UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO
ESCUELA DE ANTROPOLOGÍA

CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO Y LAS CONCEPCIONES REPRODUCTIVAS EN TRES GENERACIONES DE MUJERES EN EL PERÍODO 1960-2000, EN LA COMUNA DE EL MONTE, REGIÓN METROPOLITANA

Alumna: Sotomayor Rogers, Cecilia
Profesora guía: Valdés Subercaseaux, Ximena

Tesis Para Optar Al Grado De Magíster en Antropología

SANTIAGO, 2015

Agradecimientos.

A mi madre, María Isabel, que me dio a luz

A mi hijo Rafael Nahuel, que me dio la luz.

Tabla de contenidos.

I. **INTRODUCCIÓN**……5

II. **CONTEXTO**
- Transformaciones en la situación de los campesinos en Chile central 1962-1989
  - Reforma agraria 1962-1973……7
  - Relaciones de género en la reforma agraria……9
  - Dictadura militar 1973-1989……12
- Caracterización en el ámbito de la salud del ciclo histórico 1960 a 2000.
  - Primer período 1960-1972……15
  - Segundo período 1973-1989……23
  - Tercer período 1990-2000……29

III. **MARCO TEÓRICO**
- Género, sexualidad y reproducción……37
- Derechos sexuales y reproductivos……42
- Maternidad……42
- Anticoncepción y maternidad……43
- Violencia Obstétrica en la atención al parto……44

IV. **CARACTERIZACIÓN COMUNA DE EL MONTE**……45

V. **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**
- Hipótesis de trabajo……49
- Pregunta de investigación……49
- Objetivo general……50
- Objetivos específicos……50
- Justificación……50

VI. **DEFINICIONES METODOLÓGICAS**……52

VII. **DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO EN TERRENO**……55

VIII. **ANÁLISIS DE LAS DINÁMICAS SOCIALES QUE SE DAN EN EL LUGAR DE ESTUDIO. Categorías analizadas.**
a. Planificación familiar……59
   i. Métodos anticonceptivos……63
   ii. Controles de salud durante el embarazo……64
   iii. Depresión postparto……65
   iv. Lactancia……66
b. Diferencias intergeneracionales de las entrevistadas sus hijas, madres y abuelas……66
c. Trabajo fuera del hogar y cuidado de los hijos……70
d. Condiciones y atención de salud al momento de tener hijos. Violencia obstétrica……76
e. Entrevistas a actores claves. Rosa María y Jeannette……86

IX. **CONCLUSIONES**……91
Post scriptum Y el lugar del padre ¿cuál es? Preguntas y respuestas……101

X. **BIBLIOGRAFÍA.**……104

Tablas

Tabla 1: Tasa de natalidad e índice de fertilidad en el período 1965-1970……17
Tabla 2: Tasa de natalidad e índice de fertilidad en el período 1979-1984……25
Tabla 3: Tasa de natalidad e índice de fertilidad en el período 1996-2000……33

Tabla 4: Muestra propuesta para realizar entrevistas en terreno…….……..54
Tabla 5: Antecedentes de las 13 mujeres entrevistadas……..……..……58

Anexos

- **Anexo 1**: Fotos
- Contextualización comuna El Monte. Fotos 1 a 8.
- Planificación familiar, contexto 1960 a 1974. Fotos 9 a 15.
- Centro de Parto Integral de Talagante. Fotos 16 y 17.
- **Anexo 2**: Pauta de entrevista.

I. INTRODUCCIÓN

Esta tesis se enmarca en el Proyecto FONDECYT Regular 1120425, *"Cambios en las identidades y relaciones de género en el ámbito rural de Chile Central. 1940-2010".*

Esta investigación se sitúa en Chile, en el ciclo histórico 1960 a 2000 caracterizado por las transformaciones en la situación de los campesinos principalmente por la reforma agraria (1962-1973) y luego por la liberalización de los mercados productivos agrícolas, impuesta por la dictadura militar (1973-1989). Estos fenómenos impusieron transformaciones a la familia, que pasó de ser dentro del campesinado una unidad de producción y consumo, para transformarse, en una unidad económica que produce algunos alimentos y otros bienes, pero se encuentra en una situación de dependencia del mercado en la producción y en el consumo (Valdés 2007). Sostendremos además que los procesos de modernización en el ámbito productivo, tienen un correlato en las políticas y programas de planificación familiar, de la cual son usuarias las mujeres en el ámbito rural. Por tanto, ellas se encuentran sujetas a las políticas de Salud Pública ofrecidas por el Estado en el período estudiado, y a partir de ello recrean comportamientos y concepciones sobre su comportamiento reproductivo.

El ciclo 1965 a 2000, será abordado en **tres períodos**, cada uno a partir de ciertos hitos fundamentales en el espacio público y privado para el ejercicio de la sexualidad y reproducción. Un primer período desde 1965 a 1970, marcado por una Política de Planificación Familiar (PPF) vinculada con las políticas de población propias del período de la Guerra Fría y que proponía el uso masivo de los métodos anticonceptivos con el fin de evitar abortos y de mejorar los indicadores de salud materno infantiles (Rojas Mira 2009). Un segundo período entre 1979 y 1984, caracterizado por la suspensión de las actividades de información y educación sobre anticonceptivos en consultorios y medios de comunicación con el fin de aumentar la población (Jiles 1992). Finalmente el período de 1996 a 2000, marcado por la redemocratización de la sociedad chilena y la construcción de los denominados derechos sexuales y reproductivos, a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, desarrollada en 1994 en El Cairo. En este período el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER) identificó la necesidad de incorporar la anticoncepción de emergencia

(AE) como política pública, no obstante, el Ministerio de Salud de la época no reconoce tal necesidad.

Asimismo esta tesis indagará en el ámbito privado de las mujeres, entendiendo por ello su vida personal, en donde ellas entran en un campo de negociación de la intimidad, entre otros aspectos su decisión de tener o no hijos y el espaciamiento de los embarazos, algo que puede ocurrir en el marco de la pareja, de su familia o bien en solitario. Se entrevistó a un grupo de trece mujeres que tuvieron su primer hijo en los períodos señalados y residen en la comuna de El Monte, región Metropolitana. El interés de analizar los discursos a través de tres hitos y de tres grupos, es comprender cómo a través del tiempo varían los significados y prácticas en el ámbito de la reproducción.

La estructura de esta tesis considera primero el contexto histórico en que se desenvuelven las concepciones sobre sexualidad y reproducción en el período 1962 y 1989, caracterizado por dos procesos de modernización que modificaron la relación del Estado con el ámbito rural: la reforma agraria (1962-1973) y la dictadura militar (1973-1989). Luego, analizo tres períodos históricos que enmarcan los hitos considerados en la tesis, un primer período entre 1960 a 1972, un segundo período entre 1973 y 1989 y un tercer período entre 1990 y 2000.

A continuación, presento un breve marco teórico, con las definiciones más relevantes para comprender el fenómeno a estudiar (género, sexualidad y reproducción, derechos sexuales y reproductivos, maternidad, anticoncepción y violencia obstétrica). Posteriormente, caracterizo la comuna de El Monte y planteo el problema de investigación, describiendo la metodología propuesta.

Finalmente, presento los resultados, el análisis que permite caracterizar las dinámicas sociales que se dan en el lugar de estudio y luego las conclusiones.

II. CONTEXTO.

- **Transformaciones en la situación de los campesinos en Chile central, 1962-1989.**
    - **Reforma agraria (1962-1973)**

La reforma agraria[1] buscó modificar el sistema de inquilinaje y la jerarquía social rígida, autoritaria y paternalista que había marcado la historia social de la agricultura chilena y de la sociedad rural, para insertarse en un proceso de reestructuración de la tenencia de la tierra y modernización de la agricultura. Pretendía romper con el monopolio de la tierra, creando predios familiares competitivos que podrían satisfacer el consumo doméstico, alentar la industrialización y propagar valores democráticos.

Esta reforma, se caracterizó por ser un proyecto masivo que comprometió a varios países. En la década del '60, la reforma agraria se realizó en muchas partes del mundo[2]. La reforma agraria chilena fue, proporcional y políticamente, la más extensiva y menos violenta, dirigida por gobiernos democráticamente electos (Tinsman 2008).

En las elecciones presidenciales de 1964 ganó Eduardo Frei Montalva, representante de la Democracia Cristiana, partido católico pero no clerical, democrático, estatista y comunitarista. Aglutinó a los militantes católicos y permitió definir un programa. Frei Montalva, un

[1] El gobierno de Jorge Alessandri promulgó en 1962 la primera ley de reforma agraria N° 15.020, la que permitió redistribuir tierras estatales entre campesinos y organizar instituciones fiscales para llevar a cabo la reforma en el campo. Esto significó que la tierra debía ser expropiada y redistribuida mediante leyes aprobadas por el Congreso e interpretadas por tribunales. Con esta ley se creó además la Corporación de la Reforma Agraria (CORA) y el Instituto de Desarrollo Agropecuario (INDAP). En 1965, al inicio del gobierno de Frei, el Ejecutivo envió al Congreso un proyecto que contenía la reforma del artículo 10 de la Constitución Política del Estado sobre el derecho a propiedad, para poder hacer efectivas grandes expropiaciones. En efecto, en todo el país, el 9,7% de las propiedades abarcaban el 86% de la tierra agrícola, en tanto que el 74,6% solo disponía del 5,2% de ésta. El gobierno de Salvador Allende, a partir de 1970, continuó el proceso de reforma agraria, utilizando los instrumentos legales promulgados en los períodos anteriores, con el fin de expropiar todos los latifundios y traspasarlos a la administración estatal, cooperativas agrícolas o asentamientos campesinos. Este proceso también estuvo acompañado de una gran efervescencia campesina que se expresó en la ocupación o tomas masivas de predios, desatándose en el mundo rural un clima de violencia y enfrentamiento. Al producirse el golpe de Estado y el consiguiente debilitamiento institucional y democrático, se dio por terminado el proceso de reforma.

[2] Estas reformas fueron impulsadas por el gobierno de John F. Kennedy (1961- 1963) y su política exterior hacia Latinoamérica, conocida como "Alianza para el Progreso". Kennedy señala en la Conferencia de Punta del Este, la importancia de cambios estructurales, pese a las dificultades que éstos puedan plantear, señala la necesidad de "Promover en consonancia con cada país y sus particularidades, programas de Reforma agraria Integral, encaminada a la efectiva transformación, cuando sea necesario, de las estructuras y de los injustos sistemas de posesión y uso de la tierra, con vista a la sustitución del régimen de latifundios y minifundios por un sistema de propiedad de manera que, complementada por crédito, oportuno y adecuado, asistencia técnica, comercialización y distribución de los productos, la tierra se constituirá para el hombre que la trabaja, en base de su estabilidad económica, fundamento de su creciente bienestar y garantía de su libertad y de su dignidad" (Rojas Mira, Claudia 2009).

antimarxista que integraba la tradición estatista de las décadas del cuarenta y cincuenta con la reivindicación de justicia social propia del pensamiento católico y las propuestas reformistas de la Alianza para el Progreso, se perfiló como receptor de recursos y beneficiario de la política exterior norteamericana[3], promoviendo reformas en el ámbito de la economía, salud, educación y en el agro. En este último ámbito, bajo el lema "la tierra para el que la trabaja" buscó la modernización del mundo agrario mediante la redistribución de la tierra y la sindicalización campesina[4].

El gobierno de Frei intentó lanzar la agricultura a un movimiento acelerado de capitalización, no obstante, por estar inscrita en una estrategia global de desarrollo de la economía nacional que no cuestionaba el lugar secundario acordado a la agricultura frente a lo industrial y lo urbano, y que, por lo mismo, no cambiaba tampoco el antiguo equilibrio entre mercado interior y exterior, la reforma agraria no afectará mayormente los arreglos productivos y espaciales existentes. En efecto, a pesar de la enorme envergadura del proceso de expropiación de tierras y del lugar relevante acordado a la reforma agraria en el escenario político del país, la producción agrícola no dio ningún salto considerable, la tierra no alcanzó, sino para una minoría de trabajadores agrícolas, no se logró crear un numeroso contingente de explotaciones familiares "viables", como eran las esperanzas de sus sostenedores, ni tampoco indujo la creación de nuevos equilibrios territoriales (Santana 2006). Asimismo, la reforma implicó un proceso de conflicto de clase y de lucha política. Los modos en los que se redistribuyó la tierra intensificó la estratificación social en el campo al privilegiar a algunos campesinos sobre otros (Tinsman 2009a).

[3] EE.UU. jugó un papel fundamental en las elecciones de 1964 al apoyar al Partido Demócrata Cristiano con millones de dólares, con marketing hecho por la agencia J. Walter Thompson y con consejo político de la CIA. Literalmente transformó un partido pequeño con una base de élite en el partido más grande y multiclase de Chile. Vale la pena recordar que el gobierno de EE.UU. gastó más recursos en las elecciones chilenas de 1964 que el que gastaron los dos candidatos del mismo año para la presidencia norteamericana (Barry Goldwater y Lyndon Johnson) juntos en sus propias campañas (Tinsman 2009b).

[4] Para lograr este objetivo promulgó la Ley de Reforma agraria N° 16.640 y la Ley N° 16.625 que permitió la sindicalización campesina. Sobre la base de estos dos instrumentos legales se expropiaron alrededor de 1.400 predios agrícolas, 3,5 millones de hectáreas, y se organizaron más de 400 sindicatos que sumaron más de 100 mil campesinos. Posteriormente, la Unidad Popular expropió cerca de 4.400 predios agrícolas, que sumaban más de 6,4 millones de hectáreas. Biblioteca Nacional de Chile. La Reforma Agraria (1962-1973). Memoria Chilena. Disponible en www.memoriachilena.cl. Accedido en lunes, 30 de junio de 2014.

No obstante, en el ámbito social, como resultado de la reforma agraria la vida de la mayoría de los campesinos mejoró considerablemente, por ejemplo los salarios rurales se dispararon además de la mejora en las tasas de alfabetización de hombres y mujeres.

En el ámbito educacional, hacia 1964 el nivel educativo medio de la población chilena era de 4,2 años de estudios, siendo en la población rural de 2,4 años. Fue así como en 1965, con Frei, se inició la Reforma Educacional para hacer frente a esta situación. El objetivo central de la Reforma era posibilitar el acceso igualitario al sistema educacional y que la permanencia en él no dependiera de la situación económica del alumno. El segundo objetivo era integrar a los educandos a la comunidad y a las necesidades del desarrollo nacional a través de una instrucción que preparara para el trabajo y en la que el alumno participara creativamente (Gazmuri 2012).

Entre 1968 y 1970 la educación básica, que se extendió a 8 años, tuvo una tasa de crecimiento acumulativo anual cercana al 6%. En tanto, los alumnos de enseñanza media aumentaron de 139.200 en 1964 a 332.000 en 1967, lo que significó una tasa de crecimiento anual superior al 50%. La incorporación al sistema educacional de alumnos de escasos recursos fue posible gracias a la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas.

La expansión educacional realizada por el gobierno democratacristiano requirió de una gran inversión en infraestructura escolar y en el perfeccionamiento del magisterio. El presupuesto de educación representó más de un 20% del presupuesto fiscal total (Gazmuri 2012).

- **Relaciones de género en la reforma agraria**

Durante la reforma agraria las relaciones de género y la sexualidad fueron centrales en las formas en que mujeres y hombres campesinos negociaban la vida cotidiana, de cómo participaban o eran marginados en la lucha política, de cómo eran beneficiados o dañados por el intento de rehacer radicalmente la vida rural.

Las mujeres fueron movilizadas a escala nacional en una forma sin precedentes: cientos de miles participaban en Centros de Madres, Clubes Juveniles, Juntas de Vecinos, programas de alfabetización, etcétera. Muchas de ellas formaron ollas comunes durante huelgas y tomas de tierra, jugando roles clave en tomas de viviendas. También, las mujeres fueron usuarias del

primer programa nacional de Planificación Familiar, impulsado bajo el gobierno de Eduardo Frei, que extendió los métodos anticonceptivos al campo. Las campesinas no fueron excluidas de la reforma agraria, sino que ellas se beneficiaron del mejoramiento de salarios, salud, educación, y vivienda que trajo la reforma (Tinsman, 2002; Valdés, 1992; Garrett, 1982 en Tinsman 2009b).

Sin embargo, las mujeres fueron incluidas de un modo muy distinto respecto de los hombres, y eso las hizo más vulnerables económicamente más dependientes de los hombres, existiendo distinciones entre las mujeres casadas y las jóvenes y solteras. La ley de reforma agraria estipuló que los receptores de tierra eran los "jefes de hogar", lo que casi siempre se entendía como hombres. Para calificar, se tenía que mostrar experiencia como trabajador permanente o inquilino, siendo la gran mayoría hombres. El 95% de los títulos de tenencia de la tierra fueron recibidos por hombres. Asimismo, más del 90% de los miembros de asentamientos eran hombres. Aún en los Centros de reforma agraria, una entidad creada por la Unidad Popular específicamente para incluir mujeres y afuerinos, un 90% eran hombres. Igualmente, un 90% de los socios de sindicatos eran hombres. Ello se refleja también en que casi todo el nuevo trabajo permanente estuvo dirigido a los hombres (Valdés, 1992; Garrett, 1982 en Tinsman 2009b).

No obstante la reforma agraria fue, en parte, un proyecto de modernización que buscaba construir una nueva cultura campesina en la que concurrían hombres y mujeres como socios del progreso. Se promovía un modelo de "familia moderna", en que los hombres campesinos se transformarían en verdaderos proveedores para las familias y productores para el país, desarrollando una masculinidad más independiente, menos humillada, más moderna, hasta militante (Tinsman 2002). Las mujeres campesinas se transformarían en dueñas de casa modernas: mucho más educada, capaz de criar niños y administrar los bienes familiares según normas higiénicas y racionales.

Mientras tanto, el programa de Planificación Familiar ofrecía talleres que promovían la idea de que los hombres debían consultar a las mujeres sobre la frecuencia de relaciones sexuales; que las mujeres debían tener voz sobre la cantidad de niños que querían tener; y acceso a métodos anticonceptivos. Sobre todo, se proponía que la "paternidad" fuera una responsabilidad compartida, y que los hombres le debían a su mujer más fidelidad sexual, aun cuando si no fuera fidelidad completa (Tinsman 2002; Jiles 1992).

Esta visión de "familia moderna" y "roles complementarios" fue compartida tanto por la izquierda y marxistas, como por católicos y democratacristianos. En Chile el socialismo no pensaba mayormente en liberar a las mujeres campesinas a través de su rol como trabajadoras, sino a través de su rol como madres. Se generaron discusiones muy importantes durante la Unidad Popular, sobre la necesidad de crear más trabajo para las mujeres, pero eso estuvo más relacionado con la ciudad y el trabajo industrial, que con el campo (Tinsman 2008).

En la práctica esto fue más complejo porque muchos hombres se oponían a darles poder a las mujeres. Por ejemplo, hubo hombres que golpeaban a las mujeres porque ellas insistieron en que él les entregara su sueldo, o porque reclamaron ser informadas sobre las actividades de su marido. Otros conflictos provinieron del hecho que algunas mujeres comenzaron a asistir a clases de alfabetización sin consentimiento del marido, o porque acudieron a los consultorios de salud en busca de métodos anticonceptivos. Esto no significó que este tipo de conflictos no hubiese existido antes, sino que la reforma agraria produjo nuevas expectativas en los roles familiares que mujeres y hombres comenzaron a renegociar[5] (Tinsman 2008).

Durante la época de la Unidad Popular, los ideales de género de la reforma agraria fueron sometidos a una extraordinaria presión. Los hombres pasaban mucho más tiempo en reuniones, huelgas, y tomas. Al final, el rol masculino del compañero militante se hizo más urgente para muchos hombres que lo significaba ser "jefe de hogar, responsable." Muchas mujeres se sentían cada vez más "solas" y con sus familias "abandonadas." Al problema que les generaban las conductas desafiantes de las hijas (más liberalizadas que sus madres en cuanto a conductas sexuales y de pareja), se sumaba el temor a que su pareja les fuera infiel y de los riesgos que implicaba su participación política.

En definitiva, la reforma agraria reforzó un modelo de familia tradicional, en la cual, para tener acceso a los beneficios de tierra y trabajo estable, una mujer tenía que tener una relación permanente con un hombre beneficiario. Por tanto, una versión de la familia patriarcal permaneció fundacional a la forma en que se reconstruyó la sociedad rural.

En consecuencia, pese a representar un proyecto destinado a la creación de una sociedad más justa, la reforma agraria estableció los parámetros para futuros estándares de igualdad y los

[5] Tampoco es posible decir que en todos los hogares se vivió violencia intrafamiliar, sino que es la memoria de conflicto que tienen muchas mujeres en su discurso, casi colectivo, no necesariamente un hecho que vivió cada una (Tinsman 2008).

medios para acceder a ellos, sobre la base de la continuidad con el pasado, el estar enraizado en relaciones tradicionales de género y sexualidad (Tinsman, 2009a).

- **Dictadura militar (1973-1989)**

La dictadura militar clausuró el Congreso, censuró a la prensa e impuso la ley marcial; a nivel local, tomó control de los centros de madres y de las juntas de vecinos, y reemplazó las asambleas municipales y alcaldes, asignando funcionarios militares. Si bien llevó el autoritarismo al campo, no reinstaló el antiguo orden de inquilinaje y latifundio.

Lo que sí hizo fue una desestabilización tanto productiva como ideológica de la reforma agraria. Lanzó una contrarreforma que devolvió más de un tercio de la tierra expropiada a sus antiguos dueños, en consecuencia, desmanteló los antiguos modos de organización social, principalmente la organización sindical y la demanda de los campesinos por tierras. Congeló el antiguo Código del Trabajo lo que generó nuevas y coercitivas relaciones laborales, expulsó a los trabajadores del sector reformado de la agricultura y de las empresas, y lo fundamental, cambió radicalmente la composición del mercado de trabajo en cuanto el trabajo temporal crece, en detrimento del permanente (Valdés y Araujo 1999).

De este modo, los salarios bajan, la demanda de trabajo estacional de mujeres crece y las familias campesinas se vuelven dependientes tanto de los ingresos de hombres como de mujeres. Por tanto, la participación de hombres y mujeres en el mercado de trabajo constituye una estrategia familiar, con diferente participación por sexo a lo largo del ciclo productivo, en distintos momentos del ciclo de vida de sus miembros y desde temprana edad; en el caso de las mujeres alrededor de los 12 a 14 años (Venegas, 1995, en Araujo y Valdés 1999).

Es así como, el ideal de la reforma agraria de hombres proveedores se marchitó. El significado mismo del trabajo tuvo un desplazamiento radical: de ser asociado positivamente a la capacitación y autorrealización masculina, pasó a ser un símbolo de degradación de los hombres y explotación de las mujeres (Tinsman 2009a).

En la nueva estructura productiva, se privilegió el capital, los conocimientos, la capacidad de gestión y la tecnología avanzada. La estrategia comercial se orientó a buscar satisfacer

demanda internacional en el hemisferio norte, dadas las ventajas climáticas de contra estación de la producción de Chile central, además de valorar su cercanía a los puertos de embarque.

En el contexto económico neoliberal, los productos básicos fueron dejados al libre juego de los precios internacionales y expuestos a las fluctuaciones monetarias internacionales; asimismo se abandonó la política de precio de sostén, garantizado por la existencia del sistema de poder de compra del Estado. Éste deja sus organismos de compra y de distribución y las transfiere al sector privado. En 1976 el Ministerio de Agricultura y ODEPLAN señalaron como política pública el desarrollo del mercado interno de libre concurrencia estrechamente ligado al mercado internacional a través de las más amplia libertad de exportación y de importación (Santana 2006).

En efecto, hacia mediados de 1980, la estructura de producción frutícola en Chile central era semejante a la industria agrícola de California, y las exportaciones de frutas se transformaron en la tercera fuente de ingresos de divisas. La industria frutícola había emergido de las iniciativas de producción auspiciadas por la reforma agraria, pero abandonó el compromiso de ésta por equilibrar las exportaciones con la producción doméstica. Además, la recaudación iba a manos privadas, siendo decisiva la restauración del control de los patrones sobre los trabajadores (Tinsman 2009a).

Para lograr estos fines comerciales, se puso en marcha la integración vertical, esto es la industrialización de la producción a partir de la dependencia de centros de acopio y embalaje como los packing. En este proceso, se marginó a los pequeños productores, quienes se centraron principalmente en la producción para el mercado interno. De este modo, el campesinado se precarizó o bien se proletarizó, obligándolos a insertarse como mano de obra temporal, pues se encontraron en un contexto de fragilidad frente a la lucha por el mercado interno y los importadores. En el otro extremo se recompuso una burguesía rural, variando desde el latifundista, hacia nuevas capas rurales ligadas de más en más a los capitales agroindustriales, comerciales y de exportación.

Desde la perspectiva de género, el reemplazo del sistema de autoridad centrado en el jefe de familia generó ciertos cambios que permitieron un mayor despliegue de actividades para las mujeres, el nuevo escenario laboral las empujó a desempeñarse en trabajos específicos: un

conjunto de actividades y faenas del proceso agroindustrial en permanente desarrollo. Van desde aquellas que se realizan en los huertos, hasta las de acondicionamiento para la exportación de los productos, en las empacadoras. Vale decir, las mujeres se incorporan a las labores de la cadena agroindustrial. El tipo de labor requerida tanto en los predios como en los packing – delicada y minuciosa – puede ser realizada por las mujeres sin entrenamiento previo, pues forma parte de su socialización de género (Valdés, 1988, en Araujo y Valdés 1999).

La inserción laboral de las mujeres tuvo además repercusiones en su comportamiento: les permitió acceder a dinero de manejo autónomo, salir de la rutina del hogar, lograr concurrir a lugares donde se desarrollaba otra sociabilidad que la dada en el ámbito familiar y a través de la red de parientes. Esto habla de un cambio en los patrones tradicionales, en el que el trabajo era un argumento limitado a la necesidad económica (Valdés, 1992, 1997, en Araujo y Valdés 1999).

No obstante, debe señalarse que estos trabajos, en la década de los 80, en la industria de la fruta eran abusivos. Durante la temporada alta, los turnos de empaque duraban hasta dieciséis horas. Las mujeres trabajaban de pie, con escasos recreos y alimentación insuficiente. Además, eran sometidas a humillantes exámenes de embarazo y, en el caso de que éstos resultasen positivos, eran despedidas. La exposición a pesticidas y gases tóxicos incidían en las pérdidas de los embarazos, niños nacidos muertos o con defectos de nacimiento. Era común el acoso sexual y las amenazas por parte de los empleadores y supervisores. Entonces, si bien el acceso al trabajo amplió las oportunidades de algunas mujeres más allá de lo que habían tenido durante la reforma agraria, éste difícilmente las liberó de la coerción sexual o de la dominación de los hombres (Tinsman 2009a)

En definitiva, la exitosa productividad de la agricultura chilena – prontamente elogiada como un "milagro económico" en los centros financieros de Estados Unidos – se construyó sobre la base de la sobreexplotación del trabajo campesino y la devastación de las instituciones democráticas (Tinsman 2009a)[6].

[6] Una vez iniciado el proceso de redemocratización en los 90, cabe señalar el rol en la dirigencia y organización laboral y social de las mujeres. Ellas incorporan demandas laborales que las afectaban directamente.

- **Caracterización en el ámbito de la salud del ciclo histórico 1960 a 2000.**

Que no se enferman del alma los pobres, solo de pestes i de hambres decían los higienistas antes que se hicieran sicólogos. (Kemy Oyarzún, 2014)

A continuación una breve reseña de los tres períodos en que se insertan los ciclos considerados en esta investigación, 1965 a 1970, 1979 a 1984 y 1996 a 2000.

- **Primer período 1960-1972.**

El Servicio Nacional de Salud (SNS) nació formalmente en 1952, como resultado de una reforma sanitaria y previsional y al mismo tiempo una creación nueva y original. La Ley 10.383, al fundar la nueva institución fusionó en ella diferentes organismos, nacidos en momentos diversos de la vida nacional, que tenían funciones y atribuciones diferentes, cuyo conjunto ahora en el SNS, suponía la integración bajo un comando único, descentralizado, autónomo y con financiamiento propio, que permitiría la ejecución armónica y coordinada de la prevención, fomento y recuperación, que caracterizaba la protección moderna e integral de la salud (Molina 2010).

El grupo de especialistas que dio forma a la nueva estructura, era una generación de especialistas en salud pública, formados esencialmente mediante el proyecto de la Fundación Rockefeller que dio origen a las escuelas clásicas de salud pública, Harvard, Hopkins y Columbia, y a otras en el mundo, como la de la Universidad de Chile en 1943. Debieron enfrentar múltiples tareas, una de ellas, unificar a casi 30 mil funcionarios que provenían de casi 20 servicios dispersos, crear una política de salud integral, mejorar la calidad de los recursos humanos, mejorar la cobertura hacia lo rural y las zonas de pobreza, enfrentar los problemas prevalentes, infecciones y la salud materno-infantil (Jiménez 2001).

Esta nueva institucionalidad introdujo cambios significativos en las políticas de salud sexual y reproductiva disponibles y en el comportamiento de las mujeres. En efecto, antes de 1950 el acceso a métodos anticonceptivos para las mujeres era casi inexistente. El control de la

reproducción se realizaba principalmente, por medio de remedios caseros transmitidos inter generacionalmente. Una encuesta realizada a mujeres rurales en la década del 60, (Mattelart 1968) señala que más del 80% de las mujeres encuestadas, reconocía que el exceso de hijos e hijas constituía un problema para el hogar. Entre los resultados de la encuesta, se afirmó que entre un 60 a un 70% de las mujeres estaba dispuesta a recurrir a métodos anticonceptivos si estos fueran entregados de forma gratuita por el SNS.

En términos de Salud, el panorama general que presentaba Chile al comenzar la década del 60, era el propio de un país subdesarrollado: la población se componía de unos 7 millones de personas, de las cuales un 40% tenía 15 años de edad o menos, las condiciones generales de vida eran bastante insatisfactorias, caracterizándose por coberturas insuficientes en los servicios básicos, y dificultades en el acceso a la educación, la vivienda y la salud. En el ámbito sanitario, la mortalidad infantil era de 120 por mil nacidos vivos y la mortalidad del preescolar llegaba a 25 por mil. Casi el 60% de las muertes ocurría antes de los 15 años de edad. En el caso de la salud de la madre, las cifras no eran mucho mejores. Aproximadamente un 25% de la población estaba constituida por mujeres en edad fértil (entre los 15 y los 44 años de edad) con lo que la Tasa de Natalidad era extraordinariamente elevada: 36,3 por mil habitantes. Sin embargo, la Tasa de Mortalidad Materna era igualmente alta, alcanzando en 1965 la cifra de 27,9 defunciones por cada 10.000 nacidos vivos. Más de un tercio de las muertes eran consecuencia del aborto provocado clandestino cuya prevalencia a comienzos de la década del 60 era del orden de 32 abortos por cada 1000 nacidos vivos. En efecto, el número de mujeres hospitalizadas por aborto alcanzaba en 1960 a 57.368. Esto, considerando que solamente llegaban al hospital los casos más graves, por lo que puede deducirse que la cifra real era aún mayor. Investigaciones de la época, arrojaban como resultado que cerca de un tercio de los embarazos culminaban en aborto el que, según distintos autores, entre un 75% y un 90% era provocado. Al analizar la epidemiología de éste, destaca que las mujeres entre los 20 y 34 años aparecían como grupo vulnerable, especialmente mujeres casadas, aquellas que tenían hasta 3 hijos vivos y que pertenecían a los grupos socioeconómicos de menores ingresos (Szot 2002).

A continuación una tabla detallada con la tasa de natalidad e índice de fertilidad de los años considerados en el primer período estudiado:

Tabla 1: **Tasa de natalidad e índice de fertilidad en el período 1965 a 1970[7].**

Año	Tasa de natalidad	Índice de fertilidad
1960	38,95	5,58
1961	38,54	5,54
1962	37,88	5,46
1963	37,00	5,34
1964	35,92	5,19
1965	34,72	5,00
Promedio período	37,16	5,35

Fuente: Elaboración propia a partir de información INE.

Como se observa, en el período 1960-1965, la cantidad promedio de hijos por mujer era de 5,35. Puede señalarse que las mujeres no tenían suficientes métodos de planificación familiar. Por otra parte, la atención profesional del parto llegaba sólo al 52%, y en algunas provincias, no superaba el 40% (Szot 2002). Por tanto, el sistema hospitalario se encontraba relativamente ausente y era reemplazado por el saber vernáculo comunitario (Valdés 2007). Posteriormente, la asistencia médica se masificó y supuso la profesionalización en la atención del parto y, en esos casos, para los profesionales sanitarios y sociales, el dar a luz y la crianza no podían entregarse sólo al instinto maternal si se quería derrotar el flagelo de la mortalidad materno infantil[8].

