándonos”, “con el término de los talleres se corre el riesgo de disolución del grupo” o “se perderá la libertad para seguir hablando de estos temas de mujer” especialmente debido a los espacios ganados. En este sentido cobra especial importancia las gestiones realizadas por el Equipo Seminarista en función de dejar contactado a este grupo de mujeres con las redes de apoyo existentes (Casa de la Mujer, ONGs.) y especialmente los insumos entregados a la institución patrocinante a propósito de la intervención profesional realizada por el equipo seminarista; por cuanto el diagnóstico efectuado de la población femenina residente en la Unidad Vecinal 134, representa un importante insumo en función de incorporar a este grupo como objetivo para el año 2001 en las acciones implementadas por la Casa de Acogida.

PARTICIPANTES SUBPROYECTO N° 2

▪ CRITERIOS DE EVALUACIÓN

1. Participación de profesionales en los Talleres (instituciones y organizaciones del área de la salud)
2. Metodología de trabajo utilizada en los Talleres (por el equipo seminarista, y por los profesionales de las instituciones)
3. Contenidos presentados en los Talleres (cantidad y calidad de estos)
4. Recursos Humanos, Materiales, Financieros e Institucionales empleados en la realización de los Talleres.
5. Proyecciones de los Talleres: Fortalezas y Debilidades

▪ RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

1. En cuanto a la participación de las/os profesionales de las instituciones y organizaciones ligadas al tema de la salud, el grupo de jóvenes consideró “positiva la participación de instituciones y profesionales. Los especialistas le dan un perfil serio y profesional a los talleres”. En este sentido, el grupo valoró el acceso a los talleres, destacando la función de coordinación del equipo seminarista con las diversas instituciones, lo que posibilitó la participación de éstos/as en el proceso. En este punto, también es preciso señalar que la coordinación realizada por el equipo en relación al grupo de jóvenes, contempló el establecimiento de redes de apoyo con instituciones y profesionales con amplia trayectoria de trabajo con jóvenes en los distintos temas de especialidad, situación que favoreció el enganche del grupo con éstas/os.
Si bien, se señaló que “el hecho de que sean profesionales, implica una distancia entre éstos y los/as jóvenes”, la situación fue superada, a decir de las/os jóvenes a medida

que transcurrieron los talleres, es decir, 2º y 3º Taller, generándose un ambiente distendido y potenciador de la participación.

2. En relación a la Metodología de trabajo utilizada por el equipo seminarista para la implementación de este proyecto, el grupo afirma que fue adecuada, en tanto el grupo ya contaba con experiencias previas de participación en Talleres, siendo positivo tratar las temáticas a través de “la conversación, que le otorga fluidez” al proceso de adquisición de conocimientos, además las técnicas experienciales para tratar los temas, lo hace ser más práctico, y por ende, de mayor aprendizaje. De esta manera, el grupo afirma que “el material audiovisual (videos y otros) no fue tan necesario, compensado por la entrega de información a través de una metodología adecuada”.

Por otra parte, las técnicas utilizadas por los distintos profesionales fueron evaluadas por el grupo, quienes evaluaron como altamente positiva la forma de trabajar los temas, sobre todo por la profesional que trató los Derechos Sexuales y Reproductivos, la cual a través de técnicas experienciales, permitió generar en las/os participantes un “sentimiento de empatía hacia el rol desempeñado por el otro sexo”. Además, la profesional planteó su intervención en términos de potenciar un rol más activo y participativo de parte de las/os jóvenes, quienes debieron plantear temáticas de su interés, para luego discutir las, es así como señalan que “comenzó a recibir, nos escuchó antes y después nos entregó”, considerando didáctica la forma de entregar contenidos.

Además, las/os jóvenes analizan que por ser diferentes los temas, unos más vivenciales y otros más técnicos, la manera de entregarlos debe ser también diferente. Es así como la metodología utilizada por el Matrón para tratar el tema de la Anticoncepción (2º taller) fue más técnico, lo que produjo más reservas por parte del grupo para formular sus preguntas.

El lenguaje utilizado en los talleres por los profesionales y por el equipo seminarista, fue considerado por el grupo como “adecuado”, ya que si bien se manejó un lenguaje técnico acorde a las temáticas, permitió conocer nuevos conceptos, necesarios para manejar una información básica respecto de los diversos temas.

3. En cuanto a los contenidos que se entregaron en los talleres, el grupo afirmó que “eran todos temas de su interés”, considerando además que la forma de tratar los temas fue la adecuada. En relación a este criterio, el grupo señala que “se necesitaron más sesiones para profundizar más los temas, como por ejemplo, anticonceptivos”, de esta forma, no se pudo aprovechar al máximo la experiencia e información de los profesionales. Es así como en relación a los anticonceptivos, “se esperaban más contenidos, pero influyó el tiempo”.

Así también, el tema anticonceptivos planteó dificultades al momento de formular preguntas de parte de las/os jóvenes, ya que, ellas/os atribuyen al tecnicismo del tema, como también a que el taller fue el primero en el que participó un profesional del área de la salud, por lo que no tuvieron una participación activa en el taller, según lo señalado por ellas/os.

El grupo afirma también que la secuencia en que fueron dispuestos los temas fue “adecuada”, primero el taller de sexualidad, luego anticoncepción, VIH/SIDA y por último Derechos Sexuales y Reproductivos, permitiendo de esta manera tratar temas con una base de información básica.

4. En cuanto a los *Recursos Humanos*, el grupo de jóvenes destacó como “adecuado” la cantidad y calidad del recurso humano dispuesto para los talleres, no obstante, señalan que hubiese sido positivo haber contado con mayor número de talleres por temática, lo que permitiría la profundización de los contenidos aprendidos.

El *Recurso Material* se consideró como “muy bueno”, ya que se les hizo entrega de material sobre las temáticas de los talleres, complementado por folletería de las diversas instituciones participantes de los talleres.

Por otra parte, en relación al *Recurso Financiero*, fue señalado como “adecuado” en cuanto a la realización de los talleres, destacando el esfuerzo del equipo seminarista por utilizar adecuadamente, maximizando los recursos económicos destinados al proyecto.

Por último, en cuanto al *Recurso Institucional*, es señalado como “deficiente” en relación a que durante el proceso” no se estableció una relación formal y de

coordinación entre la institución patrocinante Casa de Acogida y la Comunidad Juvenil “La Matriz”, valorando por otra parte, la relación establecida a través del equipo seminarista. En cuanto a las demás instituciones, afirmaron que fue “positivo” el establecimiento de vínculos y relaciones formales a partir de la realización de los talleres, ya que les permite construir una red de apoyo al respecto, especialmente porque el grupo realiza trabajos con población infantil y adolescente, y necesitan de un referente institucional de apoyo.

5. En cuanto a las proyecciones que define el grupo a partir de la experiencia vivida en los Talleres de Formación de Monitoras/es, es preciso destacar como fortalezas de las/os participantes, que fueron capaces de desarrollar habilidades que les permitieron replicar constantemente la información aprendida en sus grupos familiares, como también entre su grupo de pares.

Por otra parte, el grupo señaló contar con una información básica respecto a las temáticas, además de contar ya con los vínculos de las instituciones de salud, lo que les permitiría estar en condiciones de autogestionar futuros proyectos relacionados con el autocuidado de la Salud Reproductiva.

Ahora bien, el grupo señaló como debilidades, el hecho de contar con una información básica, quedando muchos conceptos y preguntas por formular, situación que consideran que debieran fortalecer y mejorar para desarrollar y replicar ellas/os mismas/os información sobre Salud Reproductiva.

PROYECTO 2: “ FERIA COMUNITARIA DE SALUD REPRODUCTIVA”

PARTICIPANTES DE SUBPROYECTOS 1 y 2

▪ **CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

1. Participación de instituciones (instituciones de salud, organizaciones comunitarias, institución patrocinante)
2. Participación de las/os monitoras/es (autogestión, desempeño, asistencia, compromiso, aportes)
3. Implementación del proyecto (calidad y cantidad de mensajes entregados, pertinencia, difusión)
4. Respuesta de la comunidad (población a la cual se llegó, impacto sobre la población)
5. Recursos (humanos, institucionales, financieros, materiales)

▪ **RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN**

1. Las/os monitoras/es señalan que “la calidad de las instituciones de salud participantes fue buena” entendiendo por tal, “la entrega de orientación que realizaron las/os profesionales y especialistas a las personas que solicitaban información o algún tipo de ayuda”.

En relación a la cantidad de instituciones participantes, aún cuando se señaló que “fue bajo”, ésto no representó gran problema, por cuanto “hubo apoyo de los grupos y se difundió la información”.

Por otra parte, con la institución patrocinante, Casa de Acogida, se señala que se hizo necesario establecer un nexo más fluido entre los grupos y la institución, puesto que se

trabajó con el equipo seminarista como ejecutoras directas del proyecto, asignándoles un rol como “representantes de la Casa de Acogida”, en consecuencia, gran parte de las/os monitoras/es no conoce al equipo de la institución en su totalidad.

2. En la fase preparatoria del evento, las/os monitoras/es señalan que faltó mayor compromiso de su parte, debido a que el equipo seminarista no delegó mayores responsabilidades que permitieran que los grupos se sintieran protagonistas de la Feria. Por otra parte, se señaló que “hubo falta de iniciativa de parte de las/os monitoras/es en las gestiones preparatorias”(grupo de mujeres). Así también “la falta de comunicación entre el equipo seminarista y los grupos en los temas referidos a la Feria”(grupo de adolescentes), afectó el logro de mayores compromisos de parte de los grupos. Esta situación generó que en el caso del grupo de jóvenes, no se respetaran cabalmente los compromisos de asistencia adquiridos. No así en el grupo de mujeres, las cuales respondieron adecuadamente durante el desarrollo de todo el evento.

Durante la realización del evento, el desempeño de los grupos fue disímil, desarrollando el grupo de mujeres un mayor protagonismo, evidenciado éste en una respuesta positiva ante los compromisos adquiridos para la realización de la Feria, afirmando que su participación fue “excelente”, por cuanto “aportamos en la presencia, y durante la Feria se trabajó repartiendo folletos y explicándole a la gente que asistió”, así también el grupo destaca “nos organizamos para trabajar”.

En cuanto al desempeño de su rol como monitoras, aún cuando ellas señalaron que su preparación para asumir un rol multiplicador de conocimientos fue básica, fueron capaces de entregar información y en los casos en los que no se manejaba ésta, se delegó a especialistas la consulta, lo que evidencia una participación activa.

En el caso del grupo de adolescentes, hubo un factor subjetivo de “desmotivación”, gatillado al decir de éstos, por “la baja concurrencia de la población al evento, situación que se vio agravada por casos puntuales en las cuales algunas personas rechazaron material informativo”, lo cual motivó que asumieran conductas más pasivas durante el evento.

En relación al desempeño de su rol como monitoras/es, manifiestan necesitar una mayor preparación (conocimientos, material) para ejercer un rol multiplicador, dada la especificidad de cada tema. Asimismo, se evidenció falta de iniciativa para referir consultas a las/os especialistas presentes, manteniendo en general durante el evento una actitud pasiva, no obstante, se manifestaron muestras de participación concretas de algunas(os) integrantes del grupo tanto en la etapa preparatoria como durante el desarrollo de la Feria.

3. En cuanto a la implementación de la Feria, las/os monitoras/es señalan como un factor importante que afectó la concurrencia de la población al evento, la elección del horario y el lugar de realización de éste, afirmando que “el lugar no cumplía con requisitos para asegurar una mayor concurrencia”, de esta forma, se señala que “la gente de la parroquia no es del sector, y los vecinos del sector no participan en las actividades de la parroquia”, además, éste espacio es una vía de acceso para llegar a sus hogares, por tanto, “la gente no acostumbra a quedarse en el lugar, sólo transita por ahí”. Por otra parte, en cuanto al horario, éste fue muy extenso, no logrando concentrar la actividad en horas de mayor concurrencia, como por ejemplo, día domingo después de misa.

