



**UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

PERCEPCIONES Y PRÁCTICAS DE MUJERES SOBRE SALUD SEXUAL

**ESTUDIANTES: TANIA RUIZ FARÍAS
 KARINA SÁNCHEZ VILLEGAS
PROFESORA GUÍA: SUSANA VALLEJOS SILVA**

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ASISTENTE SOCIAL
TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL**

Santiago - Chile 2011

ÍNDICE

ÍNDICE.....	2
INTRODUCCIÓN	4
1. Planteamiento del problema	7
2. Preguntas de investigación	15
3. Objetivos de investigación	15
4. Objetivos Específicos	16
5. Hipótesis	17
6. Estrategia Metodológica.....	17
6.1 Tipo de estudio	17
6.2 Universo	19
6.3 Unidad de análisis	19
6.4. Muestra	20
6.5 Técnicas de recolección de datos	21
6.6 Técnicas de análisis de datos.....	23
7. Variables	24
 PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO	25
CAPÍTULO I: ENFOQUE DE GÉNERO.....	26
CAPÍTULO II: ANTECEDENTES SOBRE SEXUALIDAD HUMANA	56
CAPÍTULO III: SEXUALIDAD Y DERECHOS HUMANOS	88

SEGUNDA PARTE: MARCO REFERENCIAL.....	103
CAPÍTULO IV: CONVENCIONES Y CONFERENCIAS DE DERECHOS HUMANOS.....	104
CAPITULO V: DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN CHILE	122
CAPÍTULO VI: CARACTERIZACIÓN SOCIO ORGANIZACIONAL DE LAS MUJERES DE LA COMUNA DE EL BOSQUE	148
 TERCERA PARTE: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	 155
CAPÍTULO VII: PERCEPCIONES DE MUJERES SOBRE SALUD SEXUAL.....	156
CAPÍTULO VIII: PRÁCTICAS SOBRE SALUD SEXUAL.....	204
 CONCLUSIONES	 228
APORTES AL TRABAJO SOCIAL.....	237
BIBLIOGRAFÍA.....	241
FUENTES ELECTRÓNICAS	248
ANEXOS	262

INTRODUCCIÓN

Desde la perspectiva de género, es preciso señalar que los roles adscritos a lo femenino y lo masculino son producto de una construcción histórica, social y cultural de las características atribuidas arbitrariamente al hombre y a la mujer, cuya interacción en condiciones desiguales de poder, perpetúa un modelo de subyugación de ésta última; implicando la relegación de su rol al ámbito privado de manera exclusiva, dedicándose al cuidado del hogar, a la crianza de los hijos y a la atención del hombre, que socialmente debe desempeñarse en la esfera pública, como trabajador y único proveedor del hogar y la familia, roles que sin embargo en las últimas décadas, se han ido flexibilizando paulatinamente.

“Las mujeres pueden y de hecho son discriminadas doblemente. Discriminadas por ser mujeres, tienen también las mismas probabilidades que los hombres, cuando no más, de convertirse en víctimas de violaciones de derechos humanos. Pocos países tratan a la mujer como al varón y a pesar de las medidas para introducir la igualdad para la mujer en el frente legislativo y político, la discriminación en razón del sexo sigue siendo una realidad internacional.” (Escartín y Suarez; 2001: 93)

Con el propósito de contextualizar histórica, cultural y socialmente las relaciones desiguales de poder entre géneros, es importante señalar que transcurrida la Modernidad, las mujeres no fueron consideradas dentro de las prácticas modernas, que establecen una directa relación entre el sujeto (como masculino) y el Estado; por ejemplo, en la Declaración de los Derechos del Hombre y el Ciudadano (1789) y la Declaración Universal de los Derechos

Humanos (1948). (Vargas; 2003) Dichos documentos no abordaban de manera específica el bienestar físico y psicológico de niñas, niños y mujeres; así, la violencia que se ejercía dentro del ámbito privado, vale decir, doméstico, a estos grupos considerados inferiores y sin derechos, no constituían una evidente vulneración a los derechos humanos, y por tanto sus problemáticas no eran tema de discusión. Producto de estas desigualdades, diversos movimientos de mujeres comenzaron una larga lucha por el reconocimiento de sus derechos humanos. Bajo este contexto, el año 1966 se firma en la ONU, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el de Derechos Civiles y Políticos, documento cuyo objetivo se fundamentaba en la instauración de medidas que favorecieran la igualdad entre hombres y mujeres. Reafirmando lo postulado con anterioridad, el año 1975 se proclama el Decenio de Naciones Unidas para la Mujer, con el propósito de establecer condiciones que permitieran la igualdad jurídica entre mujeres y hombres, consolidando a su vez, la presencia de niñas y jóvenes en el sistema educativo. Dicho proceso se ratifica, con la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer el año 1979, convirtiéndose este último, en el marco jurídico básico para erradicar cualquier tipo de discriminación contra la mujer. (Escartín; op.cit)

Finalmente, en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena en el año 1993 se logra que los derechos de las mujeres y niñas fueran declarados inalienables, integrales e indivisibles de los derechos humanos universales (Vargas, op.cit) y condena todo tipo de violencia hacia la mujer.

Dentro de los derechos exigidos por las mujeres se encuentran los *Derechos Sexuales y Reproductivos*, que se infieren implícitamente de los derechos

humanos; y que tienen que ver con el derecho a la vida, a la libertad individual, de pensamiento, conciencia y religión; a la libertad de opinión y expresión, a la equidad y la no discriminación, a la información y educación, al cuidado de la salud, a formar una familia, tener o no hijos/as; a los beneficios del progreso científico y a la privacidad e intimidad. (Díaz, Casas, Schiappacasse, Dides; 2006) Específicamente, los Derechos Sexuales y Reproductivos implican dos derechos fundamentales: derecho a la salud reproductiva y derecho a la salud sexual.

Precisamente, la presente tesis abordará aspectos teóricos y referenciales sobre enfoque de género, sexualidad y Derecho Sexuales y Reproductivos, con el propósito de proporcionar los argumentos necesarios que permitan describir las percepciones y las prácticas sobre la salud sexual, de un grupo de mujeres organizadas que participan en organizaciones de base en la comuna de El Bosque.

En términos concretos, el documento comienza con el planteamiento del problema el que comprende la carencia de una legislación efectiva sobre salud sexual, continúa con las preguntas de investigación que instaron la realización de este trabajo, las hipótesis frente a las percepciones y prácticas sobre salud sexual, la estrategia metodológica empleada para la recopilación de datos en el estudio y la presentación de las variables del estudio.

El marco teórico se divide en tres capítulos: el primero se denomina *Enfoque de género*, el segundo *Antecedentes sobre sexualidad humana* y el tercero *Sexualidad y derechos humanos*.

El marco referencial, por su parte, en el primer capítulo aborda las convenciones internacionales a las que se encuentra adscrito Chile y que tienen relación con los DSR, en el segundo capítulo, revisa las leyes, normas, planes y programas que tienen como temática central algún aspecto de los Derechos Sexuales y Reproductivos y finalmente, expone las características socio organizacionales de las mujeres de El Bosque, lugar donde se sitúa la investigación.

Posteriormente se realiza el análisis de los datos recopilados de manera previa con el propósito de responder en las conclusiones a las hipótesis planteadas en coherencia con los objetivos trazados. Finalmente se concluye con los aportes que trajo consigo la investigación al Trabajo Social.

1. Planteamiento del problema

La sexualidad es un elemento central en la vida de todo ser humano. A través del ejercicio pleno de ella, las personas pueden expresar sentimientos, pensamientos, deseos, fantasías; experimentando diversas sensaciones que pueden significar experiencias muy satisfactorias. Sin embargo, el ejercicio de la sexualidad también podría traducirse en una experiencia negativa y violenta.

Para el desarrollo pleno de la sexualidad se hace fundamental reconocerla desde un enfoque integral, que incorpore no sólo la dimensión reproductiva, sino que también, la de búsqueda del placer y la satisfacción, considerando la decisión y la autonomía de las personas.

Para comprender la sexualidad humana de manera integral, en la presente investigación se considerará el modelo de holones sexuales desarrollado por Eusebio Rubio. Éste señala que la sexualidad es un sistema complejo en el que interactúan cuatro subsistemas u holones: la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva. (Rosillo; 2009) Dicha visión holónica de la sexualidad implica concebirla de manera integral donde se consideran distintos elementos que no sólo aluden a una función reproductiva, sino que abarca la diversidad y el placer.

En este sentido, el año 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) convocó a diversos expertos y expertas de todo el mundo, cuyas profesiones y disciplinas tuvieran que ver con la prevención, educación, investigación y tratamiento de temas relacionados con la sexualidad. De esta reunión surgió la siguiente definición de sexualidad humana. (Asociación Mexicana para la Salud Sexual; 2010)

“La sexualidad humana es un aspecto central del ser humano presente a lo largo de toda la vida, incluye el sexo, las identidades y papeles sexuales, las orientaciones sexuales, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vive y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, papeles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se viven o se expresan siempre. La sexualidad se ve influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.” (OMS en AMSSAC; 2010: 12)

Como se puede apreciar, esta definición reúne componentes importantes para la concepción de la sexualidad de manera diversa e integral. Lo que significa un gran avance pues considera al placer, la intimidad y el erotismo, igualmente importante que la reproducción; además, reconoce la diversidad sexual y de valores dentro del ejercicio de la sexualidad, lo que facilita que las personas vivan su sexualidad de manera libre y segura.

La OMS señala tres aspectos fundamentales como la capacidad de gozar y expresar la sexualidad sin vergüenza, capacidad para controlar la fecundidad y la prevención de problemas sexuales y reproductivos, refiriéndose a la relación entre sexualidad y salud. (Escuela Andaluza de Salud Pública; s/f)

Estos antecedentes, entregan un primer acercamiento a la concepción de sexualidad integral, puesto que considera no solamente la prevención de enfermedades y el control de la fecundidad, incorpora también el derecho al goce y a la expresión de la sexualidad de manera libre.

Para una comprensión más acabada sobre el tema en cuestión, es primordial considerar los avances internacionales y nacionales que, en este ámbito, se han conseguido en materia de derechos humanos.

Específicamente a nivel internacional, se han desarrollado instancias que han permitido discutir y fundamentar una mirada integral de la relación existente entre la sexualidad, la salud y el derecho, contando con la participación de diversos países y el compromiso de cumplir con los acuerdos adoptados; así, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, en 1994, el Programa de Acción para los siguientes veinte años adoptó el enfoque

de salud sexual y reproductiva basado en los derechos inherentes a todo ser humano, en cuya instancia participaron países latinoamericanos como Argentina, Ecuador, Bolivia, Colombia, Brasil, Chile entre otros, indicando asimismo que los derechos humanos son interdependientes y que los derechos reproductivos forman parte de estos, por ende se debe ampliar su cobertura sin ningún tipo de discriminación, debiendo ser de acceso universal los servicios de salud reproductivos y éstos deben abordar la planificación familiar y la salud sexual. Posteriormente, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing, en 1995, 189 gobiernos firmaron los acuerdos planteados, reafirmando que las mujeres debían ejercer derechos humanos tales como el control de su sexualidad y su salud sexual y reproductiva, y que una relación igualitaria entre hombres y mujeres, supone respeto y consentimiento de ambas partes y la responsabilidad conjunta, ante las consecuencias del comportamiento sexual que juntos asumen. (Lamadrid; 2004)

Cabe señalar que, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo 1994, consagra los derechos sexuales y reproductivos, definiendo la salud reproductiva como un estado de bienestar general vinculado con el ámbito físico, mental y social, concebida como un sistema con procesos y funciones. (ibid)

“La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. [...] Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención

en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.”
(ibid: 10)

Como se puede apreciar, en esta definición, el Programa para la Acción de El Cairo, añade como parte importante de la salud reproductiva, la salud sexual, lo que permite dar una mirada cada vez más integral sobre la sexualidad desde el enfoque de derechos; puesto que incorpora dimensiones relacionadas con el desarrollo de la vida y de las relaciones personales, lo que implicaría una mejor calidad de vida a partir de la vivencia libre y segura de la sexualidad.

En base a estos antecedentes y otros recabados en la Cuarta Conferencia de Beijing en 1995, la OMS construye definiciones para los conceptos de salud reproductiva, similar al citado, siendo profundizado para efectos de la investigación en el marco referencial. Asimismo, la OMS concibe la salud sexual como un aspecto de la vida humana fundamental para su desarrollo pleno y armónico (Schiappacase, Vidal, Casas, Dides y Díaz; 2003)

“La salud sexual se refiere al completo bienestar físico y psicológico en el plano sexual y supone la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de la sexualidad, de manera que se enriquezcan y estimulen la personalidad, la comunicación y el amor. La salud sexual, supone tener relaciones sexuales sin riesgos y tener acceso a la educación sexual y a servicios de salud integrales. Significa, además, ser capaces de expresar y sentir placer, tener relaciones sexuales que se desean y escogen.” (OMS en FLACSO; 2008: 01)

Es precisamente esta definición la que se utilizará como referencia para desarrollar la presente investigación, especificando el sentido que tienen las diferentes dimensiones en que se operacionalizaron las variables percepciones y prácticas; con la intención de hacer operativo el concepto de salud sexual, instando a la reflexión en torno a la integralidad en la vivencia de la sexualidad, lo que supone un completo bienestar en diversos ámbitos de la vida.

De manera complementaria, elementos que favorecen la discusión y reflexión en torno a los Derechos Sexuales y Reproductivos, lo constituyen tres dimensiones: la simbólica, que alude a los valores y el sistema de creencias que existe en una sociedad o gobierno determinada; mientras que la operativa, constituye el proceso de formulación de políticas, programas, proyectos, resoluciones y decisiones adoptadas por cada gobierno; y finalmente la dimensión sustantiva, se concibe como la fase de implementación de la ley, política o resolución resuelta en la dimensión anterior, generando productos y servicios destinados a satisfacer las necesidades estipuladas en las dimensiones antes mencionadas. (Lamadrid; op.cit.)