Surgió entonces con fuerza, la necesidad de contener las altas tasas de aborto. Este fue uno de los principales objetivos del Programa de Planificación Familiar (PPF) y de su inserción en la política de salud materno-infantil a mediados de la década de 1960 en Chile. En su origen, el

[7] Tasa de natalidad: número de nacimientos por cada 1.000 habitantes en un año. Índice de fertilidad: número de hijos por mujer en edad reproductiva (entre 15 a 44 años).

[8] En cuanto a la cobertura de atención profesional del parto en el año 1975, alcanza un 87,4%, posteriormente en 1999 esta atención logró un 99,7% de cobertura en el ámbito nacional (Szot, 2002).

PPF chileno se configuró gracias a la red médico-asistencial e infraestructura que proveía el SNS y al trabajo realizado por la Asociación de Protección de la Familia (APROFA)[9]. De este modo a contar de agosto de 1965 se diseñó un PPF cuyo propósito fue el control del aborto inducido clandestino, el descenso de la mortalidad infantil y la promoción del bienestar familiar. La política pública planteada, tuvo un componente asistencialista, investigativa y de entrenamiento al personal de salud. Para ver detalles del contenido del PPF chileno, ver en anexo fotos 10 a la 15, cartillas informativas. En ellas se sugiere el uso de métodos anticonceptivos, principalmente los DIU, además fomentan el diálogo con la pareja para tomar este tipo de decisiones.

La implementación del PPF, estuvo marcada por la pugna de los poderes eclesiásticos, médicos y políticos. Una de las reacciones más importantes de la época, que da cuenta de la disputa política ideológica de aquellos años, provino de la Santa Sede, sintetizada en la Encíclica sobre la Vida Humana (1968) (Casas y Dides 2007). Dicha encíclica, escrita por el Papa Pablo VI prohibió todo tipo de control artificial de la natalidad, considerando que ello podría abrir el camino para la infidelidad conyugal y la degradación de la moralidad, perdiendo el respeto por la mujer que podría llegar a ser considerada como un mero objeto de placer. Como alternativa, promueven los métodos naturales de control de la natalidad, principalmente el método Billings basado en la observación y monitoreo del flujo cervical.

No obstante estas pugnas ideológicas, en su puesta en marcha el PPF fue a tal punto eficiente, que sin distinguir edades, nivel de escolaridad, estrato socioeconómico, ni residencia urbano o rural, provocó grandes mejoras[10]. Las mujeres recurrieron principalmente a los Dispositivos

[9] A fines de 1965 el gobierno de Frei Montalva otorgó personalidad jurídica al Comité de protección a la familia, que se había creado en la década de los 60 por influencia de la *International Planned Parenthood Federation* (IPPF) para reducir las elevadas tasas de natalidad, la mortalidad materna y la letalidad por aborto. Este organismo pasó a llamarse Asociación Chilena de Protección a la Familia (APROFA).
Cabe destacar que el concepto utilizado es de protección y no de planificación, pues se quería mostrar que el efecto buscado de la planificación era defender, proteger y resguardar la familia. Del mismo modo, la IPPF apoyó en América Latina, otras organizaciones con objetivo similares tales como, la Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana (1965), La Sociedad Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) (1965), la Asociación Demográfica Costarricense (1966), la Fundación Mexicana para la Planificación Familiar (AAPF) (1968), y la Asociación Uruguaya de la Planificación Familiar (AUPF) (1968).

[10] En 1969, profesionales de la salud del área sur de Santiago dieron a conocer a la comunidad nacional los promisorios resultados de la labor del SNS en control de natalidad en la población San Gregorio de la comuna de

Intra Uterinos (DIU), terapias hormonales y a la esterilización, por sobre las recomendaciones de control de natalidad natural, propuestas por la Iglesia. El principal impacto del PPF estuvo en reducir la multiparidad (la cantidad de partos, particularmente si habían sido más de cuatro o cinco) y fomentar el espaciamiento de los hijos, por razones de carácter económico, para disminuir el número de pobres y de niños abandonados. En aquella época no fue explicitado el deseo de liberar a las mujeres de la carga que significaba la crianza de un gran número de niños para que éstas pudieran desarrollarse como personas (Rojas Mira 2009).

Por otra parte, entre 1960 y 1973 el PPF chileno coincidió con las políticas de población propias del periodo de la Guerra Fría y específicamente se vinculó con organizaciones norteamericanas como el *Population Council*, la *Rockefeller Foundation*, la IPPF y la ONU, las que aportaron significativamente a los propósitos de dicha política sanitaria, tanto en financiamiento, investigación y formación de profesionales.

Se relacionó además con el gobierno de Estados Unidos a través de la Alianza para el Progreso, concebida como un plan cooperativo de diez años, entre éste y los gobiernos latinoamericanos democráticos, con el fin de brindar apoyo económico y técnico hacia los países de América Latina y que derivó en el apoyo norteamericano a la militarización del continente (López, 1988 citado en Felitti, 2009). La Alianza para el Progreso adoptó en los hechos una política de población que aseguraba los intereses norteamericanos en la región. En efecto, el presidente Lyndon Johnson, en junio de 1965, durante la celebración del 20° aniversario de las Naciones Unidas, destacó los beneficios de gastar cinco dólares en el control de la población frente a los 100 que deberían invertirse en crecimiento económico, lo cual muestra el modo en que Estados Unidos entendía el problema del subdesarrollo en América Latina (Stycos 1975 citado en Felitti 2009).

Por otra parte, el Departamento de Estado señaló a Chile como uno de los países que debía ser cabeza en el desarrollo de la anticoncepción. Los niveles que había alcanzado en medicina, y particularmente en medicina pública, eran superiores a los de otros países de América Latina, tanto así que la práctica médica generó conocimientos en el ámbito de la planificación familiar

---

La Granja, con una de las más altas tasas de fecundidad y de aborto. Sobre la base de una muestra, que incluyó 1.293 mujeres entre 15 y 44 años (un 20% de la población), se demostró una clara disminución de la tasa de fecundidad y de abortos después de un año de aplicado el programa en los ámbitos educativo y asistencial. Se llegó a establecer que el aborto disminuyó en un 40% y la fecundidad en un 20% en el período de un año.

que luego eran exportados (venían a formarse médicos latinoamericanos, por ejemplo de Perú).

Sin embargo, las relaciones internacionales mencionadas fueron producto del trabajo de una comunidad científica que, aun cuando seguía de cerca los lineamientos ideológicos de las agencias internacionales, entendió también esa relación como un instrumento eficiente para la concreción del PPF en la realidad sanitaria chilena. Los principales aspectos de esa adaptación fue que las políticas de control de natalidad no estuvieron dirigidas a disminuir significativamente el crecimiento poblacional sino a contener el flagelo del aborto, e ir progresivamente instalando la idea de la maternidad voluntaria, transformándose desde el supuesto del deber (imperante en la década de los 50), hacia un derecho.

Por tanto, fue relevante considerar que las políticas poblacionales debían insertarse de manera rigurosa en el marco cultural además de considerar el análisis de las elites científicas y políticas locales como los estudios internacionales de esta materia. Al mismo tiempo hubo factores de carácter interno, que facilitaron esta influencia foránea, que pueden ser vistos dentro del llamado proceso de modernización que trajo consigo el desarrollo de la educación, de la prensa, la difusión de la radio y la televisión (Rojas Mira 2009)[11].

En el contexto de los medios de comunicación de masas, cabe señalar la campaña del terror hecha para apoyar a Frei Montalva durante la elección de 1964, se trabajaba para elaborar un lazo orgánico entre mujer, familia y salvación nacional. Se planteó la elección con una pregunta muy sencilla: "¿Quieres que la izquierda te quite a tus hijos y los convierta en tus enemigos?". La pregunta era retórica: ¡obvio que no! Las referencias frecuentes durante la campaña a Cuba -y el lema que "Chile no debe ser Cuba"- hizo referencias a la Operación Peter Pan, un evento en el cual 20 mil niños cubanos fueron mandados por sus padres a vivir a EE.UU. para no vivir bajo el comunismo. Tal espectro horroroso no notó la ironía de que fueron los mismos padres cubanos -y no el Estado Revolucionario- quienes sacaron a los niños de sus hogares (Tinsman 2009b).

Considerando lo anterior, en abril de 1967 se organizó en Chile la Octava Conferencia Internacional de la IPPF patrocinada por APROFA, la Universidad de Chile, el Colegio

[11] Ver en anexo foto 9, portadas de la revista Time, por una parte, una de 1960, que plantea la necesidad de planificar la familia, como una necesidad internacional, dada la explosión demográfica, y luego otra portada de 1967 difundiendo el uso de la píldora anticonceptiva.

Médico y el SNS, denominada "Paternidad consciente deber y derecho humano" (ver en Anexo foto 15, estampilla conmemorativa). Lo más destacable de esta conferencia fue el compromiso asumido por el gobierno democratacristiano. La sesión inaugural contó con un discurso del Presidente de la República, Eduardo Frei Montalva, quien expresó:

> *"Yo quisiera manifestarles el profundo interés con que el Gobierno seguirá sus deliberaciones... tenemos la mente muy abierta para considerar el problema, no tenemos frente a él ningún prejuicio (...) en esta época la explosión demográfica*[12] *es un problema que no se puede eludir y que es necesario no sólo estudiar sino que resolver y afrontar con valor"... (Avendaño, 1975: 50-1).*

Si el gobierno de Eduardo Frei Montalva se caracterizó por ser reformista y favorable a la política exterior de Estados Unidos, en 1970 se inició un régimen reformista radical, liderado por Salvador Allende. Este período, dirigido por la Unidad Popular (UP), se caracterizó por el intento de establecer un camino no violento hacia el socialismo usando medios legales -la vía chilena al socialismo- constantemente vigilado por Estados Unidos, en el contexto de confrontación global de la Guerra Fría.

En 1970 la población rural del país, representaba un 24% del total de la población, cifra que se acercaba a la de los países desarrollados, no obstante las condiciones de vida en el campo permanecieron muy atrasadas, lo que motivó el aumento de la emigración del campesinado hacia la ciudad (Gazmuri 2012).

En materia de salud, durante la UP se profundizó el Programa de protección materno infantil (PESMIB), además se introdujo el concepto de "atención integral", para referirse a la atención ginecológica de las mujeres durante su edad fértil, desde la adolescencia hasta los 45 años, incluyendo planificación familiar, control del embarazo, parto, puerperio, prevención del cáncer y problemas de esterilidad (Avendaño, 1975: 73). Se pretendió como uno de los objetivos básicos de la planificación familiar, eliminar el aborto provocado y el uso masivo de

[12] La explosión demográfica no era un problema en el contexto nacional, sí en países como la India, a partir de los cuáles se inició la discusión sobre planificación familiar. Podría entenderse esta frase de Frei Montalva como una interpretación de que lo que él entiende como explosión demográfica es el aumento de personas empobrecidas en un contexto de escasez de recursos materiales para permitir su subsistencia, o bien, como una forma de insertarse en un discurso internacional progresista, la planificación familiar, sin parecer un agente político interesado en diezmar el ideal de familia existente.

los anticonceptivos a toda la población en edad fértil para el logro de la salud de madres y niños, además el desarrollo del grupo familiar, su estabilidad económica y laboral, viviendas en sitios adecuados y condiciones sanitarias, la procreación consciente y responsable, la armonía psicosocial de sus miembros y su incorporación a las actividades organizadas de la comunidad. Se puso énfasis en mejorar las condiciones y el bienestar familiar por sobre la reducción del número de hijos (Rojas Mira 2009), por tanto, no existió *a priori* la idea de restringir la cantidad de hijos que quisiera tener cada familia, pues era visto como una intervención de la política exterior de Estados Unidos en la vida íntima de las personas. En cambio, se creía que el desarrollo social y material actuaría como regulador de la tasa de fecundidad.

En síntesis, durante los años 60 y 70 se fortaleció el vínculo entre mujer y familia, algo que se profundizó a través de las políticas transnacionales de planificación familiar impulsadas por EE.UU., y que en el caso chileno tomó la forma del PPF. Estas políticas estuvieron precedidas de objetivos "técnicos" (consideraciones biomédicas de la élite científica, médica y política del país, sobre el contexto sanitario de la época: disminución de la tasa de aborto y mejoras en la salud materno infantil) más que de un lenguaje de derechos. El PPF garantizó el uso de métodos anticonceptivos a la mayoría de la población del país, lo que constituyó un paso fundamental para la autonomía reproductiva de las mujeres, eso sí, se centró en la etapa marital excluyendo a los jóvenes y a otros sectores de la población con distintas vivencias sexuales y reproductivas. En efecto, en el ámbito ideológico, estas políticas reforzaban el "frente familiar" (la familia). Proponían que solamente con el capitalismo al estilo estadounidense se podría lograr que cada familia disfrutara de su propia casa, con bienes electrodomésticos modernos y una vida íntima que valoraba al individuo y respetaba la libertad religiosa. El modelo de familia norteamericana (y también occidental) con padre proveedor y madre dueña de casa moderna fue ofrecido al mundo como la prueba de la superioridad moral y material de EE.UU. y sus aliados (Tinsman 2009b).

- **Segundo período 1973-1989.**

Tras diversas acciones de intervencionismo extranjero, el golpe de Estado en 1973 dio término al gobierno de la UP, dando paso a un modelo que buscaba restablecer un orden social que permitiese reafirmar el sistema capitalista pleno bajo dictadura. Es así como, a partir de 1975, se instaló un programa neoliberal que trajeron los Chicago *boys*, (una alianza entre los economistas de la Universidad Católica y la Escuela de Chicago en Estados Unidos). Los Chicago *boys* abogaron por el predominio del mercado y señalaron que los intentos de hacer capitalismo con intervencionismo estatal quedaban atrás, pues el modelo chileno debiera transitar de ser un capitalismo con tendencias al Estado benefactor, a un capitalismo con tendencias al predominio del mercado y relaciones laborales flexibles (Carrillo 2010).

El golpe de Estado chileno inauguró los golpes de Estado de corte neoliberal. Entrada la década de los 80, el neoliberalismo se reforzó con la aparición de Margaret Thatcher (1979-1990) y Ronald Reagan (1981-1989) en Reino Unido y Estados Unidos respectivamente. En efecto, el golpe militar chileno hubiese tenido una importancia limitada de no haberse conectado con una transformación del capitalismo mundial como la que lideraron Thatcher y Reagan (Carrillo 2010).

De esta manera, si en la economía prevalecieron los Chicago boys, la Política Social y la salud, era el ámbito de los gremialistas[13]. Liderados por Jaime Guzmán, durante la dictadura militar, tuvieron por misión establecer la arquitectura jurídica de la "democracia protegida" que se consagró en la Constitución de 1980. De este modo, durante la dictadura, coexistieron simultáneamente dos racionalidades diametralmente opuestas, por un lado hubo una racionalidad económica que privilegió la eficiencia, el lucro empresarial y la libertad económica y, por el otro lado, una racionalidad que canceló la libertad política, convirtió a los derechos humanos en bienes subordinados a los intereses políticos y justificó el empleo de la coerción, que llegó a tener costos humanos muy altos (Huneeus 1998).

[13] Movimiento surgido en la Universidad Católica, en oposición a la reforma universitaria de 1968 y que reconoce en el ser humano una dimensión espiritual que posee una dignidad inviolable y un destino trascendente. Los gremialistas intentan canalizar la participación social en instancias que denominan no partidarias, por considerar que no es propio politizar las organizaciones vecinales, regionales, gremiales o culturales. No obstante, se insertan en ellas buscando respaldar permanentemente al régimen y preparándose como una fuerza política dominante para cuando se llamara a elecciones (Huneeus 1998).

En el ámbito de la política de planificación familiar en 1978, la Oficina de Planificación Nacional (ODEPLAN[14]), a través de su Política de Población, con el fin de resguardar los intereses de la economía neoliberal, velar por la doctrina de seguridad nacional y conquistar la simpatía de la Iglesia Católica, suspendió las actividades de información y educación sobre anticonceptivos en consultorios y medios de comunicación, declarando que:

> A) Es deseable un aumento significativo de la población, sin embargo no es incumbencia del Estado tomar medidas para lograr disminución o aumento de la tasa de natalidad, más allá de la libre decisión familiar.
> B) Se mantendrá una infraestructura de servicio e información en regulación de la fecundidad, sin alcanzar un carácter de imposición o presión sobre los usuarios, que pueda restringir su derecho a libre decisión.
> C) Se reafirmará por todos los medios posibles el derecho inalienable a la vida.
> D) La esterilización no formará parte de los métodos de prevención de embarazos.
> E) El gobierno deberá estar oportuna y permanentemente informado sobre la acción que organismos nacionales sean instituciones privadas, universidades o del sector público, estén desarrollando en materia de planificación familiar, especialmente si trabajan en convenio con organismos o instituciones internacionales.
> F) Se deben mantener campañas que dignifiquen el rol de madre.

Como se observa, la dictadura desestimó el uso de anticonceptivos orales y dispositivos intrauterinos, al tiempo que prohibió la esterilización e hizo numerosos intentos por terminar con los programas de paternidad responsable. De una plumada se propuso barrer con los métodos recomendados por el SNS en épocas precedentes, dada su comprobado grado de eficacia. Como no lo lograron, se plantearon entonces, poner trabas cada vez mayores para

[14] Organismo estatal creado en 1967 con el fin de asesorar al Presidente de la República en "todas las materias que digan relación con el proceso de planificación económica y social". Durante la dictadura militar, esta Oficina fue la agencia estatal en la cual se reunió un amplio grupo de economistas para impulsar grandes reformas tales como la privatización del sistema de pensiones y de la salud, lo que les dio una enorme fuerza política, pues los formó políticamente para que asumieran un rol político en defensa del régimen. ODEPLAN colaboró además a servir como "conciencia social" del modelo neoliberal, a través de la formulación de políticas contra la extrema pobreza y de la evaluación social de los proyectos de inversión que le dieron al modelo económico una perspectiva "popular" que contrastaba con la imagen opuesta de concentración de la riqueza que transmitía su política de privatizaciones. Un papel destacado lo cumple el Ministro en el período 1978 - 1980, Miguel Kast, que actúa como puente entre gremialistas y Chicago *boys*, pues es economista y gremialista (Huneeus 1998).

impedir el acceso de la población a los mecanismos anticonceptivos (Jiles, 1992). Además, de obstaculizar el debate sobre derechos vinculados a la autonomía, la libertad personal y la sexualidad. Como consecuencia de ello, se habilitaron formas de resistencia y estrategias para sortear la coerción impuesta, persistió entonces el aborto como método de control de la natalidad, constituyendo un ejemplo de "doble discurso" que tuvo como efecto retrasar el debate abierto y lograr modificaciones a estas disposiciones (Shepard 2000, citado en Felitti 2009).

En la práctica, la dictadura dejó solas a las mujeres: se despreocupó del tema del aborto (que según algunas cifras, ascenderían a 150.000 por año), autorizó el retiro de dispositivos intrauterinos, sin consulta previa a las mujeres, ordenó el retiro de los afiches que informaban sobre materias anticonceptivas de los servicios de salud, desestimó la investigación, incluso el gobierno fiscalizó a instituciones de derecho privado como APROFA, asociación a la cual la Ministra de Justicia de la época, amenazó con quitar la personalidad jurídica en virtud de las acciones emprendidas en pro de la paternidad (Benjamín Viel, APROFA, entrevista en Jiles, 1992).

En relación a los indicadores de salud materno-infantil, en 1980, sin embargo, la tasa de fecundidad continuó disminuyendo hasta situarse en el orden de 2,4 por mil, la tasa de natalidad descendió a 22,8 por mil habitantes y la mortalidad por aborto disminuyó a 4,8 por 10 mil nacidos vivos.

A continuación una tabla en que se presentan la tasa de natalidad y el índice de fertilidad del período estudiado, 1979 a 1984.

Tabla 2: Tasa de natalidad e índice de fertilidad en el período 1979 a 1984[15].

Año	Tasa de natalidad	Índice de fertilidad
1979	22,86	2,72
1980	22,84	2,68
1981	22,95	2,66

[15] Tasa de natalidad: número de nacimientos por cada 1.000 habitantes en un año. Índice de fertilidad: número de hijos por mujer en edad reproductiva (entre 15 y 44 años).

1982	23,15	2,65
1983	23,36	2,65
1984	23,54	2,66
Promedio período	23,12	2,67

Fuente: Elaboración propia a partir de información INE.

En relación al período anterior, se constata una disminución de la cantidad de hijos por mujer, disminuyendo de 5,35 en el período 1965 a 1970 a 2,67 como promedio del período 1979 a 1984. Las políticas de planificación familiar son exitosas en cuanto a permitir a las mujeres decidir cuántos hijos tener. Del mismo modo, las políticas pro-natalistas de la dictadura mantienen una variabilidad no significativa del índice de fertilidad.

Algo que resulta destacable es que, dada la disminución de la población que se constata, durante este período disminuye además la prevalencia de desnutrición infantil, e impacta en la baja de la mortalidad infantil. A mediados de la década del 70, se constituyó en Chile, el CONPAN (Consejo Nacional para la Alimentación y la Nutrición), que con un enfoque multisectorial, y poniendo énfasis en la Atención Primaria de Salud, logró reestructurar el Programa de Alimentación Complementaria (PNAC) y favorecer el acceso de la población a los consultorios, con el objeto de desarrollar allí, las acciones de promoción y fomento de la salud de la madre y el niño, como control prenatal, atención profesional del parto, atención neonatal, control del niño sano, programa de inmunizaciones, etc. (Szot, 2002). De este modo, se estimó que el hecho de distribuir los alimentos gratuitos en conjunto con el control médico, permitía lograr en forma conjunta el objetivo de una medicina preventiva y de un programa nutricional eficiente. En el caso de los niños en edad escolar, los programas alimenticios operados a través de la escuela, permitían garantizar la llegada del subsidio al destinatario e incentivar la escolaridad.

Del mismo modo, la política pro natalista de la dictadura, buscaba contar con una población numerosa y políticamente controlada[16]. Desde una perspectiva de género, se valoró a la mujer

[16] Sobre todo, esa ideología planteaba que los intereses de la familia (intereses de la mujer) iban más allá (o trascendían) de los intereses políticos. Planteaba que el vínculo entre familia y nación era puro y sencillo, que no necesitaba la intermediación de los partidos políticos, cuyos intereses eran egoístas y corruptos. Ese vínculo entre mujer, familia y nación tenía raíces en los proyectos de Carlos Ibáñez y, de una manera distinta, en el fascismo. Pero en el contexto de la Guerra Fría se convierten en una ideología sumamente antiizquierdista, una ideología

especialmente en su calidad de madre, definiendo la capacidad de procrear como su función social primordial. El ejercicio de esta capacidad, en la concepción de la dictadura militar, restó importancia a sus anhelos de desarrollo personal, autónomo, con el objeto de mantenerla aislada, entre las cuatro paredes de su hogar, velando por el cuidado de sus hijos. Señalaba Augusto Pinochet:

> *"El hogar es como un Chile pequeño…la patria nace en la familia…Se debe unir los conceptos de hogar y patria, identificando a la mujer dentro de su hogar, en un servicio a Chile, y de esa manera dignificar las funciones femeninas"*[17].

No obstante, pese a que se las relegaba al espacio doméstico, en un rol pasivo, al mismo tiempo, dada la preeminencia del mercado y la flexibilización laboral, se las empujó a salir de sus casas para generar ingresos, en el contexto de la crisis económica de la década de los 80. En efecto, la tasa de participación laboral de la mujer se mantuvo relativamente estable durante las décadas de los sesenta y de setenta, para luego aumentar en alrededor de cinco puntos porcentuales entre el inicio y el final de la década del ochenta (Larrañaga 2003).
Al mismo tiempo, durante la dictadura militar, en medio de una fuerte represión, atomización de la sociedad chilena y del desmantelamiento de los partidos políticos, las mujeres pugnaban por mayor autonomía personal para la negociación en su relación con los hombres y las instituciones. La negación del autoritarismo caracterizó el discurso de las feministas chilenas de los ochenta, como lo señala Chuchryck (1984), pero no sólo el autoritarismo instalado en el Estado sino también aquel que caracterizaba ámbitos familiares y privados de la sociedad chilena.

En este sentido, el proyecto feminista planteaba una redefinición de lo político y la necesidad de crear nuevas formas de hacer política desde la especificidad de la opresión de las mujeres. Surgen así, una gran cantidad de organizaciones de mujeres pobladoras, sindicalistas, estudiantes, campesinas y profesionales; algunas se crean como referentes sociales de partidos de izquierda; varias adquieren un carácter nacional y asumen la lucha por los derechos

---

que definía a la izquierda marxista como un enemigo de la familia (y de la mujer), así como un enemigo de la nación. Este lazo ideológico fue entendido muy bien por Augusto Pinochet.

[17] Pinochet, Augusto, citado en "La mujer y el gobierno militar", Mujer/Fempress, N° especial: la maternidad, página 16.

humanos, por la subsistencia y por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Los movimientos de mujeres adquirieron una presencia muy importante en la movilización contra el Régimen (por ejemplo, las protestas callejeras entre 1983 y 1986), siendo este momento en el cual alcanzan su grado más alto de articulación y visibilidad en la esfera pública nacional (Godoy, Guerrero 2001).

En esta línea, destaca la labor del Círculo de Estudios de la Mujer, un espacio de análisis y difusión acerca de la condición de la mujer. Funcionó activamente entre los años 1979 y 1984 y dentro de sus actividades estuvo la organización de importantes encuentros y debates, talleres, cursos y charlas, teatro-foro y seminarios. La divulgación de estos eventos y sus contenidos se canalizó a través de una publicación periódica -el Boletín- y de la serie Cuadernos del Círculo, relativos a temas específicos de interés feminista. Para fines de 1982, junto con la labor investigativa, confluyeron también en el Círculo las actividades del incipiente Movimiento Feminista, que comenzaba entonces a manifestarse públicamente en la coyuntura política[18].

En el ámbito de la salud, en 1985 se crea el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER), cuya misión es procurar un mejor conocimiento y comprensión de las variables que influyen en la salud sexual y reproductiva, la reproducción humana y la salud materno-infantil mediante la investigación científica. Un objetivo importante de ICMER es aplicar tal conocimiento con el fin de mejorar la salud y el bienestar de las personas a través de sus servicios clínicos, de la capacitación del personal de salud, de la difusión de información al público en general y de la abogacía para promover cambios en las políticas públicas relacionadas con la salud sexual y reproductiva. ICMER ha realizado grandes aportes a la política pública en Salud Pública, al reconocer el acceso poco equitativo y limitado de la población chilena a la salud sexual y reproductiva como problema principal a ser abordado por la institución y atiende especialmente a los sectores de menores recursos. Del mismo modo, en

[18] Sin embargo, a las dificultades de organización y expresión impuestas por el régimen se sumó el retiro del patrocinio de la Academia de Humanismo Cristiano en 1984, año en el que el Círculo dejó de existir como tal. Su lugar lo tomó la Casa de la Mujer La Morada y el Centro de Estudios de la Mujer (CEM). Biblioteca Nacional de Chile. "Círculo de Estudios de la Mujer", en: Julieta Kirkwood y los saberes feministas (1937-1985). Disponible en www.memoriachilena.cl. Accedido en lunes, 30 de junio de 2014.

la década de los 90 juega un rol importante al investigar sobre la necesidad de disponer de anticonceptivos de emergencia, entre ellos la denominada "píldora del día después".

Como se ha señalado, el proceso de reestructuración neoliberal implicó la redacción de una Constitución que buscaba, por la vía legal, dificultar cualquier modificación al régimen impuesto, además de introducir leyes que retrocedieran en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos. Es así como hasta 1989 la ley chilena permitía el aborto terapéutico, protegiendo la vida de la mujer embarazada que sufría patologías graves. Pero, la ley 18.826 fue derogada en 1989, señalando que los avances de la medicina lo hacían innecesario, pese a que esta intervención continúo contando con la aprobación de la Asociación Médica Mundial, el Código de ética del Colegio Médico de Chile, y la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. De esta forma, la Dictadura en 1989 penalizó el aborto terapéutico, tras largas décadas de aplicación en Chile.

- **Tercer período 1990-2000.**

El proceso de transición a la democracia, iniciado en los 90 y pactado entre los partidos políticos y la dictadura, tuvo como sustento la existencia de consensos e implicó el silenciamiento de las voces disidentes, además reconfiguró los partidos políticos, transformándolos en entes privilegiados de interlocución con el Estado, pero cada vez con menos sustento en la sociedad civil y por ende ésta se desarticuló progresivamente. Este proceso afectó a los distintos actores sociales presentes en la vida pública chilena y de modo relevante la discusión sobre los derechos sexuales y reproductivos.

La transición se llevó a cabo en un contexto neoliberal y de reforma del Estado y dio lugar a conflictivos y limitados procesos de reforma del derecho civil, de pareja y familia. El divorcio solo se reconoce legalmente en 2004 y es visto como un tema de "modernización" y democracia. Al mismo tiempo, aparecen otros temas como por ejemplo la filiación, violencia familiar, doméstica y conyugal y el acoso sexual. Todas estas y muchas otras cuestiones redefinen las relaciones en el marco de las heterosexualidades, en la dirección (inconclusa pero clara) de la equiparación civil entre mujeres y varones.

En el ámbito de la protección a la infancia, Chile ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño el 14 de agosto de 1990 (fue aprobada el 20 de noviembre de 1989 por Naciones Unidas). Este tratado busca promover los derechos de los niños y niñas, cambiando la

concepción de la infancia. Se rige por cuatro principios fundamentales: la no discriminación, el interés superior del niño, su supervivencia, desarrollo y protección, así como su participación en decisiones que les afecten, considerando a los niños sujetos de derecho. A partir de la suscripción de esta Convención, Chile a través de la ley 20.379 creó el Sistema Intersectorial de Protección Social. Uno de sus programas es Chile crece contigo, que inició sus actividades en 2009[19].

Por otra parte, el movimiento feminista, en este contexto, no logra articular propuestas de movilización que le permitan en tanto actor social alcanzar una mayor visibilidad y protagonismo. Debido a la instalación de la institucionalidad de género en el país (Servicio Nacional de la Mujer, SERNAM[20]), un sector de las feministas afirma que se trata de una institución que no sirve a sus intereses , sino más bien es funcional al Estado apropiándose de las demandas feministas y despojándolas de su sentido transgresor; mientras que aquellas más cercanas a los partidos y vinculadas a ONGs defienden esta institución como el gran logro del movimiento y como un avance en términos de igualdad entre hombres y mujeres (Godoy, Guerrero 2001).

En el ámbito de las políticas públicas, el Ministerio de Salud en 1994 decide transformar el tradicional programa de Salud Materna y Perinatal en un Programa de Salud de la Mujer, el cual, sin descuidar las acciones de protección del proceso reproductivo con los excelentes indicadores alcanzados (mortalidad infantil y perinatal, mortalidad materna), se propone agregar aspectos de salud no reproductivos (salud mental, salud laboral, atención en el período menopáusico) e incorporar el enfoque de género en las actividades programáticas[21]. Señala además que, el concepto de Salud Reproductiva se hallaba en pleno desarrollo, y que está centrado en las personas como sujetos activos en el ejercicio de sus derechos reproductivos,

[19] Es un Sistema de Protección Integral a la Infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor.

[20] Fue creado mediante la ley 19.023, de 3 de enero de 1991, tal como lo expresa dicha ley "Es el organismo encargado de colaborar con el Ejecutivo en el estudio y proposición de planes generales y medidas conducentes a que la mujer goce de igualdad de derechos y oportunidades respecto del hombre, en el proceso de desarrollo político, social, económico y cultural de Chile, respetando la naturaleza y especificidad de la mujer que emana de la diversidad natural de los sexos, incluida su adecuada proyección a las relaciones de la familia".

[21] Ministerio de Salud, Programa Salud de la Mujer. Serie 01: Programas de Salud. División Salud de las personas. 1997. Pese al cambio en el nombre del programa, sigue siendo un programa de planificación familiar.

participando en el logro de una mejor calidad de vida personal, de sus parejas y de su familia. Las acciones que reconoce como básicas en salud reproductiva incluyen: educación sexual, control del embarazo y parto, planificación familiar, prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), incluyendo VIH/SIDA. Reconoce que en Chile, existe una excelente cobertura en control del embarazo y atención profesional del parto, basados en 30 años de exitosa experiencia en planificación familiar, aun cuando persiste como problema el aborto inducido (considerado como signo de demanda no satisfecha de la población usuaria)[22].