En relación a la estrategia de difusión implementada, las/os monitoras/es manifiestan que “faltaron actividades para llamar la atención de la gente, ej: zancos, batucada, etc”. Así también, se señala la “importancia de la música, ya que con esto se llama a la gente”, de esta forma, aún cuando se utilizó amplificación musical para el evento, es necesario adecuarla a las preferencias o gustos de las personas del sector. Se destacó como un elemento importante en la difusión, la entrega constante de mensajes verbales a través del micrófono, invitando a las personas a participar de la Feria.

La cantidad de material informativo existente para entregar a la comunidad fue considerada por las/os monitoras/es como óptima para responder a las necesidades del momento, puesto que “ya que se entregó una buena cantidad de folletos”, valorándose como altamente positiva la gestión que permitió contar con una buena cantidad de material informativo.

De la misma forma, se destacó la calidad del material informativo, en cuanto a su presentación, ya que éstos eran de colores atractivos, material de buena calidad y respaldados institucionalmente.

4. Las monitoras/es señalan que “la respuesta de la comunidad ante el evento fue buena, porque toda la gente aceptó los folletos que se le entregaron”, asimismo se solicitó información (preguntas, consultas) a partir de esta entrega. Si bien, la concurrencia en cantidad no fue la esperada, la entrega de material mano a mano permitió tener mayor acercamiento a la población objetivo (en situación de riesgo social).

Por otra parte, se señala que la entrega de folletos “ya es algo ganado”, porque al llevarlo, las personas posteriormente lo leerán y establecerá un canal de transmisión hacia su familia.

5. En cuanto a los recursos institucionales, se valoró positivamente la presencia de profesionales y especialistas en el tema, las/os que pudieron dar una orientación adecuada, siendo especialmente atractiva para la población la presencia de Matronas, quienes se encuentran capacitadas para entregar información para dar respuesta a un amplio espectro de temas (cáncer, anticonceptivos, E.T.S., autocuidado, entre otros).

En relación al equipo seminarista, las/os monitoras/es valoraron positivamente la capacidad de gestión tanto en los preparativos como en el desarrollo de la Feria, manifestando que se realizó “un gran esfuerzo por coordinar con diferentes instituciones” y en el desarrollo de todo el evento.

Ellas/os realizaron una autoevaluación de su desempeño como monitoras/es, se destacó por parte del grupo de mujeres la capacidad de iniciativa para tomar decisiones y sortear dificultades que surgieron en el momento. El grupo de jóvenes, por otra parte, se manifiestan con capacidades para autogestionar a futuro otras actividades en esta área, a partir del establecimiento de vínculos con las diferentes instituciones participantes.

En cuanto a los recursos financieros, las/os monitoras/es estiman que faltaron recursos financieros que permitieran contratar los servicios de artistas que se encargaran de la animación de la Feria.

EVALUACIÓN TIEMPO

TABLA GANTT

<i>TIEMPO (Semanas)</i>	<i>JULIO</i>	<i>AGOSTO</i>	<i>SEPTIEMBRE</i>	<i>OCTUBRE</i>	<i>NOVIEMBRE</i>
PROYECTO 1					
Subproyecto 1			* * * *	* * * *	
			X X X	X X X X	
Subproyecto 2			* * * *	* * * *	
			X X	X X X X	
Subproyecto 3	* * * *	* *			* *
	X X	X			X
PROYECTO 2					* X

- * Tiempo Programado para la implementación de los Proyecto y Subproyectos. Cada unidad representa una semana del mes.
- X Tiempo real de Ejecución, empleado en la implementación del Proyecto y Subproyecto. Cada unidad representa una semana del mes.

El desarrollo del Programa en general se realiza en el tiempo programado de ejecución, por tanto, no se produjo retraso alguno de las actividades diseñadas para cada Subproyecto (de los Proyectos 1 y 2).

El Proyecto 1, Subproyecto 1, se desarrolló normalmente, en concordancia con el tiempo planificado para su ejecución.

Cabe hacer notar que si bien en el caso del Proyecto 1, Subproyecto 2, se suspendió el Taller de Prevención de E.T.S., el tiempo disponible se utilizó en organizar en conjunto con el grupo de jóvenes, su participación en el Proyecto 2.

En el caso del Proyecto 1, Subproyecto 3, éste se llevó a cabo en dos fases no secuenciales, no obstante, los plazos programados para su implementación no presentaron problemas, lográndose su realización de manera oportuna.

En relación al Proyecto 2, éste se ajusta completamente al plazo destinado para su realización, no presentándose ningún tipo de inconveniente para ello.

*Conclusiones y
Hallazgos
Profesionales*

CAPÍTULO VII

1. CONCLUSIONES

Partiendo de la premisa mediante la cual la mayoría de los problemas de salud son evitables, es que las acciones en salud deben ser preferentemente de *Promoción y Prevención*. Ahora bien, en este sentido le corresponde a Trabajo Social realizar un aporte específico en la temática de la Salud Reproductiva, desde el ámbito profesional propio, como es el tema de la *Promoción en el área Salud*.

Es así como se define como propósito de Trabajo Social en salud, el contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, promoviendo el desarrollo de las potencialidades de individuos, familias, grupos y comunidades, para que éstos logren el protagonismo en el cuidado de su salud. En función de esto, le corresponde al/la profesional desarrollar acciones en todos los niveles de intervención de Trabajo Social.

Pues bien, en este contexto en el cual se enmarca el presente Seminario de Título, por cuanto aún cuando las acciones en el campo de la salud se implementaron desde una institución privada, se logran desarrollar funciones genéricas de Trabajo Social en el área, como lo son: guía o facilitadoras del aprendizaje, promoción, coordinación, motivación, investigación y planificación, entre otras.

En este sentido, cabe hacer notar las conclusiones generadas a partir de la implementación del presente Seminario de Título, en función de los siguientes criterios:

- **Respecto a la temática abordada:** La escasez y/o inexistencia de estudios referidos al tema de la Salud Reproductiva en nuestro país, representó uno de los mayores obstáculos para el equipo seminarista, especialmente en la fase diagnóstica. De esta forma, sólo existen escasos y recientes estudios realizados por el sector privado que ejecuta acciones en salud (ONGs), y publicaciones a nivel de Latinoamérica, especialmente de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Por otra parte, en el sector público de salud se carece de esta clase de estudios, lo que representa una gran debilidad, especialmente debido a que las políticas de salud en Chile han empezado a incorporar lentamente a la población femenina como sujetas de políticas públicas específicas, de esta forma, a nivel de planteamientos existentes en el Programa de la Mujer, se menciona la necesidad de abordar la atención en salud de la población femenina desde una visión que considere el enfoque de género. Sin embargo, no existe un referente teórico que avale estas intenciones, lo que impide que las/os profesionales del área de la salud puedan acceder a conocimientos actualizados respecto al tema de la Salud reproductiva, entre otros.

Ahora bien, el tratamiento de una temática poco abordada aún desde el sector salud –a excepción de disgregados estudios sobre diferentes aspectos de la Salud Reproductiva de la Mujer- a la par de significar un obstáculo para el tratamiento del tema, representa un desafío profesional, por cuanto campo propicio para la profesión, entrega un nuevo campo de acción profesional para Trabajo Social.

El desarrollo de acciones de promoción en el campo de la salud, a la luz de la experiencia realizada durante el presente Seminario, permite integrar conocimientos entre las distintas disciplinas, requisito indispensable para alcanzar la tan lejana interdisciplinariedad, especialmente al interior del sector salud.

- **Aporte desde Trabajo Social:** Ahora bien, respecto a las acciones privativas de Trabajo Social en el ámbito de la salud, y los consiguientes aportes posibles de desarrollar, es posible establecer que el principal aporte realizado desde las acciones de promoción, consiste en la movilización de recursos, tanto de parte de la comunidad,

como de organizaciones públicas de salud y también privadas. Esta situación cobra especial importancia, por cuanto permite la interacción de diversos/as actoras/es y sectores, con la consiguiente diversidad de enfoques. En este sentido, las acciones de promoción basadas en la intersectorialidad permiten incorporar visiones que enriquezcan el análisis y la comprensión de los problemas de salud de la población; asimismo, permite dotar a las acciones de salud de un marco de referencia que traspasa lo biológico, incorporando y complementando conocimientos, recursos y acciones desde otras disciplinas y sectores. En este caso, es posible entender la Salud Reproductiva ya no sólo desde la perspectiva médica, sino que enriquecerla con el enfoque de género, los Derechos Sexuales y Reproductivos, la calidad de la atención en salud, en fin, aspectos que nos permiten arribar a una visión integral de los procesos de salud/enfermedad en la comunidad.

2. HALLAZGOS PROFESIONALES

- En primer término, surge el **Rol de Trabajo Social en las acciones de Promoción de la Salud**, éstas por lo general están enfocadas hacia sectores que se encuentran en situación de Riesgo Social, con los cuales la profesión mantiene contacto directo en terreno. En este sentido, no sólo se requiere que la/el profesional participe directamente de las acciones de promoción, sino que haga uso del instrumental técnico que le entrega la disciplina. De esta manera, y a propósito de la elaboración de un instrumento para medir el nivel de Riesgo de la población en el sector Salud –instrumento elaborado por un equipo de profesionales Trabajadoras/es Sociales- también en el área de la salud se tornan indispensables el desarrollo de permanentes investigaciones y diagnósticos a nivel comunitario, en función de focalizar las acciones de prevención y promoción en aquellos grupos o poblaciones con los cuales se trabaje o que lo necesiten.
- El **Nivel Comunitario de Intervención** no ha sido un campo bien aprovechado por la/es profesional Trabajadora/or Social, que tradicionalmente se desenvuelve en el sector público de salud. Esta situación a juicio del equipo seminarista cobra especial gravedad por cuanto no se logra potenciar las capacidades y herramientas profesionales presentes en la formación de grado de Trabajo Social.
- Ahora bien, en cuanto al tema en el cual se focaliza el presente Seminario de Título, la **Salud Reproductiva de la Mujer**, representa un área de gran interés para la disciplina, ya que es posible evidenciar una amplia gama de problemáticas asociadas al tema que han sido campo de acción directa de Trabajo Social, tales como: Embarazo Adolescente, Enfermedades de Transmisión Sexual (E.T.S), el tema de la violencia que cruza transversalmente estas problemáticas, etc. En este punto, surge una necesidad profesional para la Trabajadora Social del área de la Salud de potenciarse en el Rol de

Implementadora de Políticas Sociales, en función de desarrollar un tipo de actividad que de cuenta de esta multiplicidad de problemas en diferentes áreas ligadas a la salud. Relacionado con lo anteriormente señalado, es necesario estipular que el desarrollo de acciones profesionales en el ámbito de la Salud Reproductiva no es privativa del quehacer en el sector público de salud, sino por el contrario, debido a que los problemas de Salud Reproductiva en nuestro país están alcanzado una envergadura importante, como lo son el embarazo adolescente, VIH/SIDA, E.T.S, etc, tal como se menciona en el presente documento, estas problemáticas sobrepasan los esfuerzos realizados en el sector público de salud, por ende, hoy se necesita abrir espacios profesionales en el ámbito de la promoción desde instituciones públicas como privadas. No obstante, pese a esta necesidad de abrir espacios profesionales en el sector privado, es en el Nivel Primario de Atención en Salud donde la profesión debe redoblar sus esfuerzos en función de apoyar las acciones de desarrollo comunitario y elevar su nivel de aportes, puesto que aquí también se concentra la población sujeta de acción de Trabajo Social, es decir, los sectores que se encuentran en situación de Riesgo Social.