Específicamente en la actualidad, la situación de Chile en esta materia indica que la dimensión simbólica no tiene mayores avances, pues las personas y partidos políticos encargados de gobernar y legislar, resguardando los derechos de los y las ciudadanas, actúan privilegiando ideas religiosas y morales de tipo conservadoras, aun cuando, desde la Constitución Política de 1925, se establece la separación de la Iglesia del Estado. Ello impide mirar de manera abierta e integral las temáticas relativas a la sexualidad. Por consiguiente, en las dimensiones sustantiva y operativa, si bien se ha avanzado, existen sesgos

que pretenden transmitir e imponer a la sociedad en general libertades limitadas, vigiladas y trazadas desde los ideales antes mencionados

Para avanzar efectivamente en la garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos, y generar un proceso que permita transitar desde la dimensión simbólica a la operativa, con el foco puesto en el respeto por los derechos de las personas, es de suma importancia contar con una educación sexual para todos/as, sin limitaciones de ninguna índole, que les proporcione la información óptima y necesaria para un desarrollo pleno de su sexualidad, traduciendo ésta en una vivencia íntegra donde el placer, la autonomía y la seguridad sean sus ejes fundamentales.

Que dichos elementos sean esenciales dentro del ejercicio de la sexualidad, implica que tanto hombres como mujeres adquieran las herramientas que les permitan decidir libremente sobre cómo experimentarla, sin que ésta decisión transgreda a otras personas, ni se tracen a priori o externamente, pautas de comportamiento que determinen su ejercicio. Esto es particularmente cierto en el caso de las mujeres a quienes se les ha impuesto la idea de que sexualidad es igual a la reproducción.

Cabe señalar que si bien ambos aspectos son de vital importancia e interdependientes para llevar a cabo una vida sexual plena, las temáticas que aluden al placer, la autonomía, la prevención y la atención de calidad en servicios de salud queda sin abordaje, lo que implica que las personas no conozcan y por ende, no ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos por completo. En este sentido, es preciso considerar la opinión y el conocimiento que tienen las mujeres en torno a estos temas y por consiguiente las prácticas

que ejercen en los mismos, lo que puede resumirse en variadas experiencias sexuales que pueden marcar la calidad de vida de las entrevistadas.

Esta investigación se adentró en las percepciones y las prácticas de mujeres de sectores populares que han tenido una participación regular en organizaciones de sociales de mujeres, con diferentes niveles de escolaridad, en relación a su salud sexual. El interés por abordar a esta población, se fundamenta en la escasa utilización que tiene el concepto de salud sexual en la vida cotidiana de dichas personas pues, como ya se ha expuesto, la integralidad en materia sexual se basa principalmente en la salud reproductiva, pese a que han tenido algún tipo de acercamiento al tema mediante la participación en talleres.

El estudio se situó geográficamente en la comuna de El Bosque, específicamente en organizaciones sociales de mujeres que tengan vínculos con la Oficina de la Mujer de la comuna. Se optó por mujeres que participaran en organizaciones sociales vinculadas con la Oficina porque ésta vinculación ha significado la ejecución de talleres y actividades en torno al tema, lo que hizo suponer que tendrían acercamientos previos a la temática expuesta sobre sexualidad. Además, porque existía una alta factibilidad de concretar entrevistas, debido a que las investigadoras desarrollaban su práctica profesional en dicha Oficina.

2. Preguntas de investigación

- ¿Cuál es la percepción de las mujeres que participan en organizaciones funcionales de la comuna de El Bosque, sobre su salud sexual?
- ¿Con qué concepción ejercen, las mujeres que participan en organizaciones funcionales de la comuna de El Bosque, las prácticas que tienen que ver con su salud sexual?

3. Objetivos de investigación

Objetivo General N°1

- Indagar en las percepciones de mujeres que participan en organizaciones vinculadas con la Oficina de la Mujer de la comuna de El Bosque, en relación a su salud sexual.

Objetivos Específicos

- Describir el conocimiento y la opinión que tienen las mujeres sobre sexualidad y salud.
- Establecer la opinión que tienen las mujeres sobre la educación sexual.

- Señalar el conocimiento y la opinión que tienen las mujeres sobre las enfermedades de transmisión sexual.
- Describir la opinión que tienen las mujeres sobre el placer sexual.

Objetivo General N° 2

- Indagar en las prácticas que ejercen mujeres que participan en organizaciones vinculadas con la Oficina de la Mujer de la comuna de El Bosque, en relación a su salud sexual.

Objetivos Específicos

- Describir las prácticas ejercidas por las mujeres en relación a la sexualidad y la salud.
- Señalar las prácticas ejercidas por las mujeres en relación a la educación sexual.
- Describir las prácticas ejercidas por las mujeres en relación a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual.
- Establecer las prácticas ejercidas por las mujeres respecto a su vida sexual.

4. Hipótesis

Hipótesis N °1

La participación de las mujeres en organizaciones sociales y los conocimientos que allí adquieren, les permiten visualizar la salud sexual de manera integral y con nociones de derecho

Hipótesis N °2

Las mujeres que participan en organizaciones sociales, ejecutan prácticas de cuidado de su salud sexual, en virtud de los conocimientos adquiridos, a través de un enfoque de derecho.

5. Estrategia Metodológica

5.1 Tipo de estudio

El presente estudio es de carácter cualitativo con un enfoque fenomenológico, permitiendo asumir la realidad como dinámica y un todo integrado; es inductivo, pues, va de lo general a lo particular, orientado en los procesos de los sujetos del estudio, considerando a su vez, el propio marco de referencia de quien actúa (Pérez; s/f). Asimismo la información recopilada debe ser comprendida tal y como la expresan los sujetos de la investigación, es decir, *“la tarea del fenomenólogo [...], es aprehender este proceso de interpretación. [...] Intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas.”* (Taylor y Bogdan; 1987: 23)

Por otra parte, también constituye un estudio de nivel exploratorio y descriptivo porque a nivel general, no existen datos específicos respecto al tema a abordar; y considerando que este estudio está focalizado en las mujeres organizadas de la comuna de El Bosque, es importante señalar que en este nivel no existe ningún tipo de antecedente respecto de las percepciones y las prácticas ejercidas por estas mujeres con respecto a su salud sexual, por lo tanto lo que se pretende es desarrollar una descripción lo más acuciosa posible sobre el tema señalado.

Asimismo, el diseño de esta investigación es no experimental o ex post – facto transeccional descriptivo porque su propósito no es manipular las variables de la investigación, sino que *“observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos. [...] No hay condiciones o estímulos a los cuales se expongan los sujetos del estudio. Los sujetos son observados en su ambiente natural, en su realidad.”* (Hernández, Fernández y Baptista; 1998: 184) y tiene por objetivo *“indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables. El procedimiento consiste en medir en un grupo de personas u objetos una o, generalmente, más variables y proporcionar su descripción.”* (ibid: 187)

CUADRO N°1
RESUMEN TIPO DE ESTUDIO

CARÁCTER DE LA INVESTIGACIÓN	Cualitativo
ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	Fenomenológico
NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN	Exploratorio, descriptivo
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	No experimental (Ex post - facto) transeccional descriptivo

Fuente: Estrategia Metodológica, Tipo de Estudio.

5.2 Universo

El universo de la presente investigación está definido por todas las mujeres que participan en las organizaciones funcionales, vinculadas a la Oficina de la Mujer de la comuna de El Bosque. Estas organizaciones son alrededor de 50, lo que equivaldría a 500 mujeres aproximadamente.

5.3 Unidad de análisis

Para la realización de esta investigación la unidad de análisis estuvo constituida por mujeres mayores de 18 años, que participan activamente en organizaciones funcionales de los diversos sectores de la comuna de El Bosque, vinculadas a la Oficina de la Mujer.

5.4 Muestra

La muestra que se utilizó en esta investigación es no probabilística intencionada por sujeto tipo, puesto que las mujeres seleccionadas debían contar con ciertas características, coherentes con los propósitos del estudio.

La muestra se obtuvo luego de una revisión exhaustiva del catastro de organizaciones sociales de mujeres, que se encuentran activas en la comuna de El Bosque, realizado por la Oficina de la Mujer.

Posteriormente, por medio de variadas conversaciones con la ex encargada de la Oficina, Marina Solís, y la encargada territorial de la misma, Verónica Yáñez, se seleccionó a diversas mujeres que, por su activa participación y disposición, podrían colaborar con el desarrollo de esta tesis.

De este modo, se consideró a nueve personas, que concedieron una entrevista en profundidad y cuya caracterización general es la siguiente: mujeres que viven en la comuna de El Bosque, con un rango etario que fluctúa entre los 31 y 72 años, que participan activamente en organizaciones sociales de mujeres de la comuna, por tiempos que varían entre los 2 y 30 años, y que actualmente están vinculadas a la Oficina de la Mujer. En el siguiente cuadro, se expone la caracterización de cada una de las entrevistadas. Para mantener en la confidencialidad las respuestas de las entrevistadas, es que se omite el nombre de la organización en la que participan.

CUADRO N° 2
CARACTERIZACIÓN DE LAS ENTREVISTADAS

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	TIPO DE ORGANIAZACIÓN
Jimena	31	Media incompleta	Taller laboral
Solange	39	Básica incompleta	Taller laboral
Elizabeth	72	Técnico superior completa	Agrupación de mujeres
Margarita	52	Media completa	Taller laboral
María	58	Técnico superior completa	Agrupación de mujeres
Fresia	52	Básica incompleta	Salud
Silvia	59	Básica incompleta	Agrupación de mujeres
Isabel	56	Media completa	Taller laboral
Juana	51	Básica incompleta	Taller laboral

Fuente: Elaboración propia

5.5 Técnicas de recolección de datos

Para recolectar los datos en el campo de la investigación, como técnica se utilizó la entrevista en profundidad, porque tiene como ventaja ser flexible y dinámica (Taylor; op.cit), lo que permite entrar en contacto con las sujetas de estudio cara a cara, teniendo la posibilidad de entrar en un clima de confianza en el cual ella pueda expresar sus pensamientos y opiniones libremente desde su propia experiencia, sin sentirse presionada ni influida por el investigador. En este sentido, se entenderá la entrevista en profundidad cualitativa como *“encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, [...] dirigidos hacia la*

comprensión de las expectativas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (ibid: 101).

El instrumento construido para recopilar la información de la presente investigación, consta de tres partes y de 21 preguntas. La primera, recaba los antecedentes de la entrevistada, consultando por su nombre de pila, edad, escolaridad, organización y tiempo de participación en organizaciones sociales.

La segunda parte, aborda las percepciones y las opiniones que tienen las entrevistadas sobre la salud sexual, concepto operacionalizado en cuatro dimensiones: 1. Sexualidad y salud, 2. Educación sexual, 3. Enfermedades de transmisión sexual y 4. Placer sexual.

Por último, la tercera parte del instrumento indaga sobre las prácticas en salud sexual de las entrevistadas, operacionalizada de manera similar al punto anterior: 1. Sexualidad y salud, 2. Educación sexual, 3. Enfermedades de transmisión sexual y 4. Vida sexual.

La aplicación del instrumento se realizó durante el segundo semestre del año 2010, específicamente en los meses de octubre y noviembre; en un tiempo promedio de aplicación de noventa minutos por entrevistada, tiempo que permitió desarrollar una conversación entre las dos investigadoras y la entrevistada, en la que ésta última tuvo espacio para expresar de manera abierta, libre, voluntaria y confidencial testimonios relativos a sus percepciones y prácticas sobre la salud sexual.

5.6 Técnicas de análisis de datos

La elección de las técnicas de análisis de información, que se utilizaron para efectos de la presente investigación, se basa principalmente en el análisis de los discursos de las entrevistadas, donde se reconocieron las experiencias y el marco referencial de cada una de ellas como una fuente de información empírica, que permitió generar conocimiento. De esta forma es que se privilegió la técnica de análisis por categorías y la técnica de análisis de contenido, pues proporcionaron las herramientas para interpretar e integrar lo que las entrevistadas expresaron en el transcurso de la entrevista en profundidad.

Por una parte, dicho análisis, permitió categorizar los discursos de las entrevistadas, en base a categorías a priori, definidas a partir de la operacionalización de las variables de la investigación, de la ubicación de las citas en una matriz de análisis y de allí a la construcción de tópicos. Ello se realizó a través de la agrupación de citas en torno a discursos comunes, lo que facilitó el proceso de análisis de las entrevistas, para concluir con una interpretación integral de éstas. En este sentido, se consideró lo que Bardín señala como sistema de categorías *“es una operación de clasificación de elementos constitutivos de un conjunto por diferenciación, tras la agrupación por analogía, a partir de criterios previamente definidos.”* (Bardín en Andréu; s/f: 15)

Para completar este proceso, se utilizó el análisis de contenido considerando que las categorías y tópicos, construidos en la fase anterior, tenían gran *“capacidad para albergar un contenido que leído e interpretado adecuadamente nos abre las puertas al conocimiento de diversos aspectos y fenómenos de la vida social”*. (ibid:02) Eso se llevó a cabo a través del estudio exhaustivo de cada una de las

categorías y tópicos, arrojando como resultado final las conclusiones de la investigación, los hallazgos que se realizaron en ésta y los aportes al Trabajo Social profesional.

6. Variables

- Percepciones sobre salud sexual
- Prácticas sobre salud sexual

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: ENFOQUE DE GÉNERO

El presente capítulo tiene por objetivo exponer una serie de conceptos y discusiones que se perfilan como fundamentales para comprender la construcción de las diferencias entre el género masculino y el género femenino, lo que explicaría de alguna manera la forma en que se relacionan, aludiendo a que la jerarquía de poder que uno tiene sobre el otro se traduce históricamente en desigualdad, discriminación y violencia, de distintos tipos, hacia las mujeres, vulnerando sus derechos sociales, económicos y políticos.

Para comprender cómo y por qué se originan las desigualdades de poder entre hombres y mujeres, es preciso abordar el fundamento histórico en el que se desarrollan y tienden a perpetuarse, relaciones asimétricas entre ambos, es decir, comprender la base de un sistema androcéntrico denominado Patriarcado, relacionando ciertas acepciones que desde la perspectiva de género se utilizan para ello. Asimismo, se profundizará en el tema, incorporando en el análisis el sistema sexo género, con el propósito de explicar el origen de la desigualdad y la diferencia, en función del género; la especificidad de los espacios y los elementos que configuran el imaginario colectivo, en relación a la lógica atributiva y distributiva; del mismo modo se abordarán las normativas hegemónicas de género prescriptivas y prospectivas, considerando la incidencia de la violencia de género y sus manifestaciones concretas en la mujer.