Uno de los programas intersectoriales característicos de este período son las Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad (JOCAS) realizadas en liceos y colegios entre los años 1995 hasta 1998. Son dispositivos de pedagogía social, auto gestionados por sus participantes, destinados a estimular, en una misma comunidad, la reflexión sobre temas ligados a la afectividad y sexualidad mediante conversaciones y entrega de información para el control de la fertilidad, puesto que uno de sus objetivos centrales era la disminución del embarazo adolescente. Las JOCAS promovían la educación de la sexualidad sobre la base de fortalecer la "auto-reflexividad" que las conversaciones permiten como fuente de aprendizaje informal para que las personas tomen decisiones libres y responsables sobre su afectividad y sexualidad. Este programa fue articulado por el Ministerio de Educación, el SERNAM y el Ministerio de Salud. Estas jornadas recibieron críticas por parte de grupos conservadores, particularmente influenciados por la Iglesia católica.

La Iglesia católica, sistemáticamente se opuso a cualquier modificación del orden jerárquico y fuertemente estructurado que asocia géneros a binarismo natural, y sexo a familia y reproducción. La Iglesia es el actor que lidera intelectualmente y organizativamente la resistencia a cualquier cambio. De ahí que numerosos autores consideren el campo de lo sexual y del género como el terreno privilegiado en que pasa hoy el proceso (inconcluso, y no tan claro) de separación entre el Estado laico y la religión (Shepard 2000).

En este período, la planificación familiar ya no es considerada exclusivamente en términos de geopolítica y desarrollo, sino como un derecho fundamental; reconociendo por primera vez los derechos de las mujeres, sobre el principio de la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, cuyo ejercicio debe ser asegurado por todos los estados comprometidos con el

[22] Ibid. Páginas 11-13.

cumplimiento de los distintos tratados y convenciones internacionales que los garantizan. En América Latina y en el resto del mundo, los gobiernos llegaron a un consenso general con respecto a los principios que definen los derechos sexuales y reproductivos en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), realizada en Cairo el año 1994, señalando que:

> *"Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos aprobados por consenso. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos*[23].

Al igual de lo que sucede en otras partes del mundo, en América Latina y en Chile, existe un fuerte debate acerca de las implicancias concretas de estos principios de consenso. El debate está presente en todos los niveles, desde la familia hasta el gobierno central. ¿Se extienden estos derechos a los adolescentes? Vale decir, al referirnos a "parejas y personas", ¿estamos hablando también de los adolescentes? En las últimas reuniones de las Naciones Unidas sobre Cairo + 5, muchas delegaciones han argumentado que los derechos de los padres dejan sin efecto los derechos de los adolescentes. Por otra parte, si las mujeres tienen el derecho a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos, ¿Significa ello también que tienen el derecho a recibir servicios de aborto seguros y libres de riesgo? Ciertamente que este último es el aspecto más polémico y al que más publicidad se le ha dado en el debate sobre los derechos reproductivos. Tanto es así, que es muy frecuente que para la opinión pública el término "derechos reproductivos" se limite al asunto del aborto (Shepard 2000).

[23] Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, Egipto, 5–13 de septiembre, 1994, Doc. de la ONU A/CONF.171/13/Rev.1 (1995). Los derechos sexuales y reproductivos han sido reconocidos por los organismos internacionales en numerosas declaraciones y conferencias, particularmente a partir de la "Convención sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer" (1979), de Naciones Unidas y más específicamente a partir del Protocolo facultativo de dicha Convención, firmado en 1999 que permite a las partes firmantes, reconocer la competencia del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer para examinar las denuncias de particulares.

A continuación una tabla que presenta la tasa de natalidad e índice de fertilidad del período estudiado:

Tabla 3: Tasa de natalidad e índice de fertilidad en el período 1996 a 2000[24].

Año	Tasa de natalidad	Índice de fertilidad
1996	19,25	2,32
1997	18,51	2,25
1998	17,82	2,19
1999	17,21	2,14
2000	16,68	2,09
Promedio período	**17,89**	**2,19**

Fuente: Elaboración propia a partir de información INE.

La tasa de natalidad del período 1996-2000, contrasta con la tasa del período 1965-1970. En el primer período esta tasa es de 37,16 y en el segundo 17,89, esto representa un 51,85% de disminución de la tasa de natalidad, en el período estudiado. En tanto, el índice de fertilidad entre estos períodos, disminuye significativamente, de 5,35 a 2,19.

Observamos entonces que se ha modificado el valor social asignado a la sexualidad y a la reproducción. A partir de los diferentes procesos de modernización, ha surgido un elemento central para posibilitar el ejercicio de los derechos en este campo, se trata de la separación entre sexualidad y reproducción o, como lo llama Montaño, la separación entre erotismo y fertilidad (Casas y Dides 2007).

Este proceso va ligado al acceso a los métodos de regulación de la fecundidad y a la implementación de programas de salud reproductiva en el ámbito público, repercutiendo en el proceso de toma de decisiones de las mujeres respecto a su sexualidad y reproducción. Según Dides, se trata de un nuevo camino de búsqueda de autonomía de las mujeres y, por tanto, un cuestionamiento a los sistemas de dominación de género en estos campos. Pero, también, ha repercutido en diversos debates sociales que muchas veces esconden concepciones del orden

[24] Tasa de natalidad: número de nacimientos por cada 1.000 habitantes en un año. Índice de fertilidad: número de hijos por mujer en edad reproductiva (entre 15 y 44 años).

social, su institucionalización y sus regulaciones. En la medida en que el debate se enfoque sólo en aspectos técnicos o biomédicos, se elude una discusión vigorosa sobre el contenido y alcance de los derechos involucrados (Casas y Dides 2007).

De este modo, si bien en el ámbito político se discuten los derechos sexuales y reproductivos, al mismo tiempo ocurre un marcado aumento del fundamentalismo religioso, por un lado, y una globalización cultural, por el otro. Esta discrepancia exacerba las divisiones políticas y culturales que ya existían desde antes para afrontar el tema.

La globalización cultural se da en la sociedad chilena en un contexto socioeconómico político y cultural de grandes transformaciones, con avances en materia económica y mayor bienestar en amplios sectores de una población que modificó sus creencias, sistema de valores, estilos de vida y construcciones subjetivas, en un proceso – no lineal ni homogéneo- que es parte de la modernidad.

Este nuevo escenario exigió a los individuos construir una identidad propia en un mundo que ofrece múltiples opciones, generando mayor libertad (en la mayoría de los casos a través del mercado) y por tanto de mayor incertidumbre. En este contexto, los grupos empobrecidos experimentan una tensión entre un elevado estándar de vida en términos de consumo material e infraestructura, así como en demandas e intereses sociales; por otra parte déficit y necesidades de países subdesarrollados. Una de las áreas en que quedaron rezagados es en el acceso a información y servicios en el espacio de la sexualidad y reproducción (Casas y Dides 2007). En tanto en los grupos medios y altos se dieron válvulas de escape que permiten que las personas se acomoden a las políticas represivas en materia de derechos sexuales y reproductivos, transgrediéndolas a nivel privado sin que se alteren las normas legales o religiosas oficiales. En efecto, los mecanismos informales que amplían las opciones en general, conllevan menos riesgos y se hacen cada vez más accesibles a medida que uno sube la escala socioeconómica, suavizándose con ello las consecuencias de las políticas represivas para los mismos sectores que influyen en las decisiones políticas, ya sea desde el gobierno o desde la sociedad civil.

Al existir estas válvulas de escape, los grupos medios y altos no sufren las consecuencias de las leyes represivas, lo que ayuda a contrarrestar el descontento de las elites frente a estas leyes y a debilitar la voluntad política y social para impulsar un cambio legislativo (Shepard 2000). Ello conduce a que las consecuencias tanto legales como de salud recaigan en forma desproporcionada sobre las personas más vulnerables o de menos recursos.

En el ámbito íntimo, a partir de los 90 existe una tendencia a una mayor liberalización de las prácticas sexuales, especialmente entre adolescentes, y en el marco de cambios de los patrones tradicionales de lo masculino y femenino. Los significados y las prácticas sexuales de mujeres y hombres ya no responden al "modelo" que formó parte por décadas del sentido común. A nivel de discursos públicos se utiliza un lenguaje normativo con alto poder de persuasión moral detrás de los derechos humanos. Los derechos entre profesionales y usuarios se enfrentan, dejando a estos últimos ausentes de la resolución del conflicto y como si ellos fueran solo un accidente (Casas y Dides 2007).

En el contexto rural, es posible sostener a partir de documentos del Ministerio de Salud que "existe evidencia que la situación de salud es peor en mujeres de escasos recursos o en zonas rurales donde están empobrecidas". En este contexto, y en particular a partir de los programas de promoción de la salud, aplicados a partir de la década de los 90, es posible sostener que superar la pobreza, como se ha realizado en los últimos años, no implica necesariamente superar las desigualdades (en cuanto al rol de género) entre hombres y mujeres (MINSAL 2008).

En el ámbito de la Salud, la tasa bruta de natalidad en 1992 es de 21,13 nacidos por cada mil habitantes, cifra que disminuye entrado el nuevo siglo a 15,65 el año 2002. No obstante disminuye las tasa de natalidad, sigue existiendo en las organizaciones sociales y la opinión pública, interés por discutir sobre los anticonceptivos de emergencia y el aborto.

De este modo, en 1996 el ICMER realizó un estudio sobre la necesidad de disponer de anticonceptivos de emergencia (AE)[25], identificando la necesidad de ello como política pública, como una posibilidad de evitar embarazos no deseados. El Ministerio de Salud en 1998, recogió tales consideraciones en el Protocolo de Intervención en los Servicios de Urgencia para casos de Agresiones sexuales, elaborado por un conjunto de especialistas de los servicios públicos de salud. No obstante, el ministro de la época decidió emitir una fe de erratas a la recomendación del uso de AE, señalando simplemente desconocerla. A pesar de los reclamos de ICMER y CORSAPS, la política no se modificó y la decisión fue sacar el uso de la AE. En esa misma época, otra encuesta realizada[26] reveló que un 59% de las mujeres estaban de acuerdo con el aborto legal en casos de violación o incesto, un 78% en caso de que la vida de la madre estuviera en peligro, y un 70% debido a problemas del feto. Y un 30% expresó que la legislación debiera permitir el aborto "siempre que la mujer lo solicite". Estos resultados de Chile son particularmente notables, dado que en los medios de comunicación no se difundía ninguna opinión que abogara por el derecho al aborto, por tanto es la sociedad civil la que aboga por reestablecer este derecho.

Podemos señalar que entre la política, el cambio cultural y la sexualidad en los 90, se establece una relación estrecha: todas conllevan un componente de cambio, todas tienen un potencial de ruptura del orden, todas están abiertas al exceso, todas están abiertas a la represión y al castigo. De este modo, las vivencias de la sexualidad se han desplazado desde la legitimidad del acto a las consecuencias biográficas del mismo y, con ello, desde el plano de las instituciones al plano de los individuos (Palma 2006).

De esta manera, la individualización experimentada en los años 90, conlleva la diversificación de las trayectorias biográficas y sexuales, de modo que las mujeres han diversificado sus trayectorias personales. Lo que antes se definía de modo homogéneo como ser mujer, ahora se

[25] El estudio consistió en una investigación cualitativa cuyo objetivo fue evaluar la aceptabilidad de la AE y diseñar estrategias para su introducción, una revisión sobre los aspectos legales de su introducción y la situación de los derechos sexuales y reproductivos en el país.

[26] Grupo Iniciativa Mujeres, "Encuesta Nacional: Opinión y Actitudes de las Mujeres Chilenas sobre la Condición de Género", Enero, 1999, realizada por Quanta Sociología Aplicada, usando una muestra nacional urbana representativa de 1.800 mujeres en 22 ciudades.

ha vuelto plural. Figurativamente las mujeres abandonan a "la mujer", singularizando con ello las identidades y trayectorias posibles. Ocurre una individualización y singularización al mismo tiempo, que facilita que las mujeres instalen la búsqueda de placer en la sexualidad (Palma 2006).

III. MARCO TEORICO

- **Género , sexualidad y reproducción**

"Siempre hubo madres, pero la maternidad fue inventada" (Ann Oakley, citado en Darré, 2013: 9).

La categoría **género** permite interpretar esta cita, pues ayuda a comprender cómo es que las representaciones de la persona sexuada, el reparto de las tareas tal como las conocemos en las sociedades occidentales, no son fenómenos de valor universal generados por una naturaleza biológica común, sino son construcciones culturales. Con un mismo "alfabeto" simbólico universal, anclado en esta naturaleza biológica común, cada sociedad elabora de hecho "frases" culturales singulares y que le son propias (Héritier 1996).

En este contexto, el género aparece como una categoría que representa a cada individuo en los términos de una relación social particular que preexiste al individuo y está fundada sobre la oposición conceptual y rígida (estructural) de dos sexos biológicos. Esta estructura conceptual es lo que se ha definido como "el sistema sexo/género". Se trata de un sistema de representación que confiere significado (identidad, valor, prestigio, posición en el sistema de parentesco, estatus de la jerarquía social, etc.) a los individuos de una sociedad dada, este sistema está siempre íntimamente unido a factores sociales y políticos en cualquier tipo de sociedad, por tanto presenta a las mujeres como seres históricos, sujetos de "relaciones reales" (De Lauretis 2000).

Por lo mismo, si bien los anticonceptivos permitieron a la mujer determinar el número y espaciamiento de sus hijos; así como separar el derecho al placer de la maternidad obligada,

dejaron prácticamente inalterados los modelos conductuales, en función de los cuales, hombres y mujeres continuaron actuando al interior de la familia y la sociedad. Es por este motivo que no puede establecerse una relación causa efecto entre el consumo masivo de anticonceptivos y la liberación de la mujer de los roles culturales asociados a ella. Del mismo modo, cabe señalar que los anticonceptivos constituyen solamente un potencial que puede revertir la opresión femenina, siempre y cuando se les ubique dentro de un contexto socioeconómico, cultural y legal, que tome en cuenta al sujeto mujer y se oriente hacia un cambio en la condición de la misma, ampliando su espacio vital más allá de los estrechos marcos que la sociedad ha diseñado para ella (Jiles 1992).

El **cuerpo** en tanto, se entenderá como un lenguaje, ya que incorpora a la sociedad que a su vez encuentra en el cuerpo un medio privilegiado de expresión. Asistimos a una eclosión de teorías y usos del cuerpo que aparentemente pueden oponerse, pero que sobre todo se solapan: el cuerpo radicalizado, el cuerpo politizado (a partir del discurso elaborado por el Estado), el cuerpo mediatizado y el cuerpo privado y familiar (el que se piensa y da cuenta del lenguaje del parentesco). Diremos que el cuerpo tiene un carácter historiográfico en tanto es una construcción cultural en constante elaboración y valorización, objeto de representaciones sociales y depositario de sentido histórico (Zárate 2010).

La idea subyacente es que las distintas imágenes, discursos y usos del cuerpo son el reflejo de la sociedad, el cuerpo es la metáfora de la sociedad, el individuo entra a formar parte de la sociedad también a través de su cuerpo. Dentro de estos planteamientos el control sobre el cuerpo se presenta como una forma de control social al mismo tiempo que un medio para reaccionar a ese control (Orobitg 1999).

La sexualidad no es menos social ni menos históricamente creada que el género, pero es diferente y es fundamental para saber cómo funciona el género, es de dónde el género adquiere gran parte de su propio significado. La sexualidad refiere a significados y prácticas culturales más amplias construidas a través del tiempo y en contra de las ideas sobre el cuerpo sensual y, a mediados del siglo XX en el Chile rural, en relación al sexo heterosexual y procreador. La sexualidad opera como una práctica concreta e ideológica cuyos parámetros se generan al interior de la historia de clases. La sexualidad se manifiesta en múltiples prácticas, incluyendo

el noviazgo, el cortejo, el galanteo, el matrimonio, el intercambio sexual comercial e informal, la reproducción humana, el lucimiento corporal, y el vasto terreno del placer, del humor, la competencia sobre la acción y las oportunidades sexuales (Tinsman 2009a).

Entre 1950 y 1973, la sexualidad fue fundamental para el significado de la masculinidad y de la femineidad en el Chile rural. La sexualidad fue clave respecto de cómo los hombres y las mujeres fueron constituidos como seres sexuados dentro del sistema de latifundio y, más tarde, dentro de la reforma agraria; lo que explica o subyace al por qué las mujeres fueron incorporadas desigualmente a la fuerza laboral y a la lucha política. En ese sentido se circunscribió la participación femenina al rol de esposa y madre.

En relación a la reproducción, sostendremos que ella plantea un orden simbólico que reproduce la cultura y el orden social. La procreación en su calidad de acontecimiento individual (único para el individuo) que adquiere al mismo tiempo toda una serie de significaciones sociales (recurrentes para la sociedad más allá del ritual) y que se presta, por esta razón, a tratamientos simbólicos específicos y responde a lo que Marc Augé (1984) ha definido como una forma elemental del acontecimiento. Un acontecimiento elemental es siempre un acontecimiento simbolizado, constata Augé. Se trata de algo que no podrá obviarse en la definición a nivel global de los conceptos de salud reproductiva, derecho reproductivo y derecho a la elección reproductiva (Orobitg 1999b).

Un aspecto característico del siglo XX en Chile, en cuanto a la sexualidad y reproducción es que "el ciclo maternal" (el control de la natalidad, el aborto, la mortalidad materno-infantil y la atención del parto), dejó de ser un proceso exclusivo de la intimidad femenina, dirigida por mujeres, principalmente parteras, para transformarse en un problema social, sanitario y estadístico, abordado por la ciencia obstétrica (Zárate 2008). Este tránsito de lo privado a lo público se facilita por el vínculo que se da, desde comienzos del siglo XX entre la ciencia obstétrica y el poder o, mejor dicho, las interrelaciones vitales entre la ortodoxia científica y el poder político de turno. Entenderemos de este modo que, sexualidad y reproducción han cambiado en el tiempo en significados y prácticas, y que han involucrado a mujeres y hombres en relaciones cambiantes de poder.

En efecto, Zárate (2008) señala que la profesionalización de la obstetricia profundizó principios de autoridad masculina sobre las mujeres. Los médicos hombres se rehusaron a reconocer la legitimidad o el valor de los conocimientos cotidianos acumulados por las parteras, y definieron a las matronas como auxiliares firmemente subordinadas a su autoridad. Profesionales médicos (hombres y mujeres) regularmente descartaban las opiniones de pacientes mujeres como inconsecuentes y las sometían a un tratado autocrático y a veces brutal. La transición de la asistencia del parto desde una "ciencia de hembra" dirigida por mujeres, a una "ciencia obstétrica" supervisada por hombres es segregada en género y jerárquica.

De este modo, hasta los años 50, en Chile el embarazo era un "estado", junto a la lactancia, que permitía a las mujeres cumplir con su principal misión en el mundo: asegurar la reproducción humana. El aporte de los profesionales médicos a esta estratégica misión era la sublimación pública y el incremento del control científico de ambos procesos fisiológicos. Asimismo, la reproducción humana era vista como un ámbito que debía ser intervenido, aplicando leyes biológicas de la herencia y aislando aquellas cualidades sociales indeseables en pos de la creación de individuos sanos, vigorosos y morales, esto fue conocido como pensamiento eugenésico. De importante influencia en Latinoamérica, en Chile tuvo representantes e inspiró debates y programas médico-asistenciales en la primera mitad del siglo XX relativos a, por ejemplo, los combates contra las enfermedades infectocontagiosas (sífilis y tuberculosis, principalmente) y a la implementación, aunque no la obligatoriedad, de la emisión de certificados prenupciales (Zárate 2009).

La eugenesia, difundida ampliamente en manuales de puericultura, fue el refuerzo ideológico que incrementó el valor de la asistencia médica del embarazo y el autocuidado que debían prodigarse las mujeres en esta etapa, ambos supeditados a un objetivo principal: la protección del niño. La vigilancia del cuerpo grávido debía ser entendida como una estrategia eugenésica primigenia que no solo podía disminuir la tasa de mortalidad, sino también promover el nacimiento de niños más saludables y fuertes al anticipar los cuidados necesarios (Zárate 2009). De este modo, hasta los años 50 el estado de gravidez y el parto estuvieron asociados significativamente a la incertidumbre, al dolor y a la muerte, dado que las tasas de mortalidad materna e infantil eran especialmente altas. No obstante, en la medida que estas imágenes de

vida-muerte cambian, se desplaza el foco de la intervención médica hacia la protección y cuidado del niño, considerándolo como sujeto de derechos[27].

En Chile, si bien la firma de la Declaración de los Derechos del Niño, no provocó cambios institucionales como ocurrió cuarenta años después con la ratificación de la Convención de los Derechos de los Niños, el tema no pasó inadvertido, pues se trata de un proceso de reconocimiento de derechos, que afectó tanto a las madres como a sus hijos, instalando la inquietud por el cuidado de los niños, lo que sin duda afectó los patrones de crianza y modificó las relaciones de poder al interior de la familia. Instaló además al Estado como garante de beneficios y concesiones hacia los ciudadanos, fueran estos activos (adultos integrados al sistema político, con capacidad de organización y defensa de sus derechos) o pasivos (grupos excluidos y más vulnerables, como los niños) (Rojas 2010).

En relación a la institucionalidad pública, sostendremos que en el ámbito de la Salud lo que se logra es singularizar la experiencia de las mujeres. Teresa de Lauretis basándose en Foucault ha propuesto que el género y la sexualidad no son propiedades de los cuerpos, sino procesos y productos derivados del despliegue de una compleja tecnología política, de aparatos tecno-sociales y biomédicos. Estas tecnologías producen efectos en los cuerpos, los comportamientos y las relaciones sociales en términos de su representación social y de la construcción subjetiva (Darré, 2013).

De este modo la institucionalidad de Salud chilena, el Sistema Nacional de Salud (SNS) implementa normas para regular lo apropiado e inapropiado en relación a la maternidad. En ese sentido, lo "inapropiado" es una categoría que permite agrupar distintas circunstancias, factores o características que han definido históricamente como problemática una maternidad que no se corresponde con las normativas hegemónicas, en Chile eso se tradujo en disminuir las tasas de aborto inducido.

- **Derechos sexuales y reproductivos**

El terreno de los derechos sexuales y reproductivos puede ser definido teniendo en cuenta dos elementos claves: poder y recursos. Poder para tomar decisiones informadas acerca de la

[27] Las Naciones Unidas aprobaron en 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos que, implícitamente, incluía los derechos del niño, posteriormente se llegó al convencimiento que las necesidades particulares de los niños y niñas debían estar especialmente enunciados. El 20 de noviembre de 1959 las Naciones Unidas aprobaron la Declaración de los Derechos del Niño.

propia fecundidad, crianza de los/as hijos/as, salud ginecológica y sexualidad. Recursos para llevar adelante estas decisiones en condiciones seguras y efectivas. Se refiere a poseer y ejercer el derecho a abortos seguros, métodos anticonceptivos seguros y eficaces, embarazos y partos seguros, prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y SIDA, de infertilidad y de cáncer génito-mamario, servicios de salud integrales y de calidad, libertad de elecciones o decisiones sexuales y reproductivas.

Desde los 70 hasta la actualidad, y aun con anterioridad, la idea de apropiación del propio cuerpo por parte de las mujeres estuvo siempre presente en el discurso feminista. Es decir que aunque la expresión derechos reproductivos es reciente, sus bases ideológicas se encuentran en los conceptos de integridad corporal y autodeterminación sexual, característicos del feminismo de la segunda ola (Correa y Petchesky 1994). El término derecho debe entenderse como el ejercicio no exclusivamente individual, sino que deben comprenderse que existen ciertos factores como la situación socioeconómica, las legitimaciones sociales, culturales e institucionales acerca de la reproducción y las formas legales y jurídicas relativas a estos temas y que condicionan tal ejercicio. Correa y Petchesky, expresan que los derechos sexuales y reproductivos deben ser reconstruidos a la luz de sus especificidades de género, clase, cultura y necesidades sociales y reconocidas (Gutiérrez en Gamba 2007).

- **Maternidad.**

Desde la perspectiva feminista se ha puesto de manifiesto que la ecuación mujer = madre no responde a una esencia sino que es una representación –o conjunto de representaciones- producida por la cultura. Estas representaciones, lejos de ser un reflejo o un efecto directo de la maternidad biológica, son producto de una operación simbólica que asigna una significación a la dimensión materna de la femineidad y, por ello, son al mismo tiempo portadoras y productoras de sentido (Tubert en Gamba 2007).

Por otra parte, la reproducción de los cuerpos es un hecho biológico que se localiza en el cuerpo de la mujer, pero en tanto se trata de la generación de un ser humano, no es puramente biológico. Aun limitándose al terreno de la fisiología, se podría apreciar que la construcción histórica de la maternidad como equivalente a la reproducción de la especie y como único sentido de la existencia femenina entraña una doble falacia, puesto que la categoría de madre

no agota la de mujer y, además, la maternidad no incluye el proceso completo de la reproducción (la fecundación de la mujer requiere del principio masculino). Pero además de las condiciones biológicas de la reproducción sexuada, las circunstancias sociales, económicas y políticas de la reproducción configuran la maternidad (Tubert en Gamba 2007).

Por tanto, la noción de mujer debe comprenderse como sujeto y no como mero sustrato corporal de la reproducción o ejecutora de un mandato social o encarnación de un ideal cultural (Tubert en Gamba 2007).

La maternidad, entonces, es una función construida como natural y necesaria por un orden cultural y contingente, por consiguiente, la maternidad no tiene significación fuera de los discursos sobre la maternidad.

- **Anticoncepción y maternidad.**

El orden patriarcal tradicional confinó a las mujeres en el espacio doméstico para que ejercieran con exclusividad su papel reproductivo material (de los individuos) y simbólico (los vínculos y valores). La autorregulación de su fecundidad mediante la anticoncepción científica (hábeas corpus de las mujeres; Fraisse 1996) es considerada una de las mayores revoluciones perdurables del siglo XX. Trasciende la esfera sexual y otorga a las mujeres mayor libertad y control de su circulación social. Permite, al menos en teoría, instalar la maternidad bajo el régimen del deseo consciente y rescatarla del registro de la fatalidad (Rosenberg en Gamba 2007).

La posibilidad tecnológica de separar sexualidad y procreación reafirma el ideal de sexualidad plena sin consecuencias reproductivas. Bajo este paradigma, se promueve el desarrollo de conductas anticonceptivas para conjugar placer y cuidado, para prevenir los embarazos involuntarios que pueden dar lugar a maternidades forzadas. En el proceso de control de fecundidad, se construye una figura éticamente calificada de la maternidad: la maternidad voluntaria y elegida, cuyo correlato necesario es el hijo deseado y/o planificado.

Aun cuando en el imaginario social aparezca el deseo de maternidad como condición suficiente para asumirla, deben conjugarse otros deseos y voluntades para que ella pueda hacer nacer un hijo/a cuya vida no esté amenazada por el entorno social. Por ejemplo, cuando la

satisfacción de las necesidades y los derechos básicos no están asegurados para todos/as los/las que nacen en ella, la sociedad es abortiva.

Por otra parte, si no se reconoce la opresión constitutiva de la maternidad patriarcal, se repite un modelo de maternidad oprimente. En efecto, la praxis maternal produce un sujeto hijo/a, al mismo tiempo que la mujer que se produce como madre. Crea, en acto, la categoría de maternidad como elemento básico de su subjetividad e instituye un ideal maternal como medida de su condición de sujeto. La forma de ejercer la maternidad se transmite: se trata de hijas de mujeres que son hijas de mujeres (Rosenberg en Gamba 2007).

- **Violencia obstétrica en la atención al parto.**

Este concepto surge en octubre de 2010, en un artículo publicado por el Dr. Rogelio Pérez D´Gregorio, Presidente de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, en la revista internacional "Journal of Gynecology and Obstetrics".

El Presidente de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela describió las menciones específicas del término "violencia obstétrica", tal como aparece en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, promulgada en Venezuela el 16 de marzo de 2007.

La ley define la violencia obstétrica como: "*...la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud, lo que se expresa en tratamiento deshumanizado, un abuso en la medicación, y el convertir los procesos naturales en patológicos, lo que conlleva una pérdida de autonomía y de la posibilidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente la calidad de vida de las mujeres*".

Lo siguientes actos realizados por el personal de salud son considerados violencia obstétrica:

1. Atención inoportuna e inefectiva de emergencias obstétricas. 2. Obligar a una mujer a dar a luz en posición supina, con las piernas levantadas, cuando los medios necesarios para un parto vertical están disponibles. 3. Impedir el apego temprano del bebé con su madre sin que exista una causa médica, evitando de este modo el apego temprano y obstaculizando la posibilidad de tomar al bebé y darle pecho inmediatamente después del nacimiento. 4. Alterar el proceso natural de parto de bajo riesgo mediante técnicas de aceleración, sin el consentimiento voluntario, explícito e informado de la mujer. 5. Realizar un parto por cesárea cuando el parto

natural es posible, sin obtener el consentimiento voluntario, explícito e informado de la mujer[28].

Cabe destacar como antecedente que la Organización Mundial de la Salud (OMS), considerando poblaciones con alta densidad y en situación de extrema pobreza a nivel mundial, establece que las condiciones patológicas de las mujeres, no superan el 15%, por lo que los índices de inducción, anestesia y cesárea no debieran superar esa cifra[29].

La cesárea es considerada por la Organización Mundial de la Salud como una intervención quirúrgica de alta complejidad que debe contar con razones médicas para su realización, ya que entraña riesgos y consecuencias adversas para las mujeres, así como para los recién nacidos. El riesgo de mortalidad materna como consecuencia de la cesárea sigue siendo 3 veces mayor en relación al parto vaginal, con una mayor morbilidad y mortalidad fetal y neonatal, relacionadas con prematurez, mayores índices de hospitalización de los recién nacidos en unidades de cuidados intensivos, y enfermedades respiratorias. (V.Zanardo, A.K.Simbi, M.Franzoi et. al. 2004; 93(5):643-47.)

IV. CARACERIZACIÓN COMUNA DE EL MONTE

El Monte es una comuna de la zona central de Chile, ubicada en la región Metropolitana de Santiago. Limita al norte y al oeste con la comuna de Melipilla, capital provincial de la provincia, al sur con la comuna de Isla de Maipo y al este con la comuna de Talagante. Confluyen en ella los ríos Maipo y Mapocho (ver en anexo fotos 1 a 4, la comuna).

La superficie comunal es de 118,10 km2, la población total, según datos INE 2012, es de 31.525 habitantes, con una variación entre censos de un 19,2%.

Esto muestra que es una comuna con un crecimiento importante a nivel regional y nacional, pues la variación poblacional entre los censos fue de un 15,6% y 15,1% respectivamente.

[28] http://theunnecesarean.com/blog/2010/11/7/obstetric-violence-introduced-as-a-new-legal-term-in-venezue.html#sthash.Ez3kUGFm.lzhu8zBC.dpbs. Consultado el 11 de noviembre de 2014.

[29] En "Violencia obstétrica", cartas al director, "Diario UChile", consultado en http://radio.uchile.cl/2014/11/05/violencia-obstetrica. 10 de noviembre de 2014.

En cuanto a la distribución por sexo, 15.435 de los habitantes son hombres (un 50,4% del total) y 15.206 mujeres (equivalentes a un 49,6%). La población urbana corresponde al 81,72% en tanto la población rural es el 18,28%. En relación a la principal ocupación de los habitantes, el 28,7% de la población se dedica a la "agricultura, ganadería, caza y silvicultura" y un 17,9% tiene como principal ocupación "la administración pública y defensa" (SII, 2010). En cuanto al número de empresas de la comuna, de un total de 1.221, 446 se dedican al "comercio al por mayor o menor" y 243 a la "agricultura, ganadería, caza y silvicultura" (SII, 2010).

En cuanto al número de cabezas de ganado disponibles, se contabilizaron 68.076 porcinos, de un total de 71.908 cabezas de ganado comunal. Es decir, el 94,6% del ganado de la comuna se relaciona con la producción de cerdos (Censo Agropecuario 2007).

El referido censo Agropecuario 2007, señala que los empleos permanentes en el sector son ocupados principalmente por hombres. En efecto, de un total de 1.024 empleos permanentes, 915 (89,3%) los ocupan hombres y 109 (10,7%) mujeres. En tanto, a partir de la información de la encuesta CASEN 2003-2009, se observa un aumento a lo largo del período de las mujeres jefas de hogar. En 2003 eran 1.142, en 2006, 2.039 y en 2009, 2.366.

Del mismo modo la encuesta CASEN (2013) indica que el porcentaje de población viviendo en condiciones de pobreza es de 8,8%. Este porcentaje es similar al regional, que es 11,5% y menor que el nacional que es 14,4% (Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, 2015).