Ahora bien, es imperativo que la /el profesional Trabajador/a Social jerarquice como prioritario educar a la población con la cual trabaja, especialmente en el tema ligado a la Salud Reproductiva y los Derechos Sexuales y Reproductivos, tema que por una parte es escasamente conocido por la población, ya que ésta no es demandante de información, más aún cuando tiene que ver con el tema de la sexualidad, la que generalmente es un tabú en las conversaciones familiares, de pareja y de padres/madres a hijos/as; y por otra parte, en el Servicio de Salud recientemente se ha implementado programas que consideran la Salud Reproductiva y el enfoque de género como central en la atención de salud que se le brinda a la mujer. Es por este motivo que la/el Trabajador/a Social debe hacer suya la labor educativa y de promoción en este ámbito.

- En este sentido, cobra real importancia el **Proyecto Piloto** presentado por el Equipo Seminarista al área Servicio de Salud, por cuanto en este proyecto en este proyecto se caracteriza como idónea/o un/a profesional que posea un perfil que le permita

desenvolverse ampliamente en el plano de la Salud Comunitaria. Es así como, a modo de reflexión, y en función de los requisitos que demanda para la profesión los procesos de transformación por los que transita nuestra sociedad, se hace imprescindible que el profesional que se desenvuelve especialmente en el ámbito comunitario desarrolle habilidades profesionales y personales que le permitan mantener vigente su accionar en medio de las transformaciones operadas.

- Finalmente, en relación al **Trabajo Interdisciplinario en la Promoción de la Salud**, es la/es profesional Trabajador/a Social que por definición histórica ha estado más dispuesto a desarrollar el trabajo en terreno en relación al resto del equipo de salud. En este sentido, al parecer queda aún un gran trecho para lograr que el equipo de trabajo en el Nivel de Salud Primario tome conciencia y asuma como una acción derivada de sus funciones profesionales la realización de acciones de promoción que involucren activamente a la comunidad.

Lo anterior nos lleva a reflexionar sobre el vasto campo de acción que esta área entrega, y asimismo, las grandes demandas de tipo profesional dirigidas hacia la/el Trabajador/a Social, demandas que no siempre son satisfechas desde Trabajo Social, ya sea por la importancia y cantidad de problemáticas de tipo individual a las que la profesión debe responder, o debido a la falta de sensibilidad con respecto a la necesidad de dar respuesta a los nuevos –y no tan nuevos- desafíos que presenta el área de la salud, especialmente en lo referido a las acciones de prevención y promoción de la salud en la comunidad.

Es así como, a juicio del Equipo Seminarista, una nueva función o demanda hacia Trabajo Social, es desarrollar su **capacidad propositiva** dentro de los equipos de trabajo, en función de sensibilizar al resto del equipo respecto de la necesidad de generar nuevos escenarios que permitan desarrollar las acciones de educación, promoción y prevención.

Es justamente en el desarrollo de esta capacidad, hacia donde se centran los esfuerzos orientadores del presente Seminario de Título, por cuanto a través de la realización de un Diagnóstico, se produce un acercamiento al campo de la Salud Pública, logrando en el mejor de los casos la cooperación de profesionales, y en otros casos, solamente la entrega de información, es decir, desarrollar acciones de sensibilización o gatillar alguna reflexión sobre el grado de eficacia que alcanzan las metodologías de educación implementadas por el Nivel Primario de Atención en Salud.

Pensamos que más allá de evindciar las dificultades presentes en esta área , es necesario levantar propuestas, implementar acciones concretas, articular los diferentes recursos (humanos principalmente) existentes, en función de realizar una contribución conjunta, interdisciplinaria e intersectorial al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

*Fuentes
Bibliográficas*

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

I. TEXTOS Y PUBLICACIONES

- SAMPIERI, FERNÁNDEZ, BAPTISTA. "Metodología de la Investigación" Ed. McGRAW - HILL 1996.
- FERNANDES BALLESTEROS . "Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos Sociales, Educativos y de Salud." Ed. Síntesis. 1996.
- † ▪ MINISTERIO DE SALUD. Programa de Salud de la Mujer. MINSAL. 1994.
- † ▪ MINISTERIO DE SALUD. Programa de Salud Materna y Perinatal. MINSAL. 1991.
- MINISTERIO DE SALUD. Orientaciones para la Pesquisa y Control de Cáncer Cervicouterino en Chile. MINSAL. 1998.
- MINISTERIO DE SALUD. Programa de Prevención y Control de ETS. MINSAL. 1999.
- MINISTERIO DE SALUD. "De Consultorio a Centro de Salud". MINSAL. 1993.
- OPS-OMS. "Planificación local participativa. Metodologías para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe". 1999
- VALDES, TERESA, "Venid benditas de mi padre". FLACSO. 1º Edición. 1989
- † ▪ VALDÉS, TERESA; BUSTOS, MIRÉN. "Sexualidad y reproducción. Hacia la construcción de derechos". CORSAPS-FLACSO. 1994.
- LOLAS, FERNANDO; FLORENZANO, RAMÓN; GYARMATI, GABRIEL. "Salud y enfermedad, hacia un paradigma Bio-psico-social". Ciencias Sociales y Medicina. Ed.Universitaria. 1992.
- SAU, LAURA; REINOSO, MARCELA. "A través del espejo". Casa de la Mujer. 1994.
- PÉREZ SANCHEZ, ALFREDO. "Ginecología". Ed. Mediterráneo. 1995.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. "Salud materna. Un perenne desafío". O.P.S.- 1991.
- GRANADA, MARÍA VICTORIA; VASQUEZ, MARTHA "La mujer y el proceso reproductivo". O.P.S.- 1990
- FUENTES, MARÍA EUGENIA; LOBOS LUCÍA. "Adolescente embarazada. Programa de apoyo emocional". Ed. Universitaria. Chile. 1995.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. "Salud Reproductiva en las Américas". O.P.S.- 1995.

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. "Salud Reproductiva en las Américas". Ed. López, Yunes, Solís, Onram. 1992.
- CHIAROTT, SUSANA; MATUS, VERÓNICA. "Derechos Humanos de las Mujeres y las Niñas". Instituto de Género y Desarrollo. Argentina, 1997.
- LADI LONDOÑO, MARÍA. "Derechos Sexuales y Reproductivos". Ed. Margen. Colombia, 1996.
- MASTERS, JOHNSONS y KOLODNY. "Eros: Los mundos de la sexualidad". Ed. Grijalbo Mondadori. 1996.
- JILES XIMENA; ROJAS CLAUDIA. "De la Miel a los Implantes". Historia de las Políticas de Regulación de la Fecundidad en Chile. CORSAPS. 1992.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. "SIDA: Perfil de una epidemia" 1989.
- O.P.S - O.M.S- SERNAM. "Mujer. Salud y Desarrollo". 1995.
- ZEIDENSTEIN, SANDRA; MOORE, KRISTEN. "Aprendiendo sobre sexualidad". Ed. The Population Council. EEUU.- 1999.
- CAMPANINI, ANNAMARÍA; LUPPI, FRANCESCO. "Servicio Social y modelo Sistémico" Ed. Paidós. Barcelona, 1995.
- MATAMALA, MARÍA ISABEL; MAYNOU, PILAR. "Salud de la Mujer, Calidad de la atención y Género. Guía para la realización de un Curso Taller". Ed. Lom. Chile, 1996.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD . " Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe." O.P.S.-. 1999.
- INSTITUTO CHILENO DE MEDICINA REPRODUCTIVA. ICMER. "Realidades y desafíos. Reflexiones de Mujeres que trabajan en Salud Reproductiva". Santiago, 1995.
- CARDICH, ROSARIO; CHAVEZ, SUSANA. "10 Guías para trabajar Educación Sexual con jóvenes". Ed. Movimiento Manuela Ramos. Chile, 1995.
- FORO ABIERTO DE SALUD Y DERECHOS REPRODUCTIVOS. " Convención Nacional de Salud de las Mujeres" V Región. 1995.
- RED DE SALUD DE LAS MUJERES LATINOAMERICANAS Y DEL CARIBE. " Mujeres, Vulnerabilidad y VIH/SIDA. Un Enfoque desde los Derechos Humanos". Adriana Gómez Editora. 1998.
- NATIONAL RESEARCH COUNCIL. "Anticoncepción y Reproducción: Consecuencias para la Salud de la Mujer y los Niños en el Mundo en Desarrollo". Ed. Panamericana. Argentina. 1990.
- CHUAQUI, DUARTE y OTROS. "Manual de Patología General" Ed. Universidad Católica de Chile. 1992.
- PAREDES, JULIETA; GALINDO, MARÍA. "Sexo, Placer y Sexualidad" Ed. Mujeres Creando. Bolivia, 1998.

- “Red Mundial de las Mujeres por los Derechos Reproductivos.” Boletín N°64. 1998.
- Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Vol. 64; N°3. 1999.
- XXV Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología. Noviembre 1993. Editor Jorge Tisne.

III. ARTICULOS

- Gantz, Susan. “Autocuidado: Perspectivas desde seis disciplinas”. En: Revista EPAS. Educación para el Autocuidado. Vol X; N° 2. 1993.
- Wegner, Landry, Wilkinson y Tzanis. “El hombre como compañero en las cuestiones reproductivas” En: Perspectivas Internacionales. Número Especial, 1998.
- Raczynski, Dagmar. “Mujer y Salud: Tareas pendientes”. En: Enfoques de Atención Primaria. Vol 5; N° 1, 1990.
- Campos, María Cecilia. “La familia como agente del Autocuidado de la salud”. En: Revista EPAS. Vol XI; N° 1. 1994.
- Bonacic, Herna. “La mujer como educadora”. En: Revista Chilena de Enfermedades de Transmisión Sexual. Vol 7; N°2. 1992.
- Fundación Margen. “Prevenir y proteger la salud con educación entre pares”. En: Mujeres, vulnerabilidad y SIDA. Cuadernos Mujer Salud N°3. 1998.
- Jeanette Dabanch. “Infección por VIH y SIDA en la mujer”. Cuaderno Médico Social; XXXVII, N° 4. 1996
- Lamadrid, Silvia.” Apoyo a la prevención en salud y pesquisa precoz de cáncer cervico-uterino y de mamas”. En: Mujer, Salud y Desarrollo. OPS – OMS - SERNAM. 1995.
- Antonucci, Pia. “Intervención educativa. Apoyo a la prevención en salud y pesquisa precoz del Cacú y Mamas. En: Mujer, Salud y Desarrollo. Ibid.
- García Nuñez, José. “ Propuesta para la evaluación programática de los servicios de planificación familiar con base en un modelo de calidad”. En: Carpeta Salud Reproductiva N°27-G. Biblioteca Congreso Nacional.
- Gyslniz, Jacqueline. “Salud y derechos Reproductivos: Concepto en construcción”. Flacso. En: Carpeta Derechos Reproductivos N°27-H. Biblioteca Congreso Nacional.
- Jara, Mariela. “Por una sexualidad placentera y una maternidad voluntaria”. En: Carpeta CESIP. N°37-H. Biblioteca Congreso Nacional.
- Silva Ibarra, Hernán. “Trastornos del estado de ánimo y ciclo reproductivo de la mujer”. En: Revista Psiquiatría Chilena. Vol. XXX, N°1. 1993.