1. El Patriarcado

La discriminación referida a relaciones de poder asimétricas y la violencia de género hacia la mujer se traduce en una organización social, económica, religiosa y política en función del liderazgo y autoridad del hombre. Esta forma de organización social, denominada Patriarcado, es un sistema de dominación y subordinación, basada en la jerarquía de un género por sobre otro, que hace protagonista única y solamente al hombre, dejando de lado, cualquier atisbo de aporte realizado por la mujer en la construcción de un proyecto de sociedad (Reguant; 2007). Los hombres se apropian de los procesos, de las instituciones, de los símbolos, de las mujeres, de los niños y niñas, escribiendo con su propia pluma y bajo su foco la historia, excluyendo a las mujeres de una posible construcción de un espacio común.

“Forma de organización social en la que el varón ejerce la autoridad en todos los ámbitos, asegurándose la transmisión del poder y la herencia por línea masculina. Favorece un sistema político-histórico-social basado en la construcción de jerarquías entre el género masculino y el género femenino. Las familias reproducen la dominación del hombre por sobre la mujer, los niños y las niñas; estos se acatan por razones de supervivencia y forman parte de él, contribuyendo a la estructuración de relaciones genéricas, en la que los hombres por la fuerza, la presión directa, los rituales, las tradiciones, las leyes, el lenguaje, las costumbres, la educación y la división del trabajo determinan el comportamiento de las mujeres y los menores. Designa también toda una estructura social que está basada en el poder del padre, donde las relaciones expresan desigualdades y asimetrías.” (Quintero; 2007: 98)

Se deslegitima incluso la posesión del propio cuerpo y las decisiones de cada mujer, siendo avalado por los Estados mediante el establecimiento de leyes que legitiman esta relación que tiene el carácter de propiedad masculina, al que está sujeta la mujer, en el seno de un hogar, con un padre proveedor y en el matrimonio, mediante un marido al que debe satisfacer en todos los ámbitos

Para comprender la permanencia y las consecuencias del Patriarcado, es preciso considerar que su forma de organizar la sociedad no se instaura como proyecto político democrático y reflexivo, sino que se impone como una realidad social casi incuestionable, que se interioriza en el inconsciente colectivo de las personas como una relación natural y propia de la cultura y sociedad de la que forman parte; en síntesis, se invisibiliza y se vive, dificultando la cavilación sobre su actuar y por consiguiente su modificación implícita o explícitamente es resistida.

Por otra parte, la masculinidad se objetiva a través de la dominación masculina; de esta manera, el hombre constituye el término neutro para ordenar los elementos de la sociedad, es decir, se ordenan por él y a partir de él, lo que provoca que la subordinación de la mujer se naturalice, a través de la normativización del hombre como protagonista de la sociedad. También, dentro del patriarcado se universaliza un núcleo primario de relaciones jerárquicas, puesto que la discriminación por género es transversal a cualquier condición social, racial, étnica, entre otra. Por su parte, cabe señalar que el Patriarcado no es inamovible puesto que es una construcción social y cultural y como tal, está sujeto a modificaciones y al reemplazo de otro orden social, de un nuevo paradigma de relación. (Reguant; op. cit.)

De manera coherente, es preciso señalar que existen diversos grados de opresión y violencia simbólica en las Sociedades Patriarcales, que aluden al mayor o menor grado de respeto o aceptación de la “Declaración Universal de los Derechos Humanos.” (ibid) De esta manera, está demostrado que no basta con que los gobiernos ratifiquen las convenciones internacionales con un afán protocolar, se requiere que cada Estado Nación se preocupe de generar las condiciones idóneas de buen trato al interior de cada país, con discursos y prácticas afines con el respeto irrestricto a los derechos de cada persona. Ello implica intencionar un cambio que acepte a hombres y mujeres con las diferencias propias de cada género, respetando las creencias, orientaciones sexuales, ideologías, etc. de todos y todas. Y en base al reconocimiento de dichas diferencias, generar políticas públicas que respalden el derecho a la educación, la vivienda, la salud, entre otros, como un piso mínimo para cada persona, con una mirada desde lo colectivo, en pro de la co construcción de una sociedad que no discrimina y permite que hombres y mujeres puedan acceder en igualdad de condiciones, sin importar la clase social ni el género, en la implementación de tales derechos.

2. Enfoque de género: entendiendo la desigualdad

El enfoque de género permite comprender el desarrollo de las relaciones asimétricas que se establecen entre hombres y mujeres en un contexto determinado y cuya construcción sociocultural designa roles, funciones, estereotipos y expectativas de manera arbitraria, diferenciando la existencia de dos géneros: el masculino y el femenino, los que constituyen el resultado de una construcción de identidades en el seno de una sociedad, que responde de

manera coherente con sus propias pretensiones y *“determina lo que puede esperarse, lo que es permitido y valorado en una mujer o un hombre en un contexto dado.”* (PNUD 2001a en PNUD; 2010: 28) Por este motivo, los contextos históricos, culturales, sociales, geográficos y étnicos que conforman una sociedad y le proporcionan un sustento identitario, constituyen el pilar fundamental en la comprensión de las relaciones que se establecen y se perpetúan en su interior. Por lo que el enfoque de género sitúa su reflexión crítica en dicha construcción sociocultural jerárquica, desigual y discriminadora presente en las relaciones que se establecen entre hombres y mujeres, y que generan las condiciones estructurales necesarias para la transmisión de la subordinación sociopolítica del género femenino, en un sistema social.

“El concepto de género abarca todas aquellas relaciones sociales organizadas a partir de una atribución de desigualdad y jerarquía a las diferencias sexuales y a las identidades, los cuerpos y subjetividades que surgen a esa atribución.” (ibid: 30)

De igual modo, la perspectiva de género no sólo permite explicar la relación existente entre el género femenino y masculino, sino que también comprende la diferencia entre ambos y lo que constituye su propia identidad; además supone un proyecto de sociedad común que los contemple a ambos sin el menoscabo de ninguno. (ibid)

La distribución y asignación de atributos, roles y estereotipos que tiene cada género no se realiza de forma natural, pues se construye de acuerdo a las creencias e ideologías de cada sociedad en particular y se vincula a la pertenencia de un sexo determinado; de esta forma se realiza la construcción

del *deber ser* de un hombre o una mujer integrado a la sociedad. Es así como surgen los estereotipos de hombre y mujer, jerarquizando al primero por sobre el segundo, subordinando a la mujer en un sistema que perpetúa la desigualdad y la violencia. Dicha relación se valida de generación en generación conforme a los requerimientos de cada cultura considerando la tradición que los caracteriza, en tensión con las inquietudes y necesidades que surgen al interior de cada país reconociendo la diversidad presente en sus habitantes, en cuanto a las formas de relacionarse, exigir derechos, educarse y compartir lo aprendido. Esto último, supone la necesidad de concientizar al resto de la población con el propósito de realizar cambios que permitan modificar una situación considerada injusta; para de este modo, instaurar en el colectivo la importancia de generar instancias de participación activa dentro de la sociedad, posibilitando nuevos procesos sociales que reconozcan a todos los miembros de una comunidad como actores imprescindibles en la construcción de nación

Los orígenes del concepto de género se remontan a la mitad del siglo XX, y hace referencia a la construcción social – cultural de los roles y características adscritas a hombres y mujeres a través de la historia, basando la relación que establecen en el poder que uno tiene por sobre el otro. Estas relaciones se materializan en los ámbitos de la vida social en que se desenvuelven ambos géneros, siendo relegados a espacios diferenciados cada uno de ellos; de esta manera, en la esfera pública se posiciona al hombre y en la esfera privada o doméstica a la mujer. Esta diferenciación de las esferas en función del género, coincide con los roles atribuidos a cada uno y, éste a su vez, con la división sexual del trabajo, sin responder a las competencias de cada género, sino al deber y espacio propio que le corresponde a cada uno; es decir, el hombre debido a sus características biológicas está destinado al trabajo en el espacio público y la provisión económica del hogar y la familia (labor productiva); en

tanto la mujer, gracias a sus características de sensibilidad y amor por los otros se remite al cuidado de los hijos y la familia, en el espacio privado (función reproductiva).

Los hombres, como género, han ostentado y ostentan el poder a nivel social y a nivel de pareja. Ellos trabajan fuera de la casa, lo que les hace ser valorados socialmente, tienen acceso a la información, están menos aislados, se encuentran donde se generan las normas de comportamiento, donde se toman las decisiones [...]. Las mujeres, en cambio están subordinadas a los hombres [...], recluidas en sus casas.”
(Cagigas; s/f: 04)

Hombres y mujeres se ajustan a pautas de comportamientos adscritos a la sociedad de la que son parte, aparentemente con un escaso cuestionamiento de lo que viven, situación que facilita la transmisión cultural de generación en generación de dichas prácticas sociales. Sin embargo, es preciso considerar que la realidad social no se mantiene estática y es influenciada por los diversos escenarios presentes en un contexto social determinado, es así como acontecimientos políticos, económicos y culturales, coexistiendo con las complejidades del espacio público y privado, y la construcción del lenguaje y las emociones, entre otros, se perfilan como elementos concretos que inciden directamente en la construcción de identidades y formas de relación que establecen los géneros. (PNUD; op cit).

3. Sistema sexo – género

El sistema sexo género permite comprender cómo se sustenta la desigualdad estructural presente en sociedades que se empeñan en diferenciar la conducta y el comportamiento de hombres y mujeres, desde una perspectiva de género, atribuido al sexo biológico de un individuo, es decir, a las características externas, fisiológicas de una persona, con los roles que se construyen cultural y socialmente en un contexto determinado. Dicha atribución constituye el sustento psicológico que moviliza el quehacer de hombres y mujeres, lo que implica un establecimiento de identidades de género impuestas y desiguales en el ámbito social, político, laboral, económico y de derechos. Lo anterior si bien opone resistencias, está sujeto a modificaciones en la medida que se experimenten cambios socioculturales.

En este sentido, surgen conceptos como atributos, roles y estereotipos que fundamentan la comprensión del cómo se expresan hombres y mujeres en el espacio público y en el espacio privado. De esta manera los atributos de sensibilidad, sumisión, debilidad, instinto maternal presente en el género femenino y de rudeza, racionalidad, fuerza asignado al género masculino, surgen para explicar el por qué deben actuar de determinadas formas y en completa diferencia, con características conductuales predefinidas. Asimismo determina roles específicos para cada uno, imponiendo mediante normas implícitas, el quehacer del género femenino y del masculino; de esta manera el primero debe dedicarle tiempo y espacio casi exclusivo al cuidado de todo lo que implica el hogar (lavar, planchar, cocinar, cuidar de cada miembro de la familia, entre otros), mientras que el segundo, debe cumplir con la función de ser el principal sustento económico del hogar, desarrollando con esta labor

prestigio en la esfera pública, ya que constituye el pilar fundamental en la estabilidad y solidez de una familia, desvalorizando las tareas domésticas y por ende de quien las ejecuta.

Con estas características, hombres y mujeres son estereotipados sexualmente con una forma de ser y de actuar, instaurando en el inconsciente colectivo que dichas prácticas son “naturales e incuestionables”.

“El sistema sexo género hace referencia a las formas de relación establecidas entre mujeres y hombres en el seno de una sociedad. Analiza las relaciones producidas bajo un sistema de poder que define condiciones sociales distintas para mujeres y hombres en razón de los papeles y funciones que les han sido asignadas socialmente y de su posición social como seres subordinados o seres con poder sobre los principales recursos. Nuestras actuales sociedades occidentales están sujetas por un sistema sexo – género que sostiene una relación desigual de poder entre mujeres y hombres.” (Aguilar; s/f: 04)

En este sentido, la posición social inferior de las mujeres no se explica por el hecho de ser mujer, sino por su posición de género (Ibid), y no considera las necesidades y capacidades presentes en la mujer como actor social, sino que se fundamenta en lo tradicional, en las costumbres que dieron sustento cultural a cada pueblo una vez, como es el caso de Latinoamérica, colonizado por foráneos con estilos de vida y socializaciones coherentes con su propia visión de mundo.

4. Normativas hegemónicas de género

Si bien, el Patriarcado explica el origen de la diferencia, y por ende de la discriminación por razones de género, se debe considerar que para que este sistema social permanezca ordenando las relaciones de los seres humanos, es necesario la socialización de diversos códigos que rotulan el ser mujer o ser hombre en Sociedades Patriarcales. Por lo que se requiere especificar en qué se traducen las pautas de comportamiento que delimitan el quehacer de hombres y mujeres desde una perspectiva de género, abordando las normativas hegemónicas de género (NHG), que se diferencian entre las NHG prescriptivas, abocando su reflexión crítica a lo que un hombre y una mujer deben ser en la sociedad; y las NHG proscriptivas, que aluden a la conducta que hombres y mujeres no deben ejecutar en la sociedad de la que forman parte. Por ejemplo, el hecho que *un hombre debe ser fuerte y dominante* es una NHG prescriptiva, mientras que *la mujer no debe ser violenta y despreocupada de la familia*, constituye una NHG proscriptiva.

En este sentido, se debe considerar que desde antes de nacer las personas están expuestas a una *“indiferente predisposición, percepción y atribución de características respecto al mismo bebé [...] es lo que se llama el efecto o fenómeno del etiquetado.”* (Cagigas; op cit: 309) Posteriormente, durante los procesos de socialización se forma a los niños y niñas para que vivan de acuerdo a su sexo, los ámbitos de la masculinidad o feminidad, *“los niños y las niñas son privados, censurados si tienen necesidades o actúan de forma que les es propia. Se les impide un libre desarrollo y expresión”* (ibid: 309) debiendo responder a los requerimientos sociales adscritos a su sexo.

A través de dichos procesos de socialización, a los niños y niñas se les educa en función de la diferencia sexual: los juegos, los colores, las normas, los valores y las creencias que se les entregan como aprendizaje, sesgan los comportamientos de hombres y mujeres, naturalizando las diferencias entre ellos. En este proceso socializador los atributos y los roles de género juegan un papel fundamental en el aprender y aprehender a ser hombre y a ser mujer. Estas enseñanzas son el piso básico para generar ciertas expectativas de lo que significa pertenecer a un género o al otro y son fundamentales para la creación e integración al inconsciente de los estereotipos de género.