En la dimensión salud, la proporción de la población comunal afiliada a Fonasa que pertenece a los grupos A y B (60,2%), de menores ingresos, es mayor al promedio regional (55,6%) y similar al del país (60,1%). En términos de resultados, se observa que el año 2010 la tasa de natalidad en la comuna es de 16,6 niños(as) por cada 1.000 habitantes, mientras que la tasa de mortalidad infantil del decenio 2000-2010 (ajustada a la población del período 1996-2007) llega a los 9,4 niños(as) por cada 1.000 nacidos vivos. Adicionalmente, la esperanza de vida en la comuna es menor que en la región para las mujeres y similar para el caso de los hombres (Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, 2015). Asimismo, la comuna dispone de un Consultorio urbano y una Posta de Salud Rural, ubicada en la localidad de El Paico.

En lo referente a la educación, en la comuna un 38,2% de la matrícula escolar corresponde a establecimientos municipales mientras que el 61,8% restante pertenece a particulares subvencionados. Los resultados promedio obtenidos por los alumnos que estudian en la comuna, en las pruebas SIMCE 2012, son menores a los observados en la región y el país. (Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Observatorio Social comuna El Monte, 2013). Asimismo, para el proceso de admisión 2012, el promedio ponderado de la PSU es de 466,3 (Ministerio de Desarrollo Social, a partir de datos PSU, comité Técnico Asesor del CRUCH).

A partir de la información disponible del Censo 2012, un 77,91% de la población se declara de religión católica, un 13% evangélica, un 4,89% agnóstica y un 4,21% de otra religión.

En cuanto a los antecedentes históricos de la comuna, podemos señalar que, antes de la llegada de Pedro de Valdivia, existía un pueblo llamado Llopeo, en las cercanías del lugar donde hoy se encuentra la comuna. En 1535 se instalan los sacerdotes franciscanos en el lugar que actualmente se llama El Tejar; este sitio estaba rodeado de montes y bosques debido a lo cual recibe el nombre de San Francisco de El Monte. Además de Llopeo existían otros pueblos indígenas desde épocas muy remotas: Alhué, Puangue, Chiñigue, Calera de Tango, Pelvín (actual Peñaflor), Melipilla, Paicoa y Talagante.

Un aspecto histórico que para los habitantes de la comuna es relevante, es el paso de la familia Carrera por su territorio[30].

En el año 1900 se construye la primera estación de ferrocarriles de El Monte, dando vida al pueblo con instalación de comercio y hasta de un hotel. En 1909 se completan las instalaciones para explotar a gran escala el mineral de Naltahua, a cargo de una empresa minera francesa. Naltahua pertenecía a El Monte por lo cual sus minas aportaron el progreso

[30] La página web de la comuna resume lo que cotidianamente los habitantes relatan sobre esta familia: "Don Ignacio de la Carrera el 3 de febrero de 1773, recibió como dote de su matrimonio con la distinguida dama de la sociedad santiaguina, doña Paula Verdugo, la hacienda de San Miguel de El Monte, de 665 hectáreas de extensión, la que estaba ubicada a los pies del lado sur del cerro La Campana y cercándolo por el este lo hacia el río Mapocho. Allí pasaron su infancia y juventud quienes un día serían protagonistas principales de la lucha por la independencia de Chile, como lo fueron los hermanos Carrera, en la hacienda San Miguel de El Monte declarada monumento histórico en 1974, allí fue bordada por manos de doña Javiera Carrera la primera bandera chilena".

de la comuna, convirtiéndolos “en la comuna más importante de la Provincia y de la región Metropolitana”, según consigna la página web de la comuna.

Un hito relevante en la historia de la comuna es la construcción del puente San Francisco, que comenzó el año 1907, antes incluso que El Monte fuera comuna. Las obras terminaron en el año 1924, según señala la misma página web: “esta vía de acceso tan esperada por la comunidad facilitó los traslados desde la comuna hacia la provincia y la capital siendo una gran obra de progreso para nuestro pueblo”.

Avanzando en el tiempo, se puede destacar el desarrollo e implementación de la muestra costumbrista CATAM, que nace el año 2003, impulsada y llevada a cabo por el equipo de Servicio País de la comuna 2002-2003 (del cual formé parte) como una alternativa para dar a conocer la artesanía, agricultura y folclor. En 2003 se presentaron alrededor de 42 expositores de productos típicos, artesanía, muebles, comida típica y productos agrícolas. Progresivamente esta muestra recibió apoyo de INDAP, SERCOTEC, FOSIS, recibiendo una distinción en 2004 como uno de los mejores proyectos de feria a nivel metropolitano. En el año 2013 asistieron a la muestra alrededor de 15.000 personas.

Finalmente, un tema emergente que apareció en el trabajo de terreno es la percepción de poca seguridad policial que hay en la comuna. Conversé con un concejal, Andrés Maass, de R.N y me señaló que la comuna dispone de alrededor 35 carabineros para toda la población, lo que equivale a 1 carabinero por cada 900 habitantes. Del mismo modo, la tasa de denuncias de delitos de mayor connotación social ha aumentado en el período 2008-2010, en 2010 fueron 1.973, la mayor parte de ellas corresponden a robo con intimidación (Fuente: Subsecretaria de Prevención del Delito, Ministerio del Interior). No obstante ello, los datos disponibles en el Ministerio de Desarrollo Social señalan que, en lo que respecta a las condiciones del entorno, la tasa de denuncias por violencia intrafamiliar es mayor en la comuna que la región y el país y que la tasa de delitos de mayor connotación social (año 2012) es menor a ambas.

Esta percepción de poca seguridad se puede vincular con el proceso de urbanización al que está siendo sometido la comuna (construcción de villas y poblaciones en territorios de explotación agrícola), la inexistencia de un Plan Regulador y un reciente asalto en un local comercial (ocurrido el 27 de septiembre, con resultado de muerte de su propietaria).

Percibí que los habitantes de la comuna se sienten inseguros de vivir en ella, mucho más que cuando estuve allí hace diez años. Dos entrevistadas, Wilma e Ivonne están considerando seriamente dejar de vivir en El Monte, por la seguridad de sus hijos. Preferirían vivir en Talagante o en Santiago. En relación a este punto, es interesante constatar que el alcalde de la comuna, Francisco Gómez, visitó el 8 de octubre, (ver foto en anexo) el Palacio de la Moneda, para reunirse con el subsecretario del Interior, Mahmud Aleuy y conversar sobre seguridad.

Debo decir que no es habitual este tipo de reuniones, entre un alcalde de una comuna "rural" y pequeña de la región Metropolitana con una autoridad como la señalada, en la ciudad de Santiago. Lo que sí es habitual es que autoridades del gobierno provincial e Intendencia visiten la comuna en inauguraciones y fiestas.

Recuerdo que cuando trabajé en la comuna, participamos de una exhibición agrícola en la Plaza de la Constitución. Visitó nuestro stand el entonces presidente de la República, Ricardo Lagos. Ahora es diferente, el alcalde, el mismo que conocí hace 10 años, actualmente ejerciendo su tercer período, entró a La Moneda. Quizás significa que ya llegamos a Santiago, a sus problemáticas, nos urbanizamos y nos capitalizamos.

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- **Hipótesis de trabajo**

A partir de la década del 60 del siglo pasado, la reforma agraria y luego la dictadura militar inician cambios estructurales del lugar del Estado en el ámbito rural, desencadenando cambios económicos, sociales y culturales que ponen en marcha procesos de modernización. Estos procesos, afectan el comportamiento de las mujeres en el ámbito de la reproducción. En particular, en el acceso a un Programa de Planificación Familiar, que entrega métodos de anticoncepción permite a las mujeres decidir cuándo tener hijos y cada cuánto tiempo tenerlos. Luego, en la década de los ochenta, pese al freno a la anticoncepción impuesto por la dictadura, las prácticas reproductivas de control de la fecundidad se mantienen en el tiempo mostrando que las mujeres viven un proceso creciente de apropiación de sus cuerpos.

- **Pregunta de Investigación**

¿Cómo los cambios sociales y culturales, ocurridos en el período 1960-2000, inciden en el comportamiento y las concepciones en el ámbito de la reproducción, en tres generaciones de mujeres de la comuna de El Monte?

- **Objetivo general** investigar los efectos de los cambios económicos, sociales y culturales en las percepciones sobre reproducción, de tres generaciones de mujeres de la comuna de El Monte, entre los años 1960-2000.

- **Objetivos específicos.**

a) Describir las políticas públicas del período 1960-2000, en materia de sexualidad y reproducción.
b) Conocer las concepciones en relación a los comportamientos reproductivos de tres grupos de mujeres, de la comuna de El Monte y que tuvieron a su primer hijo en los períodos estudiados (1965 a 1970; 1979 a 1984 y 1996 a 2000).
c) Describir las prácticas reproductivas de las tres generaciones de mujeres entrevistadas.
d) Describir y analizar los cambios generacionales en los comportamientos relacionados al ejercicio de la reproducción de las tres generaciones.

- **Justificación**

La justificación de esta tesis se origina en que en la mirada oficial (hacia el ámbito rural) prima el esencialismo inspirado por el congelamiento metonímico a través del que se hace desaparecer la presencia del sujeto (Clifford 1999). Esta tesis pretende investigar el comportamiento y las concepciones de tres generaciones de mujeres rurales de más de 15 años a partir del ejercicio de poder que tienen en el ámbito de la sexualidad y reproducción.

Por otra parte, en términos de sus significados, lo rural sigue siendo configurado a partir de los ojos citadinos, provocando una relación unilateral entre el campo y la ciudad, primando ante todo la construcción de significados desde la perspectiva urbana. Un desafío posible que surge a partir de ello es generar un espacio para el ejercicio de la ciudadanía desde lo rural, rescatando de paso la posibilidad de entender lo rural como un estilo de vida abierto donde no

se renuncia a la superposición de los contenidos urbano-rurales y que, por lo tanto, no está definido por lo puramente negativo o residual (Hernández y Pezo 2010).

En el ámbito de la sexualidad y reproducción esta tesis busca contribuir al conocimiento del contexto rural, pues los estudios se centran hasta ahora en el ámbito urbano. Desde las políticas públicas lo rural ha sido abordado desde cómo hacer posible la introducción de cambios o modernizaciones que le permitan disminuir la brecha que sostiene con la ciudad, en este sentido, resulta relevante analizar cómo llegan las políticas públicas de protección materno-infantil como discursos que son planteadas como nacionales, en su encarnación local y rural.

Por otra parte, a partir de lo que Boltanski señala como una gramática de la procreación (Bohlender 2008), es decir, un modelo estructural a partir del cual él desarrolla los elementos constitutivos de nuestra concepción de la procreación, pretende responde a la pregunta ¿Cómo son procreadas las personas? señalando que llamamos a una especie humana como completa cuando ésta creación surge mediante la carne y a la vez surge desde la palabra. En este caso hablamos de una validación por medio de la palabra, la cual el hombre obtiene gracias a la carne. Boltanski parte del supuesto de esta dualidad entre carne y palabra, considerando esta premisa como la primera exigencia que pesa sobre la procreación y que a su vez determina nuestra comprensión sobre ella. A partir de esta dualidad se constituyen dos clases de especies y una operación central: tenemos todas aquellas especies que sólo son de carne y aquel conjunto de especies de carne, que son confirmadas por la palabra. La operación consiste en la determinación, en el proceso de discriminación: desde un conjunto de sujetos de carne son confirmados sólo algunos mediante la palabra (Bohlender 2007).

A partir de esta afirmación, esta tesis pretende contribuir a conocer cómo ocurre esta confirmación a través de la palabra (principalmente de la palabra de las mujeres), en el ámbito de la reproducción, en donde ellas deben enfrentar al Estado con una legislación en contra del aborto que fue derogada en 1989 y que estuvo vigente entre 1931 y 1989 (el aborto terapéutico) y un sistema de salud que ha medicalizado el proceso reproductivo y sexual. Nos encontramos entonces con una confirmación que se desbalancea en favor de la autoridad, y que debiera equilibrarse entre la capacidad de decidir de las mujeres y la de la autoridad. En

ese sentido, esta tesis busca comprender cómo hacer parte a las mujeres de los procesos que las involucran.

Finalmente, esta tesis pretende comprender algunas de las razones, por las cuales la gestión pública no ha sido eficaz en el posicionamiento de la sexualidad y la reproducción como objetos de derechos, especialmente, en personas que han padecido marginación y exclusión sistemática (Cunningham et al, 2008), como las mujeres que son objeto de estudio de esta tesis. Diversos trabajos demuestran que el enfoque de derechos no se instituye sólo por leyes, decretos o programas, sino que resulta de procesos de aprendizaje social constante, de la socialización y del convencimiento para construir una sociedad basada en la cultura del respeto de los derechos humanos (Alarcón et al, 2003; González et al, 2005; Campos-Navarro, 2007). En efecto, los derechos sexuales y reproductivos son reconocidos a partir del Programa de Acción resultante de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, como el primer instrumento internacional que incluye explícitamente la "salud sexual y reproductiva" y los "derechos reproductivos" dentro de los derechos humanos a proteger.

VI. DEFINICIONES METODOLÓGICAS

El enfoque del estudio fue cualitativo. La característica fundamental de la investigación cualitativa es su expreso planteamiento de ver los acontecimientos, acciones, normas, valores, etc., desde la perspectiva del sujeto que está siendo estudiado. Entenderemos al sujeto como un emergente producido en una complejísima trama de vínculos y relaciones sociales. Producido y emergente pero, a la vez, productor, actor y protagonista (Pichon Riviére 1985).

Tomar la perspectiva del sujeto, se expresa generalmente en términos de ver a través de los ojos de la gente que uno está estudiando (Mella 2003). El desafío de esta perspectiva consiste en tratar de pasar del análisis de las tendencias, niveles y asociaciones entre las variables incorporadas en los procesos sociales al entendimiento más completo de las causas más profundas y las consecuencias más directas de dichos procesos (Vela 2013).

En este estudio, la perspectiva del sujeto fue feminista, por tanto apuntó a estudiar la propia forma de desarrollar subjetividad de la mujer, o bien lo que se ha denominado enfoque

feminista de la diferencia propuesto por Luce Irigaray[31], entendiendo que una mujer debe poder hablar de sí, sin pasar necesariamente a través del imaginario masculino.

A partir de estas definiciones, el trabajo en terreno se desarrolló en la comuna de El Monte en la región Metropolitana a través de entrevistas cualitativas. Se ha definido la entrevista como una situación construida o creada con el fin específico de que un individuo pueda expresar, al menos en una conversación, ciertas partes esenciales sobre sus referencias pasadas y/o presentes, así como sobre sus anticipaciones e intenciones futuras (Kahn y Cannell, 1977, en Vela 2013).En este sentido, la entrevista es, ante todo, un mecanismo controlado donde interactúan personas: un entrevistado que transmite información, y un entrevistador que la recibe, y entre ellos existe un intercambio simbólico que retroalimenta este proceso (Vela 2013).

Para la antropología, tradicionalmente interesada en documentar la visión de los actores, la entrevista cualitativa se vincula con el estudio de la cultura, ya sea de comunidades específicas o de grupos sociales más amplios; concentrándose en los procesos de comunicación. En la medida en que la antropología incursiona más de cerca en el trabajo de campo, la aplicación de la entrevista le ha permitido el registro sistemático de procesos implícitos en la constitución de grupos y comunidades, explorando así explicaciones no evidentes para los mismos (Vela 2013).

La entrevista cualitativa proporciona una lectura de lo social a través de la reconstrucción del lenguaje, en el cual los entrevistados expresan los pensamientos, los deseos y el mismo inconsciente; es, por tanto, una técnica invaluable para el conocimiento de los hechos sociales, para el análisis de los procesos de integración cultural y para el estudio de los sucesos

[31] El feminismo de la diferencia propone que las mujeres no tienen que igualarse al hombre, ya que éste no tienen por qué ser su modelo. Reconocer la propia diferencia como un hecho positivo implica iniciar el proceso de liberación, que no tiene fin pues es constructivo y parte de la persona históricamente determinada por su sexo que, al liberarse, reconoce y construye su colectividad. Reconocerse en la propia diferencia sexual es, por lo tanto, un hecho político que engendra un pensamiento filosófico. La diferencia sexual implica que las mujeres se reconozcan como hacedoras de pensamiento femenino, separado de toda la tradición del pensamiento, fundado sobre los dogmas de un pensamiento único y colonizador: lo universal, lo abstracto y lo neutro.
Del mismo modo, el feminismo de la diferencia busca darse la palabra entre mujeres, estar juntas para hacerlo, porque la palabra, ha sido construida por la cultura dominante como algo ajeno a la experiencia femenina. Tomar la palabra de otra mujer, reconocer qué dice porque lo dijo otra mujer, es subvertir el ordenamiento monosexuado opresivo. El feminismo de la diferencia sexual niega todo valor al conocimiento de la realidad que no parte de la experiencia (Gargallo en Gamba 2007).
Si las mujeres tienen efectiva libertad, seguirán caminos propios, y la disparidad resultante será la verdadera igualdad.

presentes en la formación de identidades. En ella se encuentran presentes tiempos y espacios diferentes: en primer lugar, el tiempo del entrevistado, quien acepta contar sus vivencias, sus intimidades, para reconstruir sus experiencias pasadas con los ojos del presente; en segundo lugar, el tiempo del investigador, quien elabora y sistematiza la información a partir de las hipótesis e interpretaciones orientadoras del proceso de conocimiento, y de su propia percepción. Con estos dos tiempos se entrelaza el tiempo histórico, es decir, las diversas épocas en que se desenvuelven los acontecimientos, cuyo reconocimiento permite contextualizar tanto a los protagonistas como sus vivencias (Vela 2013).

Con el fin de comprender las prácticas, comportamientos y representaciones en sexualidad y reproducción femenina, se realizaron entrevistas cualitativas semiestructuradas[32], a mujeres que fueron madres en los períodos 1965 a 1970, 1979 a 1984 y entre 1996 y 2000 y que al momento de ser madres tuvieron a su primer hijo, por tanto ingresaron al Sistema de Salud y tuvieron acceso al sistema de planificación familiar.

Se entrevistó a tres grupos de mujeres, que habitan actualmente la comuna de El Monte. No fue relevante considerar su estado civil al momento de ser madres ni tampoco el número de hijos que tuvieron posteriormente. Se consideró inicialmente que las mujeres entrevistas inter generacionalmente, tuviesen vínculos de consanguinidad, por línea materna, sin embargo no fue posible, dadas las limitaciones de tiempo del trabajo en terreno.

La muestra considerada fue intencionada o no probabilística a partir de los contactos que se establecieron en la comuna.

Tabla 4: Muestra propuesta para realizar entrevistas en terreno.

Madre por primera vez entre los años					**Total**
1965 a 1970	1	1	1	1	**4**
1979 a 1984	1	1	1	1	**4**
1996 a 2000	1	1	1	1	**4**
Total	**3**	**3**	**3**	**3**	**12**

[32] En la entrevista semiestructurada, el entrevistador mantiene la conversación enfocada sobre un tema particular, y le proporciona al informante el espacio y la libertad suficientes para definir el contenido de la discusión (Bernard, 1988: 204-207, en Vela 2013).

Complementariamente, se realizaron entrevistas a informantes claves, dos profesionales del área de la Salud que se desempeñen en el ámbito de la salud comunal.

VII. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO EN TERRENO.

En la comuna de El Monte, realicé trece entrevistas (una más de las originalmente propuestas[33]), además dos entrevistas a profesionales del área de la Salud. En Isla de Maipo, a Rosa María, una matrona con 30 años de experiencia asistiendo partos, y que actualmente trabaja en el Hospital de Talagante, en el Centro de Parto Integral y a Jeannette, una enfermera que trabaja en el consultorio de la localidad de El Paico, en la comuna de El Monte.

En el grupo de mujeres que fueron madres entre 1965 a 1970 realicé cuatro entrevistas. En el grupo que fueron madres entre 1979 y 1984, 5 entrevistas y en el grupo que fueron madres entre 1996 y 2000, 4.

Un aporte relevante de este trabajo, es que logré conversar y entrevistar a mujeres que estuvieron disponibles para hablar desde su experiencia y con sus propias palabras sobre la reproducción, la planificación familiar, los hijos, el trabajo, su lugar de residencia. La mayoría de las entrevistas fueron breves (alrededor de 30 minutos) y sin embargo emotivas. Fue relevante para la muestra considerar el año de nacimiento del primer hijo o hija, pues este hecho las insertó en el sistema de salud tanto público como privado, lo cual marca un hito relevante en la experiencia de las mujeres entrevistadas.

Un hecho destacable es que al menos tres entrevistadas tuvieron hijos con 10 e incluso 15 años de diferencia entre uno y otro. Ellas hacen comparaciones entre un período y otro, que resultan interesantes para el análisis de las entrevistas.

[33] Hice una entrevista más en las mujeres del período 1979 a 1984, porque en el terreno surgió el tema la violencia obstétrica como un tema recurrente en este período de tiempo. Mi intención fue ampliar el número de entrevistas para verificar si se trataba de un fenómeno recurrente solo en ese período. Finalmente, determiné que es un fenómeno que ocurre en los tres períodos de modo diferente y que en el período 1979 a 1984 se agudiza dadas las condiciones sociales, económicas y políticas del país.

El trabajo de terreno se inició el 24 de septiembre del año 2014 y se intensificó durante el mes de octubre, terminando el día 21[34]. Luego volví a la comuna para realizar entrevistas puntuales.

Durante el trabajo en terreno pude constatar los cambios urbanísticos que ha tenido la comuna y relacionado con ello, la percepción de menor seguridad policial que tienen sus habitantes. Hace 10 años, si bien el porcentaje de ruralidad era menor al urbano, era una comuna en la cual sus habitantes se ocupaban en oficios vinculados a lo rural y en general no había asaltos violentos. Sin embargo, en los últimos años la comuna ha tenido un notable crecimiento urbano, en el que tienen mucho protagonismo nuevas villas y poblaciones en sectores como Lo Chacón y El Paico, que antes eran predominantemente rurales.

En efecto, hace 10 años tampoco existía el Consultorio de El Paico, lugar que visité en al menos tres ocasiones para buscar entrevistadas. El consultorio ocupa las dependencias de un antiguo colegio, que quedó dañado después del terremoto de 2010. Sus instalaciones son sencillas y acogedoras. Esto me hace recordar que antes la población urbana y rural de la comuna, confluía en el mismo Consultorio y que ahora ha sido necesario marcar una diferencia entre el espacio urbano de la comuna (plaza y alrededores), y el sector rural, principalmente El Paico y Chiñigue.

El trabajo de terreno fue facilitado por Carolina, hija de Carmen Gloria, una de las entrevistadas. Carolina es profesora de Educación Básica de la Universidad de Chile. La conocí hace 10 años, cuando tenía 14 años, trabajé junto a sus padres en varios proyectos productivos y pasé largas horas en su casa, por tanto tenemos una relación de cariño y confianza. Carolina me presentó a Claudia, psicóloga de Promoción de la Salud, en ambos consultorios de la comuna, ella me facilitó varias entrevistas, dado el conocimiento que tiene de la comunidad.

[34] Un aspecto que favoreció el terreno es que en octubre los habitantes de la comuna conmemoraron el 229° natalicio de José Miguel Carrera, personaje histórico relevante para comprender la cultura de la comuna. Como se señaló en la contextualización, el prócer vivió en El Monte y sus habitantes se denominan así mismos "carreristas". Por tanto, celebran sus principales fiestas en este mes. Coincidentemente el patrono, San Francisco de Asís, también se celebra el 3 de octubre (ver en anexo las actividades culturales de la comuna de El Monte, fotos 5 y 6). Asistí a varias de ellas.

En cuanto a la muestra propuesta, inicialmente en este trabajo etnográfico estaba considerado entrevistar a mujeres con vínculos de consanguinidad entre generaciones, sin embargo ha sido posible solo en un caso (madre en el período 1965 a 1970, hermana de esa entrevistada, que fue madre en 1984 e hija de la primera entrevistada, que fue madre en el período 1996 a 2000). Este contacto se concretó dado que trabajé hace 10 años, en un proyecto productivo, con la mujer que fue madre en 1984 y conseguí a través de ella las entrevistas con su hermana y sobrina. Probablemente conseguir otras entrevistadas con vínculo de consanguinidad hubiese requerido de al menos 6 meses de trabajo en terreno, lo que no era posible en el contexto de este trabajo.

Pese a esta limitación en la propuesta metodológica inicial, considero que al entrevistar a mujeres sin vínculo de consanguinidad, he logrado un abanico amplio de realidades y por tanto un acercamiento adecuado a la realidad de las mujeres de las diferentes generaciones.

Cabe señalar que insistí en entrevistar a la madre de Rosa (1979, estudiante) sin embargo fue imposible. Por una parte por motivos de salud de la mujer (ceguera) y porque su hija señaló que sería complejo que su madre quisiera hablar de "estos temas" con alguien ajeno (conmigo), pues de por medio hay un relato de aborto sugerido de la madre hacia su hija. En otros casos, las madres y abuelas habían fallecido y en otro, la hija de la mujer que entrevisté, decidió que no quiere tener hijos.

Esta limitación del diseño original, me hace reflexionar en torno a lo que me dijo Rosa María (matrona), en que las madres también pueden ejercer violencia hacia sus hijas, diciéndoles que no son capaces de dar a luz, además de la connotación de que el parto es una situación de vida muy íntima, por tanto, confirmo que hacer entrevistas de ese tipo es un trabajo complejo y que requiere de un trabajo de terreno de más larga duración.

Del mismo modo realicé entrevistas que no estaban consideradas en la metodología inicial y que fueron útiles para comprender el fenómeno de salud vinculado a mis objetivos de estudio. Las más relevantes fueron: Verónica Schiappacasse, profesora en la Escuela de Obstetricia de la Universidad de Chile, quien me habló de los primeros estudios sobre el impacto de la planificación familiar en la población San Gregorio de la comuna de La Granja.

Soledad Díaz, médico y presidenta del Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER). Hablamos sobre derechos sexuales y reproductivos, sobre el estudio de aceptabilidad de anticoncepción que ICMER desarrolló como antecedente para la discusión sobre anticoncepción de emergencia, sobre las resistencias que tuvo en el ámbito nacional y los resultados, a partir de evidencias, que demuestran que no son abortivos.

Gonzalo Leiva, matrón y profesor asistente en la carrera de Obstetricia, en la Universidad de Santiago de Chile. Conversamos sobre el concepto de violencia obstétrica y sobre la atención que se ofrece tanto en el sistema de salud público como privado a las mujeres. También hablamos sobre el programa Chile crece contigo y de su énfasis en la primera infancia, en desmedro de un enfoque de género.

VIII. ANÁLISIS DE LAS DINÁMICAS SOCIALES QUE SE DAN EN EL LUGAR DE ESTUDIO.

A continuación un cuadro explicativo que presenta antecedentes de las 13 mujeres entrevistadas. En el análisis se mantiene el nombre de pila de las participantes, las cuales dieron su consentimiento para ser parte de esta tesis[35].

Tabla 5: Antecedentes de las 13 mujeres entrevistadas

Madre por primera vez entre los años	Familia Cerda					**Total**
1965 a 1970	**Cristina** (1946) dueña de casa, 3 hijos	**María Isabel** (1942) técnico paramédico, 2 hijas. V/O	**Gloria** (1950) temporera, 2 hijos.	**Milagros** (1953), temporera, 7 hijos. V/O		**4**
1979 a 1984	**Carmen Gloria** (1958) productora de repostería, 3 hijos. V/O	**Marta** (1956) propietaria de una amasandería, 2 hijos. V/O	**Bernardita** (1955) dueña de casa, 2 hijos. V/O	**Sandra** (1956) chef, 2 hijos	**María Cecilia** (1964) bibliotecaria, 3 hijos. V/O	**5**

[35] Entre paréntesis el año de su nacimiento, la ocupación que desempeñaban al momento de ser madres por primera vez y el número de hijos que tienen al momento de la entrevista. La seña V/O, significa que durante la entrevista señaló que sufrió violencia obstétrica. Nota a pie de página.

1996 a 2000	**Ivonne** (1973), administrativa en un supermercado, 2 hijos	**Claudia** (1969) psicóloga, 1 hija	**Wilma** (1963) trabajadora social, 1 hija	**Rosa** (1979), estudiante, 2 hijas. V/O		**4**
Total	**3**	**3**	**2**	**2**	**1**	**13**

Para analizar las entrevistas, identifiqué cuatro categorías relevantes para comprender los cambios en el comportamiento y las concepciones reproductivas en tres generaciones de mujeres.

a) **Planificación familiar**. Métodos y decisiones que toman las mujeres para decidir cuántos hijos tener y cada cuánto tiempo. Además consideré en esta sección: métodos anticonceptivos utilizados, controles de salud durante el embarazo, depresión postparto y lactancia.
b) **Diferencias intergeneracionales de las entrevistadas con sus hijas, madres y abuelas**. Percepción de las mujeres en relación a las diferencias de comportamientos y concepciones en materia reproductiva.
c) **Trabajo fuera del hogar y cuidado de los hijos.** Actividad u ocupación remunerada que tienen las mujeres fuera de su hogar y redes de apoyo para cuidar a sus hijos.
d) **Condiciones y atención de salud al momento de tener hijos. Violencia obstétrica.** Descripción del entorno, matronas, médicos y hospitales, que intervinieron en los partos.

Finalmente presento las opiniones de una matrona y una enfermera en relación a los cambios que han observado en el sistema de salud público. Estos cambios reflejan variaciones en los discursos institucionales, que pueden incidir en la subjetividad de las mujeres.

La pauta de las entrevistas que dan origen a este análisis, se encuentran en el Anexo 2.

a) Planificación familiar

Independientemente de la generación a la que pertenecen las entrevistadas, toda ellas mencionan la planificación familiar.

Algunas mujeres hablan de que provienen de familias numerosas y empobrecidas. Una de ellas recuerda los años de la reforma agraria y de la posterior persecución política a su tío, de la desconfianza que había en el entorno. Señala que ella vivió en un asentamiento de la reforma agraria asediado por los militares después del golpe de estado. Me cuenta que, para no ser pobres, planificó junto a su marido tener solo dos hijos.

Marta (1956, Propietaria de una amasandería) señala:

"En el caso mío es muy puntual, porque nosotros pasamos mucha necesidad, mi papá era trabajador del campo, vivía en una casa patronal, ganaba muy poco, y yo me acuerdo tan nítidamente, como yo soy la mayor de los 11 hermanos, me acuerdo nítidamente que mi papá se levantaba oscuro, y llegaba oscuro a la casa, eso lo tengo muy grabado, y llegaba cansado, y nosotros pasamos muchas necesidades, yo le doy gracias a Dios que mis papás nos dieron estudios a todos, todos salimos de cuarto medio, no somos ninguna profesión, mi única hermana estudió enfermería, pero al menos tuvimos cuarto medio. A mí me habría encantado seguir estudiando, pero no tuve la oportunidad".

Cristina (1946, dueña de casa) habla sobre su deseo de tener varios hijos y luego de las limitaciones que tuvo para ello:

"Bueno, antiguamente eran los que llegaban no más, eran los que llegaban, mi familia fue de hartos hijos. Entonces como que no tenía ni meta de cuántos iban a ser".

"No los planifiqué tanto y llegaron tres".

"Los que vinieron, fueron por embarazos, quedé embarazada no más. No fue con anticonceptivos ni nada, el que llegó, llegó no más".

Carmen Gloria (1958, productora de repostería) contrasta la cantidad de hijos que quería y los que efectivamente tuvo, en relación a su situación socioeconómica:

"Unos 10, lo mínimo que se hubiese podido tener en buenas condiciones, porque a mí me gustan las familias grandes, me gustan los hijos, me gusta eso de disfrutar, de tener la familia toda junta"

"Mi pensamiento era ese, pero la realidad no podía ser esa, yo sabía muy bien que no íbamos a poder tener tantos hijos, por la condición económica, porque yo siempre me proyecté a darles una buena educación y alimentación, criarlos bien, con todo lo necesario para que los niños hubiesen podido estudiar bien, porque todo eso tiene que ser, tiene que alimentarse bien, tiene que criarse en una casa con afecto, con cariño, con comodidades, aunque sean mínimas, donde puedan estar tranquilos, donde uno pueda vivir solo como familia, donde no escuchen al vecino, que pelea, o que lo estén molestando, darles un rinconcito donde ellos pudieran estudiar tranquilos, relajados. Entonces como yo veía que no se podía tener tantos hijos, bueno, 2 o 3 era como lo suficiente, lo que nosotros podíamos llegar a tener para poder educarlos y criarlos como correspondía".