- QUINTANA, PAULA; SAU, LAURA; RÍOS, BLANCA.” La Mujer en la V Región. Datos para un Diagnóstico”. Docto de trabajo. Casa de la Mujer. 1990.
- HUME, MAGGIE. “La evolución de un Código Terrenal. La anticoncepción en la Doctrina Católica”. Católicas por el Derecho a Decidir. Montevideo. 1992.
- ANA CECILIA BASCUÑÁN. “Mujer, Sexualidad y Sida”. Manual de prevención del Sida en Mujeres Heterosexuales con pareja estable. Instituto de la Mujer. Santiago, 1995.
- SERNAM. “Plan de igualdad de oportunidades para las mujeres. 1994-2000. Chile, 1994.
- COMISIÓN NACIONAL DEL SIDA. MINSAL. “Manual de información para la Educación”. 1994.
- PROPUESTA DE LEY MARCO SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. Santiago, Agosto, 2000.
- UNIVERSIDAD DE CHILE. CENTRO DE ANÁLISIS DE POLÍTICAS PÚBLICAS. “Propuesta de Política Pública para la prevención del embarazo adolescente en adolescentes y apoyo al desarrollo de su sexualidad y afectividad”. Junio, 2000.
- CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. El Cairo. 1994.
- FAMILY CARE INTERNATIONAL. “Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos”. Marco de Acción. 1995.
- GUZMÁN, VIRGINIA; PORTOCARRERO, PATRICIA. “Construyendo Saberes”. Ed. Flora Tristán. Perú. 1992.

II. REVISTAS

- Conciencia Latinoamericana. “Derechos de las Mujeres, Realidades y Paradojas”. Brasil. Vol XII N°1, Marzo 2000.
- Conciencia Latinoamericana. “Cairo + 5”. Brasil. Vol XI N°2, Julio 1999.
- Salud Reproductiva y Sociedad. Programa Salud Reproductiva y Sociedad del Colegio de México. México. Año I. N° 1, 3, 5. Abril - Septiembre, 1993.
- Asociación “Angela Lina”, APRODEM. Seminario “Vulnerabilidad y Riesgo Social: Mujeres en el comercio sexual. Santiago, 1997.
- “Conversemos sobre el SIDA”. Folleto informativo al público, Comisión Nacional del SIDA. MINSAL.

- Castro Santoso, René. “ Salud Reproductiva y salud de la mujer”. En: Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Vol. 61 N°2. 1996.
- Rabinovich, Jorge; Luco, Alfonso, Espinoza, María Inés. “Estudio cualitativo del varón en la salud sexual y reproductiva”. APROFA, 1997.

IV. ENTREVISTAS:

- ARANCIBIA, MARIANA. Secretaria Académica Escuela de Obstetricia, Universidad de Valparaíso.
- BAEZA, JUAN. Matrón Consultorio del Adolescente. SSVSA:
- AREVALO, KATERIN. Asistente Social Consultorio Plaza Justicia.
- CANALES, ROSA. Matrona Encargada Programa del Adolescente. SSVSA.
- CARRASCO, MARÍA CECILIA. Matrona Asesora Programa de la Mujer. SSVSA.
- CASTAÑEDA, PATRICIA. Asistente Social. Docente Escuela de Servicio Social, Universidad de Valparaíso.
- CERDA, BENEDICTA. Matrona Encargada Centro ETS, SSVSA.
- CONEJEROS, LEONOR. Psicóloga Casa de Acogida. Fundación de Beneficencia Hogar de Cristo, Filial Valparaíso.
- FLORES, BERNARDITA. Asistente Social. Directora de Corporación Chilena de Prevención del SIDA - C.CH.P.S. Valparaíso.
- GUTIERREZ, JOSE. Párroco Iglesia la Matriz, Valparaíso.
- IBACETA, MARIA. Docente Escuela de Obstetricia, Universidad de Valparaíso.
- MONTERO, VINKA. Enfermera Encargada Programa VIH/SIDA. SSVQ.
- MULLER, MAGDALENA. Asistente Social Centro de ETS. SSVSA.
- NANCY ZAMORANO, Asistente Social Consultorio Reina Isabel. SSVSA.
- MARTA VERA, Matrona Jefa Consultorio Plaza Justicia.
- PASTEN, FERNANDO. Asistente Social. Docente Escuela de Trabajo Social. Universidad de Valparaíso.
- SALINAS, DAGOBERTO. Asistente Social. Docente Escuela de Trabajo Social. Universidad de Valparaíso.
- SANTANDER, ENRIQUE. Estadístico. Docente Escuela de Trabajo Social. Universidad de Valparaíso.
- ZAMORANO, NANCY. Asistente Social. Consultorio Reina Isabel. SSVSA.
- ZULETA, MIREYA. Directora ONG. Casa de la Mujer. Valparaíso.

V. SITIOS DE INTERNET

- HERA. www.iwhc.org/hera.
- INSTITUTO CHILENO DE MEDICINA REPRODUCTIVA. www.icmer.org.
- SALUD REPRODUCTIVA. www.avsc.org/avsc/spanish/diseases/sdprev.html.
- SALUDREPRODUCTIVA www.hsph.harvard.edu/organization/healthnet/spanish/course/index.html.

Carpeta
Monitor/a

SALUD REPRODUCTIVA

A CONTINUACIÓN SE ENTREGA LA DEFINICIÓN DE LA O.M.S. SOBRE SALUD REPRODUCTIVA: *"... un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos...* Esta definición significa tener la posibilidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de tener hijos si es que no se desean, así también la libertad de tener o no tener hijos, y saber cuándo tenerlos. Para ello tanto el hombre como la mujer tienen derecho a obtener información adecuada sobre los métodos de planificación familiar, a planificación familiar de calidad y acceso a métodos anticonceptivos seguros y eficaces. Además la pareja tiene derecho a recibir servicios de atención en salud adecuados, que permitan embarazos y partos sin riesgos y den a las parejas todas las posibilidades de tener hijos sanos.

Lo expresado en esta definición sólo es posible si se ejercen los derechos que aseguran su realización.



LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Estos derechos incluyen:

- Derecho a ejercer la sexualidad independiente de la reproducción.
- Derecho a vivir libremente la orientación sexual deseada, sin temor a sufrir discriminación, coacción ni violencia.
- Derecho a recibir educación sexual.
- Derecho a disfrutar de un adecuado nivel de salud sexual
- Derecho a decidir libremente sobre la reproducción
- Derecho a métodos anticonceptivos seguros y eficaces
- Derecho a servicios de calidad en salud sexual y reproductiva

AUTOCAUIDADO EN SALUD

Muchas de las conductas en salud las aprendemos a través de la educación informal y de las experiencias a lo largo de toda la vida. Algunas de éstas son favorables, mientras que otras son desfavorables para la salud. En este sentido, es necesario referirse a la *responsabilidad que tiene cada persona en la mantención de su salud*, a esto le llamamos Autocuidado, lo que se define como:

" las actividades que permiten a las personas y familias tomar iniciativas, asumir responsabilidades y funcionar efectivamente, desarrollando sus propias potencialidades para la salud (Norris)"

De esta forma, se puede hablar de Autocuidado en Salud Reproductiva y más específicamente, en los temas tratados durante el Taller, para ello, te proponemos que te detengas un momento a pensar qué pasa con tu salud con los conocimientos necesarios para prevenir enfermedades, y si te estás preocupando de mantenerte sana(o). Contesta este breve cuestionario, si tienes más de 6 respuestas SI, significa que mantienes una actitud de Autocuidado, de lo contrario, necesitas preocuparte mas de tu cuerpo y tu salud.

NO

SI

1. ¿Me hice este año o el año pasado el exámen del PAP? (mujer)
2. ¿Me autoexaminé mis mamas durante el último mes? (mujer)
3. ¿Exijo a la matrona que me explique cuando no entiendo?(mujer)
4. ¿Quedé embarazada por casualidad?(mujer)
5. ¿Yo o mi pareja estamos usando algún método anticonceptivo?
6. ¿Conozco cómo actúa este método sobre mi cuerpo?(mixto)
7. ¿Conozco otros métodos anticonceptivos?(mixto)
8. ¿Me he informado acerca de la utilidad del condón?(mixto)
9. Pienso que participar en alguna organización es bueno para mi salud?(mixto)

--	--

LA SEXUALIDAD COMO PARTE DE NUESTRA VIDA:

La sexualidad es un componente importante de nuestra personalidad, atañe tanto a los aspectos biológicos, emocionales y sociales. Es además una realidad de cada ser humano y una potencialidad a ser ejercida, a pesar de que equívocamente se la considera como algo sucio e impuro, que se esconde y no se habla con la pareja.

Mientras que entendemos por **SEXO** a un conjunto de características biológicas que se refieren a la estructura anatómica, hormonal y fisiológica; la **SEXUALIDAD** es un concepto mucho más amplio, pues es la forma que cada uno tiene de relacionarse con el mundo, es parte de nuestra vida y es parte de nuestra salud. Es permanente en toda nuestra existencia, aunque la percibamos diferente a través del tiempo. No depende de la edad ni el sexo, ni del color de la piel, ni del tamaño de algún órgano del cuerpo. Igual puede disfrutarla un hombre y una mujer, una persona anciana o una niña.

Cada una(o) de nosotra(o)s tiene una sexualidad propia, particular, única, lo mismo que tenemos temperamento con características particulares que nos diferencian del resto. No obstante, la sexualidad está fuertemente influida por la sociedad y es importante conocer de qué manera lo social nos condiciona, nos dificulta o nos ayuda para ser más plena(o)s y más felices.

A través de procesos de socialización muy complejos (en el cual interviene la familia, la escuela, los medios de comunicación, la religión, las normas, etc.) la sociedad entrega un conjunto de información que hace a las personas comportarse de una manera determinada y, en nuestra cultura entrega pautas diferenciadas para hombres y mujeres, estereotipando comportamientos masculinos y femeninos, de esta manera en una familia tradicional se espera que la mujer sea buena dueña de casa, así como madre y esposa, se preocupe del cuidado de los otros, sea sumisa y atenta; por otra parte del hombre se espera que sea el ente proveedor, que realice los trabajos pesados, que sea firme y no manifieste abiertamente sus sentimientos, etc. y aquellos comportamientos que se salen de las pautas establecidas, sufren de una fuerte presión social. Esta situación es nociva tanto para la mujer, para el hombre y para la relación de pareja, puesto que impide gozar de un tipo de relación basada en el respeto mutuo y la igualdad.

MITOS EN TORNO AL SEXO Y LA SEXUALIDAD

Estos mitos son nocivos para el desarrollo de una sexualidad sana, porque impiden a la pareja desarrollarse a plenitud y crecer como personas, algunos de estos mitos que alguna vez hemos escuchado son los siguientes:

- ◆ En las relaciones sexuales sólo el hombre siente placer.
- ◆ La responsabilidad del control de la natalidad le corresponde solo a la mujer.
- ◆ Los órganos genitales funcionan siempre y la sexualidad es siempre agradable.
- ◆ Lo mas probable es que las mujeres que son acosadas o abusadas sexualmente provocan esta conducta en el hombre.
- ◆ El objetivo de una relación sexual es la reproducción.
- ◆ Los homosexuales son anormales.
- ◆ El hombre es infiel por culpa de la mujer
- ◆ La mujer que hace trabajos pesados pierde su femineidad.
- ◆ Es mejor que la mujer esté siempre dispuesta a tener relaciones con su pareja.
- ◆ El impulso sexual de los hombres es incontrolable.
- ◆ El hombre debe tomar la iniciativa en el acercamiento sexual, mientras que la mujer debe permanecer pasiva

ANTICONCEPCIÓN

"Es la prevención temporal y reversible de la concepción llevada a cabo por la mujer, el hombre o la pareja"

Los métodos anticonceptivos actuales permiten disponer de una amplia gama de posibilidades, al menos de manera potencial, para ejercer una maternidad y paternidad responsables. Entre éstos, podemos identificar diferentes soluciones.