“El género opera concomitante y dialécticamente en varias dimensiones de la vida social humana: en el orden simbólico y relacional, en el orden normativo que expresa las interpretaciones de los significados de los símbolos, en el orden institucional y en el orden de la identidad subjetividad [...] el género provee un modo de decodificar los significados que las culturas otorgan a la diferencia entre los sexos y comprender cómo esos significados impregnan las complejas conexiones que existen entre varias formas de interacción humana.” (Scott en Bonan y Guzmán; 2007: 02)

Cuando se habla de diversos códigos sociales y culturales que permiten que la desigualdad de género permanezca, se habla de los roles, atributos y estereotipos de género, los cuales se encuentran operacionalizados en dos dimensiones: lógica atributiva, que asigna atributos a ambos géneros, y lógica distributiva, que asigna roles, tareas y espacios a hombres y mujeres.

Desde la lógica atributiva, se puede señalar de los atributos que hacen referencia a las cualidades o propiedades que tiene una persona. Desde el enfoque de género se habla de atributos femeninos y atributos masculinos, los que son cultural y socialmente impuestos para cada sexo. Un claro ejemplo de esta lógica se traduce en concebir a las mujeres “por naturaleza” como sensibles, débiles, cariñosas, delicadas, entre otros atributos; por su parte, se dice que los hombres son fuertes, racionales, rudos, etcétera, asumiendo que tales características les pertenecen casi de manera incuestionable.

Por otro lado, desde la lógica distributiva, los roles se refieren al conjunto de tareas y funciones que las personas desarrollan en la sociedad en que se encuentran insertas. Desde el enfoque de género, las mujeres cumplen con la función reproductiva de la familia y protectora, es decir, deben preocuparse de la crianza de los hijos, el cuidado de los enfermos y ancianos, procurando no descuidar a ningún miembro de la familia; además, sus roles se vinculan con el trabajo doméstico como lavar, planchar, cocinar, cocer, entre otros quehaceres. Los hombres, en cambio, desarrollan tareas relacionadas con el ámbito productivo como trabajar por un salario y proveer económicamente a la familia.

“Los roles tradicionalmente asignados a los hombres (orientación hacia el trabajo, energía, racionalidad), y que han acaecido siendo propios del estereotipo masculino, son el resultado del conjunto de rasgos requeridos para el desempeño de sus tareas profesionales, mientras que las cualidades (sensibilidad, calidez, suavidad) características tradicionalmente propias de la mujer, son las requeridas para el desempeño del trabajo de ama de casa.” (González; 1999: 83)

Y como fruto de ambas lógicas se construyen los estereotipos de género, que aluden a las características que se suponen propias de cada sexo. En este caso, como estereotipos femeninos se puede mencionar que las mujeres son sensibles y preocupadas por el resto y deben permanecer en la casa, dedicándose al trabajo doméstico; mientras que los estereotipos masculinos se traducen en concebir que los hombres son fuertes, racionales y deben dedicarse al trabajo remunerado para abastecer a su familia. Ambas descripciones son producto de los roles y atributos que se le asignan a cada género.

“Creencias consensuadas sobre las diferentes características de los hombres y las mujeres en nuestra sociedad. Este conjunto de creencias que atañen a la categoría hombre y mujer [...], tiene gran influencia en el individuo, en su percepción del mundo y de sí mismo y en su conducta.” (Ibid: 84)

Estos elementos se constituyen como fundamentales para la articulación del sistema sexo género, pues configuran las principales partes del deber ser hombre o mujer en la sociedad (NHG prescriptivas) delimitando lo que no deben ser hombres y mujeres (NHG proscriptivas). Dichas concepciones se encuentran en la memoria colectiva de sociedades como la chilena y sus prácticas son naturalizadas, atribuyéndole a cada género espacios definidos de acción.

“La condición de cuidadoras gratifica a las mujeres afectiva y simbólicamente en un mundo gobernado por el dinero y la valoración económica del trabajo y por el poder político. Dinero, valor y poder son

conculcados a las cuidadoras. Los poderes del cuidado, conceptualizados en conjunto como maternazgo, por estar asociados a la maternidad, no sirven a las mujeres para su desarrollo individual y moderno y tampoco pueden ser trasladados del ámbito familiar y doméstico al ámbito del poder político institucional.” (Lagarde; 2003: 02)

Dicha dicotomía, si bien se han introducido cambios en las últimas décadas, obstaculiza al género femenino a desarrollarse en otras esferas de la sociedad asociadas al ámbito público, instaurando en ellas una subjetividad en constante estado de alerta a las necesidades de quienes lo requieran. (ibid)

Las diferencias que históricamente separan en la escala jerárquica al género femenino del masculino, se despliegan en cada ámbito de la vida social, ya sea en el espacio público o privado. Es decir, fomenta la desigualdad en lo laboral, institucional, en la salud, en la sexualidad, en lo familiar, en la educación, en conclusión, en las diversas esferas de la vida en sociedad.

5. Expresiones de la desigualdad

La expresión inmediata en la que se traduce el perpetuar relaciones de poder asimétricas, bajo el predominio de un sistema social con visiones androcéntricas, posicionando al género femenino a los designios del poder hegemónico masculino, subordinando su quehacer, se conceptualiza como violencia de género.

“Ejercicio de la violencia que refleja la asimetría existente en las relaciones de poder entre varones y mujeres, y que perpetúa la subordinación y la desvalorización de lo femenino frente a lo masculino. Esta se caracteriza por responder al Patriarcado como sistema simbólico que determina un conjunto de prácticas cotidianas concretas, que niegan los derechos de las mujeres y reproducen el desequilibrio y la inequidad existentes entre los sexos. La diferencia entre este tipo de violencia y otras formas de agresión y coerción estriba en que en este caso el factor de riesgo o de vulnerabilidad es el sólo hecho de ser mujer” (Rico; 1996: 08)

El supuesto de superioridad y dominio del género masculino por sobre el género femenino, permite que se legitimen conductas que atentan contra la integridad de las mujeres, imponiéndole espacios y formas de actuar que finalmente son controlados por los hombres tanto en el ámbito público como en el privado, es decir, predomina su control en el ámbito doméstico por la labor productiva que ejercen y en el resto de los espacios considerados como propios de su condición de hombre. (Lorés; 2000)

Cabe señalar que la violencia de género adquiere matices dependiendo del menoscabo del que son objeto las mujeres y del contexto en el que se desenvuelve, involucrando a la sociedad en su conjunto al momento de concebirla y abordarla, incluyendo asimismo el rol del Estado en el tratamiento de su erradicación.

De esta manera, se erige como violencia simbólica a *“una forma de poder que se ejerce directamente sobre los cuerpos y como por arte de magia, al margen de*

cualquier coacción física” (Bourdieu en Plaza; 2007:04) favoreciendo la falta de evidencias en el ejercicio de acallar cualquier tipo de denuncia por una agresión que a simple vista no es comprobable, es así como este tipo de violencia se perpetua en las sociedades de manera invisible y se reproduce casi automáticamente y sin aparentes cuestionamientos por sus habitantes; un ejemplo a esto lo constituye la falta de reconocimiento y la valoración al desempeño femenino, la utilización del lenguaje sexista para homogenizar conceptos que involucren a ambos géneros, el humillar a la mujer en función de estereotipos propios del género femenino o el afán del mercado publicitario por cosificar el cuerpo e intelecto de la mujer, entre otros. (Lorés; op cit)

Por su parte, la violencia de género también adquiere manifestaciones tangibles y específicas que sí son de fácil reconocimiento porque dejan huellas en el cuerpo y en la mente de la mujer difíciles de ignorar, es decir, la violencia física, psicológica y sexual. La primera alude a los malos tratos asociados directamente a las lesiones que proporcionen algún tipo de evidencia como golpes, rasguños, quemaduras, entre otros, definida como *“cualquier acción no accidental que provoque o pueda provocar daño físico o enfermedad en el cuerpo, de la mujer.”*(ibid: 67) El segundo tipo de violencia se vincula con la humillación mediante insultos de los que puede ser objeto la mujer, también definida como *“cualquier acto o conducta intencionada que produce desvaloración, sufrimiento.”* (ibid: 67) Finalmente la violencia sexual vulnera tanto la capacidad de decisión de la mujer como su cuerpo, sometiéndola a los requerimientos del hombre, quien por medio de fuerza logra hacer uso de ella, en virtud de su propia satisfacción sexual, definida como *“[...] una relación sexual contra su voluntad.”* (ibid: 67) Sin embargo, la violencia sexual también debe considerar aspectos como la trata de blancas, la prostitución forzada, las violaciones reiteradas como método de tortura, propuestas sexuales sin acuerdo mutuo, denegación al

cuidado de ETS, exámenes forzados de virginidad, mutilación genital femenina, matrimonio forzado entre otras, debiendo constituir todos los tipos de violencia una preocupación a nivel mundial.

Por su parte, la plataforma de acción en Beijing concibió, a modo de resolución, que la violencia de género constituye *“todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”* (ONU; 1995: 51), de manera coherente se establece que dichos episodios sólo perpetúan las relaciones de poder desigual entre hombres y mujeres, sometiendo a esta última a la dominación y discriminación por el sólo hecho de ser mujer, instaurando dicha condición en sus espacios más próximos, ya sea en ámbito familiar o comunitario, incluyendo así al rol del Estado frente a las manifestaciones de la violencia de género, considerando que constituyen:

“[...] Relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación contra la mujer y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo. La violencia contra la mujer a lo largo de su ciclo vital dimana especialmente de pautas culturales, en particular de los efectos perjudiciales de algunas prácticas tradicionales o consuetudinarias y de todos los actos de extremismo relacionados con la raza, el sexo, el idioma o la religión que perpetúan la condición inferior que se le asigna a la mujer en la familia, el lugar de trabajo, la comunidad y la sociedad.” (ibid: 52)

Es decir, dependiendo del contexto sociocultural y por consiguiente de las pautas que rigen o delimitan la acción de las personas en un determinado territorio, varían las formas de expresión de la violencia ejecutada en sus miembros, en algunos casos, validada incluso por quienes forman parte de una comunidad en específico, ya que se han instaurado por medio de la cultura imperante, perpetuándose de generación en generación, con un propósito concreto y justificado por una acción, como es el caso de las prácticas empleadas en el medio oriente para condenar el adulterio, promover la virginidad y negación del placer, entre otras.

6. Mujeres en la sociedad actual

Como se ha expuesto con anterioridad, las diferencias y jerarquías que existen entre hombres y mujeres en función del género, han generado históricamente la desigualdad y la violencia de género hacia la mujer. Sin perjuicio de lo descrito en la extensión de este capítulo, es importante señalar que si bien el discurso tradicional aun es predominante en la sociedad, existen variaciones importantes que dan como resultado que las relaciones de género y la participación de la mujer en la sociedad actual se vean modificadas.

Este apartado se encarga de exponer diversos puntos importantes de conocer, que incluye concepciones, situaciones y análisis que dan cuenta de la situación de la mujer en la sociedad actual. Para esto, se realizará una breve descripción de cinco tipos de representaciones culturales de las relaciones de género existentes en Chile, la división del tiempo en función del género, avances en esta materia que surgen desde el Estado, los principales cambios que han existido en este sentido, para concluir con un análisis considerando el concepto

de sincretismo de género propuesto por la antropóloga mexicana Marcela Lagarde.

a. Representaciones culturales de las relaciones de género

El concepto de representaciones utilizado en el Informe de Desarrollo Humano (PNUD; 2010), hace referencia a las imágenes mentales que se encargan de evocar emociones, valoraciones y cosmovisiones de mundo que tienen las personas. En este caso, al referirse a las representaciones de género, hace alusión a la imagen que cada persona tiene de la mujer y de hombre y de la forma en que se relacionan. Pues considera que la manera de concebir a hombres y mujeres es determinante en la visión de mundo que se posee y las acciones que se ejecutan.

A partir de los resultados arrojados por la encuesta PNUD del año 2009, se concluyó que en Chile coexisten cinco representaciones sobre las relaciones de género, tales como la “tradicional”, la “machista”, la “pragmática”, la “luchadora” y la “liberal”. A continuación, se expone una breve descripción de cada una de estas representaciones, y un cuadro (N° 3) en que se exhibe la idea principal de cada una de ellas.

- **Representación tradicional:**

En esta representación, las relaciones de género se establecen en función de los roles tradicionales de hombres y mujeres, ellos como proveedores y actores del espacio público, ellas como responsable de las funciones concernientes al

ámbito doméstico y familiar. Esto se transforma en el fundamento de una vida en pareja en que tales roles se consideran como complementarios y necesarios para alcanzar la realización. Cabe señalar que la realización personal, en este caso, hace alusión justamente a la vida familiar y de pareja, relacionada con el cariño y el cuidado mutuos. (ibid)

“Esta representación describe un mundo vivido; no es el resultado de una reflexión. Como el mundo se ha organizado desde siempre a partir de la diferencia y complementariedad entre hombres y mujeres, esas identidades son muy importantes para las personas. La reflexión sobre el cambio en las relaciones de género tiene aquí poco espacio, y hay cierto recelo respecto de las transformaciones recientes, como las nuevas leyes de equidad, pues podrían afectar el equilibrio que se estima natural entre los sexos.” (ibid: 61)

En definitiva, la representación tradicional se caracteriza por la rigidez en la percepción y ejercicio de los roles asignados a hombres y mujeres, considerándolos complementarios para la realización personal, la que a su vez se concibe a partir de la vida familiar estable y en orden.

- **Representación machista:**

Esta representación se fundamenta en la posesión del poder por parte de los hombres. Se considera natural la desigualdad y la asimetría de género, pues las mujeres, niños y niñas se perciben como personas débiles, que requieren naturalmente de la protección y autoridad del hombre. En tanto considera que

éste tiene mayores capacidades y habilidades, lo que le permite trabajar y sustentar a la familia, y a la vez ejercer autoridad entre sus miembros. Además, se considera la violencia como medio para sostener el poder y la autoridad, cuando estos se ven amenazados por diversos cambios socioculturales como el desempleo del hombre, el ingreso de la mujer al mundo laboral y la homosexualidad. Por añadidura, el miedo es un elemento fundamental que rige en las relaciones familiares. (ibid)

Por su parte, la mujer se considera desde una identidad tradicional y complementaria al protagonismo del hombre. Los roles son lo que debe cumplir de manera natural, cuya ejecución es de suma importancia para el desarrollo armonioso de la relación familiar, es exclusivamente el de madre, esposa y responsable de las labores domésticas. Además, la mujer se auto-percibe como una persona con menos autonomía y capacidades, por lo tanto, con la necesidad de protección por parte de su pareja. (ibid)

“En esta representación las identidades son muy poco flexibles. Aquí se dan las intolerancias más fuertes de todo el espectro: al trabajo de la mujer fuera del hogar, a la educación indiferenciada de los niños y, especialmente, a la identidad homosexual masculina y femenina, intolerancia que se expresa de manera burlona y despectiva. Pareciera que no basta la condena moral, se requiere además una postura activa y agresiva de negación. Esto es consistente con la idea de que el mundo es un espacio de combate contra las amenazas al cumplimiento de los mandatos de género.” (ibid: 62)

Para concluir, es importante recalcar el carácter rígido de la representación machista. En ella, las relaciones de género se basan en la asimetría y la desigualdad, siendo predominante la figura de hombre por sobre la de la mujer.