Ivonne (1973, administrativa en un supermercado), habla de que quería tener tres hijos pero que finalmente tuvo dos.

"En principio queríamos tener tres, pero tuvimos solamente dos. Porque primero yo tuve un embarazo tubario, entonces perdimos uno, y me costó mucho tener mi segundo hijo, entonces ha sido como difícil, ya con 40 años es difícil tener otro, es peligroso digamos".

Del mismo modo, reconoce que tener dos es más práctico desde el punto de vista del bienestar socioeconómico que puede ofrecer a sus hijos:

"Si fuera por nosotros, también habríamos querido tener tres la verdad, hubiera sido ideal, pero también en función de la educación de ellos uno programa un poco más la vida".

"Yo creo que igual es bueno dos porque tú puedes brindarle una mayor calidad de vida, a esos dos".

Sandra (1952, chef) es una mujer fervientemente religiosa. Le parece que más que planificación familiar, Dios estuvo de su lado en todo momento y le dio salud para ser madre cuando ella lo estimó necesario. Me cuenta:

"Y a mis tías, que eran solteronas, yo les decía, que cuando me case, voy a tener dos hijos, una mujer y un hombre, y me decían, ¿por qué esa decisión? Puede que Dios no te mande ninguno, que seas una madre sin hijos no más, y yo les decía, yo sé que Dios me va a mandar

hijos, porque soy una buena persona, soy una persona creyente en mi Dios, y él no me va a hacer eso, yo tuve mis dos hijos y no tomé ningún remedio".

Luego, concluye que fue adecuado a su situación tener dos hijos:

"Pensando que la situación no era buena, o sea, me podía tocar una situación no tan buena, y quería darles educación, alimentarlos bien, educarlos, y darles un hogar como corresponde, por lo menos con las mínimas comodidades, entonces por eso que me planifiqué en ese cuadro".

En algunos casos, la planificación familiar se hace en consideración a las condiciones de salud de las mujeres o de la ausencia temporal del marido. Ivonne (1973, administrativa en un supermercado) y Bernardita (1955, dueña de casa) me hablan de sus situaciones de salud:

"Nosotros nos proyectábamos con mi viejo con tres hijos, claro, pero como mis embarazos fueron de alto riesgo, me dijeron que me quedara con 2 no más, porque si no, yo o la guagua nos moríamos, porque tengo mal embarazo, se me juntaron muchas cosas".

Gloria (1950, temporera) me habla de que su marido iba y venía entre Punta Arenas, Ushuaia y El Monte (es artista y marino mercante), por tanto tuvo a sus hijos cuando él estaba en la casa. Me dice que le hubiese gustado tener más hijos pero la vida errante del marido no lo hizo posible.

"Yo quería tener, a ver, bueno, empezando, yo soy católica, podría haber dicho todos los que me mande Dios, pero mi marido salía a trabajar afuera, entonces yo quedaba sola, entonces por eso que tengo tanta distancia en los hijos, y pude tener dos no más po, después quería más, y mi marido me dijo que no, y en realidad fue para mejor porque no los veía".

Claudia (1969, Psicóloga) relata que nunca planificó tener hijos y que luego su pareja se fue de viaje y que no volvió más.

"La verdad es que yo no esperaba quedar embarazada de mi pareja, nunca me proyecté como pensando ya vamos a tener tantos hijos, éramos pololos pololeábamos eso, no fue un embarazo programado, ni tampoco deseado pero con el tiempo lo fue".

"(*Estuve sola), porque mi pareja viajó al extranjero. En lo que viajó yo me di cuenta que estaba embarazada. Él iba a volver y no volvió".*

La planificación, la cantidad de hijos que tienen y el espaciamiento de ellos, en la mayoría de los casos, se relaciona con las expectativas que tienen las mujeres respecto del futuro de sus hijos. Coinciden en el deseo de que sus hijos puedan estudiar en la universidad además de ofrecerles un buen pasar socioeconómico. Además, influye el deseo y la necesidad de las mujeres por trabajar fuera de su casa. En el caso de las que fueron madres en los 90, se manifiesta el deseo propio de cursar estudios superiores.

Las mujeres entrevistadas, tal como señala Touraine (2009), se manifiestan como actores reflexivos, por cuanto presentan su visión individual como sujetos conscientes de sí mismas, de sus circunstancias sociales, económicas y culturales. Manifiestan durante las entrevistas, que son esas condiciones las que las motivan a tomar decisiones en torno a la planificación familiar.

Del mismo modo, en los discursos de las mujeres, ellas se observan a sí mismas y dan cuenta de su actuar. Esta reflexividad podría deberse a que, en la mayoría de los casos, se refieren a hechos que han sucedido hace al menos 16 años y hasta 46 años atrás, esto da cierta perspectiva a la experiencia.

- **Métodos anticonceptivos utilizados**

En cuanto a los métodos anticonceptivos utilizados, la mayoría de las que sí han recurrido a ellos, usan pastillas y DIUs. Dentro de las más jóvenes y que son profesionales, una de ellas no usa nada porque no quiere ni espera tener pareja. Ha pagado un costo alto por su espacio propio.

Tres mujeres se ligaron las trompas. En el caso de una de ellas, que fue madre en 1970, su marido tuvo que firmar un consentimiento, y la segunda en 1980 lo hizo porque estaba sola con tres hijos y no quería tener más. La tercera tuvo 7 hijos y se ligó las trompas cuando tenía 30 años. Recuerda que ella firmó el consentimiento. Las dos primeras sienten tristeza por haber tomado una decisión irreversible. Sin embargo, por motivos de salud y económicos, creen que fue una buena opción.

Cristina (1946, dueña de casa) dice ahora sobre la ligazón de trompas:

"Claro que después uno piensa: es duro porque uno piensa que por qué no busqué mejor otra alternativa de haberme medicinado, haber visto más médicos, que me hubiesen dado otra opinión, y viene el tema de tener más hijos, viene como frustración".

Para la tercera, después de tener 7 hijos, la ligazón fue una buena solución anticonceptiva.

Resulta interesante el testimonio de Carmen Gloria (1958, productora de repostería), que me cuenta que tomaba pastillas anticonceptivas, pero que durante un período de cesantía de su marido, tuvo que dejar de tomarlas para ahorrar. Luego, en el colegio de monjas de su hija y luego su ginecólogo, le enseñaron el método Billings y quedó embarazada de su tercera hija.

"Ahí estábamos medios complicados, pasamos por una situación económica más o menos complicada y las pastillas eran plata que se iba, claro, hubo situaciones en que nosotros estábamos bien, después tuvo trabajo esporádico, y ahí quedé esperando, aunque me cuidé".

Sobre el método Billings me cuenta:

"Sobre ese método a nosotros nos lo dieron en el colegio, como bien básico, y después me lo explicó el ginecólogo, él me dijo que habían dos opciones, una que era muy seguro, que eran los anticonceptivos, y lo otro que es el método natural y ahí me lo explicó, que estaban las dos alternativas".

Las mujeres mayores, no utilizaron métodos anticonceptivos y me comentan que creen que sus madres y abuelas no utilizaban ninguno, que no los conocían siquiera.

- **Controles de salud durante el embarazo**

De los controles de salud, recuerdan que les hablaban de qué tenían que comer, además de evaluar sus indicadores biomédicos (peso, talla, principalmente). La mayoría de ellas siguió con sus ocupaciones normales durante el embarazo, algunas incluso cargaron sacos, trabajaron como temporeras y como dicen ellas "trajinaron harto", sin por ello dejar de controlarse mensualmente.

Solo dos de ellas expresaron que no era fácil llegar a los controles mensuales y a la atención médica. Cristina (1946, dueña de casa) porque vivía en el campo y Rosa (1979, estudiante) porque era madre adolescente.

Cristina (1946, dueña de casa) me cuenta:

"Se vivía en el campo, y cuando en el caso mío, la mamá se sentía mal del embarazo, venía al médico. Y no se controlaba como se controla ahora que el control es mensual y todo eso, no. Yo vivía en el campo en ese tiempo, pero no sé si acá donde es ciudad no creo que haya sido igual, pero en el campo se usaba así, la mamá quedaba embarazada, se sentía mal venía al doctor, el doctor la veía si estaba bien el bebé para la casa, cuando faltan días ya la mamá tenía que buscar un lugar en Melipilla para quedarse hasta que tuviera el bebé".

Rosa (1979, estudiante) recuerda que su madre le sugirió que abortara, hasta los cuatro meses de embarazo, y que ella no quiso. Luego, comenzó a asistir a los controles:

"Al principio fue complicado, porque cuando yo quedé embarazada, no le había contado a mi papá entonces fue complicado".

"Me daban unas pastillas que yo las botaba las pastillas, unas que tienen como unas yerbas, yo botaba todo, y cuando tenía como 4 meses ahí recién me empecé a controlarme en el consultorio".

En relación a aspectos subjetivos del embarazo, solo una recuerda que le preguntaron cómo se sentía emocionalmente y cómo estaba la relación con su marido.

- **Depresión postparto**

Tres de las entrevistadas (Claudia, Cecilia y Rosa) se dieron cuenta después de haber sido madres que tuvieron depresión postparto y que no recibieron atención al respecto. Señalan que durante los controles prenatales no les preguntaron por su bienestar emocional ni su situación personal. En particular, no les preguntaron si su embarazo era deseado o planificado.

En los tres casos, el principal motivo de la depresión fue porque no se sentían suficientemente preparadas para cuidar un hijo, principalmente porque no sentían que en su proyecto de vida

estaba poder hacerlo. Claudia (1969, Psicóloga) porque no estaba su pareja, Rosa (1979, estudiante) porque fue madre adolescente y tuvo que dejar el colegio y Cecilia (1964, bibliotecaria) por la violencia obstétrica que sufrió al momento de tener a su primer hijo. Las tres coinciden en que fue solo después de un período de tiempo, alrededor de un año, en que se dieron cuenta que habían tenido depresión post parto. Todas ellas señalan que luego de ese tiempo, "se les pasó sola la depresión", principalmente, luego de hacer los ajustes a sus nuevas condiciones de vida, en el caso de Rosa, compatibilizar el cuidado de su hija con su vida escolar y relación de pareja (sus padres la forzaron a casarse a los 18 años), en el caso de Claudia, cuando se acostumbró a la idea de que su pareja no formaría familia con ella y en la situación de Cecilia cuando pasaron cinco años y decidió tener otro hijo.

- **Lactancia**

Sobre la lactancia, solo una de las entrevistadas, Milagros (1953, temporera), que tuvo siete hijos, recuerda que les dio leche en polvo o leche de vaca. Me cuenta:

"No, a ninguno (le dio pecho), porque yo trabajaba así que se me secaba al tiro la leche". "Les compraba, según el alimento que había, yo le compraba el Edón, Vitalmin, y a los otros les daba leche con Nestún o leche de vaca"

En este caso, el período de lactancia está estrechamente vinculado con la necesidad de insertarse laboralmente de las mujeres, por lo mismo, Milagros no pudo amamantar a sus hijos. El resto de las entrevistadas les dieron pecho a sus hijos, entre 6 meses hasta los 2 años y medio. Cristina (que amamantó a su hijo mayor por casi dos años), utilizó este método como anticoncepción, para espaciar un hijo de otro.

b) Diferencias intergeneracionales entre las entrevistadas, sus hijas, madres y abuelas.

La mayor parte de las mujeres constata diferencias significativas entre las condiciones de vida materiales y culturales entre ellas, sus madres y sus hijas. Estas diferencias influyen en la planificación y reproducción.

Varias entrevistadas señalan que "antes" (en el tiempo de sus madres y/o abuelas) no se planificaba la cantidad de hijos, algunas también mencionan que no existían métodos anticonceptivos.

Cristina (1946, dueña de casa) resume lo que varias señalan:

"Bueno, antiguamente eran los que llegaban no más, eran los que llegaban, mi familia fue de hartos hijos. Entonces como que no tenía ni meta de cuántos iban a ser".

Casi siempre, lo que observo es que las abuelas tienen varios hijos, incluso más de 10, algunos mueren siendo niños, luego las madres tienen en torno a los 5 y las más jóvenes varían entre 1, si trabajan fuera del hogar, o 2 si tienen posibilidad de quedarse en la casa cuidándolos o bien, disponen de una red de apoyo que les permita cuidarlos y a la vez insertarse laboralmente.

Una constatación relevante para casi todas las entrevistadas en relación a sus hijos es que estos últimos, a diferencia de ellas, acceden a estudios de Educación Superior.

Sandra (1956 chef), me dice que ella optó por tener dos hijos porque no quiso ser pobre como su madre que tuvo 10 hijos. Me dice que su madre fue una mujer campesina y triste. Cuando conversamos, estamos en la plaza de El Monte, ella sentada en un banco tomando un helado y me dice:

"Yo creo que por esa parte, tener pena, porque las madres eran muy fuertes, campesinas duras, entonces ellas se lo guardaban, pero uno a través del tiempo se daba cuenta de que eran unas mujeres, yo pienso, ella nunca se quejó, pero yo pienso que eran mujeres infelices, porque no podían darse un gusto como uno, por ejemplo, yo aquí me siento a tomarme un helado aquí, a mirar, ellas no, el tiempo era inagotable, se levantaban a las 6 de la mañana, y eran las últimas que se acostaban".

Carmen Gloria (1958, productora de repostería) nota que sus padres le entregaron formación, valores, pero que no consideraban necesario que terminara sus estudios básicos y menos aún, que continuaran con estudios superiores:

"Ellos no se preocuparon, teniendo de repente los recursos, quizá por ignorancia, por como los habían criado a ellos, pero no creo mucho en eso yo, el hecho de que no se preocuparon

mucho de que uno terminara, y tuviera un proyecto de vida. Pensando, lo único que les puedo dejar a ellos es educación, educarlos con valores y todo eso, pero los valores nos los entregaron, pero faltó la otra parte, de que termináramos bien los estudios, de que llegáramos más allá".

Ivonne (1973, administrativa en un supermercado) valora su capacidad de decisión y su opción, a diferencia de su madre, de trabajar fuera de la casa:

"Yo creo a que como eran las generaciones antiguas de mi abuela o mi mamá, uno tiene más autonomía, hay un desarrollo más amplio individual, uno ejerce más decisiones personales, no como antes que eran más dependientes como del marido, era un período más machista. Hoy en día no, puede desarrollarse sin tener que andar pidiendo tanto permiso".

Cristina (1946, dueña de casa) y Carmen Gloria (1958, productora de repostería) recuerdan cómo planificaba su madre los hijos y cómo nacieron sus hermanos. Carmen Gloria señala:

"Mi mamá nos tuvo a la mayoría en el campo, sobre todo los mayores, nacieron en el campo, somos siete, nacieron con matronas, con estas parteras que habían, y mi mamá por lo que ella nos contaba, había que tener hijos, no había un método anticonceptivo ni nada de eso".

Cristina (1946, dueña de casa) narra:

"No, no bueno antes la gente no se cuidaba. Si tenían algún método tenía un método natural de ellos, algo que hacían entre ellos pienso yo, pero los hijos venían siempre con las mismas diferencias de tiempos. Nosotros nos llevamos todos tres años, tres años, a los dos años quedaba embarazada mi mamá".

Para Cristina (1946, dueña de casa) hablar sobre reproducción y planificación es un asunto que se conversa con la familia. No obstante, ella nota que actualmente las mujeres hablan de este tema con especialistas.

"En mi tiempo, yo dijera que casi con la familia. No, no que se hablara ni con médicos, ni con sacerdotes, ahora ya se habla más el tema con los médicos, con personas especialistas, con sacerdotes, tienen que ver todos este tema, ahora sí antes no, era familia no más, la mamá, la mamá".

"La mamá hablaba con la cuñada, la mamá hablaba con la tía, y así, no había una persona como preparada para llevar el tema de la natalidad en ese tiempo".

Otra mujer, Cecilia (1964, bibliotecaria), me habla de cómo era antes, siente que antes se podía tener más hijos porque no se esperaba de ellos que fuesen a la Universidad.

"Antiguamente yo siento que la vida era más fácil para mantener hijos, todo se compraba con sacos, nada era tan caro, aquí en El Monte especialmente, estaba lleno de siembras, tú ibas a la siembra y comprabas todo más barato, en cambio la vida ahora es más difícil, yo sentía que se me iba a complicar mucho, cómo los iba a mantener, cómo los iba a educar, antiguamente tú no pensabas que tenías que educar a los hijos, sino que llegando hasta octavo ya bastaba, después hasta cuarto medio, nadie se proyectaba pensando que tenían que estudiar en la universidad. En cambio yo tenía la mentalidad de que mis hijos tenían que ser los tres universitarios, y eso de todas maneras, no me daba cabida a tener más hijos"

Más adelante en la entrevista, me cuenta muy orgullosa de que su hijo menor estudia Teatro y que hizo una representación de ella en los tiempos de su infancia.

"Los hijos recuerdan que una madre ausente, y punto, en cambio mis hijos todavía recuerdan de que les conté un cuento, de hecho mi hijo menor estudia Teatro, y tuvieron que hacer un espacio, un momento de su infancia, él llevó un vestido mío, llevó un cuento que yo le contaba, y él lo tuvo que actuar, con solo movimiento, entonces él bailó con mi vestido, y contó el cuento".

Gloria (1950, temporera) me habla de su hija menor:

"Ella fue todo lo contrario de nosotros, porque ella sola, sacó su cuarto medio, pidió préstamos, entró a la universidad, sacó de profesora básica, pero no le gustó de profesora básica, e hizo otro curso para ser profesora de gimnasia".

Del mismo modo, Milagros (1953, temporera) me habla de su hija que estudia en el vespertino del Instituto AIEP Enfermería, y que ella no solo le ayuda a cuidar de sus hijos en las noches sino también le da todos los meses $50.000 para la mensualidad del Instituto. Me habla además, muy orgullosa, de algunos nietos:

"La María Paz estudia Enfermería, el Bastián estudia Prevención de riesgos, y la Danielita también".

c) Trabajo fuera del hogar y cuidado de los hijos.

Para varias de las entrevistadas el trabajo fuera del hogar es un aspecto relevante en su vida, y tiene relación con la planificación familiar y la reproducción. Si bien les permite tener cierta autonomía respecto de sus maridos (en especial cuando ellos no están presentes), generar ingresos propios, al mismo tiempo abre el tema del cuidado de los hijos.

Son ellas quienes deben buscar a alguien que cuide a los niños, en algunos casos son los hermanos mayores quienes cuidan a los menores.

Milagros (1953, temporera) me cuenta:

"Nunca le importa (a su marido) *por ejemplo lo qué le pase a uno, cuando yo tenía los niños chicos, no estaba ni ahí, ni preguntaba en qué curso va, ni qué le falta para el colegio, ni qué para la Navidad, yo tenía que trabajar para saber comprarles un juguetito, cualquier cosita, todo lo del colegio".*

Ese mismo día, en la entrevista con Gloria (1950, temporera), ella me cuenta:

"Eso (trabajar fuera de la casa) *fue en los 70, no me acuerdo qué edad tenía mi hijo, porque ahí era cuando tuve que salir a trabajar, porque ahí yo a mi marido no lo vi, o sea no me mandó plata, nada".*

Algunas mujeres, al momento de casarse, fueron dueñas de casa y una vez que sus hijos crecieron, "salieron" a trabajar. En el caso de Marta (1956, Propietaria de una amasandería), en trabajos de servicio doméstico. Ahora ella tiene una amasandería, donde almorcé esperándola (en anexo foto 7). Me dice:

"A una como mujer la motiva la necesidad de aportar a la casa, en el caso mío yo no trabajé cuando los niños estaban chicos, porque mi marido tenía un buen trabajo, vivíamos aquí cerca en un fundo, mi marido era el administrador entonces tenía un buen sueldo, no vamos a decir que así para darnos grandes lujos, pero no teníamos la necesidad de que yo trabajara, por lo tanto yo empecé a trabajar cuando Patricio, el mayor, tenía como 15 años, ya estaban grandes ya, Sebastián tenía como 8 años".

Carmen Gloria (1958, productora de repostería) también dejó de trabajar cuando sus hijas eran pequeñas y luego retomó su actividad laboral. Para ella fue una decisión no trabajar y dedicarse al cuidado de su hija:

"Yo trabajé hasta cuando nació la Carola, tenía 8 meses de embarazo, faltaban como 15 días para que naciera, y dejé de trabajar, y después no, le dije a Juan Carlos, yo no voy a trabajar, porque quiero ser mamá, y quiero criar bien a mi hija, quiero darle todo el cariño, que esté bien, y pensando en después, que sea una persona segura, feliz, que sepa enfrentar la vida mejor que yo".

Después de un tiempo de dedicarse a su hija, me cuenta que primero terminó sus estudios secundarios y que luego inició su emprendimiento, preparando pasteles que aprendió con las monjas.

"Lo terminé cuando empecé a trabajar, ahí habían personas que me ayudaron, fueron las religiosas, ellas me ayudaron a terminar mi enseñanza media, si no es por eso yo no lo habría terminado, encontré personas buenas, que me ayudaron, me abrieron los ojos, me dijeron que yo era joven, era inteligente, tenía que terminar la enseñanza media, y ahí podía también terminar una carrera, y ahí me faltó motivación, yo solo hice cursos de peluquería, después me casé, y después empezamos con esto otro (preparar pasteles)*, usted sabe la historia".*

Otras mujeres, como Cecilia (1964), también tuvieron la oportunidad de estudiar. En su caso fue para ser Bibliotecaria a través del financiamiento de las monjas del colegio donde ella trabaja. Las monjas se dieron cuenta de que tenía dos trabajos y tres hijos y le ofrecieron estudiar.

"Estudié, para estar preparada, porque ella (la monja directora del colegio) *me entregó la biblioteca. Toda la mañana, yo me hice cargo de la biblioteca, y después cuando vio que yo trabajaba en el otro lugar, no, me dijo que era una brutalidad que yo trabajara de esa manera, así que terminé trabajando todo el día, me mandó a estudiar, y luego a la Universidad Católica a perfeccionarme, y me dio todas las herramientas para hacerme cargo de la biblioteca todo el día, y ahí empecé a trabajar de frentón en el colegio".*

El trabajo fuera de la casa trae el tema del cuidado de los hijos. Gloria (1950, temporera) recuerda cómo lo hacía:

"Él (su hijo mayor) *estaba en el colegio, y se cuidaban los dos* (él y su hermana) *entre ellos, incluso ellos querían que yo trabajara para que les comprara cosas a ellos, los patudos".*

Milagros (1953) también trabajó como temporera, principalmente "*los meses de verano, y en invierno desgranaba ajos, cosas así que se podían hacer".* Luego, conversamos sobre cómo cuidaba a sus hijos:

"Mi suegra después que me casé, ella me los cuidaba. Y después los más grandecitos cuidaban a los más chicos, como habían problemas y no me los cuidaban, y yo salía igual a trabajar, todos los días"

Cecilia (1964, bibliotecaria) recurrió a una guardería y a sus vecinos:

"Por avenida Los Carrera se abrió una guardería, que la abrió la señora Elisa López, fui a cotizar los precios, los tenían toda la mañana, les daban almuerzo, y los retirábamos en la tarde, antes de irme al trabajo los llevaba a los 2, invierno, verano, lloviera, nevara, los dejaba en la guardería, y me iba a trabajar al colegio, y luego en la tarde al bazar, y en la tarde los retiraba Oscarito (hijo mayor) *o mis vecinos, que me querían un montón y fue mi red de apoyo".*

María Isabel (1942, técnico Paramédico), que trabajó en Santiago y que vive hace 40 años en la comuna, tuvo una hija y debió hacer grandes esfuerzos por compatibilizar su vida laboral con la maternidad, en especial, para el cuidado de su hija. Todo ello la desmotivaba para tener

otro hijo. Conversamos en la plaza de El Monte, donde María Isabel (1942, técnico Paramédico) me contó:

"Sí, sí me cuidé, porque yo trabajaba, entonces no podía tener más niños, además que los dejaba con mi mamá que era de edad".

Este comportamiento es similar al de las generaciones más jóvenes, que señalan que tuvieron un solo hijo para lograr compatibilizar su vida laboral con la vida privada. La única diferencia significativa es que María Isabel (1942, técnico Paramédico) esperó un tiempo y tuvo una segunda hija, en 1974, pese incluso al temor que le generaba el toque de queda. Dice:

"Cuando tuve mi primera hija, dije, ésta, y ninguna más, con la primera, pero después pasaron los años, los años, los años, y dije, hay que darle una hermanita, y tuve a mi otra niña"

Del mismo modo, Sandra (1956 chef), me cuenta cómo hacía para compatibilizar el cuidado de sus hijos y el trabajo:

"Era difícil, correr todo el día, hacer una cosa, un evento, terminar, dejar gente, partir, volver, ver a mis hijos, encargarme de la casa, era un tramo de correr, porque tampoco me gustaba dejarlos en mano de estas personas, a lo mucho los dejaba en casa de una tía, que para mí era como una segunda madre, entonces ella me daba la manito cuando yo estaba muy ocupada, le decía, tía, por qué no me hechas una miradita, ya, me decía".

En algunos casos el trabajo que consiguen es por temporada, con condiciones duras de trabajo y con baja remuneración. Esta situación es particular entre las mujeres mayores. Gloria (1950, temporera) me cuenta:

"*Sí me gustaba* (el trabajo)*, pero se ganaba poco… poquísimo, y no me daba para tener, cuando a uno le pagan, imposiciones, es diferente pero acá trabajaba por meses no más, porque después se terminaba todo eso".*

Continúa su relato:

"En una parte en Chiñihue, tenía que llegar al cerro a trabajar, salíamos como a las 2 de la mañana, no parábamos, trabajábamos día y noche, y estábamos al lado de un cerro, y después tenían que ir a dejarnos a las casas, porque a las 2 de la mañana ¿cómo salíamos del cerro? Y después entrábamos a las 8".

Milagros (1953, temporera) está contenta con su trabajo actual como aseadora del Consultorio de El Monte, porque es más descansado que el trabajo agrícola por temporada, dice:

"Ahora no me siento capaz para salir a trabajar al sol, y andar tanto en la humedad, porque trabajaba puro hincada, y acarreando sacos para afuera, al hombro".

Tiene recuerdos de un trabajo tan duro que le pregunto si algunas de sus hijas trabajó en el campo y me dice: "*No, gracias al Señor, no",* rotundamente.

Dentro de las generaciones más jóvenes, encontré dos profesionales: una psicóloga y una trabajadora social. Las dos profesiones coinciden en que se dedican al cuidado de los otros.

Ambas tienen una hija solamente, su proyecto se traduce en salir adelante con su profesión. Han debido hacer grandes esfuerzos por compatibilizar el cuidado de sus hijos y su desarrollo profesional.

En el caso de Claudia (1969, Psicóloga) y Rosa (1979, estudiante), además de estos ámbitos, han sido requeridas para el cuidado de sus padres enfermos.

Claudia me cuenta:

"Entonces mi papá estaba enfermo, él tenía Parkinson mi papá tuvo la enfermedad de Parkinson desde los cincuenta años, y murió como a los setenta y cuatro, fueron como veinticuatro o veinticinco años de enfermedad. Fue muy largo y ya casi al final de mis estudios mi papá estaba postrado en cama, para mí él era una motivación y encontrar pareja y tener más hijos no, mientras él estaba enfermo y en las condiciones en las que él estaba, además que en ese tiempo ya las cosas cambiaron y la parte económica no era la misma. Dependíamos del él casi exclusivamente en términos económicos, de su pensión y de lo que trabajaba mi otra hermana, entonces el ingreso era bajo. Y yo tenía que pagar, yo pedí un crédito CORFO para poder terminar de estudiar al final.

- ¿Y dónde estudiaste?

En la Santo Tomás, entonces mira hasta el mes pasado tuve que conseguirme un crédito en otro Banco para poder pagar el CORFO porque me tenía hasta aquí el cuotón".

Rosa (1979, estudiante) me cuenta:

"Mi papá estuvo enfermo como un año, y ahí mi hija tenía como un año. Y ese año que era guagüita mi papá estuvo enfermo, entonces yo venía a cuidarlo y todo eso con mi mamá".

En cuanto al cuidado de los hijos, Wilma (1963, Trabajadora Social) me cuenta que tuvo que llevar a su hija a su lugar de trabajo, porque su empleador, que sigue siendo el mismo (el Servicio de Salud de El Monte), se negó a pagar el derecho a sala cuna. Ella reclamó ante Tribunales, pero ganó el juicio 2 años después, cuando el derecho ya había expirado. Ella cree que eso sentó un precedente para otras mujeres madres trabajadoras.

"A mí me hubiese gustado tener más hijos, principalmente para que mi hija tuviera más compañía, y eso me da pena, me da pena que ella no tenga un hermano o hermana con quien compartir las cosas diarias, con quien reírse, con quien pelear, con quien compartir, pero yo cuando la tuve a ella estuve un año con licencia, cuando el posnatal era de 3 meses. Yo estuve con ella hasta los 8 meses y fue muy difícil, no tenía familiares que me ayudaran a cuidarla, entonces se me complicó mucho, la municipalidad tampoco me pagó la sala cuna, por lo tanto yo tuve que ver quién me la iba a cuidar… no sé, no me atreví a tener más hijos".

En general estas mujeres tienen poco apoyo y redes para el cuidado de los niños. Ocasionalmente son apoyadas por sus madres y notan la diferencia entre ellas, que trabajan fuera de su casa, y sus madres. Wilma (1963, Trabajadora Social) dice:

"Mi mamá no trabajaba, ella estaba en la casa y ella los cuidaba (a sus hijos). *Y mi abuela, ella enviudó muy joven pero antes de enviudar ella era dueña de casa, entonces ella podía criar a sus hijos"*

En el caso de Rosa (1979, estudiante), ella me cuenta que teniendo 16 años su mamá la presionó para que se hiciera cargo de su hija, para que se casara y dado eso tuvo que postergar sus estudios. Finalmente se separó y empezó a trabajar.

"Entonces mi mamá es como muy obsesiva, entonces yo estaba con mi suegra que ella me decía algo y yo le hacía caso, entonces ella empezaba a decir que cómo iba a dejar a la niña con mi suegra, si yo no la conocía bien, que la venía conociendo recién, entonces yo dejé de estudiar, llegué hasta tercero medio. No terminé el tercero, llegué hasta la mitad del tercero.

- Y después más grande, ¿tuviste la opción de poder terminar lo que quedaba de tercero y cuarto?

Sí, pero cuando ya la niña tenía como 2 años, empecé a estudiar en una nocturna, ahí saqué el cuarto medio. Yo tenía que cuidar a la niña, en ese tiempo no se hablaba mucho de la sala cuna, como ahora. Entonces era como que yo tenía que cuidarla, no había otra opción. Porque mi suegra trabajaba y no teníamos donde dejarla. Entonces al final, después de eso, yo me separé, y cuando me separé yo empecé a trabajar".

Más adelante en la conversación, me cuenta que cuando se separó trabajaba como temporera, y que tenía que dejar a su hija encerrada y sola para ir a trabajar.

Finalmente, Milagros (1953, temporera) recuerda algo del fundo La Macarena, donde creció hasta los 16 años:

"Era lindo, era campo, ahora no, antes tenían gallineros, tenían paltas, ahora nada, no tienen nada de eso, y toda la gente que vivía ahí ahora ya no vive ahí, las echaron, tenían que irse porque son otros patrones, y no quieren gente que viva allá, quieren gente que vaya a trabajar, pero de afuera".

d) Condiciones y atención de salud al momento de tener hijos. Violencia obstétrica.

Un aspecto que sin duda marca la vida reproductiva de las mujeres es el parto. La mayoría de las entrevistadas tuvo partos normales, algunas tuvieron a sus primeros hijos con partos normales y a los últimos con cesáreas y todas las que fueron madres en el período 1996 a 2000 tuvieron cesáreas. Los relatos son siempre emotivos y una experiencia casi siempre los atraviesa la violencia.

En algunos casos, la violencia es tan significativa, que ellas incluso preferirían no tener más hijos después de la primera experiencia. En varios casos se repite la idea de que la violencia la ejerció una matrona o enfermera durante el parto.

Varias mujeres recuerdan la atención que recibieron en el Hospital de Talagante, algunas incluso llegaban al Hospital sabiendo que allí retaban a las mujeres. Bernardita (1955, aseadora) me dijo:

"Mi madre me enseñó, y mi madre me llevó al Hospital porque mi marido no estaba, se había venido al Hospital, y justo se fue él y me vinieron los dolores, así que mi mamita partió a Talagante conmigo, me fue a ver, me dejó allá, me dijo que tenía que hacer esto, esto otro, que fuera valiente porque si no las matronas la retaban".

Seguimos conversando con Bernardita (1955, dueña de casa) y le pregunto:

"- ¿Y retaban mucho las matronas?