Respecto de las soluciones naturales, debemos distinguir:

- Ritmo o calendario
- Temperatura basal
- Billings
- Sinto termal

Y las denominadas Artificiales o médicas, entre las que se cuentan:

- Métodos de barrera (condón masculino y femenino, diafragma intravaginal en la mujer, los que pueden usarse en combinación con espermicidas)
- Dispositivos Intrauterinos (DIU)
- Métodos hormonales (orales, inyectables o implantables, anticoncepción de emergencia).

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)

El DIU o dispositivo intrauterino es un aparato que colocado dentro del útero, impide el embarazo. El más conocido en nuestro país es la "T de cobre".

MODO DE USAR

Sólo puede ser puesto por un médico/a, matró/a, o una persona entrenada para introducirlo.

La colocación es simple y rápida se hace cuando la mujer está con menstruación por que es más fácil de colocar pues el orificio del cuello del útero está más abierto y se puede introducir. Se debe efectuar examen cada 6 meses o 1 año.

NO DEBE USARSE SI:

- Hay inflamaciones en los genitales
- Hay embarazo
- Hay infección del útero
-

MOLESTIAS QUE PUEDE OCASIONAR EL DIU

- Dolores y pequeñas contracciones
- Sangramientos
- Dolor de espalda, esto desaparece a los pocos días
- A veces, el útero a los 3 meses puede expulsar el DIU
- Aumenta el flujo y los dolores
- Si se embaraza hay que sacarlo

VENTAJAS DEL DIU

- Es bastante seguro (falla muy poco)
- Puede ser usado de 2 a 3 años
- Su colocación es gratis en los consultorios
- Se inserta una sola vez
- Requiere poca atención o cuidado (sólo control 2 veces al año)
- No interfiere en el acto sexual

DESVENTAJAS DEL DIU

- Aumenta la posibilidad de infección en la zona
- Algunas mujeres tienen dolores y trastornos menstruales como aumento y sangramiento
- A algunas mujeres les puede dar anemia
- La mujer que se coloca el DIU debe controlarlo en su consultorio.

ESPERMICIDA VAGINAL

Son productos para ser colocados en la vagina antes de la relación sexual. Ellos impiden que los espermios penetren en el útero, evitando así el embarazo.

Existen 4 tipos de espermicidas: las cremas, las jaleas, los supositorios u óvulos, y las espumas.

Cuando son colocados en la vagina evitan el embarazo porque destruyen el espermatozoide.

MODO DE USAR DE LOS ESPERMICIDAS

El espermicida debe ser colocado profundamente en la vagina, diez o quince minutos antes de la relación sexual porque tiene que disolverse al interior de la vagina.

Después de alrededor de una hora se pierde el efecto.

VENTAJAS DE LOS ESPERMICIDAS

- Puede ser usado diariamente
- Ayuda a proteger contra la Gonorrea y Sífilis
- No necesita de orientación o consulta médica
- Pueden ser usados con facilidad por una misma
- Es un método que puede ser usado junto a otros (diafragma, condón) para mayor seguridad.

DESVENTAJAS DE LOS ESPERMICIDAS

- A algunas mujeres les puede ocasionar irritación o alergia en la vagina. En ese caso hay que buscar de otra marca o no usar.
- El tiempo de duración del espermicida es corto y su aplicación repetida puede interferir en la relación sexual.
- No es de los métodos más seguros, sobre todo si no se esparce bien por la vagina
- Hay mujeres que encuentran desagradable tener relaciones con esa substancia en la vagina.

COITO INTERRUPTIDO

El hombre retira el pene de la vagina y sus proximidades en el momento en que se da cuenta que va a eyacular (terminar). Así se evita el contacto del semen con la vagina.

Es un método muy antiguo y es practicado en nuestros días a pesar de ser muy poco seguro, pues antes de eyacular pueden salir espermatozoides. Muchas mujeres se embarazan utilizando este método.

El coito interrumpido requiere un control muy grande. Además no pueden usar este método los hombres que no tienen control de su eyaculación o los que tienen eyaculación precoz.

VENTAJAS DEL COITO INTERRUPTIDO

- A falta de otras alternativas, puede ser una solución si es bien practicada.
- Permite la participación del hombre en la anticoncepción.

DESVENTAJAS DEL COITO INTERRUPTIDO:

- Puede salir un poco de semen antes de la eyaculación sin que el hombre lo perciba.
- Puede cortar el ritmo de la relación sexual, ser frustrante, tanto para el hombre como para la mujer
- Su uso prolongado en el hombre puede provocar problemas de eyaculación precoz, tensión y ansiedad.
- En la mujer su uso prolongado puede provocar dificultades en tener placer y problemas de tensión y ansiedad
- Para los hombres que recién están iniciando su vida sexual, no es un buen método, ya que éstos no controlan bien su eyaculación.
- Requiere mucha atención y autocontrol, principalmente por parte del hombre
- Muchas veces la preocupación por sacar fuera el pene puede complicar la relación y muchas mujeres no tienen placer usando este método.

LA PÍLDORA

Son pastillas que contienen sustancias químicas semejantes a las hormonas que produce el cuerpo de la mujer.

COMO ACTUA LA PÍLDORA PARA EVITAR EL EMBARAZO

Tomando estas pastillas, las mujeres evitan el embarazo de diferentes maneras: las píldoras impiden la ovulación, evitan la anidación en el útero y engrosan las mucosidades de la mujer evitando así el paso de los espermios.

NO SE DEBE TOMAR LA PÍLDORA SI:

- Tengo problemas circulatorios.
- Soy hipertensa (presión alta)
- Tengo diabetes
- Estoy con anemia
- Si estoy amamantando
- Si en mi familia hay antecedentes de: personas con enfermedades al corazón, diabetes,
- Tengo enfermedades al hígado

MOLESTIAS QUE LA PÍLDORA PUEDE OCASIONAR

- náuseas
- fatiga
- irregularidad en la menstruación
- hipersensibilidad en los senos
- aumento de peso
- dolores de cabeza
- alta presión
- cambio en la coloración de la piel
- estados depresivos
- acné (espinillas)

Esto no les sucede a todas las mujeres, pero si nos ocurre alguna de estas situaciones, conviene que consultemos a la persona que nos atiende en el consultorio.

VENTAJAS DE LA PÍLDORA

- fácil de usar
- puede regular el ciclo menstrual
- no requiere preparación antes del coito
- es muy segura, falla rara vez
- disminuye el flujo menstrual y los dolores previos
- es un método práctico y eficaz si es usado correctamente.

DESVENTAJAS DE LA PÍLDORA

- es un producto hormonal, que actúa sobre todo el organismo
- puede traer problemas de salud si no es usada tomando en cuenta los antecedentes de cada mujer y las situaciones en que no se recomienda su uso (contraindicaciones)
- si se olvida de tomar un solo día, la mujer se puede embarazar
- no es recomendable para mujeres que están amamantando

CONDON

Es una funda de goma muy delgada, cubierta por un lubricante (aceite especial) que cubre el pene cuando está erecto, reteniendo el semen en su interior.

COMO SE USA EL CONDÓN

- Se coloca sobre el pene erecto
- Se aprieta la punta del condón para que no entre aire
- Se desenrolla en el pene erecto con cuidado de no dañarlo con las uñas y dejando un espacio libre en la punta para que se deposite el semen (la mayoría viene con una bolsita en la punta)
- Se retira, sujetándolo con cuidado para asegurar que el semen no salga del condón porque puede caer en la vagina o cerca de ella.

VENTAJAS DEL CONDÓN

- Es muy efectivo cuando es usado correctamente y principalmente cuando es usado con un espermicida
- Protege contra las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), incluyendo el SIDA.
-
- Permite al hombre asumir mayor responsabilidad para evitar el embarazo
- No hace ningún daño a la salud
- Es un buen método para La/os

jóvenes que están iniciando su vida sexual.

NORPLANT

Es llamado también implante y son seis cápsulas pequeñas que en su interior tienen una hormona y que se insertan bajo la piel del brazo, actúan como las píldoras anticonceptivas para prevenir el embarazo.

DESVENTAJAS DEL NORPLANT

- Es un método difícil de revertir porque las cápsulas se adhieren al brazo y cuesta desprenderlas en caso de no querer seguir usando este método.
- Algunas mujeres tienen menstruaciones largas, inconstantes o ausencia de flujo menstrual
- También pueden presentarse dolores de cabeza, alteración nerviosa, aumento de peso, quistes en los ovarios y otros trastornos en la piel y el pelo
- Puede infectarse el brazo por el transplante
- No lo pueden usar mujeres que han tenido hepatitis, ictericia, antecedentes de infarto, cáncer de mamas, y las fumadoras
- Ponerlo en el brazo implica una cirugía menor y debe ser puesto por personal especializado.

VENTAJAS DEL NORPLANT

- tiene una duración de 5 años una vez colocado en el cuerpo
- puede ser utilizado por mujeres que gozan de buena salud
- no afecta la relación sexual.

OVULOS, TABLETAS O SUPOSITARIOS VAGINALES

Son productos para ser colocados en la vagina antes de la relación sexual. Ellos impiden que los espermios penetren el útero, evitando así el embarazo.

Son del tamaño el doble o triple que la aspirina, tienen una sustancia que mata los espermios.

COMO ACTUAN LOS OVULOS, TABLETAS O SUPOSITARIOS VAGINALES.

Las tabletas, los óvulos y supositorios se disuelven en el cuerpo entre 15 minutos y 1 hora después de puestos al interior de la vagina y se deben dejar 6 a 8 horas después del coito.

Sus desventajas son que no se distribuyen parejamente en la vagina, son un poco más efectivas las cremas, jaleas, espuma espermicida.

- Riesgos de complicaciones operatorias o postoperatorias que requieren atención médica
- En algunos casos podría producirse fiebre alta, falta de menstruación, dificultades de cicatrización. En estos casos se debe acudir al servicio de salud.

VASECTOMÍA

Es una operación irreversible que se practica a los hombres y consiste en interrumpir el paso de los conductos deferentes, impidiendo que los espermatozoides producidos por los testículos salgan en el semen.

VENTAJAS DE LA VASECTOMÍA

- Es altamente eficaz
- El semen continúa existiendo sin embargo no contiene espermatozoides. El hombre continúa teniendo deseo sexual, potencia y eyaculación normal. Después de la vasectomía, los espermatozoides pasan a ser absorbidos por el organismo.
- No interfiere en la relación sexual, porque el embarazo deja de ser una preocupación para la pareja.

DESVENTAJAS DE LA VASECTOMÍA

- Son necesarios exámenes antes de la operación
- Es necesario estar muy seguro de que no se desea tener más hijos
- No se queda estéril inmediatamente después de la operación, por lo que luego de ella es preciso usar otro método.
- Podría producirse riesgo operatorio o postoperatorio (hay que acudir al servicio de salud si hubiere fiebre, sangramiento, dolor fuerte o hinchazón)

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (E.T.S.)

¿Qué son las Enfermedades de Transmisión Sexual (E.T.S)?

Son enfermedades infectocontagiosas, producidas por microorganismos que se transmiten generalmente durante el acto sexual (vaginal, anal, bucogenital), entre una persona infectada y otra sana.

Las E.T.S:

Incluyen muchas enfermedades, más de 20 microorganismos (virus, bacterias, parásitos y hongos) son agentes causantes de E.T.S., las más frecuentes son:

- > SÍFILIS
- > GONORREA
- > HERPES GENITAL
- > CONDILOMA ACUMINADO
- > CLAMIDIA
- > SIDA
- > Otras como: Hepatitis B; Linfogranuloma Venéreo; Chancro Blanco; Uretritis no Gonocócica; Candida Albicans; Molluscum Contagiosum; Tricomoniasis Genital.
- > Otras enfermedades que pueden transmitirse por contacto sexual son: Citomegalo - Virus; Virus de Epstein - Barr; Virus de la Hepatitis C; Sarna, etc.