- **Representación pragmática:**

En la representación pragmática coexisten dos visiones que se fusionan de la siguiente manera: la imagen de las relaciones que existe entre géneros se entiende a partir de los cambios que se han generado como el ingreso de la mujer al mercado laboral, como el impulso hacia la igualdad de los sexos, entre otros. Estos cambios son aceptados; sin embargo, no se considera la idea de modificar el orden tradicional, basadas en la diferenciación y estereotipos de género, incluso morales. (ibid)

Fundamentalmente, esta representación realiza una separación entre los roles prácticos y las identidades sexuales de ambos géneros. En este sentido, los roles prácticos se consideran modificables, en función de los cambios que han surgido en la sociedad actual; sin embargo, las identidades sexuales y lo que ella conlleva no se consideran modificables, pues se cree que los géneros son diferentes en función de la sexualidad. De esta forma, la representación social en cuestión expone una postura conservadora, rechazando la homosexualidad masculina y femenina, pero es liberal en tanto situaciones sociales como el divorcio, convivencia, entre otras. (ibid)

“En el orden de la distribución de tareas, esta representación es liberal e igualitaria. Si la moral es natural e inmodificable, los roles son

convenciones que pueden modificarse según la conveniencia práctica. No es consustancial al hombre actuar como proveedor ni a la mujer ocuparse exclusivamente de la crianza y de las tareas de la casa. Ambos sexos tienen la misma capacidad para realizar las tareas de la vida cotidiana: administrar la plata o cuidar de las relaciones familiares.”
(Ibid: 63)

Finalmente, en la representación pragmática de la relaciones de género, se aprecia una visión conservadora en relación con los roles e identidad sexual y una visión liberal sobre los roles sociales. Esto implica que se considere posible un cambio en las relaciones de desigualdad social entre géneros; sin embargo, no se encuentra dentro de sus posibilidades el reconocimiento a la diversidad sexual.

- **Representación luchadora:**

Esta representación concibe que las relaciones de género se desarrollan en base a la desigualdad, ante lo que emplazan una crítica social, que se traduce en el malestar de las mujeres por el exceso de labores que deben cumplir y la desvalorización del rol tradicional masculino. En este sentido, las mujeres expresan que no necesitan de algún hombre que las mantenga ni las cuide, lo que supone un desapego a la imagen tradicional de mujer, optando por una identidad alternativa. (ibid)

“En esta representación se busca formular una identidad alternativa para las mujeres. No es la maternidad ni la familia ni los roles

domésticos lo que las define, sino su individualidad, su personalidad y sus valores. Esta representación transmite una imagen muy positiva de la mujer: es luchadora, esforzada y trabajadora. (...) esta representación pone menos énfasis que las otras en sus rasgos afectivos, tal vez porque sospecha que en ello haya una nota de subordinación. Ya sea porque se quiere superar la condición tradicional de la mujer (...), o porque se quiere construir una identidad independiente.” (ibid: 64)

Por último, muy importante es destacar que visualizan estas desigualdades como una injusticia que afecta principalmente a la mujer, pues a menudo se realza la figura masculina, haciendo alusión a la carencia de igualdad en la distribución de las oportunidades.

- **Representación liberal:**

Esta representación incluye como ninguna otra, elementos tales como la tolerancia, la inclusión y la autosuficiencia. En este sentido es importante destacar que concibe de manera igualitaria a hombres y mujeres; sin embargo, la desigualdad de género no es objeto de crítica ni malestar, pues no es relevante, tomando en cuenta que la identidad de género no es lo que define a las personas. Aun así, la representación liberal otorga gran importancia a la superación de las inequidades. (ibid)

“En esta representación las relaciones de género son horizontales y hay una amplia tolerancia a las diferentes identidades. Aquí todas las

personas son iguales, y lo que han llegado a ser es el resultado de sus elecciones personales. Por lo mismo, las identidades, incluidas las de género, no son naturales ni tienen valor por sí mismas.” (ibid: 65)

El sesgo de autosuficiencia, se relaciona con las relaciones de género en las relaciones familiares. Concibiendo a la familia como un lugar en que se puede disfrutar de cariño, preocupación y comodidad. Asimismo, la sexualidad se comprende como un espacio de expresión y placer. (ibid)

Finalmente, mencionar que en cuanto a la inclusión se hace referencia a la aceptación de los redefinición de los roles de género, formas de convivencia y diversidad sexual.

CUADRO N° 3
REPRESENTACIONES DE LAS RELACIONES DE GÉNERO EN CHILE

REPRESENTACIÓN TRADICIONAL	Un mundo en orden: la complementariedad de hombre y mujer en sus roles tradicionales es para quererse y apoyarse.
REPRESENTACIÓN MACHISTA	El mundo se rige por la ley jerárquica del padre: los hombres mandan y proveen, las mujeres obedecen, son madres y esposas.
REPRESENTACIÓN PRAGMÁTICA	Juntos pero no revueltos: se pueden cambiar los roles de acuerdo a las necesidades, pero hay que mantener las diferencias y la moral tradicional.
REPRESENTACIÓN LUCHADORA	La sociedad es injusta: ellas lo dan todo, pero ellos se llevan las ventajas.
REPRESENTACIÓN	En el fondo las diferencias no existen, todas las

LIBERAL	personas son iguales y son autónomas.
----------------	---------------------------------------

Fuente: Desarrollo Humano en Chile, Género: los desafíos de la igualdad (ibid)

Como se puede apreciar, en Chile existen diversas formas de concebir y actuar al momento de relacionarse entre géneros, lo que entrega una visión panorámica para entender, desde un enfoque de género, el lugar y los roles que cumple la mujer en la sociedad actual.

b. Sincretismo de género

El sincretismo de género propuesto por Lagarde (2010) tiene relación con el fenómeno que viven las mujeres modernas, y que hace que al mismo tiempo sean mujeres tradicionales. Es decir, las mujeres se ven beneficiadas con las transformaciones en las relaciones de género, avances en temáticas de género y los cambios socioculturales en este respecto; sin embargo, continúan haciéndose cargo de los roles social y tradicionalmente impuestos.

“Debido al sincretismo de género, mujeres aparentemente tradicionales tienen incorporada una gran innovación de género en sus vidas y al revés. No tiene que ver sólo con la moda y con la estética, sino con configuraciones profundas de la subjetividad de las mujeres.” (ibid: 01)

Según Lagarde (op.cit.), las transformaciones vividas durante el siglo XX denotaron para muchas mujeres un sincretismo de género. En este sentido, las mujeres se ven expuestas a cumplir roles tradicionales y roles modernos; es decir, deben responsabilizarse del cuidado de los otros y trabajar por conseguir

el éxito y el desarrollo personal *“para formar parte del mundo moderno, a través del éxito y la competencia.”* (Ibid: 02)

Asimismo, la autora señala que este sincretismo de género se construye bajo una sociedad patriarcal, que promueve la satisfacción del cumplimiento de los roles tradicionales y, a la vez, fomenta la necesidad socioeconómica de participar en procesos como la educación, el trabajo y la política.

Este análisis trae a colación el rol que cumplen los hombres en la sociedad actual, pues la carga doméstica de la mujer no disminuye aun cuando ingresa al mundo del trabajo; es decir, a las responsabilidades domésticas se les añade las responsabilidades y actividades que tiene fuera del hogar. En este sentido, Lagarde (Ibid) señala que *“Los hombres contemporáneos no han cambiado lo suficiente como para modificar ni su relación con las mujeres, ni su posicionamiento en los espacios domésticos, laborales institucionales.”* (ibid: 02)

En definitiva, el sincretismo de género se expresa en la tensión que existe en la vida de las mujeres modernas. Esta tensión, Lagarde la denomina escisión de género, que es *“el grado de conflicto que suscita se concreta en la escisión de género: herida identitaria resultante del choque entre la ética de la mismidad concordante con el ser – para- sí y con la libertad.”* (Lagarde; s/f: 05)

Considerando lo expuesto, no cabe duda que es muy valorado que la mujer pueda desarrollarse en distintos ámbitos de la vida social, como en la educación, el trabajo, la participación social, entre otras. Sin embargo, las verdaderas transformaciones no sólo incluyen modificaciones en los roles de la

mujer, sino más bien un cambio cultural que genera conciencia también en los hombres.

c. División social del tiempo

El presente subtítulo estará basado en los hallazgos expuesto en el Informe de Desarrollo Humano, sobre la manera de hacer las cosas y los espacios utilizados para su ejecución (PNUD; 2009) y se relaciona directamente con el sincretismo de género. Pues como se ha revisado en la extensión de este capítulo, el espacio físico ha estado dividido históricamente en función del género, entre espacio público y espacio privado. De esta forma también se ha dividido el tiempo de acuerdo a la división entre el trabajo productivo, asignado a los hombres y el reproductivo, asignado a las mujeres. Al tener espacios específicos, hombres y mujeres cumplen un rol particular, que son fundamentales para distribuir su tiempo.

Sin embargo, en los últimos treinta años han surgido cambios importantes que han modificado la organización social del tiempo, y que se exponen a continuación.

- **Ingreso de la mujer en la esfera pública:** Lo que se materializa con el acceso al trabajo y a la educación. De esta forma, la mujer dedicarse al espacio del hogar o al desarrollo profesional y/o laboral, si así lo desea. Sin embargo, a pesar de los avances obtenidos en esta materia, los recursos aún se encuentran desigualmente distribuidos. (ibid)

- **Transformaciones que ha experimentado la familia en tanto institución y espacio de prácticas:** Relacionado principalmente con el debilitamiento de la estructura tradicional de familia, lo que se traduce en el aumento de separaciones, divorcios y parejas que conviven, y a la disminución del número de hijos. Esto provoca que los roles pierdan el orden tradicional y la mayor probabilidad de realizar actividades fuera del hogar. (ibid)
- **Multiplicación de los espacios:** Acompañando el debilitamiento y transformación de estructuras tradicionales como la familia, existe la masificación de nuevas tecnologías y ámbitos en los que las personas pueden desarrollar distintos roles. (ibid)

Considerando estas transformaciones, se puede inferir que efectivamente han existido cambios que favorecen el desempeño de la mujer en el espacio público, y que le permiten desarrollarse en distintos ámbitos de éste, pudiendo potenciar sus habilidades y capacidades, en condiciones de mayor igualdad con los hombres. Sin embargo, cabe preguntarse cuán valorados son estos nuevos horizontes a los que aspiran las mujeres.

“En las mujeres, sin embargo, la gestión del tiempo genera fuertes tensiones y ambivalencias en su identidad, porque en la práctica su aspiración individual por construir una determinada biografía se enfrenta tanto con expectativas de rol profundamente arraigadas [...] como con el discurso cada vez más difundido del derecho de las mujeres de decidir autónomamente el curso de sus vidas y ganar en tiempo

propio, que supone muchas veces una aspiración por desarrollarse profesionalmente y trabajar.” (ibid; 182-183)

De esta forma, queda explícito que aun cuando existen nuevas formas de ocupar y organizar el tiempo, las mujeres se ven expuestas al sincretismo de género, y por ende a las tensiones que surgen a raíz de la conjunción del desarrollo de diversos roles en el ámbito público y privado, del ser mujeres modernas y tradicionales a la vez, incidiendo los diversos aspectos mencionados en la construcción de una identidad de género que no sea excluyente.

Directamente relacionado con las diferenciaciones de género, encontramos presente la sexualidad de las mujeres y el cómo la experimentan considerando las construcciones socioculturales presentes en cada territorio, aspectos abordados en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO II: ANTECEDENTES SOBRE SEXUALIDAD HUMANA

La sexualidad humana es un ámbito central en la vida de las personas. Desde la perspectiva de género, la sexualidad tiene un tratamiento social desigual si se trata de una mujer o de un hombre, a causa de ciertos tabúes y estereotipos asignados a cada uno de los géneros. Ciertamente, en esta percepción desigual de los sexos y en las expectativas que se generan en cada uno de ellos, la mujer se ve nuevamente más expuesta, es así como cuando se analiza la personalidad un hombre *“hacemos por anticipado una total abstracción de sus actos con relación a sus relaciones sexuales.”* (Kolontay; 1972:113) Sin embargo, en el caso de la mujer se *“valoriza en relación directa con su vida sexual.”* (ibid: 113) En este sentido, la desigualdad con que se concibe la vida sexual en hombres y mujeres, entraña una desigualdad de derechos y en las valoraciones en las sensaciones que pueden experimentar, adoptando medidas sociales distintas para actos iguales. (ibid)

Considerando lo anteriormente expuesto y con la finalidad de completar la contextualización teórica de la presente investigación, este capítulo aborda aspectos definidos como centrales de la sexualidad humana. Concretamente entrega una visión de ella a partir de distintas definiciones, antecedentes históricos que exponen las formas en que se ha entendido y vivido la sexualidad a lo largo de la historia; distintas influencias que han predominado en la concepción y ejercicio de la vida sexual, destacando el rol de los medios de comunicación y de la religión, donde se incluye el lugar asignado a la mujer y los tabúes sexuales basados en creencias religiosas; además, se exponen algunos modelos teóricos que explican la sexualidad humana, dando énfasis al Modelo Holónico, que considera la sexualidad como un sistema; y por último, se

realiza una breve reseña teórica sobre los derechos humanos y su relación con la sexualidad.