Siii…habían unas viejitas, menos mal que ahora no están.

- ¿Y qué decían?

¿No te gustó? ¿No te gustó? Ahora aguanta. Eso".

Rosa (1979, estudiante) también recuerda con tristeza su experiencia en el Hospital de Talagante, con 16 años:

"Yo me quejaba harto, lloré harto, me daban fuerte las contracciones, yo lloraba, no era la que se escuchaba más, pero me retaban harto, cuando estaba en el parto me decían "ay, ¿no te gustó?, ¿no te gustó?"

Rosa me cuenta que la primera vez que se atendió en el Hospital de Talagante llegó como indigente, entonces ella siente que no la trataron bien por eso, y que además las matronas la enjuiciaban por su juventud. Hace 2 años tuvo a su segunda hija, en el mismo Hospital. Esta vez se atendió a través de un bono Fonasa, y ella siente que fue tratada con mucho más respeto y consideración.

"*Ya no era la niña de antes, no es como cuando era chica me pasaron a llevar, me trataron así mal, ahora no, ahora por mi edad no creo que me van a pasar a llevar, aparte que estaba pagando, antes era una indigente no más. No tenía nada, tenía solamente la tarjeta del consultorio"*.

En nuestra conversación, Milagros (1953, temporera) también habla de malos tratos.

"- ¿Y se acuerda de algo del Hospital de Talagante, de cómo era el trato?

Era mal atendido, por ejemplo, a las mamás solteras las trataban súper mal

- ¿Qué les decían?

Que cállate, que no te gustó, que aguántate no más, y todas las cosas. Era como no sé, mal mirado las personas que tenían hijos solteras, o que uno tenía muchos hijos, porque te preguntaban "¿cuántas crías tenís?" tanto, tengo 4 señorita, "ah ya, ¿y querí más todavía?".

Es interesante constatar que las matronas que ejercen violencia tienen en su discurso el dictamen patriarcal de que el sexo es reproducción y el rol de género principal, ser madres y esposas. Del mismo modo, se deja ver un juicio negativo hacia no tener recursos económicos para tener hijos. Estas matronas repiten la referencia bíblica de que las mujeres tenemos la obligación de padecer dolores de parto.

Entrevisté a dos matrones y ambos coincidieron en que este trato hacia las mujeres es conocido por ellos. Uno de ellos Gonzalo, lo atribuye a que en la década de los 80 había una matrona por cada 30 mujeres, en un turno de 12 horas. Por tanto, una matrona podía atender 7 partos en un solo turno. Él considera que esto termina por mecanizar el trato que ellas ofrecen[36].

Gloria (1950, temporera) también recuerda malos tratos en el mismo Hospital, en particular una enfermera que dijo que su hijo era feo. Nos reímos juntas y le pregunto si es feo su hijo y

[36] Esta situación ha variado en el último tiempo. Actualmente hay 1 matrona por cada 2 mujeres y recientemente, el colegio de matronas en su Congreso 2014, en la ciudad de Temuco, redactó una declaración que reconoce en el punto 4 la violencia obstetricia y compromete a las matronas y matrones a contribuir en la reducción de esta, así como a cualquier otra forma de violencia de género. El punto 5 se compromete a evaluar y monitorear dichos compromisos. Consultado en www.colegiodematronaschile.cl, el 17 de noviembre de 2014.

ella dice que no, que tenía el pelo parado pero nada más, que lo molestan en la familia, pero que él también se ríe.

Las experiencias se repiten y Cecilia (1964, bibliotecaria) recuerda:

"Yo traté de que fuera parto normal hasta el final, pero no hubo caso, el médico se subió arriba de mí, y empujó al bebé que estaba listo para nacer, instalado en el útero, todo listo, y no me dilaté, no hubo caso, no me dilaté lo suficiente para que el Oscar naciera, y el médico me dijo, imposible Cecilia, lo único que nos queda es la cesárea, así que a pabellón inmediatamente, pero yo luchaba porque fuera un parto normal, porque sabía que la cesárea era una operación donde iba a quedarme tiesa, yo decía, cómo voy a estar tiesa, y quién va a atender a mi hijito, quiero tenerlo yo, y yo sabía que era complicado en ese momento, tuve que estar 24 horas sin almohada y tiesa".

Estas experiencias de violencia obstétrica tienen en común que ocurren en un contexto en el cual la mujer se encuentra cara a cara con la matrona. En esta interacción surge la violencia, particularmente durante la atención de una mujer, una matrona, que atiende en su parto a otra mujer. En algún momento la matrona se mecaniza en el lenguaje y recuerda las imágenes de sus libros y manuales de obstetricia y solo ve en la otra mujer a un "útero complicado", un "embarazo de alto riesgo", "cuello del útero muy largo" o un "canal estrecho".

Carmen Gloria (1958, productora de repostería), si bien se atendió de modo particular, recuerda que durante su parto se asustó mucho porque cambió de un parto normal a cesárea. Su hija nació ahogándose y el doctor no llegaba porque estaba en su consulta privada.

Podría señalar que las mujeres que fueron madres en centros privados, no hablan de violencia obstétrica, tan evidente como la descrita anteriormente. Hablan de una violencia más sutil, una violencia que no deja tantas marcas, como la que describe Carmen Gloria (1958, productora de repostería) en su relato, en dónde no recibe la atención del médico oportuna, porque está en su consulta privada y la matrona le dice que *"no se la puede echar a perder".*

"Al principio me preocupé, y después como me pusieron tantos calmantes, me sentía muy mal, y Juan Carlos (el esposo) *decía que por favor llamaran al doctor y la matrona decía que no le podíamos echar a perder la consulta, porque ella estaba preparada para recibir la guagüita,*

y Juan Carlos se desesperó, dijo que hay que llamar al doctor porque está mal, Juan Carlos estuvo conmigo en todo momento".

"Fue en la clínica Las Lilas, entonces al final tanto molestó Juan Carlos, que tuvieron que llamarlo, y claro, se empezaron a complicar ellas también porque llegó el momento que yo no podía estar de espaldas, entonces la maquinita de la presión empezó a sonar, y se empezaron a asustar. Y ahí llegó el doctor, pero corriendo, me acuerdo que abrió la puerta apurado, y dijo al tiro al tiro la operación a pabellón, y me llevaron de urgencia".

"El hizo una cesárea".

"Me tuvieron tres días internada, que no podía conversar con nadie, no me pasaban espejo, nada, porque me hinché demasiado, la Carolina nació ahogadita, morada, y la tuvieron que reanimar porque apenas respiraba cuando salió, me la llevaron después de los tres días, y yo preguntaba, yo pensaba que la Carolina ya no existía, se había muerto".

Es interesante constatar que tanto Carmen Gloria (1958, productora de repostería) como Ivonne (1973, administrativa en un supermercado) se atendieron de modo particular en sus embarazos. Ivonne habla de la atención que recibió durante su embarazo:

"Como yo tenía Isapre me podía atender donde yo quisiera, y uno siempre busca lo más seguro, entonces yo me fui a un centro médico, donde me pudiera atender un ginecólogo, me daba más tranquilidad. Y en El Monte no hay ginecólogos, hay solamente consultorios".

En tanto Cristina (1946, dueña de casa) y Carmen Gloria (1958, productora de repostería) siguen asistiendo al mismo doctor, que atiende en Santiago.

Carmen Gloria me cuenta:

"Yo siempre me he seguido controlando con el doctor, con el mismo doctor. Con el doctor Pardo, todos los años, todo lo que corresponde, el papanicolau, la ecografía, todo lo que es el control de una persona que ha tenido hijos".

Cristina (1946, dueña de casa) me dice: "*Entonces me dijo el médico, el ginecólogo que es el ginecólogo de toda la familia hasta ahora".*

En cuanto a la atención de salud, durante el ciclo reproductivo, Cristina (1946, dueña de casa) recuerda el aborto que tuvo:

"Al tiempo me llegó la regla normal, después llegó de nuevo y ahí no paró y muchos dolores, unos dolores atroces y no paraba, y no paraba, era demasiado. Y yo decía será normal, será normal, pero fue tanto que un día le digo a mi marido, oye sabes que me siento tan mal, y es tanto el dolor que tengo, y sabes que yo me siento un olor raro. No me dice, ¿tú no sientes, tengo un olor raro? Ya partimos a Melipilla, era que el bebé, el fetito ¿tendría cuánto un mes? O tres semanas eso me parece que tenía, y claro fue como un aborto espontáneo pienso yo, porque lo único que en el campo uno trajina harto, hace fuerza, y camina y todo pero nada raro. Y me dice el médico: va a pabellón al tiro, un raspaje. Y me dice si no viene hoy no habrías contado el cuento".

Ivonne (1973, administrativa en un supermercado) también tuvo un aborto:

"Tú te empiezas a sentir mal, tu organismo sigue continuando, no hay ningún indicio que te avise que estás embarazada, tu organismo funciona de la misma manera y ahí al sentirme mal… son horas, yo llegué grave. Si tú te pasas una hora o media hora más, tú te mueres"

Cristina (1946, dueña de casa) decidió no tener más porque el médico le sugirió ligarse las trompas, porque era de alto riesgo seguir teniendo hijos. Señala:

"Después del último fue una ligazón de trompas por indicación médica. El último tuvo que ser una cesárea, porque se complicó y ya no había nada más que hacer, y hubo que hacer una ligazón de trompas por indicación del médico".

Ivonne (1973, administrativa en un supermercado) también tuvo problemas de salud en sus trompas. En este caso, tuvo un embarazo tubario, que puso en riesgo su vida.

"Tuve un aborto espontáneo, que se llama, que es un embarazo tubario, que en vez de gestarse en el útero se gesta en una de las trompas, no pasa hacia el útero, quedó atrapado ahí, y uno se empieza a sentir mal, caí gravemente al hospital, y ahí me operaron"

Su madre, Cristina (1946, dueña de casa) le advirtió que podría ser un embarazo tubario.

"Mi mamá me dijo que podía ser un embarazo tubario, porque una vez ella donde su ginecólogo vio llegar a una señora muy mal, con dolor de espalda, las mismas características, y ella tuvo la impresión de que podía ser por ahí, y le achuntó, eso a mí me salvó la vida".

Del mismo modo, Cristina también aconsejó a Carmen Gloria (1958, productora de repostería), que tiene grupo sanguíneo Rh (-). Le dijo que consultara con el mismo doctor que ella veía, y así lo hizo:

"Yo antes de quedar embarazada fui al doctor Pardo, y yo le pregunté si estaba realmente preparada para ser mamá o no, entonces él me hizo todos los exámenes, me dijo que estaba bien, entonces ahí yo dije que nos íbamos a poner en campaña para el hijo"

"Entonces mi hermana me dijo que este doctor es especialista en eso, entonces por eso fui a él"

En algunos casos, estas experiencias de atención violenta, fomenta que algunas mujeres luego de ellas, postergan tener otros hijos. Cecilia (1964, bibliotecaria) recuerda:

"Lo pasé muy mal en el parto, muy mal, terriblemente mal, fue un parto súper difícil y después de que sufrí bastante, el médico decidió que me hicieran una cesárea, porque yo era muy estrecha, entonces después de lo mal que lo pasé, muy mal, quedé muy clara de que no quería tener más hijos en muchos años más, quería que pasaran muchos años, que se me olvidara todo lo mal que lo había pasado en el parto".

Un procedimiento médico muy recurrido en los partos, son los fórceps, para facilitar el dar a luz. María Isabel (1942, técnico Paramédico) recuerda que en su primer parto se usaron fórceps y su hija tuvo una mancha en la cabeza:

"Con esas cucharitas, donde le toman la cabecita, le dejan una marca roja aquí y acá, entonces cuando pasó la doctora revisando a los bebés, yo le dije ¿qué son esas manchas que tenía la niña?, qué era eso, y me dijo que era por el force, que donde le habían tomado la cabecita, le quedaron marcas, pero que no tuviera cuidado, porque eso se pasaba solo, y así fue, se le desapareció solo la mancha".

Bernardita (1955, dueña de casa) me cuenta que su segundo hijo nació con fórceps, y que cree que eso ha sido una cruz de mala suerte para él, porque lo tuvo que traer siendo guagua a Santiago a recibir masajes (kinesiólogo), y ahora como adulto, no ha podido sentar cabeza.

"Después el chico, casi se me muere, porque me los tuvieron que sacar urgente con force y después de eso mi niñito me lo entregaron con el cuello torcido, estuve yendo a Santiago a hacerle masaje, como 3 meses, así que, no, él lo ha pasado mal de chico, el más chico, como le digo yo, parece que lo traje con una cruz mala".

La violencia en algunos casos proviene del marido, la conversación con Gloria (1950, temporera) es reveladora.

"Mi marido decía, yo no voy a pagar por ti, porque la mujer tiene que sufrir".

- ¿Cómo?

Que él, aunque tuviera plata, no iba a pagar por mí, en los partos, porque ya se usaban los partos en que a uno la programaban, y pagaba, y sin dolores, y él me decía que no, porque la mujer tenía que sufrir el dolor del parto.

- ¿Y por qué?

Y yo le decía, entonces ¿para qué salió esto? Me decía es para las mujeres que tienen plata, pero para ti no, si era malo (se ríe) *era malo a veces, o sea que si las cosas, hacían algo para que uno no sufriera, él igual no permitía eso, es que se notaba que era hombre, porque él no sufría, y como era cobardón, porque cuando él se enfermaba, se quejaba pero terrible…"*

En relación a esta experiencia, constato que a partir de los 90, las que pueden, se atienden de modo particular en centros de salud con especialistas, ginecólogos que no hay en El Monte. Algunas vienen a Santiago a dar a luz en centros públicos o privados y en la medida que pueden elegir, optan por cesáreas programadas.

O incluso otras mujeres como Claudia (1969, Psicóloga) y Wilma (1963, Trabajadora Social) destacan la atención recibida, sin embargo, para los estándares de lo que se ha definido como violencia obstétrica, la sufren sutilmente, pues sus partos son programados.

Claudia relata:

"Vine al Hospital Clínico de la Universidad Católica, llegué allá por una compañera de universidad que me aconsejó que fuera a ese lugar, su sobrina nació en ese lugar. Y la verdad es que era un lugar que me generaba mucha confianza, había varios profesionales y de hecho yo cuando subió mi presión yo no me había dado cuenta, ellos me tomaron la presión, me dejaron ahí, yo no tenía idea. Y bien, muy bien atendida siempre, y ponte tú yo en ese tiempo me gustaba comer hartas verduras, y todas esas cosas me acuerdo que mi alimentación pedí más verduras y así fue me dieron más verduras, eso fue bueno, muy bueno".

Wilma (1963, Trabajadora Social) recuerda con mucho entusiasmo al ginecólogo que la atendió en Santiago.

"Oh, es que el médico que me atendía era maravilloso, él era una persona de edad con mucha experiencia en el sistema público también, había trabajado en un hospital público, fue profesor, y era una persona muy carismática, muy afectuoso, entonces a todos sus pacientes les dedicaba tiempo, yo tenía su número de teléfono, de su casa, de la consulta, si yo tenía una urgencia me atendía con sobrecupo, no tenía que estar esperando al otro día, o a la semana, no, él me atendía el día que yo lo necesitara, fue una atención muy muy buena".

"Tuve con él una cesárea programada, me visitó todos los días que yo estuve en la clínica, y fue un fin de semana, y él no trabajaba en la clínica, el solamente atendía los partos ahí".

En síntesis, las mujeres que fueron madres a partir de los 90 pueden ejercer una decisión pragmática que es decidir dónde tener a sus hijos, sin embargo, no pueden evitar la violencia obstétrica.

En relación a esta posibilidad de elegir, me pareció relevante indagar un poco más en el Hospital de Talagante, que es el que se repitió mayor cantidad de veces en los relatos. Milagros (1953, temporera) me introdujo en la idea de que el trato ha cambiado en el último tiempo. Me dice que *"ahora atienden súper bien"* y que lo sabe porque "*mis hijas se han mejorado ahí, han tenido las guagüitas en Talagante, es como estar en una clínica".*

Encontré que desde hace 6 años ocupa un espacio importante el Centro Integral de Parto en dicho Hospital. Lo administran dos mujeres, matronas con más de 30 años de experiencia, que atienden 60 o más partos al año, ellas solas, sin ginecólogos. Renunciaron a ser funcionarias del sistema público de salud y trabajan en el Hospital.

Además de conversar sobre el Centro Integral de parto de Talagante, converso con Rosa María, una de las matronas del Centro Integral, sobre su propio parto. No puedo creer que sea casual que ella lleve 30 años trayendo niños al mundo de modo respetuoso y apoyando a las mujeres.

Rosa María atiende partos en el hospital y también en las casas, algo que en este ámbito, podríamos denominar "ir de vuelta al saber vernáculo". Describió su primer parto, en 1982:

"(El parto) de mi hija, (lo atendió) una matrona del hospital, pero no me acuerdo, porque las matronas en general no se ponían el nombre, y una de las cosas, cuando fui matrona jefe, era que se pusieran el nombre, que se identificaran, porque eso es súper potente para una mujer, saber quién te va a atender"

Se puede interpretar este anonimato como un síntoma de la dictadura, no mostrar el nombre para no ser reconocido o mantenerse distante.

"Es una violencia verbal muy fuerte, lo que pasa es que la mujer que está en trabajo de parto es un observador muy potente, más de lo que puede tener un investigador, porque uno está así, alerta. Mi hija tiene 32 años. Cuando yo tuve mi parto, lo que yo más me acuerdo fue que dijeron, pucha, esta cabra va a tener la guagua justo en el cambio de turno… esta cabra estudia obstetricia, y va a ser colega nuestra".

Rosa María reconoce que la violencia obstétrica fue ejercida por sus propias colegas que estaban preocupadas en ese momento del cambio de turno. Sintomático del modelo neoliberal, que impone tiempos, turnos, resultados, como parte de una racionalidad instrumental al servicio del modelo de desarrollo imperante. En contraste, ella me cuenta que hoy en día, a veces trabaja hasta dos días en un parto. Ella se define como una observadora alerta de su propio proceso.

"Les molestaba que les interrumpiera el turno, y yo me acuerdo que eran las 6 de la tarde, estaba con sensación de pujar y mi hija nació a las 7, y fue rápido, como la cosa de que no les voy a embarrar el turno"

"La radio prendida me molestaba mucho, no me acuerdo si era música pero me molestaba, o cuando llegó un grupo de chicos que estudiaban medicina, "ah tu estudias obstetricia, por qué no nos explicas el parto" y yo pensaba, por favor no me pregunten nada, quiero estar en mi cueva por favor no me hablen"

Su relato me recuerda otros testimonios, recogidos en Informes, documentales y libros que retratan cómo eran las sesiones de tortura, en que la víctima escucha una radio de fondo y en que entran y salen personas del lugar, detentando poder, llevando a cabo acciones arbitrarias con quien está en una situación de menor poder, sin dar a conocer su nombre y solo llevando a cabo acciones y preguntas tortuosas.

e) Entrevistas a actores claves. Rosa María (matrona-partera en el Hospital de Talagante) y Jeannette (enfermera en Consultorio de El Paico, comuna de El Monte).

Realicé dos entrevistas a Rosa María, matrona de la Universidad de Chile, en una de las entrevistas visité el taller que tiene en su casa, para orientar y atender mujer que desean tener un parto respetado. Ella me explica que si bien trabaja en las dependencias del Hospital de Talagante, lo hace como profesional externa, y que por eso construyó en su casa una sala de atención (El Centro Integral de Parto, en anexo de fotos). Me explica que un parto respetado es una cesárea, un parto natural o normal, en donde la mujer es considerada y respetada como sujeto.

Señala: "*Yo creo que la evolución que uno puede ver así abiertamente, es que hay un grupo de mujeres que quieren ser más protagonistas de sus partos, que ya no se sienten tan pacientes, tan objeto del sistema, pero eso igual termina siendo un porcentaje todavía bajo".*

También entrevisté a Jeannette, enfermera de la Universidad de Chile, conversamos en su lugar de trabajo, en el Consultorio rural de El Paico, un día en que, pese a que estaban en paro los funcionarios, me permitieron entrar a las dependencias del consultorio. Jeannette atiende a mujeres embarazadas y hace control de niños sanos.

Rosa María y Jeannette viven en la comuna de Isla de Maipo, cercana a El Monte.

Jeannette ha observado una mejora en el proceso de atención a mujeres en el sistema público de Salud. Dice:

"Ahora hay más cuidado, y más acceso a métodos anticonceptivos. Incluso yo atendiéndome particular yo tenía menos información de lo que le dan a uno ahora en el consultorio, ahora le dan opciones, opciones de tipos de anticonceptivos, y se entregan gratis y eso lo encuentro bueno. Lo encuentro muy positivo para las mamás, en relación a la crianza hay más información, que en mi generación, hay más información. Se le entrega más material educativo, hay más información en relación a todo lo que es la crianza, el apoyo a las normas de crianza, alimentación, lactancia todo eso".

Por su parte, Rosa María cree que ha evolucionado la atención que reciben las mujeres, intensificándose las cesáreas, a partir de la dictadura y del modelo neoliberal que impuso. Si bien ella atiende ahora a un grupo reducido y específico de mujeres, capitalinas y de la provincia de Talagante, tiene 30 años de experiencia como matrona en el Hospital San Juan de Dios. Ella describe:

"En general las chiquillas que llegan acá, la mayoría están con parejas, con parejas estables, que están en la misma sintonía, y eso favorece mucho. Pero también hemos visto mujeres solas, pero muy poderosas, que en realidad no necesitan a nadie más que ellas, y otras que su madre es muy poderosa, eso de reconciliarse las mujeres con la maternidad. Uno sabe que las tasas de cesárea desde la época de la dictadura se han disparado, y eso si tú lo ves en un contexto de que, a lo mejor el país, por el toque de queda, a lo mejor a los médicos fue mejor programar cesáreas, y no salir a X hora en la noche, porque era todo el contexto social de esa época, pero después se fue acomodando, o sea, era re cómodo trabajar en el Hospital en la tarde, tener consultas después de almuerzo y operar todo en la noche, y entonces igual, con la

chiva ahora de los tacos, es que no voy a alcanzar a llegar a tu parto, entonces mejor programemos, ordenadito, y qué día te acomoda el parto, así como muy agendado".

Rosa María me cuenta que atienden, con Eliana, su socia, y cobran un bono Fonasa por la atención del parto, que corresponde a $90.000, y lo reparten entre las dos matronas, a veces trabajan dos días seguidos en un parto.

En este contexto, me habla largamente de la Clínica Dávila, que es la que atiende más partos al año, más de 8 mil, más que el Hospital San José que llega a los 7 mil, ella dice que es porque la Dávila ha hecho grandes esfuerzos en la hotelería y que las mujeres quieren estar en un lugar lindo para recibir a sus visitas, y que, incluso algunas mujeres que tienen Isapre les sale costo 0 atenderse allá[37].

Rosa María y Eliana, ambas matronas, han cambiado profundamente la atención ofrecida hacia las mujeres en el Hospital de Talagante, tanto así que han ganado un espacio de respeto y validación entre los médicos y el Director, han revertido la percepción negativa que tenía el Hospital, tanto así que hoy en día es sinónimo de atención y trato respetuoso. Ella cree que el sistema de Salud está orientándose hacia este tipo de trato.

Rosa María relata: *"Nosotras con Eliana, tenemos un buen respeto en el hospital porque saben que las tasas de cesáreas son bajísimas, y los partos naturales son muchos, pero porque te das el tiempo… Entonces en esto, a los médicos les gusta mucho, pero yo siento que los que se oponen más a los partos naturales a veces son las mismas matronas, claro, porque con Eliana participamos en lo que fue el Chile crece contigo, porque fue todo el proceso y modos de atender diferentes, ir implementando eso, por ejemplo el acompañamiento del parto, uno sabe que lo fundamental es que una mujer no esté sola en el trabajo de parto".*

[37] Rosa María se refiere a que las mujeres que son usuarias de FONASA, pueden acceder a través del bono PAD (Pago Asociado a Diagnóstico), a atención en centros de salud privados o públicos por un costo único y predeterminado con anterioridad. Este bono se compra en FONASA después de las 37 semanas de embarazo, no cubre partos prematuros ni tampoco cesáreas programadas, pero sí permite a las mujeres escojan el hospital o clínica donde tener a sus hijos. Resulta interesante constatar que el sistema de salud se ha apropiado de conceptos propios de la comercialización, como la capacidad de libre elección. Se trata de un lenguaje en donde el cliente tiene la razón.

Jeannette me habla de anticoncepción de emergencia y de las nuevas generaciones, me dice que solo la piden como medida de emergencia:

"Porque en realidad, casi todas las jóvenes están con método anticonceptivo, aquí se ofrecen diferentes métodos entonces eso se da más en urgencias, por problemas de violación, eso se da más allá".

En cuanto al tipo de mujeres que ella atiende, destaca a quienes trabajan, porque dice que tienen mayor capacidad de decisión en caso de separación.

"El hecho de trabajar, a una mujer le permite ser más independiente, le permite tener opinión, le permite salir de situaciones difíciles, pero a la vez dificulta el hecho de poder cuidar a los hijos. Pero elijo cien por ciento que la mujer trabaje, porque si no trabaja, si hay maltrato, no tiene como salir de eso. En cambio trabajando puede ser independiente, puede salir de eso, y puede tener opciones".

Rosa María cree que entre las mujeres hay un deseo de volver a lo natural, al parto en casa, a la contención entre mujeres. Esta opinión, contrasta con lo que Cristina (1946, dueña de casa), llama los partos primitivos.

"Iba a la casa (la partera) y ahí atendía al bebe, o sea, todo lo que era el tema del ombliguito, lavar el bebe, todo hacia todo eso, era preparar antes muchas cosas por ejemplo, me acuerdo que mi abuela preparaba paños, los tenían listos ellos esterilizaban a plancha de fuego. Lavaban sábanas, las cortaban en trozos, unas sábanas blancas me acuerdo, y eso lo tenían listo ellos. Y para amarrar el ombliguito también, estaba todo listo, si era muy primitivo. Yo me acuerdo de los bebes de mi mamá, para cicatrizar quemaban cosas, quemaban carbón y eso lo usaban como cicatrizante para el ombliguito, hacían cosas no me acuerdo, me parece que era una lana de oveja que la lavaban, muy bien lavada, la secaban, y después la quemaban y lo molían".

Esta matrona me habla del involucramiento de los hombres en los partos, de la necesaria compañía de ellos. Recuerdo que otra de mis entrevistadas, Sandra (1956 chef), me dice que fue su padre quién asistió el parto de sus 10 hijos, y que ella admira y adora a su padre.

"Nosotros, todos nacimos en la casa, todos, mi padre era el matrón, él nos recibía, él nos cortaba el ombligo, nos bañaba, y no ponía la ropita y toda la cuestión, nadie nació en ningún hospital"

"Había un vínculo de amor fuerte (con su padre), hasta que él falleció, como sea, todavía uno lo recuerda con un cariño inmenso, era un hombre muy fuerte, el aparte de proveer la casa, tenía que ayudar a la mamá para tener los hijos, entonces ya después que los recibía y todas esas cosas, él se dedicaba al campo porque era agricultor".

Finalmente, Rosa María, me habla del dolor, de que nos han enseñado culturalmente que el parto es doloroso, que el aparato reproductivo de la mujer está asociado a la enfermedad, que antes se decía cuando una mujer iba a parir que se iba a "mejorar" y que cuando nos llega la menstruación nos "enfermamos", que ella ha observado que es algo que le enseñan las madres a sus hijas.

Señala: "*Yo creo que en eso uno podría decir, la sociedad invade mucho, atemoriza mucho, que el dolor tenemos que suplirlo, que hay que pasar, ojalá nos demos la vuelta, y siempre el parto, sobre todo el parto se ha asociado a mucho dolor. Pero yo creo que el dolor más que físico es emocional en muchas mujeres".*

También conversamos sobre el dolor emocional entre las mujeres, ella dice que la sala de parto es la sala de los espejos, que allí se representan los miedos y los traumas de las mujeres. Hablamos de que el cuerpo habla, en algunos casos, Rosa María es capaz de detectar a mujeres que han sufrido abusos sexuales, me dice que es diferente el modo de parir cuando ha habido violencia y abuso.

" (el cuerpo) habla, de todas maneras, yo diría que la sala de parto es la sala de los espejos, te encuentras con tu propio parto, te encuentras con tus dramas, y en esto también es harto, de violencia también, de mucha violencia física o psicológica, o de que tu madre, o los cercanos a muchas mujeres las empequeñecen, o sea que tu madre te diga tú no puedes parir, esto es doloroso, terrible, de seguro que no lo vas a hacer".

IX. CONCLUSIONES

Devuélveme la soledad decía, solo así te concederé mi amor de madre. *(Kemy Oyarzún, 2014, "Tinta Sangre", página 69).*

Esta tesis pretendió investigar los efectos de los cambios económicos, sociales y culturales en las prácticas y percepciones sobre reproducción, de tres generaciones de mujeres de la comuna de El Monte, entre los años 1960-2000.

Para eso se planteó cuatro objetivos específicos, que se contestaron de la siguiente manera:

a) **Describir las políticas públicas del período 1960-2000, en materia de sexualidad y reproducción.**

El sistema de salud público ha ofrecido progresivamente, desde 1965 hasta el 2000, cada vez mayores garantías a las mujeres en cuanto al acceso a métodos anticonceptivos, especialmente a través de las pastillas anticonceptivas y de los DIU. Ello ha permitido a las mujeres disminuir la cantidad de hijos, espaciar el tiempo entre un hijo y otro y sobrevivir a los partos, aspecto que era una preocupación de salud pública hasta la década de los 60.

Por tanto, si bien el orden patriarcal tradicional confinó a las mujeres en el espacio doméstico para que ejercieran con exclusividad su papel reproductivo material (de los individuos) y simbólico (los vínculos y valores), la autorregulación de la fecundidad de la mujer, mediante la anticoncepción científica (hábeas corpus de las mujeres; Fraisse 1996) es una de las mayores revoluciones perdurables del siglo XX.

La reproducción opera como una práctica concreta e ideológica cuyos parámetros se generan a partir de los contextos económicos, sociales y culturales que enfrentan las mujeres. En efecto,

el cuerpo de la mujer tiene un carácter historiográfico en tanto es una construcción cultural en constante elaboración y valorización, objeto de representaciones sociales y depositario de sentido histórico.

Las mujeres de la comuna de El Monte, han sido atendidas por políticas públicas efectivas para disminuir la mortalidad materno-infantil y han accedido a métodos de planificación familiar. No obstante, subsisten ámbitos que debieran ser fortalecidos en estos programas. Ellos debieran dar garantías de una atención de salud basada en el enfoque de derechos sexuales y reproductivos, abiertos a la diversidad de condiciones en que las mujeres enfrentan la gestación, de modo especial las mujeres adolescentes y quienes afrontan un embarazo no deseado.

Del mismo modo, en el ámbito de la reproducción el aborto se mantiene como un aspecto pendiente en las políticas públicas. La planificación familiar no debiera ser solo decidir cuántos hijos tener y cada cuánto tiempo, sino también poder decidir si se quiere aceptar el embarazo. Esta decisión es, tal como la llaman Martínez y Palacios[38] la "prueba ácida" de las actitudes liberales o conservadoras, puesto que en torno a este tema existe no solo penalización, sino también fuerte condena pública. Es un tema que implica una extensión (o radicalización) de las nociones liberal y conservadora más allá de sus límites propios, entendiendo que lo que distingue las actitudes liberal y conservadora es la opción por la conciencia de las personas o por un mandato colectivo de orden moral en la resolución de un conflicto de valores y/o intereses referido a la propia persona.

En relación a la decisión de aceptar el embarazo, el doctor Miguel Kottow señaló en el conversatorio sobre aborto al que asistí, que existen tres corrientes para decidir cuándo comienza la vida humana. "Una es la concepcional que establece que en el momento de la concepción hay vida humana. La segunda se llama evolucionista y señala que durante el embarazo el embrión va madurando hasta un punto en que deja de ser una promesa y se convierte en un ser humano en ciernes. Y la tercera, señala que la vida humana comienza cuando la mujer acepta que está embarazada, pero que puede no aceptar y, por lo tanto, recurrir al aborto". Kottow sostiene que esta última es una postura relacional (en cuanto a la

[38] Encuesta Nacional "Liberalismo y conservadurismo en Chile". Análisis sobre opiniones y actitudes de las mujeres chilenas al fin del siglo XX. Martínez, Palacios. Gripo Iniciativa Mujeres.

relación que se establece entre dos seres humanos), siendo una decisión que toma la mujer y es irreversible.