**Estas enfermedades pueden contraerse una y otra vez, porque la inmunidad contra ellas rara vez se puede intensificar y no existe vacuna contra ellas, sólo existe vacuna contra la Hepatitis B.*

**Las E.T.S. pueden acarrear consecuencias serias tales como ceguera, sordera, enfermedades congénitas, abortos, partos prematuros, retardo del crecimiento, retardo mental y motor, enfermedades inflamatorias pelvianas, esterilidad y muerte.*

¿Cómo se transmiten las E.T.S.?

Las enfermedades infectocontagiosas se transmiten por:

- Relaciones sexuales (vaginales, anales y bucogenitales)
- Algunas de ellas como Sífilis, Hepatitis B, SIDA, etc, se transmiten a través de: Transfusiones de sangre o productos sanguíneos infectados.

- Agujas, jeringas y cualquier instrumento corto punzante contaminado.

De la madre infectada al hijo(a):

- Antes del parto, por el paso de la infección a través de la placenta.
- Durante el parto.
- Después del parto, al amamantar al hijo(a).

En Chile, todas las donaciones de sangre, son sometidas a exámenes para detectar Sífilis, Hepatitis B, SIDA y otras enfermedades. Por esto, en nuestro país, se puede donar y recibir sangre con un 100% de seguridad.

¿Quiénes están más expuestos(as) a contraer las E.T.S.?

- ✓ Mujeres y hombres que tienen relaciones sexuales con una persona infectada.
- ✓ Mujeres y hombres que tienen relaciones sexuales con diferentes personas (promiscuas).
- ✓ Mujeres y hombres que ejercen el comercio sexual.
- ✓ Los drogadictos endovenosos que se inyectan con agujas, jeringas infectadas con microorganismos que producen E.T.S.
- ✓ Hijos(as) de madres infectadas con E.T.S.

¿Cómo se detectan las E.T.S.?

Se detectan a través de:

Exámenes de laboratorio específicos de: Sangre, secreciones, estudio de tejidos (biopsias), etc.

¿Qué cosas NO debes hacer cuando sospechas de una E.T.S.?

- Intentar tratamiento por tu cuenta.
- Consultar un practicante o persona no calificada.
- Hacerte un tratamiento por recomendaciones de amigos(as).
- Quedarte sin consultar al médico(a) o no realizar el tratamiento indicado por él.
- Hacerte exámenes de laboratorio por tu cuenta.
- Ocultarle el problema a tu pareja sexual y no advertirle que vaya al médico(a).

VIH/SIDA

□ **Antecedentes**

Se calcula que hasta mediados de 1996 habrían muerto 5.8. millones de personas víctimas de SIDA en todo el mundo. Para el año 2000 se estima que el número de personas con VIH es de 40 millones en el mundo, de las cuales más de 13 millones serán mujeres. La epidemia del VIH/SIDA, está afectando principalmente a los países menos desarrollados. El número de personas viviendo con VIH está aumentando progresivamente sin que exista vacuna ni tratamiento para su cura.

El primer caso de SIDA en un hombre en Chile se notificó en 1984. El de una mujer en 1985. Según la Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA), hasta el 30 de Septiembre de 1999 se notificaron más de 3.262 enfermos y 3.963 portadores(as). Las tasas más altas de SIDA se concentran en las regiones Metropolitana, II y V. La tasa de incidencia acumulada de SIDA en Chile alcanza a 24.5 por 100.000 habitantes. Se ha informado el fallecimiento de 2,157 personas.

Entonces ¿qué es el SIDA?

<p>S SINDROME porque se trata de un conjunto de signos y síntomas interrelacionados.</p> <p>I INMUNO que provocan un debilitamiento importante del sistema inmunitario</p> <p>D DEFICIENCIA</p> <p>A ADQUIRIDA que no es hereditario, sino adquirido por infección.</p>

SIDA "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, también es una E.T.S, producida por el VIH o Virus de Inmunodeficiencia Humana, que afecta a hombres y mujeres, presentando características particulares según el sexo. Esta epidemia ataca el sistema inmunológico cuya función es defender al organismo de gérmenes e impedir la aparición de cánceres y tumores".

El SIDA se manifiesta en distintas etapas, las que se inician con:

- **Infección:** *el virus se puede adquirir por tres vías, sexual, sanguínea y perinatal.*
- **Período de ventana:** *es el tiempo desde que una persona adquiere el VIH, hasta que pueda detectarse en un exámen de sangre, en este período no se encuentran anticuerpos contra el VIH.*
- **Portador(a) asintomático:** *la persona que vive con el virus puede no tener síntomas durante muchos años.*
- **SIDA:** *etapa en que aparecen signos y síntomas de enfermedades producidas por*

❖ *Las E.T.S y el VIH/SIDA son enfermedades que dependen de la conducta sexual de la persona o bien de la pareja, por tanto, es posible prevenir el contagio a través de la realización de prácticas preventivas de autocuidado, teniendo en cuenta la responsabilidad compartida que le cabe a la pareja (exclusiva o no) en la adopción de ellas:*

- *Abstinencia sexual: es decir, no tener relaciones sexuales representa la seguridad total de no infectarse por vía sexual, porque no existe el riesgo.*
- *Pareja exclusiva: o sea, mantener en forma permanente relaciones sexuales con una sola persona, entrega la seguridad de no infectarse, siempre que ambas personas no estén infectadas.*
- *Uso correcto del preservativo o condón en cada relación sexual (sexo seguro).*
- *No compartir jeringas ni agujas, previene la transmisión por vía sanguínea.*
- *Realización de exámen preventivo: Test de Elísa, lo que permite detectar si la persona es portadora o no, lo que puede influir en el cambio de conducta sexual.*

LAS MUJERES SON VULNERABLES A LA TRANSMISIÓN DEL VIH POR:

- Las mujeres, en la mayoría de los casos, no tienen Autopercepción de Riesgo ante el contagio (no se consideran en riesgo de contagiarse), ya que piensan erróneamente que el hecho de ser heterosexuales y tener una pareja estable, marido, conviviente, pololo u otro, les otorga protección o inmunidad ante estas enfermedades.
- Por lo general, dependen de los hombres en lo social y económico. En consecuencia, carecen de autonomía para negociar o tomar decisiones que afecten su vida sexual, o determinar las circunstancias en las que lleva a cabo su vida sexual.
- Por este mismo motivo, una mujer no puede asegurar que su pareja le sea fiel.
- Ella no puede asegurar que su pareja practique sexo seguro en todas sus relaciones con otras mujeres.

- La mujer no puede insistir que su pareja tome precauciones (uso del condón) durante las relaciones sexuales con ella para prevenir la transmisión del VIH. Por lo general, es el hombre quien decide si usa o no condón, y muchas mujeres no podrían sugerirle a su esposo o compañero que use condón sin poner en peligro la relación de pareja.
- Los dos mensajes de prevención más ampliamente difundidos - reducir el número de parejas sexuales y practicar sexo seguro - tienen poca aplicación entre las mujeres. La mayoría de ellas tiene una sola pareja sexual, generalmente su esposo, a la que no puede pedirle que practique sexo seguro dentro de la relación.
- Para muchas mujeres, vender sexo significa el único modo de apoyo económico con el que cuentan. Ellas están, en consecuencia, obligadas a dedicarse a actividades que las ponen en riesgo de contraer infección por VIH.
- Las mujeres pueden tener infecciones en el tracto genital y reproductivo que pueden facilitar la transmisión de la infección por VIH. Es posible que no estén conscientes de estas infecciones o no hayan podido buscar tratamiento por muchas razones, tales como el costo económico que significa un tratamiento, aislamiento geográfico, falta de tiempo, mal transporte, valores culturales que les impiden visitar Centros de Salud, o el hecho que el tratamiento sea demasiado impersonal o amenazante para ellas.
- Las prácticas culturales pueden dictar que los primeros encuentros sexuales se den cuando la mujer es todavía muy joven, a veces apenas una adolescente. Los genitales de estas jóvenes son frágiles e inmaduros lo que, desde luego, las hace más propensas a resultar infectadas por VIH.

¿CÓMO NO SE ADQUIERE EL SIDA?

No es posible adquirir el SIDA a través del aire, de los alimentos ni del agua. Tampoco es posible adquirirlo la estrecharse las manos, tocar, abrazarse, besarse, toser o estornudar.

Estudios realizados con cientos de familias de personas viviendo con SIDA no han encontrado ningún caso de individuo que lo haya adquirido por haber cuidado o compartido la habitación con alguien que tuviera SIDA. La utilización de las mismas toallas, jabón, cepillos o peinetas nunca han llevado a la transmisión del VIH/SIDA.

DIPLOMA

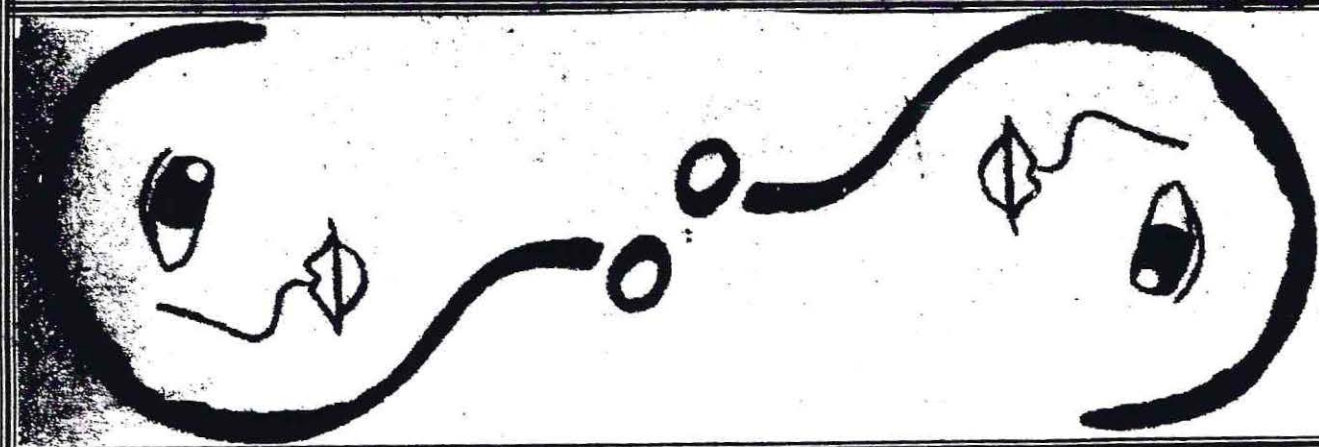
Otorgado a *Andrés Roca* por haber
participado con éxito en el "Taller de
Formación de Monitoras (es) en Autocuidado
de Salud Reproductiva".

HOGAR DE CRISTO
FILIAL VALPARAISO
CASA ACOGIDA

Danitza Pérez Centellas
Directora Casa de Acogida
Fundación de Beneficencia Hogar de Cristo
Filial Valparaíso

Maria Cecilia Carrasco Lira
Asesora Programa de la Mujer
Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio

Valparaíso, Noviembre de 2000.



Anexos

ANEXO 1

PAUTA ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES

La siguiente Pauta de Entrevista se utilizó como Instrumento de Recolección de Información en la Fase Diagnóstica, dirigida a Informantes Claves de la Comunidad (Unidad Vecinal 134 Puerto, Valparaíso): Dirigentas/es Juntas de Vecinos/as, Directora Institución Patrocinante, Autoridad Eclesiástica, Autoridad de Institución de Orden, Profesionales de la salud..