1. Diversos conceptos de sexualidad

Para adentrarse en la comprensión histórica y teórica sobre la sexualidad humana, es preciso que se desarrollen distintas concepciones de ella, desde diferentes enfoques teóricos, instituciones sociales, entre otras. La idea es tener un primer acercamiento conceptual a través de una revisión breve y un cuadro resumen (Cuadro N° 4) que exponga las ideas centrales de lo señalado.

- **Para el cristianismo:**

En occidente existen diversas religiones que influyen en la manera en que se concibe y en que desarrolla la vida personal y colectiva, donde no queda ajeno el plano sobre la concepción y el ejercicio de la sexualidad. Por lo general, las religiones presentes en América Latina, entre las que destaca la religión católica, visualizan la sexualidad humana desde un enfoque represor y pecaminoso.

En este contexto es importante señalar que la religión concibe la sexualidad humana en torno al amor marital y la reproducción. De este modo, la sexualidad se restringe a la conformación de familia, a través del matrimonio y la procreación. Esto requiere que la mujer conserve su virginidad hasta el momento en que contraiga compromiso marital y que durante éste se deba a su esposo e hijos/as.

“El mundo de la sexualidad se restringe a la fundación de la familia y está al servicio de ella; su productividad se capitaliza ahí. La sexualidad se considera “normal” en la medida en que está orientada sólo a la constitución de ese núcleo base de la sociedad. Surge, entonces, la asociación sexualidad – reproducción y todo ejercicio que intente disociarla es catalogado de “promiscuo” y/o “pernicioso.”
(Farías; s/f: 273)

En este sentido, cabe señalar que tal como la sexualidad está confinada a la vida de matrimonio y a la procreación, el único vínculo y unión aceptada es la de parejas heterosexuales. Cualquier atisbo de desobediencia, cualquier amenaza a estos mandatos religiosos es considerado pecado, por lo que la conducta en este contexto se encuentra rodeada por sentimientos de culpa y discriminación.

- **Para la Organización Mundial de la Salud:**

El año 2002, la OMS dio un paso adelante, muy importante por lo demás, desarrollando una definición de sexualidad que integra diversos ámbitos de la vida social, dando como resultado una visión integral e incluyente de la sexualidad humana.

“La sexualidad es un aspecto fundamental del hecho de ser humano a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, el vínculo afectivo y la

reproducción. Se experimenta y se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede abarcar todas estas dimensiones, no siempre se experimentan o se expresan todas. La sexualidad es influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales.” (OMS en AMSSA; op.cit.: 12)

Esta definición denota la importancia de la sexualidad en la vida de los seres humanos. Durante su ejercicio se reconocen distintas maneras de expresión de la misma e incluye la influencia de los ámbitos sociales, biológicos, psicológicos y religiosos, de manera interdependiente; además concibe la reproducción como una opción y distintos tipos de vínculos, no siendo exclusivo el heterosexual.

- **Sexualidad como sistema:**

Este modelo teórico, creado por Rubio en la década de los 90, define la sexualidad humana como un sistema, construido en la mente de los individuos, y que está conformado por cuatro subsistemas llamados holones sexuales, los que guardan complejidad por sí solos, pero que no se explican aisladamente. Estos holones son: reproductividad, género, erotismo y vinculación afectiva interpersonal.

“La sexualidad humana es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los cuatro holones (o

subsistemas) sexuales, a saber: la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva interpersonal. [...] La sexualidad se construye en la mente del individuo a partir de las experiencias que su naturaleza biológica y la interacción con el grupo le hacen vivir [...] los grupos humanos construyen ideas compartidas acerca de sus potencialidades sexuales.” (Rubio; 1994: 02)

De esta forma, el Modelo Holónico reconoce la sexualidad como un aspecto central en la vida de los seres humanos, la que incluye distintas potencialidades y que pueden abordarse desde diversas disciplinas.

CUADRO N° 4
DEFINICIONES SOBRE SEXUALIDAD

DEFINICIÓN DE SEXUALIDAD SEGÚN:	IDEAS CENTRALES
Religión	Visión represora y pecaminosa, construida a través de creencias y tabúes.
Organización Mundial de la Salud	Visión integral, incluye diversidad sexual, ámbitos psicológicos, sociales, culturales, económicos y espirituales.
Modelo sistémico	Visión holónica, incluye la interacción de los holones de la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva. Es análisis interdisciplinario.

Fuente: Modelo Holónico de la Sexualidad Humana (ibid), Formación para maestras y maestros de educación básica en salud sexual integral Manual para el maestro y la maestra (AMSSA; op.cit.) Sobre educación de la sexualidad (Farías; op.cit.)

2. Antecedentes históricos sobre el ejercicio de la sexualidad

El concepto de sexualidad y la forma en que ésta se vivencia y ejerce varía dependiendo de la cultura en que se esté inserto y del tiempo en que se viva. Es así como desde la antigüedad se encuentran tópicos muy diferentes a los de la época contemporánea. A continuación, se expondrá un resumen con los principales antecedentes históricos de la sexualidad, a partir de lo expuesto por Vera-Gamboa (1998), por Corral, Kurlar y Cerutti (s/f) y por Valdés (s/f):

- **Antigüedad:** La época en que primó el Judaísmo, en su fuente: el Antiguo Testamento, se pueden encontrar mandatos que señalan normas de regulación de la conducta sexual que prohíben el adulterio, consideran como pecaminoso la homosexualidad, señalan el tabú de la desnudez, prohíben el incesto, consideran al matrimonio con finalidades de reproducción y descendencia, señalan que el esposo hebreo podía compartir sus privilegios con más de una esposa, mientras que la esposa hebrea debía fidelidad a su marido, pues si no, moría apedreada. En definitiva, la sexualidad es vista como un impulso placentero.

Por otra parte, en Grecia, las normas de regulación de la sexualidad, en esta época permitían la homosexualidad entre hombres adultos y adolescentes, en su relación de maestros y pupilos.

En Atenas, las mujeres eran sujetas de segunda categoría, considerada en su faceta reproductiva, no podían salir sin la compañía de un hombre; las únicas mujeres que gozaban de este derecho eran las prostitutas finas.

La vida de hombres y mujeres se ve afectada por cambios en la vida social, entre los que se cuenta la separación del espacio público y privado, el primero destinado a los hombres y el segundo destinado a las mujeres; además, se imponen reglas de comportamiento moral para ambos géneros, permitiendo a los hombres el goce del placer e imponiendo la represión de los deseos de la mujer, quien se debe a su marido; también, se suman una serie de estereotipos que afectan a la mujer, pues se habla de la “buena mujer”, la que se dedica a su hogar y su familia, y la “mala mujer”, que se entrega a las manos del placer; por último, limita la sexualidad de la mujer a su función reproductiva, vinculada al matrimonio y la familia.

- **Edad Media:** Durante esta etapa de la historia, se tiene antecedentes de que emergieron las enfermedades de transmisión sexual, entonces, llamadas enfermedades venéreas. Por otra parte, la Iglesia Católica concentraba mucho poder. En materia de sexualidad, surgieron tres corrientes fundamentales:

- a. Corriente de liberación:** Gracias al descubrimiento del arte y la utilización de la desnudez como expresión artística y de la violencia basada en la pasión.

- b. Corriente de represión:** A partir de la aparición de diversos problemas sexuales y enfermedades de transmisión sexual, reafirma al matrimonio monógamo y la virginidad de las mujeres, declara el instinto sexual como demoníaco y considera que las enfermedades de transmisión sexual como un castigo divino, en virtud de las libertades sexuales y se aplica la inquisición.

c. Reforma: La Iglesia reinstaura el celibato religioso, el ejercicio sexual va dirigido hacia el ascetismo y la continencia, nace el divorcio y surge el puritanismo, que se hará presente, con mayor fuerza, en la época siguiente.

- **Siglos XVIII y XIX:** Durante esta época, diferentes comportamientos sexuales fueron calificados como patológicos, como es el caso de la masturbación; en este contexto surge el término “desviación sexual”. Surgieron escritos, cuyos autores señalaban que la reproducción era el eje central de la sexualidad, y cualquier acto que no tuviera este fin era denominado anormal.

Por otra parte, la influencia de la religión daba mucha importancia a la familia, como institución social, y los miembros de ésta debían amoldarse a las normas impuestas; es ahí, cuando debían fingir tal amoldamiento; pues el sexo era una necesidad, pero no podía disfrutarse. Para las mujeres incluso, el sexo debía soportarse, lo que provocaba culpa y miedo, y mitos que engendraban tales sentimientos.

Esta época está señalada como la del puritanismo, que se caracterizaba por la gran represión de los instintos sexuales.

- **Época de la revolución sexual:** Como reacción a las normas representativas de la sexualidad, surge junto con el proceso de industrialización de la sociedad occidental, un proceso de “revolución sexual” o de modernismo sexual.

Durante esta época, Sigmund Freud, afirmó que la sexualidad es un eje fundamental en la vida de cualquier persona y lo es a lo largo de todo su ciclo vital. Asimismo, Havellock Ellis, señala que el deseo sexual no tiene diferencia en hombres y en mujeres, es igual para ambos y que la masturbación no era una patología sexual.

Por otro lado, aparecen mujeres cuyos escritos y acciones rompen con lo establecido, por ejemplo Margaret Sanger inicia el movimiento de control de la natalidad en los Estados Unidos y publica artículos sobre la sexualidad de la mujer. Por su parte, la antropóloga Margaret Mead, plasmó sus descubrimientos del comportamiento sexual de las comunidades que estudiaba, y observó que también en ellas, se acostumbraba a tratar a la mujer como un ser inferior. Por último, una feminista reconocida es Geramine Greer, quién criticó el matrimonio y los estereotipos que hacían del hombre un ser activo y de la mujer un ser pasivo. Toda esta discusión y análisis ha ido interpretando cuáles son las condiciones de la sexualidad en la época actual.

- **En la actualidad:** La posición que ha alcanzado la mujer en la sociedad, es decir, el salir al espacio público, a través de la inserción en el mundo de trabajo, el acceso a la educación y la conquista por los derechos fundamentales, han generado una flexibilización de los roles en la pareja, una redefinición de la identidad femenina y masculina, un rechazo a la violencia al interior de la pareja; todo esto ha influido fuertemente en la manera en que las personas, de manera individual y en pareja, piensan y ejercen la sexualidad.

Valdés (ibid), señala que la modernidad transformó las dimensiones que existían para la intimidad, indicando que los principales cambios que se han generado son los siguientes:

- “- El amor romántico como principio del matrimonio,*
- La impugnación de la división sexual del trabajo,*
- La extensión de las relaciones sexuales prematrimoniales,*
- La independencia de los jóvenes adultos antes de matrimonio,*
- Divorcio como curso posible a los conflictos, y*
- Intimidad de los miembros de la familia.” (ibid: 02)*

En virtud de estos cambios en la vida social es que se generan otras modificaciones, que en materia de sexualidad son fundamentales, puesto que significan importantes avances para las mujeres y su derecho a ser reconocidas como sujetas de derechos. Como ejemplo, se debe mencionar la separación de la sexualidad de la reproducción, gracias al uso de métodos anticonceptivos eficaces y el reconocimiento del goce como legítimo derecho.

Las transformaciones en la manera de vivir y concebir la sexualidad, se enmarcan en contextos de constantes cambios, que favorecen una mayor amplitud y complejidad en temas sexuales.

3. Influencias sobre la concepción de sexualidad

El transitar de la historia trajo consigo diversos cambios en las formas de vivir y de concebir la vida en sociedad, y la sexualidad no fue una excepción. Como

parte central de la vida de las personas, la forma de comprender y vivir la sexualidad ha variado significativamente.

La sexualidad es un ámbito central en la vida de los seres humanos confinado principalmente al ámbito privado e íntimo; sin embargo, los comportamientos sexuales, concretados en la intimidad, se basan en creencias y estereotipos de género contruidos por medio de instituciones religiosas que predominan en la visión que tienen las personas sobre la sexualidad.

A continuación, se expondrá una breve descripción sobre el papel que ejercen las creencias, fundamentalmente religiosas, en la concepción de la sexualidad; y se abordará la influencia que despliegan los medios de comunicación y, en extenso, la religión; en la que se revisará el rol que ejerce la mujer en la sexualidad desde la religión y los tabúes sexuales basados en creencias religiosas.

a. Las creencias

Las creencias, en general configuran lo que pensamos. Las creencias no nacen solas, si no que se van adquiriendo a través del proceso de socialización, en el que influye el grupo familiar, el sistema educacional, y todos los involucrados en el proceso de formación de los individuos. Los elementos y herramientas que se van adquiriendo, permiten la interpretación de las situaciones vividas. Las creencias son parte de lo que los sujetos reciben, mas también existen aquellas que se logran formar conforme los sujetos adquieren conocimiento y conciencia.

“Pero en muchos casos, las creencias no son elegidas de forma voluntaria, consciente y racional, sino que son adquirida por aprendizaje Vicario (a través de la observación de modelos) o por la educación recibida en nuestro entorno familiar y social. Hay otras en cambio, que sí son adquiridas de forma voluntaria por la persona a través de un proceso consciente/racional.” (Sociedad Sexológica de Extremadura; s/f: 01)

Comprender que las creencias son el resultado de un aprendizaje vicario y recibido inconscientemente, permite entender que los mitos y las creencias sobre la sexualidad van formando un cerco que impide que la vida sexual se disfrute plena y libremente, causando incluso, problemas en la calidad de vida. Entre las creencias típicas se encuentran las que señalan que los genitales son los órganos más importantes durante una relación sexual, obviando el resto del cuerpo y vínculos que trae consigo llegar a esta instancia de relación con el otro; por otra parte, se encuentra la creencia que alude a lo avanzado que son los niños en conocimientos sexuales, impidiendo que se lleve a cabo una educación sexual de manera eficaz, por parte de personas que cuentan con los conocimientos idóneos para la formación sobre el tema. Por último, destacar que a través de las creencias impone la represión de la sexualidad o la limitación de su expresión, basada en concepciones morales y religiosas, que se naturalizan socialmente.

b. Influencia de los medios de comunicación

La visión genital de la sexualidad, que se muestra a través de los medios de comunicación como la televisión, las revistas, el cine, Internet, entre otros,

generan que el sexo carezca de sentido, en materia de derechos e igualdad de género, pues se basa en los roles estereotipados de género y reducen la sexualidad a los genitales, sin integrar la visión social, psicológica y biológica de lo que implica el real goce y expresión de las relaciones sexuales, cualquiera sea su expresión, ya que la sexualidad no sólo implica un carácter físico sino también emocional.