Kottow enfatizó que todas estas corrientes son creencias, ya que ninguna tiene una base científica. "Sin embargo, dentro de éstas, la relacional tiene la ventaja de que es una realidad social, donde la mujer que se sabe embarazada decide en ese momento si quiere o no al hijo. Es una decisión que no es biológica, sino que es ética, es decir, me voy a hacer cargo de un nuevo ser humano y me comprometo responsablemente". Uno de los desafíos que plantea el aborto entonces, es sea que la mujer quien tenga el poder de decidir por sí misma.

Pese a esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recoge bien lo que sucede en la realidad: "Ya sea que el aborto se dé con mayores restricciones legales o que esté disponible a requerimiento, la probabilidad de que una mujer tenga un embarazo no deseado y que intente un aborto inducido es prácticamente la misma". Por ello, el aborto inducido y sus consecuencias son un problema de salud pública que no puede abordarse desde la penalización y criminalización de las mujeres, sino desde la política pública y la protección del daño a la salud.

En el caso chileno, la actual legislación no es en absoluto efectiva para reducir el aborto en el país. Ella no protege la vida del que está por nacer, pues, a pesar de la penalización, se estima que actualmente, los abortos inducidos al año son entre 80.000 y 140.000. El Dr. Fricke en el año 1964 planteaba ya que la penalización del aborto era inaplicable, pues frente a las 70.000 hospitalizaciones anuales por aborto séptico de la época no había cárcel para tanta mujer. Hoy su planteamiento sigue siendo válido puesto que apela al sentido común. Actualmente los egresos estimados por complicaciones de aborto inducido son cerca de 18.000 al año (Molina 2014).

Desde el punto de vista de los derechos de las mujeres, la penalización total del aborto en Chile constituye un grave problema de salud pública, pero también de derechos humanos y de justicia social, pues son las mujeres pobres quienes se ven gravemente afectadas por esta legislación punitiva, la que constituye una forma explícita de discriminación, inequidad, violencia y tortura que la institucionalidad del Estado impone sobre ellas, con el apoyo activo

de entidades como la Iglesia Católica y la clase dirigente. Esto contraviene el espíritu de diversos tratados de derechos humanos ratificados por Chile, como la Declaración Universal de DDHH, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, entre otros, que lo obligan a cautelar y proteger una serie de derechos humanos de las mujeres. Ante ello, diversos Comités de la ONU han solicitado reiteradamente al Estado chileno reparar esta situación, sin obtener respuestas satisfactorias.

En síntesis, el piso mínimo para pensar en la solución de este problema de salud pública, que afecta a toda la sociedad, requiere considerar las necesidades y derechos reales de las mujeres como personas con proyectos de vida propios.

b) Conocer las concepciones en relación a los comportamientos reproductivos de tres grupos de mujeres, de la comuna de El Monte y que tuvieron a su primer hijo en los períodos estudiados (1965 a 1970; 1979 a 1984 y 1996 a 2000).

Las mujeres entrevistadas se caracterizan por mostrar un fortalecimiento progresivo de su capacidad de decidir cuántos hijos tener y cada cuánto tiempo.

Este proceso de decisión ocurre al interior de su familia, en donde ellas negocian sus obligaciones y derechos en la vida cotidiana, principalmente con sus parejas. Si bien la planificación familiar es posible dado el acceso masivo a métodos anticonceptivos, las mujeres deben enfrentar un tema vital, que es la compatibilización entre ser madres, trabajar fuera del hogar y el cuidado de los hijos y familiares enfermos.

Tal como señala Jiles (1992): Si bien los anticonceptivos permitieron a la mujer determinar el número y espaciamiento de sus hijos; así como separar el derecho al placer, de la maternidad obligada, dejaron prácticamente inalterados los modelos conductuales, en función de los cuales, hombres y mujeres continuaron actuando al interior de la familia y la sociedad. En esta línea, el programa Chile crece contigo, ha reforzado la perspectiva de una política pública centrada en la primera infancia, reforzando patrones culturales del cuidado, además de carecer de enfoque de género.

En relación al trabajo fuera del hogar, éste tiene significados diversos entre las mujeres. Para algunas es una opción de sobrevivencia cuando son madres solteras o separadas, para otras es un modo de complementar los ingresos familiares, para las más jóvenes es un modo de concretar un proyecto personal y en algunos casos profesional. En efecto, las mujeres entrevistadas identifican a sus abuelas y/o madres como las mujeres que tuvieron a sus hijos en el campo, que tenían varios, no se cuidaban y algunos de ellos morían siendo niños y que tampoco consideraban el costo de financiar la Educación Superior, por tanto tenían hijos que no eran profesionales.

Como reacción a ello, la mayoría de las entrevistadas deciden tener menos hijos porque no quieren empobrecerse y porque conocen los costos financieros para que sus hijos sean parte de la educación superior. Desean que sus hijos obtengan un título universitario que los habilite para el mundo laboral.

Asumen además, que en la vida de sus hijos habrá un cambio, probablemente una migración desde El Monte hacia Santiago u otras ciudades.

En cuanto a la habilitación laboral de las mujeres entrevistadas, es interesante constatar que en al menos seis casos, las monjas del colegio de la comuna tienen un rol importante, financiando estudios, capacitación y entregando una formación que se vincula con la capacidad de planificar tener los hijos a los que puedan ofrecerles educación, salud y vivienda.

En ese sentido, la Iglesia católica cumple una función importante en relación al rol de las mujeres en el espacio público y privado. Ella interviene en los dos ámbitos; por una parte sugiere soluciones a problemas cotidianos de higiene, alimentación y salud (enseñando a cómo cuidar y criar a los hijos), en algunos casos a través de la caridad y casi siempre instalando en ellas un discurso moralizante, que se inmiscuye en su mundo privado (en el cual toman decisiones relevantes para ellas y su familia).

La reproducción entonces, es un asunto que si bien se discute principalmente en el ámbito privado, ocurre y tiene consecuencias sociales y culturales, impactando en el conjunto de ideas que las mujeres tienen en relación a sus comportamientos reproductivos.

c) Describir las prácticas reproductivas de las tres generaciones de mujeres entrevistadas.

Las mujeres entrevistadas se caracterizan porque dan a luz en instituciones de salud fuera del ámbito doméstico, tanto hospitales como clínicas. Es posible corroborar que el sistema ha logrado indicadores se salud óptimos y que han ofrecido cobertura a las usuarias. No obstante, al menos 7 mujeres entrevistadas describen situaciones de violencia obstétrica.

La violencia obstétrica es un concepto que ha sido definido recientemente, en 2010 en Venezuela, y que ha conceptualizado algo que las mujeres entrevistadas describen que viene sucediendo desde la década de los 60. Este fenómeno se agudiza en los 80, década en la cual se deteriora el sistema público de atención (entro otras razones por la instalación del sistema neoliberal en la salud, que se traduce en turnos extensos, con poca dotación de personal, por ejemplo en un turno de 12 horas de disponibilidad de 1 matrona para 30 mujeres). En ese contexto, las matronas les transmiten a las usuarias, el mandato bíblico de que las mujeres deben parir con dolor.

Como respuesta a ello, en los 90 las mujeres que pueden, buscan atención privada, aun cuando reciban también, de un modo mucho más sutil, violencia obstétrica. Estas mujeres, establecen un vínculo cercano, incluso clientelar con el sistema de salud y eso las hace sentir a gusto. Les parece que si tienen capacidad de pago, pueden recibir un buen trato por parte del equipo de salud.

En relación a la tasa de natalidad e índice de fertilidad del período estudiado, es posible constatar una disminución de la tasa de natalidad de un 37,16 en el período 1965 a 1970 a un 17,89 en el período 1996 a 2000, esto representa un 51,85% de disminución de la tasa de natalidad. En tanto el índice de fertilidad se redujo de 5,35 hijos en el período 1965 a 1970 a 2,19 hijos en el período 1996 a 2000.

Este descenso muestra un quiebre relevante en el período de la dictadura, en que tal vez tener menos hijos es un modo de resistencia del cuerpo femenino, a una época marcada por la muerte y en que el modelo económico impone cánones para la toma de decisiones (se debe incluir en el presupuesto familiar gastos importantes como la educación de los hijos).

Muestra también cómo las condiciones económicas y políticas penetran en las familias y generan cambios en las identidades y en las relaciones de género. En efecto, el doble discurso oficial relega a la mujer a su casa, esperando de ella una actitud de madre y esposa, al mismo tiempo la obliga a salir a trabajar. En la mayoría de los casos en empleos precarios y temporales (principalmente como temporeras).

d) Describir y analizar los cambios generacionales en los comportamientos relacionados al ejercicio de la reproducción de las tres generaciones.

El grupo que fue madre por primera vez entre 1965 a 1970, son quienes empiezan a asistir al hospital para tener a sus hijos. En cuanto a la atención de los partos, en este ciclo, a partir de los 70, el parto dejó de ser un proceso exclusivo de la intimidad femenina, dirigida por mujeres, principalmente parteras, para transformarse en un dispositivo social, sanitario y estadístico, abordado por la ciencia obstétrica (Zárate 2008). Todas las entrevistadas de este período tuvieron a sus hijos en hospitales, sus madres en cambio dieron a luz en sus casas, muchas de ellas recuerdan incluso el nacimiento de sus hermanos menores en casa.

Entre quienes tuvieron a su primer hijo entre 1979 a 1984, se observa la puesta en marcha de un programa neoliberal que traen los Chicago *boys*, que abogan por el predominio del mercado y señalan que el Estado debe transitar hacia un capitalismo con tendencias al predominio del mercado y relaciones laborales flexibles (Carrillo 2010). Es así como, en este período observamos una mayor medicalización de los partos, principalmente una mayor cantidad de atenciones programadas o cesáreas. Al mismo tiempo, este grupo de mujeres son quienes señalan con mayor recurrencia haber sufrido violencia obstétrica y quienes consolidan el deseo de trabajar fuera de la casa y tienen la expectativa de que sus hijos vayan a la universidad.

Del mismo modo, resulta interesante la relevancia que tienen para estas entrevistadas, las matronas en el momento del parto. La mayoría de las entrevistadas, cuando se refieren a violencia obstétrica, hacen mención a matronas o enfermeras, secundariamente a los médicos, en parte porque son las matronas quienes se enfrentan cara a cara con ellas. Los médicos son vinculados a los controles previos, a informar sobre la alimentación que requiere un embarazo

saludable, a medir peso y talla, pero en ningún son señalados como protagónicos en el momento del parto.

A partir de los 90, el sistema de salud privado, se impuso fuertemente, ofreciendo servicios de hotelería y de atención que motivaron a algunas mujeres a elegir tener a sus hijos en clínicas privadas y atenderse en centros de salud que contaran con especialistas (ginecólogos). De este modo, el grupo que fue madre por primera vez entre 1996 a 2000, se caracteriza por atenderse en el sistema privado de salud, las cesáreas son recurrentes, esperan ir ellas a la universidad y por lo mismo tienen menos hijos.

En los tres grupos estudiados es observable la penetración profunda y hegemónica del modelo de desarrollo económico y social al interior del sistema de salud, lo que se traduce en ciertas condiciones de atención que ofrecen a las mujeres. El primer grupo está marcado por la inclusión de las mujeres a un sistema de salud que pretende informar y garantizar el acceso a sistemas de planificación familiar, el segundo se destaca por el deterioro del sistema de salud público y al mismo tiempo, por el mejoramiento de los indicadores de morbilidad materno-infantil, entre otros aspectos por la mejor nutrición de los niños. El tercer período se caracteriza por fomentar que cada mujer decida en qué centro de salud atenderse, asociando el sistema privado con una mayor valoración social, además del ejercicio de libertad de decisión. Esto, pese a que desde el año 1989 se eliminaron constitucionalmente, las tres causales en que el aborto estaba permitido.

En cuanto a la ocupación principal de las mujeres, se observan cambios significativos, que afectan los comportamientos en el ámbito de la reproducción. Las del primer período son mujeres rurales campesinas y/o asalariadas, las entrevistadas de este período se ocuparon como dueñas de casa al cuidado de sus hijos, y luego, algunas, debieron salir del hogar para complementar los ingresos familiares, la mayoría de ellas como temporeras. En el segundo período, las mujeres consolidaron sus ocupaciones como asalariadas, algunas en empleos domésticos, al cuidado de otros, con el tiempo, cuando sus hijos tienen más de diez años, se han transformado en beneficiarias de programas sociales en apoyo del autoempleo, principalmente en la producción y comercialización de productos de repostería y panadería.

Las mujeres del tercer período son mujeres trabajadoras, con empleo permanente, en algunos casos profesionales, en profesiones vinculadas al cuidado de los demás.

Finalmente, en relación a la metodología propuesta y su vínculo con el marco teórico, puedo decir que valoro profundamente la capacidad de todas las mujeres entrevistadas de poder hablar por sí mismas de sus experiencias vitales, admiro su capacidad de reflexionar sobre las condiciones económicas, sociales e incluso culturales que han debido enfrentar. No puedo olvidar que lo que en esta tesis son citas, en la vida de las mujeres son experiencias que marcan su quehacer cotidiano. Con más o menos palabras, me sorprende la necesidad de poner en palabras nuestras experiencias. Constato que el lenguaje de las mujeres es experiencial, en contraste con el lenguaje obstétrico que es mecanicista.

Creo que cuando una mujer habla, a través de ella hablan también, sus madres, abuelas e hijas. Me parece que cuando somos capaces de hablar, de darnos la palabra entre mujeres, estamos haciendo pensamiento femenino, separado de toda la tradición del pensamiento, fundado sobre los dogmas de un pensamiento único y colonizador: lo universal, lo abstracto y lo neutro.

Espero haber contribuido, modestamente, a que la particularidad de una comuna como El Monte, situada en la región metropolitana, permita hablar sobre los comportamientos y las concepciones en materia reproductiva de otras mujeres con otras particularidades.

El mayor hallazgo en cuanto a experiencias que se vuelven relato, es la violencia obstétrica. Casi todas las entrevistadas han sido sometidas a ella. Ninguna habló específicamente de violencia, sin embargo el concepto emergió en el análisis de las entrevistas. Considero que las matronas, las que ejercieron violencia, también fueron violentadas por las condiciones laborales a las que fueron sometidas. En ese sentido, estimo que el Estado puede ser un garante de derechos sexuales y reproductivos que regulen y protejan de la violencia a las mujeres, madres, hijos por nacer y profesionales de la salud.

Me parece además que los libros y manuales con que las matronas estudian, plantean una mirada mecanicista del cuerpo femenino, por tanto ellas solo recuerdan lo que aprendieron.

La etnografía llevada a cabo abrió la posibilidad de conocer y reconocer la diversidad de experiencias, en una comuna que conocí como rural y que ha enfrentado profundos cambios sociodemográficos en la última década.

Los desafíos que deja este trabajo son de diverso orden. En cuanto a nuevas investigaciones, creo que se podrían plantear al menos tres posibilidades:

1) Investigar el lenguaje médico y cómo influye en las mujeres, particularmente, estudiar cómo el pensamiento de la vida cotidiana reconstruye el conocimiento experto. O bien, estudiar las representaciones sociales de la gestación y parto entre profesionales de la salud.
2) Indagar en el legítimo deseo de las madres de enviar a sus hijos a la escuela y luego a la Universidad, preguntándome ¿Cómo elijen las mujeres rurales el tipo de educación que reciben sus hijos? ¿Cuáles son las trayectorias que siguen sus hijos? ¿Qué tipo de programas universitarios cursan, carreras profesionales o licenciaturas?
3) Describir y analizar las políticas chilenas en relación a las mujeres que no pueden concebir hijos y deben recurrir a programas de fertilidad asistida, ¿Cómo se inserta esta opción en un PPF? ¿Cómo se materializan los derechos sexuales y reproductivos en esos casos?

En cuanto a desafíos mayores, creo que es necesario que el programa Chile crece contigo incorpore el enfoque de género en su diseño. Del mismo modo, que problematice en su diseño el momento de decidir tener o no hijos, desde una perspectiva relacional ética, en especial cuando las mujeres embarazadas son niñas y adolescentes.

Asimismo, creo que en la base de los programas de planificación familiar, se debieran incorporar modos diversos de ser y hacer familia. Por último, un ideal, que cada grupo familiar pueda desarrollarse en condiciones económicas y laborales estables, con viviendas en sitios adecuados y que la procreación sea una decisión consciente y responsable, que sea el bienestar familiar por sobre los costos de la salud y la educación lo que determine el número de hijos.

Post scríptum. Y el lugar del padre ¿cuál es? Preguntas y respuestas.

Hasta aquí hemos reflexionado largamente sobre el rol de la mujer en el cuidado y la toma de decisiones en relación a los hijos y en los factores culturales, sociales y económicos que la afectan. No podemos dejar de mencionar el lugar del padre.

Sin duda la relación con el padre es parte constitutiva de la experiencia de cada individuo, y es, al mismo tiempo parte importante de la organización cultural, social y económica en que se desenvuelve la estructura familiar tradicional que hemos estudiado.

Las experiencias de los hombres, como padres, parejas e incluso como profesionales de la Salud (matrones) son diversas. Me encontré con hombres que acompañan, abandonan, sienten miedo y reflexionan.

El hombre que acompaña. Sandra habla sobre su padre:

Nosotros, todos nacimos en la casa, todos, mi padre era el matrón, él nos recibía, él nos cortaba el ombligo, nos bañaba, y nos ponía la ropita y toda la cuestión, nadie nació en ningún hospital.

¿Y para usted fue importante que su papá la haya recibido?

Para mí sí, porque había un vínculo de amor fuerte, hasta que él falleció, como sea, todavía uno lo recuerda con un cariño inmenso, era un hombre muy fuerte, el aparte de proveer la casa, tenía que ayudar a la mamá para tener los hijos, entonces ya después que los recibía y todas esas cosas, él se dedicaba al campo porque era agricultor.

El hombre que abandona. La estructura familiar que encontré en la mayoría de los casos es rígida, tradicional y supone monogamia y tal vez es así, porque hemos aprendido que no puede ser de otro modo. Gloria habla de su marido.

¿Y qué hacía su marido?

Él es de Punta Arenas, y desde luego que le iba a tirar su tierra, así que cuando nos casamos, nos casamos en el 70, yo quedé esperando al tiro a mi hijo, y cuando tuvo un año nos fuimos a Punta Arenas, estuvimos un año en Punta Arenas viviendo.

¿Y usted es de El Monte?

Sí po, nací e irme sin tener a nadie solo a él, así que yo lloraba igual, y echaba de menos, igual en vacaciones vine sola acá a ver a mi familia y después me fui para allá, y después nos vinimos para acá, y después él se fue para allá, en el 73, se fue para allá a trabajar, y ahí se puso a trabajar en varias cosas, pero lo más que le gustaba era embarcado, como marino mercante, pero era pescador… y ahí hizo el servicio, entonces cuando se fue para allá, anduvo en Ushuaia, se fue para toda esa parte a trabajar, a la pesca de centolla, fue a todos lados.

¿Y usted estaba sola?

Yo sola, y no me mandaba ni medio… y estuvo tres años allá.

¿Y usted no supo nada de él?

Nada, y yo lo buscaba, o sea, yo no lo busqué después, ya no esperé nada de él, y me puse a trabajar.

[…]¿Y se acuerda algo de esos controles, qué le decían?

Aquí me atendían todos muy bien, y no sufrí tampoco, sufrí lo que se sufre normal. Mi marido decía, yo no voy a pagar por ti, porque la mujer tiene que sufrir.

¿Y por qué?

Me decía que las cesáreas eran para las mujeres que tienen plata, pero para ti no, si era malo (risas) era malo a veces.

O sea usted tiene que puro buscarse otro pololo ¿o no?

Sí….(risas)

El hombre que siente miedo. Rosa me cuenta sobre su padre, que sintió vergüenza de su embarazo adolescente y de su pareja, que sintió miedo cuando la acompañó al Hospital de Talagante.

En algún momento fuiste al consultorio, ¿te informaron que existían pastillas anticonceptivas o dispositivos intrauterinos? O el método Billings, ¿te hablaron de esos métodos para acceder a ellos?

No, nunca fui y sabía que habían esos métodos, pero nunca fui, por lo mismo, porque tenía miedo de que se enterara alguien.

¿Creías que se podían enterar porque vivían cerca?

Claro, porque acá el pueblo, El Monte, igual es chico po.

[…] ¿Y tu mamá sí te ayudaba, cuando tuviste a tu hija?

Mi mamá ella fue muy protectora, primero cuando quedé embarazada fue más complicado porque ella primero sufrió más la vergüenza de mi papá, entonces a mí me casaron prácticamente, me presionaron, a los dos nos presionaron entonces ya me casé.

[…] ¿Y alguna vez volviste a hablar con tu mamá, de por qué esa vez te sugería abortar, pudiste hablar de eso o quedó en la historia de la familia?

Habían momentos en que pudimos hablar, pero fue años después, recién hace como 3 años atrás. Ella no lo hacía tanto por mí, lo hizo más por mi papá.

¿Porque tu papá era demasiado estricto?

Sí, era como más a la antigua.

¿Era muy viejito?

Sí, era mayor que mi mamá, mi papá tenía 40 cuando se casó con mi mamá y ella tenía 20. Entonces, por eso tenía otro pensamiento, era hombre de campo.

[…] ¿Y tú entraste sola al parto, o con tu mamá?

No si yo fui sola con mi pololo, que tenía 18 y yo tenía 16, entonces como que nos vieron a los dos cabros chicos. Así que como que no me bajaba la guagua, entonces me retaban, me decían que yo tenía miedo, que estaba muy nerviosa.

Pero obvio, si eras una niña prácticamente, chiquitita… Me imagino lo que fue.

Me retaban, pero igual en ese sentido el papá de la Melissa (su pololo) se portó bien, me acompañó.

Él también debe haber estado nervioso, seguramente.

Si, si estábamos solos.

El hombre que reflexiona. Entrevisté a dos matrones, que muestran la apertura de esta disciplina, tradicionalmente ejercida por mujeres, hacia los hombres. En el diálogo que tuve con Gonzalo, él me responde:

¿Qué distingue a las mujeres rurales cuando consultan por métodos de planificación familiar? ¿Recurren o solicitan la anticoncepción de emergencia?

Las mujeres rurales acuden en general muy responsablemente, no suelen faltar, a diferencia de las urbanas, y en el espacio de la consulta son receptivas con la propuesta de método del/la profesional, suelen decir "dígame Ud., que sabe más que es lo mejor", y deciden por esa "sugerencia". Habitualmente no concurren por la píldora del día después, decidiendo esperar y aceptar "lo que Dios quiera" cuándo los métodos fallan o presentan embarazos no planificados.

¿Cómo crees que te perciben a ti como matrón? En particular al ser hombre.

Existe un temor, nervio o incomodidad inicial, pero luego depende del trato cordial-afectivo que se pueda establecer, en general mi experiencia ha sido muy gratificadora, no se han arrancado de mí! Considera que el "delantal blanco" te ubica en un espacio de saber poder hegemónico difícilmente contrarrestable por las usuarias.

Finalmente, volví a leer al doctor Michel Odent (2011), con una larga trayectoria en la atención de mujeres parturientas y señala:

"No hace falta que nos preocupemos por la humanización. Cuando los grupos humanos hayan encontrado su papel protector de la madre y su bebé –en lugar de inmiscuirse en su relación- la humanización vendrá por sí sola. La madre sabrá cómo usar la libertad de manos y brazos que nos proporciona nuestra especie...y descubrirá el arte de mecer".

Se podría sugerir que en la medida que se avance en este camino de humanización, no solo la madre sino también el padre encontrará su lugar.

X. BIBLIOGRAFÍA

Biblioteca Nacional de Chile. Memoria Chilena. Disponible en www.memoriachilena.cl

Boletín Asociación chilena de Protección a la Familia, 1966.

Bohlender, Matthias (2008). *"La procreación humana. La sociología del aborto de Luc Boltanski,* Revista de Sociología 22/2008. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

Casas, Lidia y Dides, Claudia (2007). "*Objeción de conciencia y salud reproductiva en Chile: dos casos paradigmáticos"*. Chile: Acta Bioethica, 2007; 13 (2).

Carillo Nieto, Juan José (2010). *"El neoliberalismo en Chile: entre la legalidad y la legitimidad. Entrevista a Tomas Moulian".* Perf. Latinoam. (Online) 2010, vol. 18, número 35, pp. 145-155.

Darré, Silvana (2013). *"Maternidad y tecnologías de género".* Katz editores. Buenos Aires.

De Lauretis, Teresa (2000). *"La tecnología del género"* en *"Etapas de un camino a través del feminismo"*, Madrid: Editorial Horas y horas.

Dides, Claudia (2006). "*Voces en emergencia. El discurso conservador y la píldora del día después".* Santiago de Chile: FLACSO Chile y UNFPA.

Faúndes-Latham, Aníbal, Rodríguez-Galant y Avendaño (1969) *"Efectos de un programa de planificación de la familia sobre las tasas de fecundidad y aborto de una población marginal de Santiago*, en Separatas de cuadernos médicos-sociales N°1, volumen 10, marzo de 1969.

Gamba, Susana Beatriz (coordinadora) (2009). *"Diccionario de estudio de género y feminismos",* Argentina: Biblos.

Gazmuri, Cristián (2012). *"Historia de Chile 1891-1994. Política, economía, sociedad, cultura, vida privada, episodios"*, Chile: Instituto de Historia Pontificia Universidad Católica y Ril Editores.

Godoy, Lorena y Guerrero E (2001). *"Trayectoria del movimiento feminista en Chile en la década del noventa",* Santiago de Chile: Centro de Estudios de la Mujer,.

Hernández, Roberto y Luis Pezo, editores (2010). *"La ruralidad chilena actual. Aproximaciones desde la Antropología"*. Santiago de Chile: CoLibris.

Huneeus, Carlos (1998). "Tecnócratas y políticos en un régimen autoritario. Los ODEPLAN *boys* y los Gremialistas en el Chile de Pinochet", Santiago de Chile: Revista Ciencia Política, Volumen XIX.

Irigaray, Luce (2009). *"Espéculo de la otra mujer".* España: AKAL.

Jiles, Ximena y Rojas C. (1992). *"De la miel a los implantes. Historia de las políticas de regulación de la fecundidad en Chile".* Santiago de Chile: CORSAPS.

Jiménez, de la Jara, Jorge (2001). "Mística, ciencia y política en la construcción de sistemas de salud la experiencia de Chile". Revista Salud Publica de México 2001: volumen 43:485-493.

Mattelart, Armand y Michéle (1968). *"La mujer chilena en una nueva sociedad"*. Santiago de Chile, Editorial del Pacífico.

Mella, Orlando (2003). *"Metodología cualitativa en Ciencias y Educación. Orientaciones teórico-metodológicas y técnicas de investigación".* Santiago de Chile: Primus.

Ministerio de Salud de Chile (2008). *"Manual de atención personalizado en el proceso reproductivo",* Santiago.

Molina Bustos, Carlos Antonio (2010). *"Institucionalidad sanitaria chilena 1889-1989".* Santiago de Chile, LOM.

Odent, Michel (2011). *"El bebé es una mamífero".* España, Editorial Ob Stare.

Orobitg, Gemma (1999a) *"El cuerpo como lenguaje. La posesión como lenguaje del género entre lo Pumé de los llanos de Apure (Venezuela)",* en Antropología Feminista: desafíos teóricos y metodológicos. Barcelona.

_____(1999b) "*Soñar con el cuerpo, el cuerpo soñado".* Revista venezolana de estudios de la mujer. Centro de Estudios de la mujer. Volumen 4, número 10 y 11. Universidad Central de Venezuela, Caracas, enero-junio.

Palma, Irma (2006). *"Sociedad chilena en cambio, sexualidades en transformación".* Tesis para optar al grado de Doctora en Psicología, Universidad de Chile.
Rojas Mira, Claudia Fedora (2009). *"Lo global y lo local en los inicios de planificación familiar en Chile".* Universidad de Santiago. Revista del Instituto de Estudios Avanzados, II.
Santana, Roberto (2006). *"Agricultura chilena en el siglo XX: contextos, actores y espacios agrícolas".* Chile: Editorial DIBAM.
Scott, Joan W (1996). *"El género: una categoría útil para el análisis histórico". En Marta Lamas compiladora. "El género: la construcción cultural de la diferencia sexual".* México: PUEG.
Szot, Jorge (2002). *"Reseña de la salud materno-infantil chilena durante los últimos 40 años: 1960-2000".* Revista chilena de Obstetricia y Ginecología.
Tinsman, Heidi (2002) "*Partners in Conflict: The Politics of Gender, Sexuality, and Labor in the Chilean Agrarian Reform, 1950-1973".* Durham: Duke University Press.
_____ (2008). "La tierra para el que la trabaja: política y género en la reforma agraria chilena". Revista de Trabajo Social Perspectivas, año XIII/ N° 19/2008: 53-68.
_____ (2009a). "*La tierra para el que trabaja. Género, sexualidad y movimientos campesinos en la Reforma agraria chilena".* Santiago de Chile: LOM y Centro de Investigaciones Barros Arana.
_____ (2009b) "*Margaret Power: La mujer de derecha: el poder femenino y la lucha contra Salvador Allende, 1964-1973",* Revista Historia N° 42, Vol. I, enero-junio 2009: 271-276.
Valdés, Ximena (2007). *"La vida en común. Familia y vida privada en Chile y el medio rural en la segunda mitad del siglo XX".* Chile: LOM y Universidad de Santiago.
Valdés, Ximena y Araujo, Kathya (1999). *"Vida privada modernización agraria y modernidad".* Chile: CEDEM.
Vela Peón, Fortino (2013). *"Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa"*, en "Observar, Escuchar y Comprender" María Luisa Tarrés coordinadora, El Colegio de México y FLACSO, 2013.
Zárate, María Soledad (2008). *"Dar a luz en Chile, siglo XIX. De la ciencia de hembra a la ciencia obstétrica".* Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
_____(2010) "*Embarazo y amamantamiento: Cuerpo y reproducción en Chile", en "Fragmentos para una historia del cuerpo en Chile",* Álvaro Góngora y Rafael Sagredo, directores, Santiago de Chile: Taurus.

ANEXO 1.

- **Contextualización comuna El Monte. Fotos 1 a 8.**

Foto 1: Plaza de El Monte, iglesia San Francisco de El Monte.

Fuente: Página web municipalidad de El Monte.

Foto 2: Plaza de El Monte, principios siglo XX.

Fuente: Página web municipalidad de El Monte.

Foto 3: Panorámica calles principales de la comuna de El Monte. De izquierda a derecha, frontis colegio de monjas de la comuna, relevante para varias entrevistadas que se formaron y trabajaron allí. Entrada de la Iglesia de San Francisco de El Monte. Detalle de la plaza de la comuna.

Fuente: Página web municipalidad de El Monte.

Foto 4: Actividades culturales y sociales de la comuna de El Monte. Fiesta patronal San Francisco de El Monte, tradicional novena al santo patrono que se celebra anualmente en octubre, en la Iglesia de la comuna. Luego, cicletada organizada por la municipalidad para promover estilos de vida saludables, para mejorar los indicadores de salud de los habitantes (diabetes, hipertensión) y además como estrategia para ocupar espacios públicos de la comuna y disminuir los robos en la comuna. Por último, una invitación a sesión informativa sobre proyecto de ferrocarril Santiago Melipilla, se intenta revitalizar un antiguo trayecto que unía la capital con San Antonio.

Fuente: Claudia Vivanco, psicóloga consultorio El Paico, 5 de octubre.

Fuente: página de Facebook Municipalidad de El Monte, rescatada el 18 de noviembre de 2014.

Foto 5: San Francisco, Patrono de la comuna. En 1535 se instalan los sacerdotes franciscanos en el lugar que actualmente se llama El Tejar; este sitio estaba rodeado de montes y bosques debido a lo cual la comuna recibe el nombre de San Francisco de El Monte.

Fuente: Página web Municipalidad de El Monte. 2 de octubre

Foto 6: Actividades culturales de la comuna durante el mes de octubre. Se conmemora la fiesta patronal y el natalicio de José Miguel Carrera (que vivió en la comuna). Se celebran misas, se convoca a tardes saludables, ferias educacionales, entre otros. En este contexto, llevé a cabo el trabajo de terreno y las entrevistas.

Fuente: Página web Municipalidad de El Monte. 2 de octubre

Foto 7: Trabajo en terreno, almuerzo y entrevista a Marta (1956, propietaria de una amasandería). Pese a ubicarse la amasandería de Marta en la localidad rural de El Paico, me llama la atención lo que está inscrito en el plato "city style". El hijo mayor de Marta, es psicólogo y encargado del Centro de la Mujer El Monte.