- Características generales de Unidad Vecinal 134- Puerto.
- De acuerdo al conocimiento que tiene del sector, ¿es posible hablar de un sector de riesgo?, ¿en qué aspecto? .
- ¿Qué tipo de servicio o apoyo presta su institución a la población residente en el sector?
- De acuerdo a la labor que Ud, desempeña; ¿qué antecedentes maneja sobre la existencia de problemáticas concretas en el sector? (delincuencia, situaciones de abandono, violencia intrafamiliar, alcoholismo, etc.)
- ¿Cómo se manifiestan estas problemáticas?
- A su parecer, a qué segmento de la población residente afecta de manera más fuerte la existencia de estas problemáticas?
- ¿Cuál ha sido la respuesta de parte de la comunidad en las ocasiones en que se ha realizado alguna iniciativa organizacional?

ANEXO 2

PAUTA ENTREVISTA A PROFESIONALES

La siguiente Pauta de Entrevista se empleó como Instrumento de Recolección de Información en la Fase Diagnóstica, dirigida a Profesionales del área de la Salud. Se elaboraron para tal efecto, los siguientes criterios :

1.- En relación al programa:

- ◆ Dependencia administrativa
- ◆ Objetivos
- ◆ Principales estrategias desarrolladas en las líneas de: Prevención, control y seguimiento
- ◆ Niveles de atención: individual, grupal, comunitario
- ◆ Principales actividades implementadas por el programa

2.- En relación a la población atendida:

- ◆ Cobertura del programa (delimitación geográfica y cantidad aproximada de población atendida)
- ◆ Perfil general de la población atendida (nivel socioeconómico, grupos de edad, escolaridad, etc)

3.- En relación a la problemática:

- ◆ Marco conceptual con el cual se rige el programa
- ◆ Efectos adversos de la problemática en la población
- ◆ Caracterización de conductas o factores predisponentes para la aparición de la problemática

4.- En relación al Enfoque de Salud Integral:

- ◆ Profesionales que se desempeñan en el programa
- ◆ Articulación del trabajo interdisciplinario: características de éste en etapas de planificación, intervención y evaluación
- ◆ Presencia y funcionamiento de trabajo con redes de apoyo
- ◆ Fortalezas y debilidades de la aplicación del Enfoque Bio Psico Social al programa
- ◆ En el caso de las profesionales que trabajan en el Programa de la Mujer:
 - Cambios visualizados a partir de la implementación del nuevo Programa de la Mujer en relación al anterior Programa Materno Infantil

ANEXO 3

PAUTA SEMIESTRUCTURADA DE OBSERVACIÓN

La siguiente Pauta de Observación, se empleó en las sesiones correspondientes a los Talleres realizados en el marco de la implementación del Proyecto 1, con la finalidad de registrar la participación de las/os Monitoras/es. Los criterios utilizados son los siguientes:

1. Asistencia (Listado de Asistencia a cada Taller)
2. Puntualidad
3. Demuestra interés por los temas de los Talleres (actitud corporal y disposición psicológica)
4. Entrega opiniones
5. Participa de las discusiones grupales
6. Formula consultas y dudas

ANEXO 4

INSTRUMENTO DE MEDICION DE CONOCIMIENTOS ANTES – DESPUÉS

1. Según tus propias palabras ¿qué es **Autocuidado en Salud**?

2. ¿ Es posible prevenir el SIDA?, ¿ de qué forma?

3. ¿ Cuáles ETS conoces?

4. ¿ Cómo se puede prevenir la transmisión una ETS?

5. ¿ Qué conductas se denominan como de riesgo para la transmisión de las ETS y/o SIDA?

6. ¿ Cómo se transmite el SIDA?

7. ¿ Cuáles son los síntomas de una persona portador/a del VIH/SIDA?

8. ¿Qué significa para ti “**sexo seguro**”?

9. Menciona la forma de utilización de un método anticonceptivo que hayas conocido.

10. ¿Con qué periodicidad las mujeres se deben realizar el examen PAP y el Autoexamen de Mamas?

11. ¿Qué tipo de enfermedades se detectan con la realización del PAP y el Examen de Mamas?

12. En relación a la siguiente afirmación: “la responsabilidad en el uso de métodos anticonceptivos le corresponde a la mujer”, ¿estás de acuerdo o en desacuerdo?, ¿porqué?

13. De los temas tratados durante el taller, ¿qué cosas aprendiste?

ANEXO 5

PAUTA EVALUACIÓN DE LAS/OS PARTICIPANTES

Esta es una pauta para que las participantes en el taller evalúen la sesión de hoy.

Es muy importante que la contestes con sinceridad, ya que eso permitirá ir corrigiendo los aspectos negativos.

YO CREO QUE:

1. **Esta sesión fue:**
 - A) ENTRETENIDA
 - B) ABURRIDA
 - C) MÁS O MENOS

2. **En esta sesión aprendí cosas nuevas:**
 - A) MUCHAS
 - B) POCAS
 - C) ALGUNAS

3. **Las actividades me:**
 - A) GUSTARON
 - B) DESAGRADARON
 - C) MÁS O MENOS

4. **En la sesión me sentí:**
 - A) RELAJADA/O
 - B) PREOCUPADA/O
 - C) NERVIOSA/O

5. **Lo que más me gustó de esta sesión fue:**

6. **Lo que menos me gustó de esta sesión fue:**

7. **Para mejorar la sesión propongo que:**

ANEXO 6

PAUTA AUTOEVALUACIÓN PROYECTO 1 DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS/OS MONITORAS/ES

La siguiente Pauta de Autoevaluación desarrollada por los grupos de Monitoras/es, se basó en el análisis grupal de los siguientes Criterios de Evaluación:

1. Participación de Profesionales en los Talleres (Instituciones y Organizaciones del área de la Salud).
2. Metodología de trabajo utilizada en los Talleres (por el Equipo Seminarista y Profesionales de las Instituciones).
3. Contenidos desarrollados en los Talleres (Cantidad y Calidad).
4. Recursos Humanos, Materiales, Financieros e Institucionales empleados en la realización de los Talleres.
5. Proyecciones de los Talleres (Análisis de Fortalezas y Debilidades).

ANEXO 7

PAUTA AUTOEVALUACIÓN PROYECTO 2 DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS/OS MONITORAS/ES

La siguiente Pauta de Autoevaluación desarrollada por los grupos de Monitoras/es, se basó en el análisis grupal de los siguientes Criterios de Evaluación:

1. Participación de Instituciones (Instituciones del área de la Salud, Organizaciones Comunitarias, Institución Patrocinante).
2. Participación de las/os Monitoras/es (Capacidad de Autogestión, Desempeño, Asistencia, Compromiso, Aportes).
3. Implementación del Proyecto 2 (Cantidad y Calidad de mensajes entregados, Pertinencia, Difusión).
4. Respuesta de la Comunidad (Población a la cual se llegó, Impacto sobre la población)
5. Recursos Humanos, Materiales, Financieros e Institucionales empleados en la implementación del Proyecto 2.

ANEXO 8

CONFERENCIAS INTERNACIONALES

I. GENERALIDADES:

En el tema relativo a la mujer – su salud, sus deberes y derechos, etc - es necesario destacar la realización de una serie de *Conferencias y Cumbres* a nivel mundial convocadas por la ONU en las que ha participado nuestro país, adscribiéndose también a los convenios internacionales generados como producto de estas conferencias. Son importantes, ya que la adscripción a éstas sientan las bases de las políticas impulsadas por el gobierno en esta materia.

Para comprender la trascendencia de las Conferencias y Cumbres Mundiales en el contexto más específico de cada país, es necesario saber qué son, de qué tratan y en qué se diferencian.

Se entenderán las *Conferencias Mundiales* como:

“...reuniones citadas para tratar un tema específico de preocupación mundial y entregar directrices sobre las acciones a emprender entre todos los Estados miembros (de la ONU), las agencias especializadas y las organizaciones internacionales. De estas conferencias se desprenden los Planes o Plataformas de Acción como principal resultado. En estas conferencias participan los gobiernos a través de sus delegados(as) oficiales, en general funcionarios gubernamentales relacionados con el tema a debatir.”¹

Se entenderá por *Cumbres Mundiales*:

“...reuniones citadas por la ONU, pero difieren de las Conferencias Mundiales en el nivel de participación de los países, ya que en las Cumbres participan sólo Presidentes y Jefes de Estado de los países miembros. Las Cumbres, por tanto, reflejan mucho más directamente la voluntad y el compromiso político de los poderes Ejecutivos de los países”².

II. PRINCIPALES CONFERENCIAS:

A continuación se detallarán las principales Conferencias y Cumbres Mundiales realizadas en la década de los 90, y cuyos temas centrales o bien materia de discusión fueron aquellos relacionados con la salud de la mujer, su participación en el desarrollo del país, sus derechos, entre otros temas.

□ **CUMBRE MUNDIAL SOBRE LA INFANCIA** (Nueva York, 29 – 30 de Septiembre de 1990): Dio origen a la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, Protección y Desarrollo del Niño/a y a un Plan de Acción a ser aplicado durante la década de los 90.

Principales acuerdos relacionados con la situación de la mujer:

Establecimiento de variados mecanismos para lograr las siguientes *metas específicas para el año 2000*: reducir la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años y la tasa de mortalidad materna con respecto a 1990; reducir la malnutrición; promover el acceso al agua potable y a la educación primaria completa; reducir la tasa de analfabetismo adulto, en particular a las mujeres; proteger a los niños/as en circunstancias difíciles, sobre todo en situaciones de conflictos armados.

- **CONFERENCIA DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE MEDIO AMBIENTE Y DESARROLLO** (CNUMAD/Cumbre de la Tierra, Río de Janeiro, 3 –14 de Junio de 1992). Dio origen a un Plan de Acción denominado *Agenda 21*; a la Declaración de Río; a la Convención Marco sobre el Cambio Climático; al Convenio sobre Diversidad Biológica; y a la Declaración de Principios para la Ordenación Sostenible de los Bosques.

Principales acuerdos relacionados con la situación de la mujer:

El capítulo 24 de la *Agenda 21* acoge las “Medidas Mundiales a favor de la Mujer para lograr un Desarrollo Sostenible y Equitativo”

- **CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE DERECHOS HUMANOS** (Viena, 14-25 de Junio de 1993). Dio origen a la Declaración de Viena y a un Programa de Acción:

Principales acuerdos relacionados con la situación de la mujer:

- Recomendó el nombramiento de una *Relatora Especial sobre Violencia contra la Mujer* (propuesta acogida por la Comisión de Derechos Humanos de la ONU, y concretada en Junio de 1994)
- Pidió a los gobiernos aprobar el proyecto de *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la mujer* (acordada posteriormente por la Asamblea General de la ONU el 1º de Diciembre de 1993, y reconoció los *derechos de la mujer como derechos humanos*; llamó a emprender reformas estructurales dentro de la ONU.