Si bien los medios de comunicación proporcionan pautas de comportamiento y constituyen *“otro de los aparatos ideológicos del Estado que junto con la familia y la escuela -entre otros- son necesarios para la reproducción del sistema social”* (www.fabianaporracin.com.ar), no tienden a un cuestionamiento reflexivo y crítico de la sexualidad, predominando imágenes que hablan por sí solas *“del hombre machista, la mujer fácil al servicio de la sexualidad masculina y la ridiculización de los homosexuales. Tres imágenes que distorsionan las relaciones entre los sexos”* (www.flora.org.pe) carentes de un diálogo y contenido efectivo que logre transmitir un desarrollo y ejercicio pleno de la sexualidad, sin responsabilizarse de la respuesta social en la que se traduce su transmisión, pese a que su cobertura e influencia en el comportamiento, es significativa. (www.fabianaporracin.com.ar)

Lagarde (1999), señala que en la mayor parte de los países latinoamericanos los medios de comunicación masiva muestran una visión ultrajante, irresponsable y violenta de la sexualidad, homogenizando la visión que se tiene de ella.

En definitiva, la influencia que ejercen los medios de comunicación masiva en la concepción y ejercicio de la sexualidad, no dista mucho de los modelos

tradicionales si se fija la mirada en el rol de la mujer, pues ésta, en términos jerárquicos, continúa relegada a la sumisión por el hombre. Además, la mujer se convierte en un objeto de deseo sexual, agregándole valor erótico de acuerdo a la estilización de su cuerpo.

c. Influencia de la religión

La influencia de la religión en las discusiones o debates públicos sobre la sexualidad, el catolicismo, es predominante. La moral impuesta desde la religión en América Latina genera restricciones que impiden el ejercicio libre de la sexualidad y el reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Si bien en la Biblia no existe una definición explícita de lo que se entiende por sexualidad humana, las religiones han realizado sus inferencias y han formulado significados que dan origen a creencias y normas restrictivas y prohibitivas sobre ella. Éstas se fundamentan básicamente en una concepción de sexualidad que la concibe como un don entregado por Dios, y que supone que las personas *“vivan una sexualidad madura como un don de Dios vinculada necesariamente a un amor de compromiso.”* (UNAPAC; 2009:01) Al mismo tiempo, se forja la creencia que al tiempo en que se vive la sexualidad en torno al amor de compromiso marital, el resultado de ésta debe ser la reproducción, tal como se expresa en la siguiente frase referente a la cultura de la vida:

“[...] Además, sobre esta base será posible recuperar el sentido más profundo de la sexualidad humana como un don de la persona dado y recibido. [...] La procreación de una persona requiere ética y

metafísicamente que sea el resultado de una relación conyugal, es decir fruto del amor esponsal.” (Chomalí; 2010: 03)

En las palabras del, ahora, arzobispo de la ciudad de Concepción, se infiere que el concepto de sexualidad es un don que se recibe y del cual se debe responsabilizar la persona, entregándole un sentido profundo y un significado espiritual, que se ve ligado a la procreación dentro de una relación conyugal.

Por otra parte, Vaggione (2009) señala que las creencias de tipo religiosa, juegan un rol fundamental en los individuos y la cultura, puesto que crea visiones prohibitivas de la sexualidad, que tienen alto impacto en la forma en que éste se concibe y ejerce. Sin embargo, también expone que, la religión posee un doble discurso en este sentido, puesto que a la vez que en el ámbito público sostiene una postura represiva y estricta sobre la sexualidad, en el ámbito privado se toleran prácticas anticonceptivas y/o abortivas no oficiales y muchas veces ilegales.

De esta forma, se configuran una serie de normas sexuales impuestas por la religión, y legitimadas por el Estado, debido a la poderosa influencia que ejerce en los asuntos políticos llamados “valóricos”, construyendo creencias que predominan en el desarrollo de la vida sexual de las personas. Entre tales creencias se encuentran las que hablan sobre el matrimonio legítimo y monógamo, la norma de la heterosexualidad, la constitución de familia, entre otras.

“En la cultura occidental han predominado desde tiempos muy lejanos pautas que reprimían, regulaban y restringían la sexualidad y

ordenaban las formas legítimas de unión, que estaban igualmente sujetas a reglas estrictas. Las instituciones hegemónicas, como la Iglesia y el Estado, tenían amplia jurisdicción sobre estos aspectos, y la familia monogámica, basada en el matrimonio legítimo.” (Margulis; 2003: 28)

Se puede apreciar que la religión, fundamentalmente a través de la Iglesia Católica en América Latina, genera restricciones con fundamentos morales y divinos, que impiden el libre ejercicio de la sexualidad, asociando las diversas prácticas sexuales a la culpa y el pecado. Asimismo, coexiste otra tradición religiosa que es menos dominante en el ámbito público, pero que moviliza a muchas personas: la Iglesia Evangélica. Ésta también es sindicada por promover un discurso contrario a la libertad y diversidad sexual, lo que se refleja en las terapias de cura de la homosexualidad, concebida como la posesión del cuerpo por el demonio. (Vaggione; op.cit.)

De esta forma, se puede inferir que las tradiciones religiosas y sus discursos sobre la sexualidad dan cobertura a gran cantidad de personas y a sus entornos inmediatos, obstaculizando que éstas se empoderen y reconozcan la sexualidad como un derecho humano. Igualmente, cualquier acción que se contraponga a las normas impuestas por la religión es considerada una amenaza al orden social impuesto, donde entran en acción los conceptos de culpa y pecado.

“Al interior de esta tendencia, la sola reflexión sobre modos posibles de ejercer la sexualidad se constituye en un intento de desorden, en conflicto que requiere ser neutralizado, normado, vigilado y

controlado. Entran, inmediatamente, en acción instrumentos de vigilancia, dispositivos internos de autocontrol como la culpa y el concepto de pecado.” (Farías; op.cit.: 273)

Por otra parte, muy importante es la influencia que tienen las creencias religiosas en la legislación y planificación de políticas públicas que tienen que ver con sexualidad. Estas creencias se convierten en otro obstáculo que impide que los Derechos Sexuales y Reproductivos sean reconocidos en su totalidad y plenitud, pues las autoridades eclesiásticas se movilizan para influir en el debate y en las decisiones. En Latinoamérica y en Chile principalmente, la Iglesia Católica es la que tiene mayor poder en las influencias que ejerce en el Estado. (Vaggione; op.cit.)

- **Sexualidad, religión y mujer**

De este modo, considerando los obstáculos que, por medio de las creencias religiosas impuestas en el plano moral y cultural, impiden el real reconocimiento y ejercicio de la sexualidad libre y autónoma y las desigualdades de género ya analizadas, es importante revisar la posición que ocupa la mujer en la sexualidad vista desde la religión y cuál es el rol que éstas han reservado para ellas. La siguiente cita entrega un primer acercamiento al respecto:

“En la civilización occidental, basada en la tradición judeo – cristiana, se han instalado desde muy antiguo formas de organización de la familia y normativas relativas al matrimonio que incluyen grandes

restricciones respecto de la vida sexual en general y de la autonomía y libertad de la mujer, en particular.” (Margulis; op.cit.: 28)

Para comenzar, es importante señalar que la identidad femenina en la religión cristiana católica se ha construido en base a rituales como el bautismo. Éste es el primer ritual al que es sometida una persona cristiana, es allí donde se empieza a configurar la diferenciación personal y sexual, a través de la imposición de un nombre que se define en función del sexo. Posteriormente el ritual de la primera comunión marca el paso de la niñez a la juventud, en éste se realiza la diferencia sexual a través del vestuario utilizado, los niños de traje oscuro y las niñas con traje blanco, lo que destaca la importancia de la pureza en la mujer soltera, haciendo culto a la Virgen María. (Castilla; s/f)

“María sería además la única mujer exenta del pecado original, la única mujer absolutamente pura. Si se viste a las niñas de blanco es, sin duda, para convertirlas en imágenes vivientes de la Virgen, parecerse a María es para la Iglesia el ideal de la mujer cristiana.” (ibid: 03)

A estos rituales se agrega el valor otorgado a la virginidad, que sólo podrá perderse dentro del matrimonio (ibid), y que se complementa con el mandato de ser buena esposa y madre, lo que implica ser pasiva, abnegada y sumisa.

“Una de las instituciones más importantes en la reglamentación de la sexualidad es la religión. Las iglesias legislan sobre la sexualidad y cuerpos de las mujeres, de tal modo que la conducta sexual está determinada por preceptos cristianos de virginidad, castidad,

indisolubilidad del matrimonio; todo ello complementado con el “marianismo” (culto a la Virgen María). De esta manera se imponen nociones de culpa y pecado al ejercicio de la sexualidad femenina y, por supuesto, se reprime el ejercicio de su libertad sexual.” (Valladares; s/f: 58)

De esta forma, la religión impone normas que afectan la vida de todas las personas, especialmente de las mujeres, pues quedan relegadas a una posición inferior a la del hombre y sometidas a rituales que afirman esta posición.

- **Tabúes sexuales basados en creencias religiosas**

El discurso sobre la sexualidad desplegado por las diferentes religiones tienen un factor común, como ya se ha revisado, la prohibición y la represión son aspectos centrales dentro de su concepto. Las religiones se encargan de ejercer control social en materia de sexualidad, en función de los discursos expuestos y a través de tabúes sexuales, como la consideración de la menstruación como peligrosa o la prohibición de tener relaciones sexuales prematrimoniales.

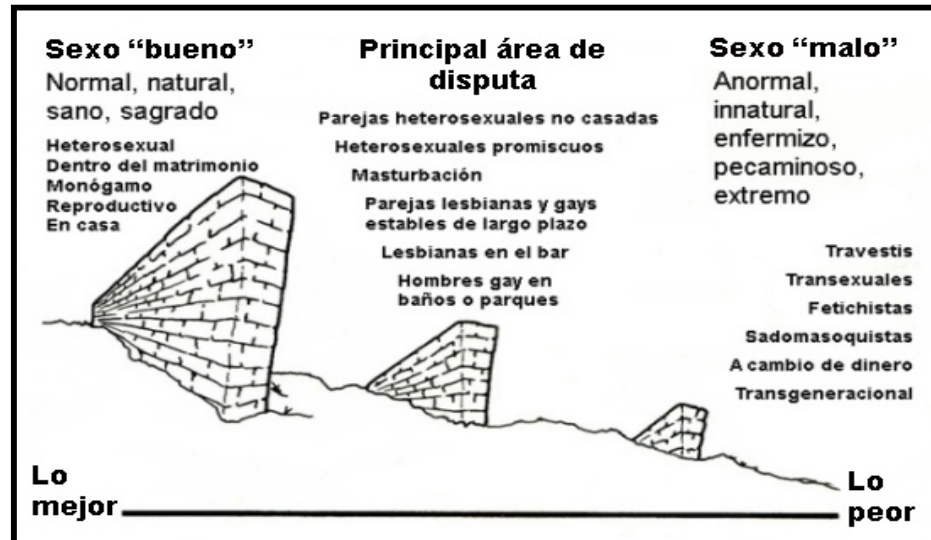
El tabú que tiene que ver con la menstruación, considera a ésta como una impureza proveniente de la mujer, un líquido peligroso y venenoso, ante el cual existe una amplia gama de prevención como el aislamiento de la mujer menstruante, prohibición de tener relaciones sexuales durante el periodo, prohibición a la mujer menstruante de preparar o consumir ciertos alimentos, entre otros. (Valladares; op.cit.)

Mantener relaciones sexuales antes de contraer matrimonio, es un tabú muy conocido, que lleva añadido otro que es la conservación de la virginidad y la pureza (ibid), pese a que en la actualidad cada vez es menos aceptado. Este tabú se fundamenta principalmente en el culto a María Virgen, quien representa la pureza asexuada, como modelo de mujer intachable espiritualmente (Hopman; 2002); por lo tanto afecta principalmente a la mujer y a la imagen que debe proyectar a la sociedad. Sin duda que hoy en día las condiciones del desarrollo social y cultural han ido abriendo espacios a una mayor tolerancia, con respecto a los roles de género. Sin embargo, aún se conservan algunas de las raíces conservadoras fundadas por la religión.

“La mayoría de las creencias moldeadas por las religiones prohíben el sexo antes del matrimonio, los anticonceptivos incluyendo el uso de condones y la homosexualidad. La sexualidad y los estereotipos de género formados por las religiones pueden impedir los esfuerzos de prevención y aumentar la vulnerabilidad a la infección del VIH.”
(ICASO; 2007: 19)

La cita precedente expone de manera clara una de las consecuencias que conllevan las creencias y tabúes religiosos en materia de sexualidad. El aumento de la vulnerabilidad a contraer enfermedades de transmisión sexual es una consecuencia a nivel biológico y físico, en temas de salud sexual; sin embargo, no son las únicas. Pues estas creencias minan el derecho de las personas y en particular de las mujeres a vivir una vida sexual plena y basada en el placer. Asimismo, al clasificar las acciones de las personas (Gráfico N° 1), se promueve la sumisión y la discriminación, vulnerando parte importante de los derechos humanos fundamentales.

GRÁFICO N° 1
LA ESTRATIFICACIÓN DEL SEXO



Fuente: Género y sexualidad. Informe General (Rubín; 1984 en Ilkharacan y Jolly; 2007)

4. Modelos teóricos para entender la sexualidad humana

Para entender la sexualidad humana existen distintos enfoques que explican cómo se concibe y se desarrolla. En este apartado se expondrán tres modelos teóricos para comprender la sexualidad humana: Modelo Sociológico, Modelo Interactivo y Modelo Holónico. Se desarrollará con mayor extensión y nivel de especificación el Modelo Holónico, pues es desde el cual se sitúa esta investigación.

a. Modelo Sociológico

Reiss en Lamas (2001) señala que la explicación a nivel social sobre la sexualidad humana se basa en el concepto de guión sexual extendido a nivel cultural. En este sentido, el guión es un código compartido por los miembros de un grupo, que interactúan a través de roles sociales.