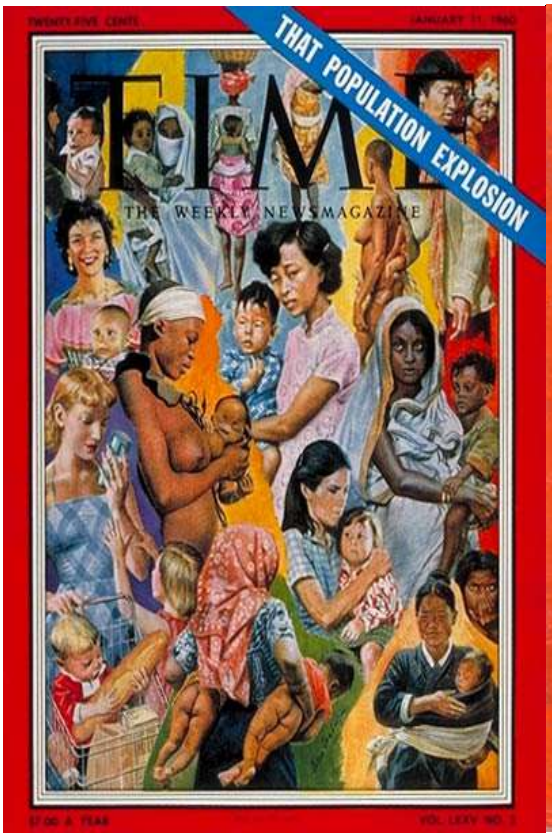
Fuente: Trabajo de terreno, comuna El Monte, sector El Paico, 9 de octubre.

Foto 8: Alcalde de la comuna de El Monte, Francisco Gómez, se reúne con el subsecretario del Interior por temas de seguridad policial, 8 de octubre de 2014. El 12 de noviembre, el alcalde firma un convenio para la colaboración educacional, con la comuna de Xining, provincia de Shandog, República Popular China.

Fuente: Página web Municipalidad de El Monte.

- **Planificación familiar, contexto 1960 a 1974: fotos 9 a 15.**

Foto 9: Contexto internacional. Portadas revista Time. Izq. 1960. Hace mención a la necesidad internacional, de planificar por la explosión demográfica. Derecha 1967, hace referencia a la píldora anticonceptiva para el control de la natalidad.



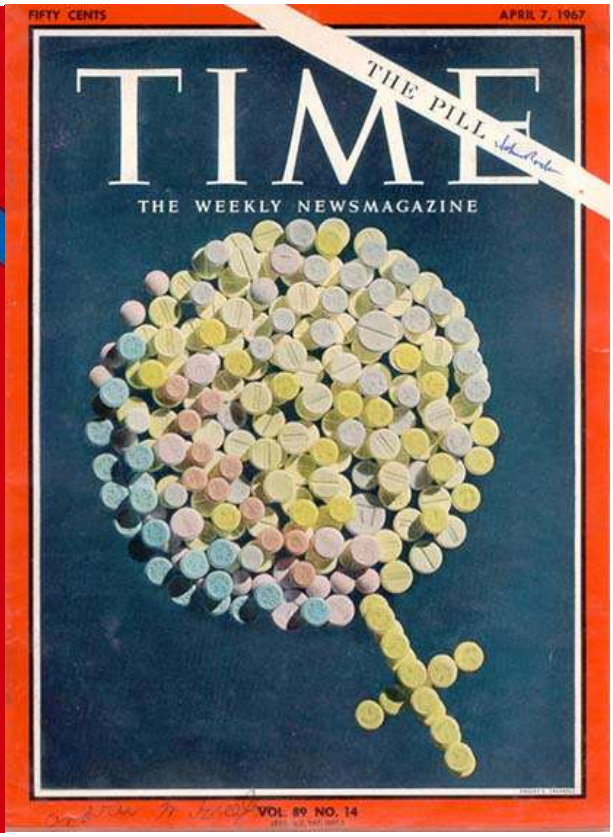
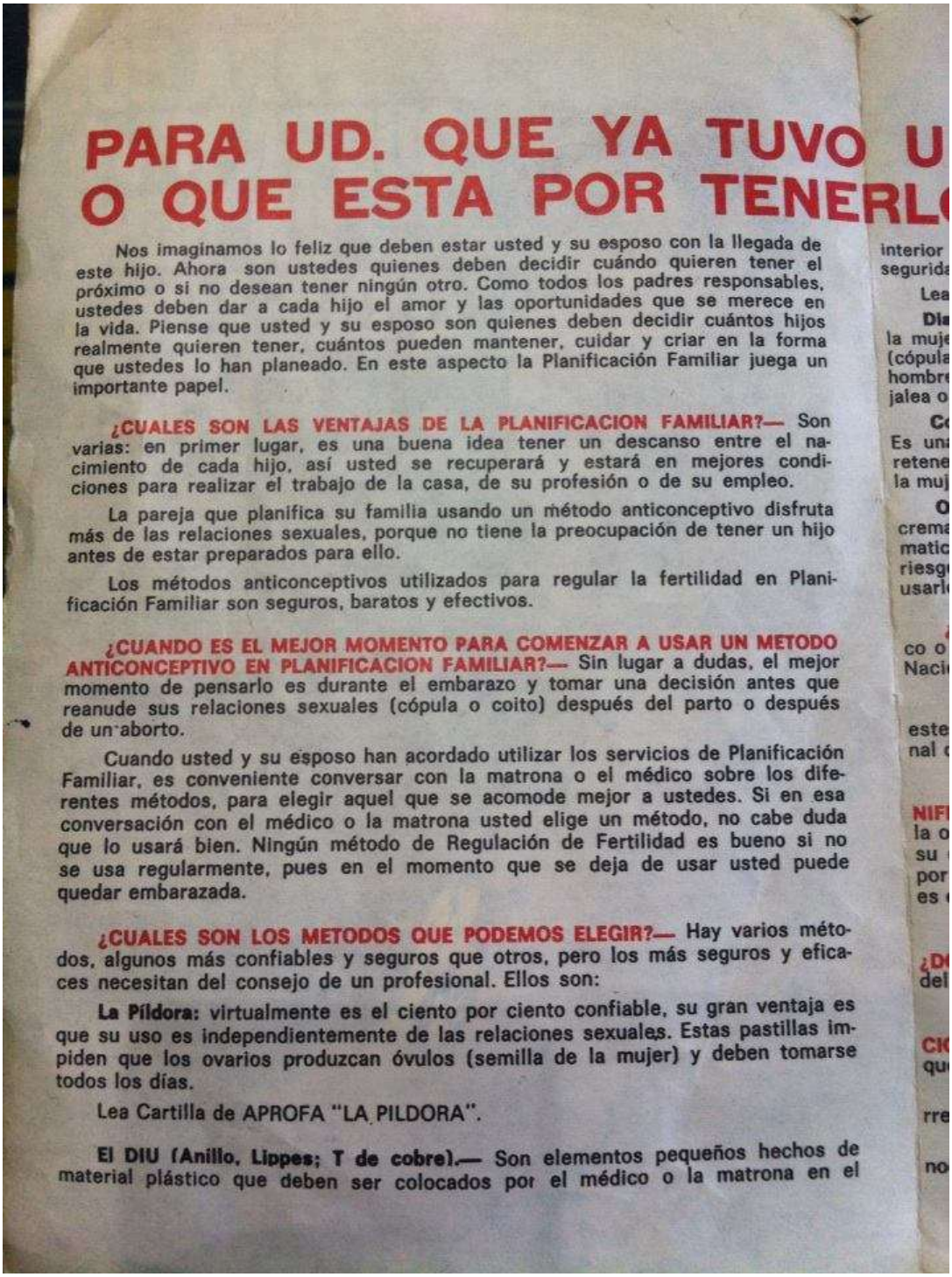


Foto 10: Portada, folleto informativos de APROFA, 1974. Consultado en Biblioteca Nacional. 10 abril 2014. Estos folletos eran entregados gratuitamente para informar a las familias de los servicios de planificación familiar.

Fuente: Consultado en Biblioteca Nacional. 10 abril 2014.

Foto 11: Folleto informativos de APROFA, 1974. Los folletos se orientan a "proteger la familia", entienden que los hijos nacen en su interior y que por tanto es una decisión que deben discutir los padres.



PARA UD. QUE YA TUVO U
O QUE ESTA POR TENERL

Nos imaginamos lo feliz que deben estar usted y su esposo con la llegada de este hijo. Ahora son ustedes quienes deben decidir cuándo quieren tener el próximo o si no desean tener ningún otro. Como todos los padres responsables, ustedes deben dar a cada hijo el amor y las oportunidades que se merece en la vida. Piense que usted y su esposo son quienes deben decidir cuántos hijos realmente quieren tener, cuántos pueden mantener, cuidar y criar en la forma que ustedes lo han planeado. En este aspecto la Planificación Familiar juega un importante papel.

¿CUALES SON LAS VENTAJAS DE LA PLANIFICACION FAMILIAR?— Son varias: en primer lugar, es una buena idea tener un descanso entre el nacimiento de cada hijo, así usted se recuperará y estará en mejores condiciones para realizar el trabajo de la casa, de su profesión o de su empleo.

La pareja que planifica su familia usando un método anticonceptivo disfruta más de las relaciones sexuales, porque no tiene la preocupación de tener un hijo antes de estar preparados para ello.

Los métodos anticonceptivos utilizados para regular la fertilidad en Planificación Familiar son seguros, baratos y efectivos.

¿CUANDO ES EL MEJOR MOMENTO PARA COMENZAR A USAR UN METODO ANTICONCEPTIVO EN PLANIFICACION FAMILIAR?— Sin lugar a dudas, el mejor momento de pensarlo es durante el embarazo y tomar una decisión antes que reanude sus relaciones sexuales (cópula o coito) después del parto o después de un aborto.

Cuando usted y su esposo han acordado utilizar los servicios de Planificación Familiar, es conveniente conversar con la matrona o el médico sobre los diferentes métodos, para elegir aquel que se acomode mejor a ustedes. Si en esa conversación con el médico o la matrona usted elige un método, no cabe duda que lo usará bien. Ningún método de Regulación de Fertilidad es bueno si no se usa regularmente, pues en el momento que se deja de usar usted puede quedar embarazada.

¿CUALES SON LOS METODOS QUE PODEMOS ELEGIR?— Hay varios métodos, algunos más confiables y seguros que otros, pero los más seguros y eficaces necesitan del consejo de un profesional. Ellos son:

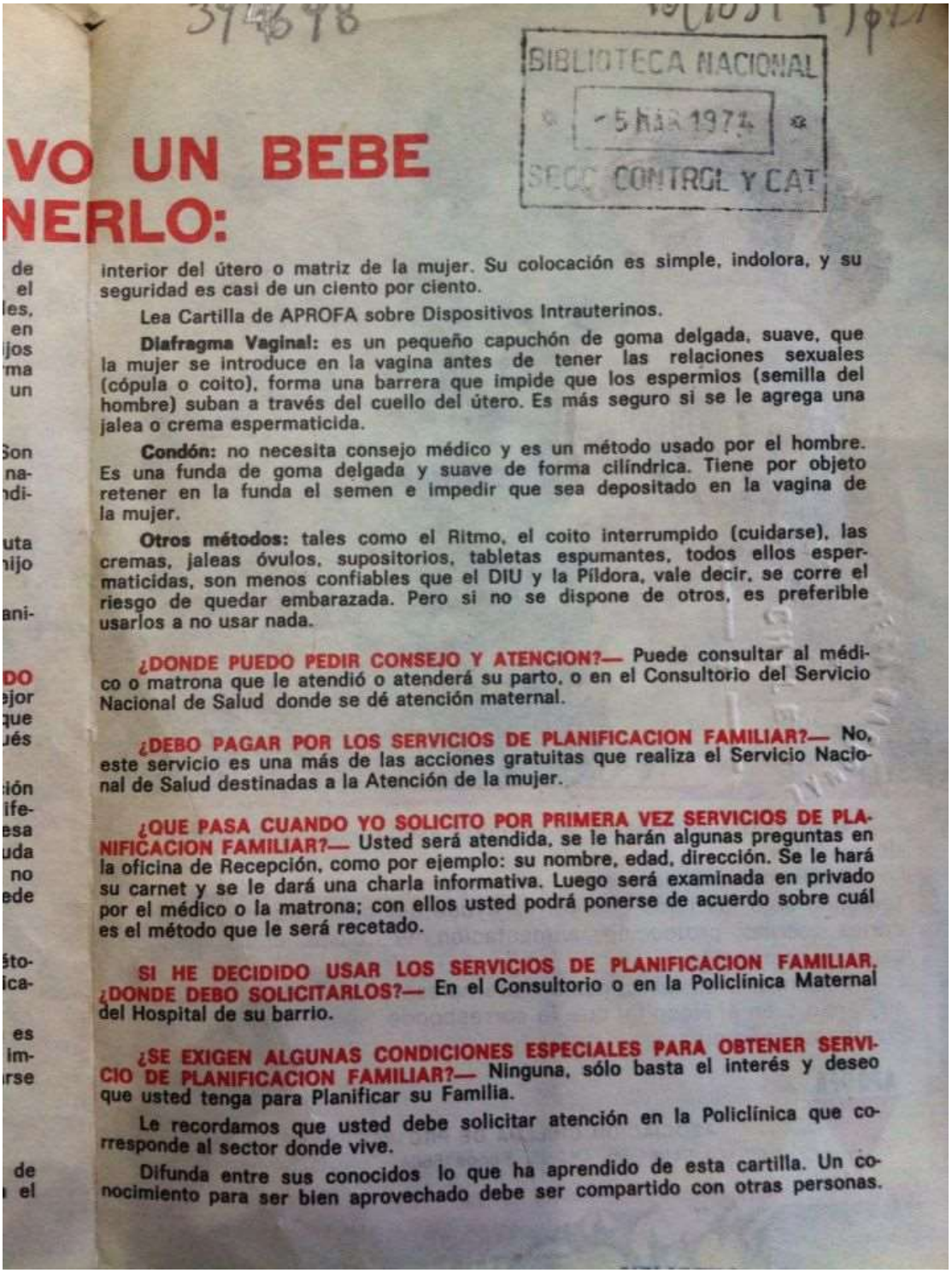
La Píldora: virtualmente es el ciento por ciento confiable, su gran ventaja es que su uso es independientemente de las relaciones sexuales. Estas pastillas impiden que los ovarios produzcan óvulos (semilla de la mujer) y deben tomarse todos los días.

Lea Cartilla de APROFA "LA PILDORA".

El DIU (Anillo, Lippes; T de cobre).— Son elementos pequeños hechos de material plástico que deben ser colocados por el médico o la matrona en el

Fuente: Consultado en Biblioteca Nacional. 10 abril 2014.

Foto 12: Estos folletos son de distribución gratuita y otorgan responsabilidad en la entrega de información a las matronas.



394698

BIBLIOTECA NACIONAL
5 MAR 1974
SECC CONTROL Y CAT

VO UN BEBE
NERLO:

interior del útero o matriz de la mujer. Su colocación es simple, indolora, y su seguridad es casi de un ciento por ciento.

Lea Cartilla de APROFA sobre Dispositivos Intrauterinos.

Diafragma Vaginal: es un pequeño capuchón de goma delgada, suave, que la mujer se introduce en la vagina antes de tener las relaciones sexuales (cópula o coito), forma una barrera que impide que los espermios (semilla del hombre) suban a través del cuello del útero. Es más seguro si se le agrega una jalea o crema espermaticida.

Condón: no necesita consejo médico y es un método usado por el hombre. Es una funda de goma delgada y suave de forma cilíndrica. Tiene por objeto retener en la funda el semen e impedir que sea depositado en la vagina de la mujer.

Otros métodos: tales como el Ritmo, el coito interrumpido (cuidarse), las cremas, jaleas óvulos, supositorios, tabletas espumantes, todos ellos espermaticidas, son menos confiables que el DIU y la Píldora, vale decir, se corre el riesgo de quedar embarazada. Pero si no se dispone de otros, es preferible usarlos a no usar nada.

¿DONDE PUEDO PEDIR CONSEJO Y ATENCION?— Puede consultar al médico o matrona que le atendió o atenderá su parto, o en el Consultorio del Servicio Nacional de Salud donde se dé atención maternal.

¿DEBO PAGAR POR LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR?— No, este servicio es una más de las acciones gratuitas que realiza el Servicio Nacional de Salud destinadas a la Atención de la mujer.

¿QUE PASA CUANDO YO SOLICITO POR PRIMERA VEZ SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR?— Usted será atendida, se le harán algunas preguntas en la oficina de Recepción, como por ejemplo: su nombre, edad, dirección. Se le hará su carnet y se le dará una charla informativa. Luego será examinada en privado por el médico o la matrona; con ellos usted podrá ponerse de acuerdo sobre cuál es el método que le será recetado.

SI HE DECIDIDO USAR LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, ¿DONDE DEBO SOLICITARLOS?— En el Consultorio o en la Policlínica Maternal del Hospital de su barrio.

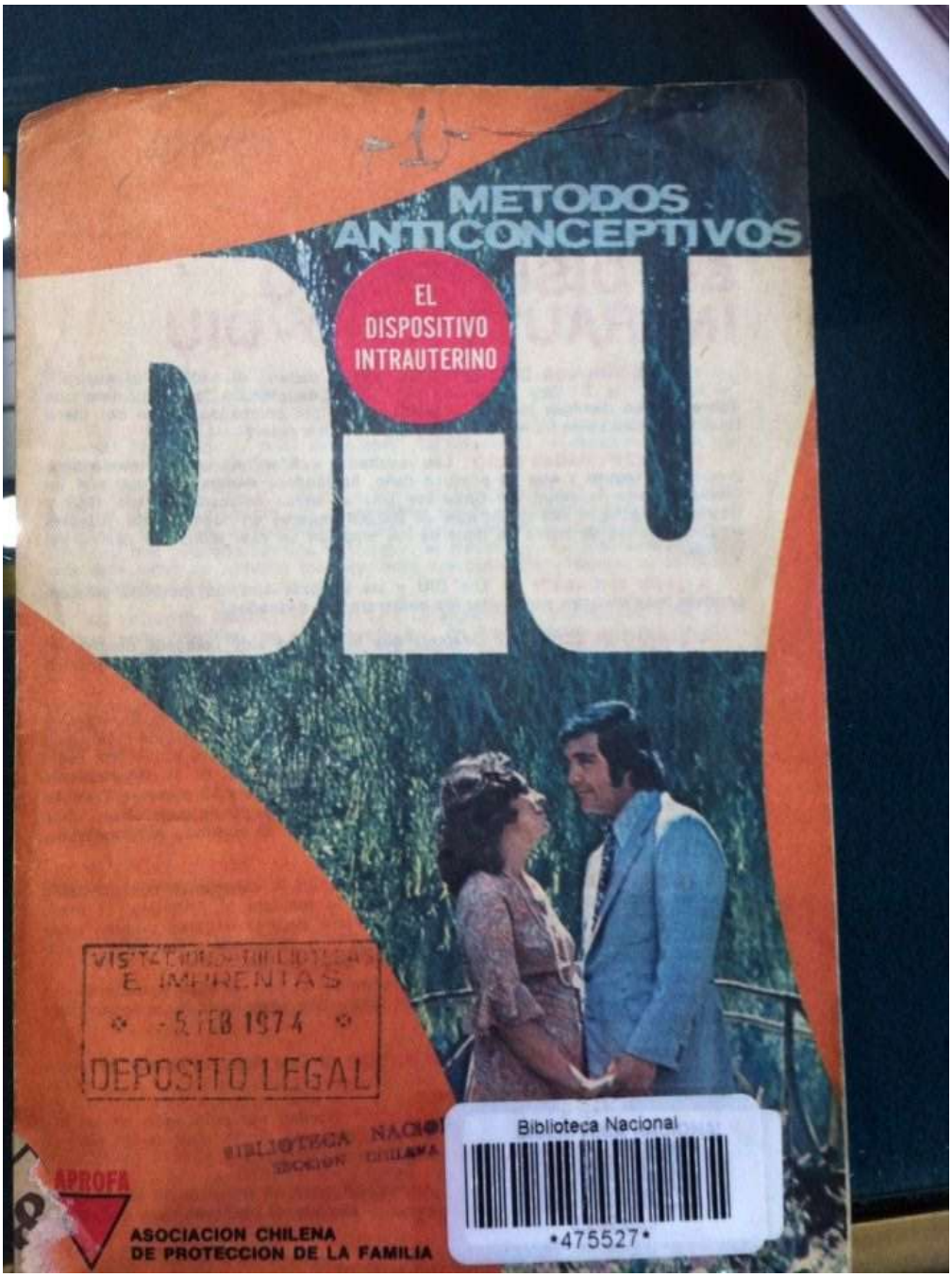
¿SE EXIGEN ALGUNAS CONDICIONES ESPECIALES PARA OBTENER SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR?— Ninguna, sólo basta el interés y deseo que usted tenga para Planificar su Familia.

Le recordamos que usted debe solicitar atención en la Policlínica que corresponde al sector donde vive.

Difunda entre sus conocidos lo que ha aprendido de esta cartilla. Un conocimiento para ser bien aprovechado debe ser compartido con otras personas.

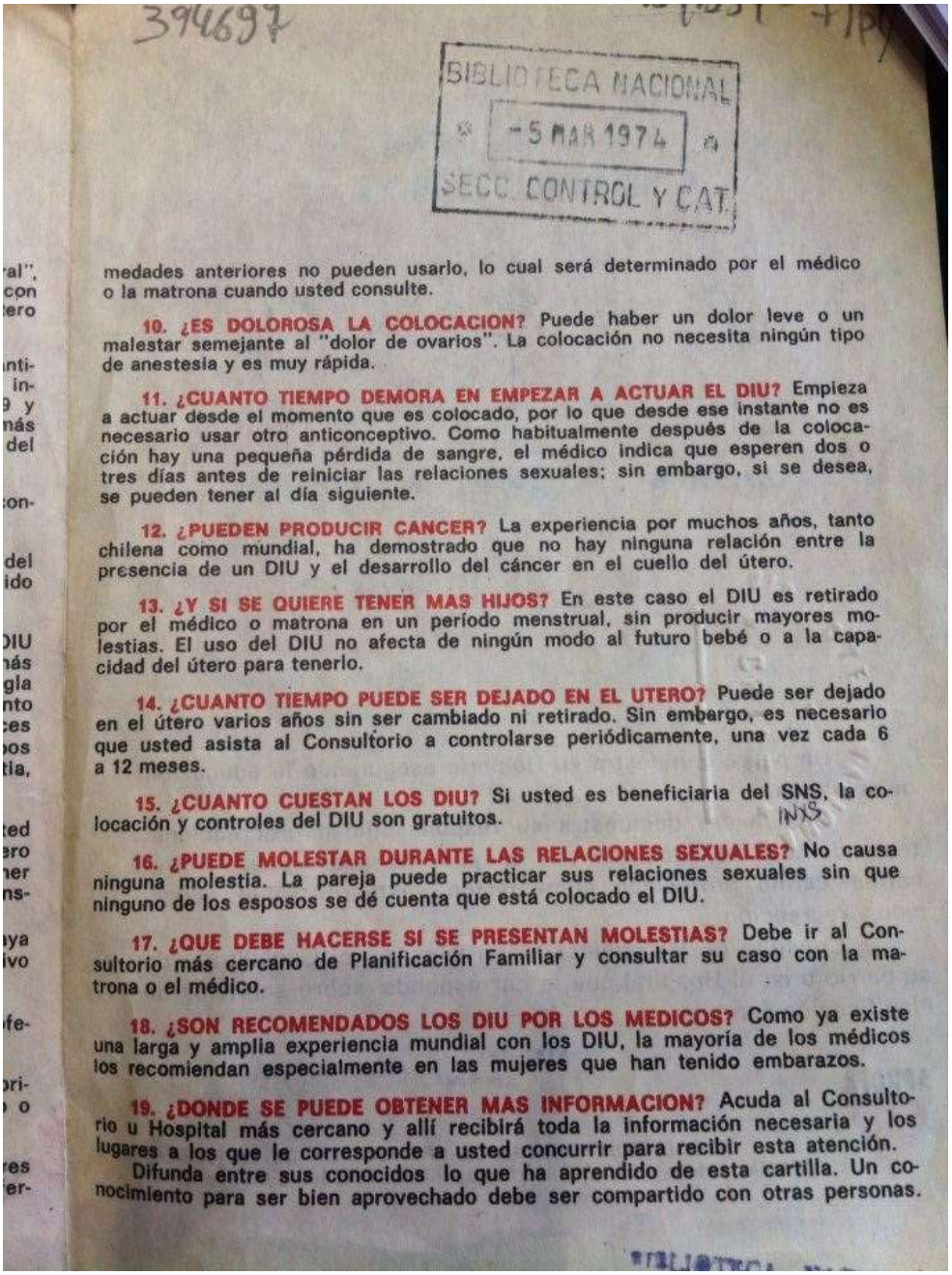
Fuente: Consultado en Biblioteca Nacional. 10 abril 2014.

Foto 13: Portada folleto informativos de APROFA, 1974.



Fuente: Consultado en Biblioteca Nacional. 10 abril 2014.

Foto 14: Interior folleto informativos de APROFA, 1974. En el sistema público de salud, la colocación de DIU se garantiza para las mujeres que lo solicitan y es gratuito.


394697
BIBLIOTECA NACIONAL
-5 MAR 1974
SECC. CONTROL Y CAT.

medades anteriores no pueden usarlo, lo cual será determinado por el médico o la matrona cuando usted consulte.

10. ¿ES DOLOROSA LA COLOCACION? Puede haber un dolor leve o un malestar semejante al "dolor de ovarios". La colocación no necesita ningún tipo de anestesia y es muy rápida.

11. ¿CUANTO TIEMPO DEMORA EN EMPEZAR A ACTUAR EL DIU? Empieza a actuar desde el momento que es colocado, por lo que desde ese instante no es necesario usar otro anticonceptivo. Como habitualmente después de la colocación hay una pequeña pérdida de sangre, el médico indica que esperen dos o tres días antes de reiniciar las relaciones sexuales; sin embargo, si se desea, se pueden tener al día siguiente.

12. ¿PUEDEN PRODUCIR CANCER? La experiencia por muchos años, tanto chilena como mundial, ha demostrado que no hay ninguna relación entre la presencia de un DIU y el desarrollo del cáncer en el cuello del útero.

13. ¿Y SI SE QUIERE TENER MAS HIJOS? En este caso el DIU es retirado por el médico o matrona en un período menstrual, sin producir mayores molestias. El uso del DIU no afecta de ningún modo al futuro bebé o a la capacidad del útero para tenerlo.

14. ¿CUANTO TIEMPO PUEDE SER DEJADO EN EL UTERO? Puede ser dejado en el útero varios años sin ser cambiado ni retirado. Sin embargo, es necesario que usted asista al Consultorio a controlarse periódicamente, una vez cada 6 a 12 meses.

15. ¿CUANTO CUESTAN LOS DIU? Si usted es beneficiaria del SNS, la colocación y controles del DIU son gratuitos.

16. ¿PUEDE MOLESTAR DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES? No causa ninguna molestia. La pareja puede practicar sus relaciones sexuales sin que ninguno de los esposos se dé cuenta que está colocado el DIU.

17. ¿QUE DEBE HACERSE SI SE PRESENTAN MOLESTIAS? Debe ir al Consultorio más cercano de Planificación Familiar y consultar su caso con la matrona o el médico.

18. ¿SON RECOMENDADOS LOS DIU POR LOS MEDICOS? Como ya existe una larga y amplia experiencia mundial con los DIU, la mayoría de los médicos los recomiendan especialmente en las mujeres que han tenido embarazos.

19. ¿DONDE SE PUEDE OBTENER MAS INFORMACION? Acuda al Consultorio u Hospital más cercano y allí recibirá toda la información necesaria y los lugares a los que le corresponde a usted concurrir para recibir esta atención.

Difunda entre sus conocidos lo que ha aprendido de esta cartilla. Un conocimiento para ser bien aprovechado debe ser compartido con otras personas.

Fuente: Consultado en Biblioteca Nacional. 10 abril 2014.

Foto 15: Estampilla conmemorativa de la VIII Conferencia Internacional de Planificación de la familia, 1967. Chile fue sede de esta conferencia y en ella hizo un discurso el presidente Eduardo Frei, respaldando esta instancia y las conclusiones derivadas de ella.

Fuente: Invitación al Seminario, Las Políticas de Planificación Familiar en la Guerra Fría Latinoamericana: Argentina, Chile y Perú. Universidad Alberto Hurtado, junio 2014.

- **Centro de Parto Integral de Talagante. Fotos 16 y 17.**

Foto 16: Sala taller del Centro Integral de Parto, en San Antonio de Naltahua, Isla de Maipo. En ella se llevan a cabo talleres de preparación al parto, dictados por Rosa María y su socia Eliana. Participan alrededor de 10 a 15 mujeres en cada sesión.

Fuente: Trabajo de terreno, 4 de octubre 2014.

Foto 17: Interior de la sala de taller del Centro Integral de Parto, Isla de Maipo. Para las mujeres que lo deciden, está disponible este implemento para tener un parto natural, sentada y colgando. Otras mujeres se atienden en el Hospital de Talagante, con Rosa María y Eliana.

Fuente: Trabajo de terreno, 4 de octubre 2014.

ANEXO 2:

Pauta de entrevista

Pregunta de investigación

¿Cómo los cambios sociales y culturales, ocurridos en el período 1960-2000, inciden en el comportamiento y las concepciones en el ámbito de la reproducción, en tres generaciones de mujeres rurales de la comuna de El Monte?

Objetivos específicos	Preguntas
a) Conocer las concepciones en relación a los comportamientos reproductivos de tres grupos de mujeres, mayores de 15 años de la comuna de El Monte y que tuvieron a su primer hijo en los períodos estudiados (1965 a 1970; 1979 a 1984 y 1996 a 2000).	1. ¿Cuántos hijos quería tener cuando se casó o comenzó a convivir? 2. ¿Usted planificó tener los hijos que tuvo? ¿Podía cuidarse de tenerlos o tuvo que aceptar todos los hijos que llegaron? ¿Cómo se cuidaba o qué le decían sus amigas o familiares para cuidarse? 3. ¿Con quién podía conversar sobre cuántos hijos tener? ¿Podía conversar con su marido, pareja o conviviente de eso? ¿Era un tema de conversación con otras mujeres (amigas o de la familia)?
b) Describir las prácticas reproductivas de las tres generaciones de mujeres entrevistadas.	1. ¿Qué hacía, o qué tomaba o comía cuándo no quería tener hijos? ¿Quién la ayudaba con eso (parientes, matronas, parteras)? 2. Cuándo iba al consultorio u otro lugar de atención de Salud, ¿Conoció las pastillas anticonceptivas, los dispositivos intrauterinos, el método Billings, la ligazón de trompas? ¿Para acceder a alguno de ellos, tuvo que firmar su marido? ¿Usó alguno de estos métodos? ¿Cuál o cuáles? ¿Cómo le fue con el uso de ellos? ¿Cómo cree usted que una mujer tiene que cuidarse cuando no quiere tener hijos? ¿A quiénes cree usted que puede recurrir para que recibir consejos para cuidarse de no tener hijos (amigas, vecinas, madre, matrona, enfermera, médico, cura, partera, profesores u otros)? ¿Por qué? 3. ¿Tuvo usted algún aborto? ¿Recibió atención médica? ¿Por qué?

c) Describir y analizar los cambios generacionales en los comportamientos relacionados al ejercicio de la reproducción de las tres generaciones.	1. En relación a sus parientes (abuelas, madres o hijas) ¿Qué cosas ha hecho igual y qué cosas ha hecho diferente en relación a tener hijos? Por ejemplo, la edad en que tuvo a sus hijos, la forma de cuidarse de tenerlos, las personas que la han aconsejado para cuidarse de tener hijos (matronas, médicos, curas, profesores, parteras). 2. ¿Ha influido el hecho de trabajar o no trabajar, fuera de la casa, en su decisión de tener hijos? ¿Cómo ha influido? 3. ¿Hay otro cambio que usted haya visto entre sus parientes y usted en la decisión de tener o no hijos? ¿Cuál?
d) Describir las políticas públicas del período 1960-2000, en materia de sexualidad y reproducción.	1. Cuando estaba esperando a su primer hijo, ¿Asistía a controles de Salud? ¿Cuándo comenzó a asistir a controles (cuando tenía pocos meses o al final del embarazo)? ¿Cada cuánto tiempo asistía? 2. ¿Cómo era el lugar donde eran los controles, un Hospital, un consultorio? ¿Cómo llegaba usted hasta el lugar del control? 3. ¿Cómo eran los controles? ¿Con quién era el control, con una matrona, enfermera o médico? ¿De qué conversaban en los controles? ¿Qué le recomendaban?