- **CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO** (El Cairo, 5-13 de Septiembre de 1994). Dio origen a un Plan de Acción de 16 capítulos a ser ejecutados durante los próximos 15 años:

Principales acuerdos relacionados con la situación de la mujer:

- *Exhorta a los países a fomentar la autonomía de la mujer*, a eliminar las desigualdades entre hombres y mujeres, especialmente la discriminación contra las niñas, y a promover la participación en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres en todas las esferas de responsabilidad de la familia y el hogar. Recomienda desarrollar políticas y leyes que respalden la familia y contribuyan a su estabilidad, otorgar igualdad de oportunidades para todos sus miembros y considerar su pluralidad de formas.
- Debatíó el tema de los *Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva* incluyendo la planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual (ETS) y prevención del VIH/SIDA, sexualidad humana, relaciones entre los géneros, adolescentes. La referencia a los derechos reproductivos, indica que “las parejas y los individuos – es decir, hombres y mujeres solos/as, además de las parejas - tienen el derecho a decidir libre y responsablemente sobre su reproducción”, sin sufrir discriminación ni violencia, tal como se expresa en los documentos sobre Derechos Humano.
- Señala que el aborto no debe promoverse como método de planificación de la familia, *que se trata de un problema de salud pública que amerita servicios*, y que dónde éste es legal debe ser seguro; destaca la necesidad de reducirlo a través de la planificación de la familia. Llama a prevenir los embarazos no deseados, el embarazo adolescente, las ETS y el VIH/SIDA.
- Llama a eliminar la desigualdad de oportunidades educacionales entre hombres y mujeres y el analfabetismo.
- **CUMBRE SOBRE DESARROLLO SOCIAL** (Cumbre de la Gente, 6-12 de Marzo de 1995, Copenhague). Dio origen a una Declaración Política de 10 compromisos y a un Programa de Acción:

Principales acuerdos relacionados con la situación de la mujer:

El *quinto compromiso* - de los 10 acordados - señala que los Jefes de Estado y de Gobierno presentes se comprometen a: Promover el pleno respeto a la dignidad, a lograr la *igualdad y la equidad entre hombres y mujeres* y a aumentar la participación y la función directiva de la mujer en la vida política, civil, económica, social y cultural y en el desarrollo, mediante la *promulgación y aplicación de leyes y políticas* encaminadas a *eliminar todas las formas de discriminación*, de conformidad con los instrumentos internacionales, incluido el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD).

Por otra parte, promover la ratificación de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979) y otros instrumentos, como las estrategias de Nairobi (1985).

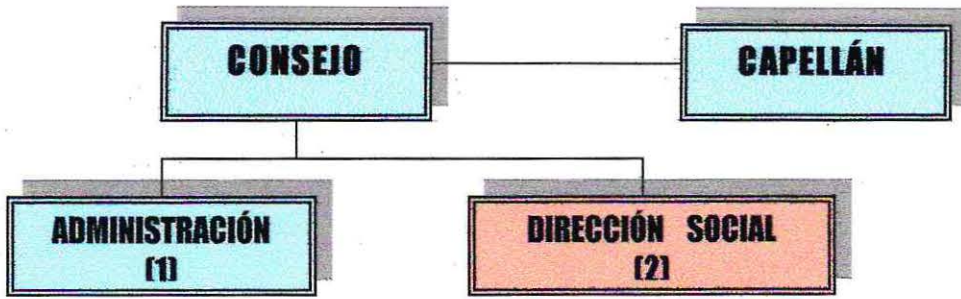
□ **CONFERENCIAS DE LA ONU SOBRE LA MUJER (Cronología):**

I. Conferencia Mundial sobre la Mujer: 1975, Ciudad de México, inauguró la Década de la Mujer (1976-1985). El Plan de Acción Mundial adoptado por los gobiernos planteó cambios sostenidos para las dos décadas siguientes en las áreas de Igualdad, Desarrollo y Paz.

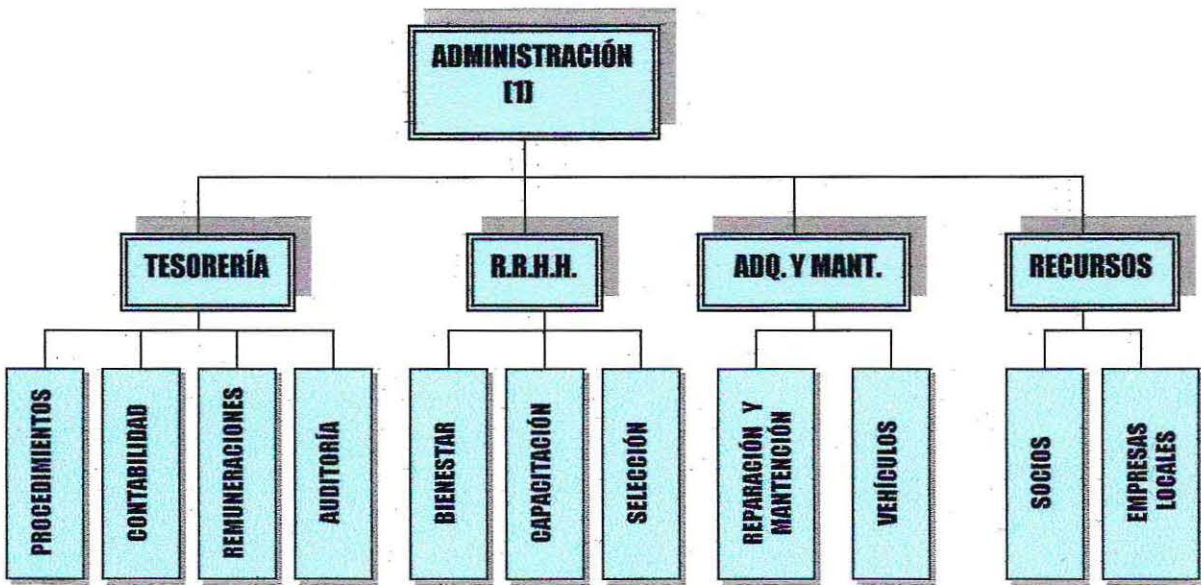
II. Conferencia Mundial sobre la Mujer: 1980, Copenhague. Empleo, Salud y Educación fueron incorporados como subtemas, además de reforzar las estrategias para lograr la plena e igualitaria participación de la mujer en el desarrollo, la toma de decisiones, la cooperación internacional y la paz.

ANEXO 9

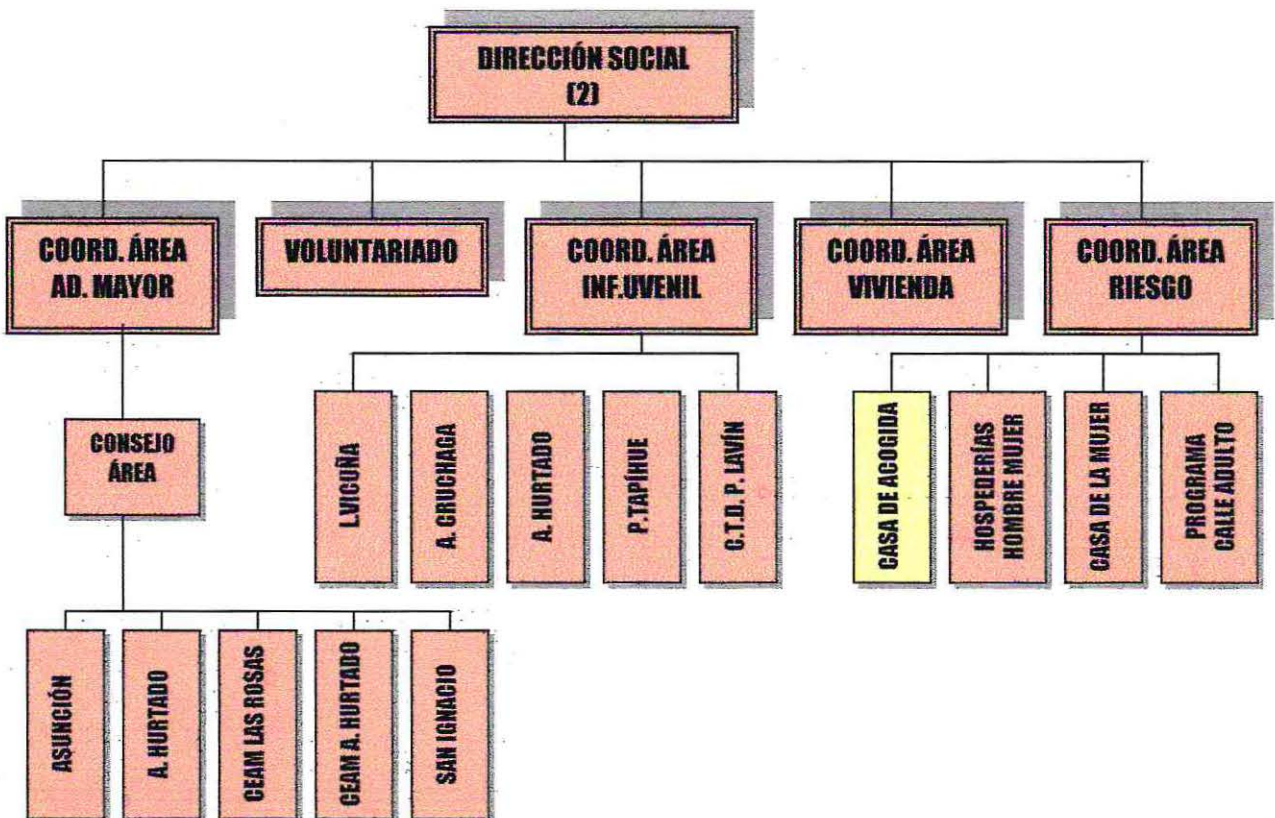
**ORGANIGRAMA PRINCIPAL DE LA FUNDACIÓN DE
BENEFICENCIA HOGAR DE CRISTO FILIAL VALPARAÍSO**



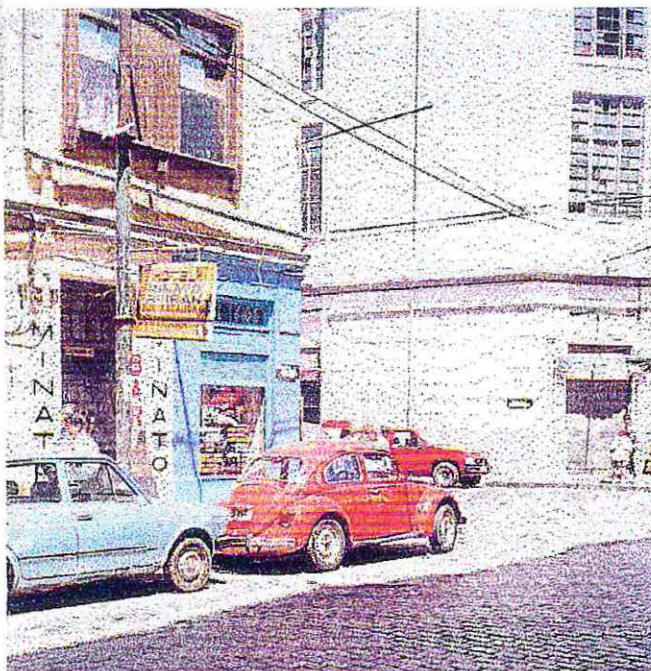
1. ORGANIGRAMA ADMINISTRACIÓN HOGAR DE CRISTO



2. ORGANIGRAMA DIRECCIÓN SOCIAL HOGAR DE CRISTO



HOTELES SECTOR PUERTO





EQUIPO SEMINARISTA Y MONITORAS



**CLAUSTRURA DE TALLERES.
ENTREGA DE DIPLOMAS
NITZA PÉREZ. DIRECTORA CASA DE ACOGIDA.**



**TALLER SEXUALIDAD.
GRUPO DE MONITORAS**



**FERIA COMUNITARIA
DE SALUD REPRODUCTIVA.
GRUPO MONITORAS**

**MONITORES CORPORACIÓN
CHILENA DE PREVENCIÓN DEL SIDA
FERIA DE SALUD REPRODUCTIVA**



**TALLER "PREVENCIÓN
DE CONDUCTAS SEXUALES
DE RIESGO"
COLEGIO CECAL**