Propone entender la sexualidad como un conjunto de guiones compartidos a nivel cultural, relacionados con la excitación erótica y a las respuestas genitales, de las cuales se pueden destacar dos consecuencias: 1. Revestimiento cultural de la sexualidad, y 2. Creación de vínculos entre los participantes, en la experiencia placentera y en el conocimiento de sus cuerpos. En este sentido, la sexualidad se relaciona con los roles de género, la estructura que regula a quién y con quién se permite el ejercicio erótico y la conceptualización social de normalidad sexual. (Ibid)

De este modo, este modelo propuesto por el sociólogo Ira Reiss, afirma que la actividad erótica está conducida por guiones sexuales, que traen consigo la formación de vínculos e importancia cultural, considerando estos procesos por separado y no como un todo integrado.

b. Modelo Interactivo

El Modelo Interactivo señala que al estudiar la sexualidad humana, se deben superar las diversas falacias que se han impuesto en su ejercicio como los roles de género, existiendo una amplia riqueza cultural; como que el sexo es una

necesidad imperiosa, imposible de saciar y que es principalmente biológico; y como la creencia de que la heterosexualidad es lo único posible. (Fernández en Lamas; op.cit.)

De esta forma el autor señala que, el sexo es una variable compleja constituida por procesos de diferenciación sexual, presentes en todo el ciclo vital, donde interactúan los factores biológicos, psicológicos y sociales, y que dan como resultado a hombres, mujeres o personas con sexo ambiguo. En estos procesos es posible destacar tres elementos importantes: 1. sexo como variable estímulo, referido a los comportamientos estereotipado por el sexo de las personas, 2. sexo como variable sujeto vinculado a las diferencias o semejanzas entre los sexos, y 3. comportamientos sexuales. (ibid)

En este sentido, esta propuesta se encuentra basada en una serie de puntos que intentan ampliar la mirada y el estudio de la sexualidad humana, desde un punto de vista circular, señalando por ejemplo que, en la sexualidad el ámbito psicológico incide en el físico, como el ámbito físico incide en el psicológico.

c. Modelo Holónico

Para comprender la sexualidad desde un punto de vista integral es de gran utilidad conocer el Modelo de los Holones Sexuales, que precisamente integra elementos que permiten mirar de manera amplia e integrada la sexualidad humana.

Este modelo, creado por Eusebio Rubio, médico y sexólogo mexicano, quien se basa en la Teoría General de Sistemas propuesta por Ludwing von Bertalanffy, piensa la sexualidad humana como un sistema. Los sistemas se encuentran integrados por subsistemas que se encuentran en constante interacción, subsistemas que aumentan su complejidad al considerarlos en su conjunto. (González; s/f)

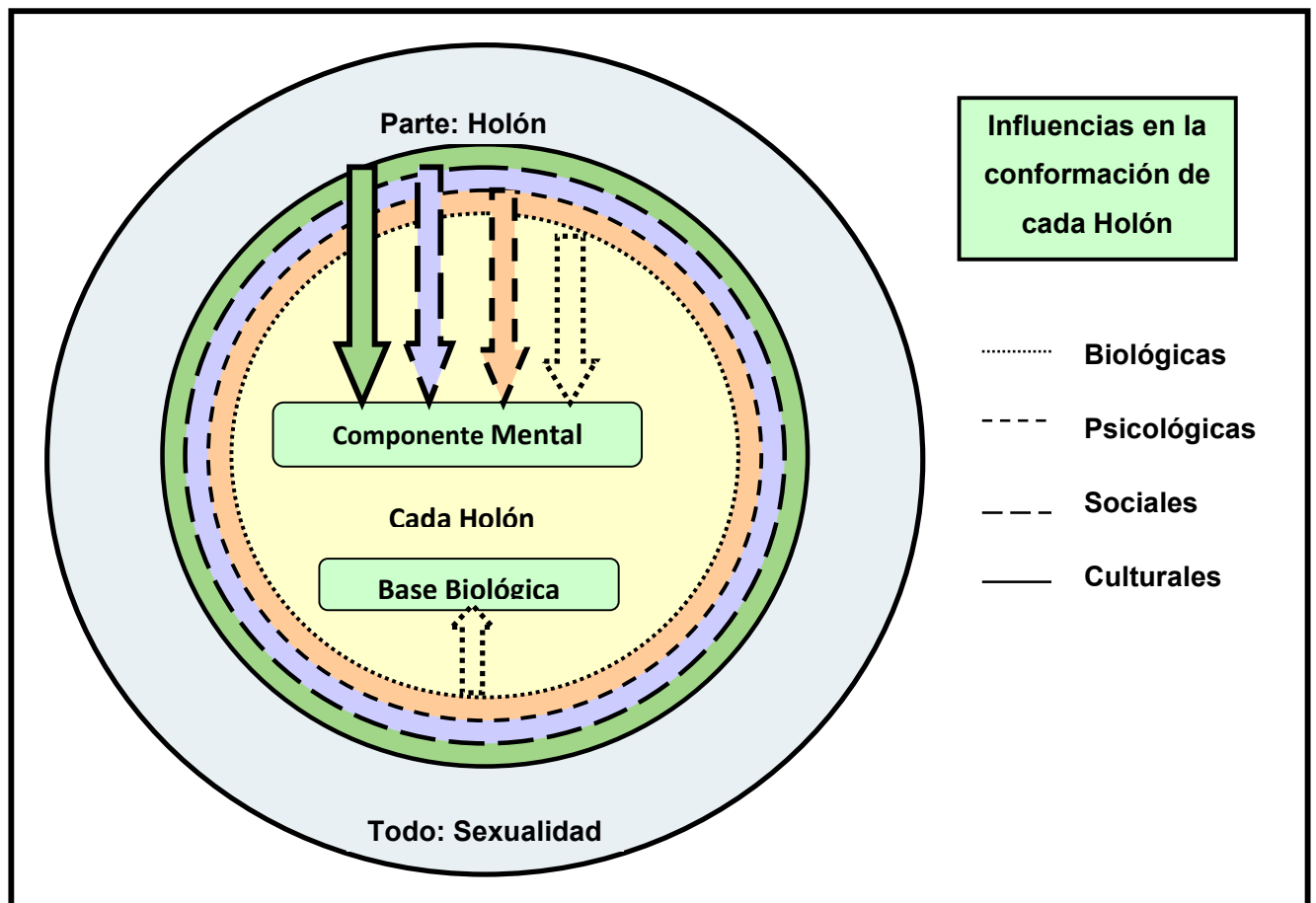
Un holón es una de las partes del sistema, de alta complejidad por lo que debe ser considerado como totalidad en sí mismo. Es decir, es una parte que constituye al sistema y a la vez es un sistema en sí mismo. De esta forma, la sexualidad humana pensada como un sistema está integrada por cuatro subsistemas o cuatro holones sexuales, identificados como potencialidades humanas: 1. Reproductividad, 2. Género, 3. Vinculación afectiva y 4. Erotismo (Alva; 2001) y estos se influyen y manifiestan desde las dimensiones biológica, psicológica, social y cultural.

“La sexualidad humana es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los cuatro holones (o subsistemas) sexuales, a saber: la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva interpersonal. [...] La sexualidad se construye en la mente del individuo a partir de las experiencias que su naturaleza biológica y la interacción con el grupo le hacen vivir [...] los grupos humanos construyen ideas compartidas acerca de sus potencialidades sexuales.” (Rubio; op.cit.: 02)

En este sentido, Rosillo (op.cit.) destaca la construcción social de la sexualidad en la mente de los individuos desde la infancia en base a los holones sexuales,

señala que la construcción de los significados que se le entrega a cada uno de ellos está influenciada por el contexto en el que nace y se desarrolla la persona, en el ámbito biológico, psicológico, social y cultural, tal como se muestra en el gráfico N° 2.

GRÁFICO N° 2
HOLONES SEXUALES E INFLUENCIAS



Fuente: Manual para el maestro y la maestra (AMSSA; op.cit.: 13)

Un elemento importante en este modelo es la idea de integración, pues entiende que cuando se trata de sistemas, los elementos que lo componen no pueden ser representados correctamente si se consideran de manera aislada. De esta forma, los significados otorgados a las experiencias permiten la construcción e integración de la sexualidad. (Rubio; op.cit.)

- **Holón de la reproductividad**

Esta dimensión alude a la posibilidad que tienen los seres humanos para reproducirse y a las construcciones mentales que se tienen sobre la reproducción.

Desde la dimensión biológica, se consideran los aparatos reproductores, el embarazo, el parto y la anticoncepción; asimismo, desde un nivel psicológico, se contemplan las vivencias y significados otorgados a la maternidad y paternidad. En el plano sociocultural se conciben las construcciones sociales sobre lo que significa ser madre o padre, en cuanto a funciones y roles; creencias y legislaciones que existen en torno a la maternidad, la paternidad, la adopción, la crianza y fenómenos demográficos. (González; op.cit.)

“Sobre la reproductividad [...] Parece ser identificado de inmediato con nuestra condición biológica [...] sin embargo, la reproductividad humana es un holón sexual que tiene manifestaciones psicológicas y sociales de la mayor importancia y no se limita al evento biológico de la concepción, embarazo y parto.” (Rubio; op.cit.: 04)

En definitiva, el holón de la reproductividad se refiere a la capacidad biológica de la reproducción y a las tareas que como padres o madres se deben cumplir en torno a la crianza de los hijos/as. En tanto, las ideas que surgen en torno a estos temas son construidas desde la infancia y se van complementando y/o modificando a medida que la persona se desarrolla en un contexto determinado.

“En la dimensión psicológica, la mayoría de los y las adolescentes ya tienen ideas claras sobre si desean ser padres o madres en el futuro y adjudican una serie de características a su concepto de roles paternos y maternos, así como circunstancias que consideran ideales para su ejercicio.” (AMSSA; op.cit.: 15)

Este ejemplo expone claramente cómo actúa el holón de la reproductividad en determinado momento del desarrollo de una persona. En este caso, las ideas en torno a la maternidad se van configurando desde la infancia; sin embargo, en la adolescencia es una idea más completa que en la etapa anterior.

- **Holón del género**

Como todos los holones sexuales, el holón del género se manifiesta en las dimensiones biológicas, sociales, psicológicas y culturales de las personas. Se comienza a construir a partir de las características biológicas que diferencia a hombres y mujeres, en base a las que se les atribuyen ideas, valores y roles, dependiendo del contexto en que se encuentren; teniendo relación con la dimensión cultural y social del holón, e instalándose en el plano psicológico de las personas. En éste, la identidad individual es parte muy importante, pues el género es central en el proceso de conformación de la identidad. (Rubio; op.cit.)

En este sentido, se puede señalar que el holón del género se construye con ciertas inequidades, pues la dimensión cultural y social ubica a la mujer en una posición inferior a la del hombre, y en función de eso atribuye roles y estereotipos, que son adquiridos a través del fenómeno de etiquetado, al cual se hizo alusión en el capítulo anterior.

“Las concepciones sociales sobre la masculinidad y feminidad muchas veces no tienen relación con las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, sino que son el resultado de ideas que se transmiten históricamente entre los miembros de un grupo social determinado y en numerosos casos, esta falta de equidad, de validez cultural a esquemas de dominación y sumisión de las mujeres que terminan por minar su bienestar y el de la sociedad completa.” (AMSSA; op.cit.:16)

De esta manera se acentúan las diferencias que discriminan a un género del otro, perpetuándose de generación en generación.

La dimensión psicológica del holón del género actúa incorporando las ideas sobre el deber ser hombre y mujer en la sociedad, a las acciones y concepciones que van configurando las personas en sus marcos referenciales.

- **Holón de la vinculación afectiva interpersonal**

Rubio define la vinculación afectiva interpersonal como *“La capacidad de sentir afectos intensos por otros, ante la disponibilidad o indisponibilidad de ese otro/a, así*

como las construcciones mentales alrededor de los mismos.” (Rubio; op.cit.: 09) Es decir, a la capacidad que tienen los seres humanos para formar lazos sentimentales intensos hacia otras personas, y las significaciones que se le otorgan a estos lazos en la construcción mental, individual y social. (González; op.cit.)

Asimismo, señala que el holón de la vinculación afectiva se constituye con las capacidades para experimentar las emociones que se vinculan con ideas y concepciones que se tienen sobre el tema en cuestión. (AMSSA; op.cit.) El marco referencial de las personas es determinante al momento de concebir los vínculos, pues las relaciones interpersonales se basan en estas concepciones y definen la manera en que se desarrollará la comunicación y afecto con los otros. Éstas se manifiestan, como en todos los holones, en la dimensión biológica, psicológica y sociocultural.

En tanto la potencialidad biológica, en el holón sexual de la vinculación afectiva se expresa en las reacciones bioquímicas que originan vínculos afectivos, el amor romántico, el enamoramiento y el vínculo materno infantil. (González; op.cit.)

Por su parte, en la dimensión psicológica son fundamentales las experiencias y los significados que se otorgan subjetivamente al amor (experiencias subjetivas), al enamoramiento y a los patrones de vinculación.

Desde lo sociocultural, influyen las normas culturales que rigen los vínculos afectivos como el establecimiento de pareja, formación, desarrollo y disolución,

a través de legislaciones que institucionalizan y regulan las formas de relaciones afectivas como el matrimonio y el divorcio. (AMSSA; op.cit.)

- **Holón del erotismo**

En este modelo se entiende que erotismo son los procesos humanos que giran en torno al apetito sexual, la excitación y el orgasmo, que dan como resultado placer en tales vivencias humanas y construcciones mentales que las refieren. (González; op. cit.) En su definición ya se pueden observar atisbos sobre las diferentes potencialidades sexuales en que se manifiesta el holón del erotismo.

El nivel biológico se expresa en la fisiología de los órganos sexuales y la respuesta sexual química y física del organismo a través de tres procesos fisiológicos: el deseo o apetito sexual, la excitación y el orgasmo (Rubio; op.cit.).

La potencialidad psicológica se manifiesta en las significaciones que se le entregan a la simbolización erótica, en base a las actitudes y experiencias vividas en este plano (González; op.cit) (AMSSA; op.cit.). Es decir, dependiendo de las significaciones que le otorgue un individuo a ciertos estímulos, es que éstos podrían traducirse en potenciales elementos eróticos para tales individuos.

Por otra parte, a nivel sociocultural este holón debe autorregularse ajustándose a las normas impuestas por cada sociedad con respecto a cómo experimentar el erotismo, y por consiguiente debe responder a comportamientos sexuales

específicos que bien pueden ser aceptados o rechazados moralmente. (González; op.cit.)

Cabe señalar que la interrelación existente entre los cuatro holones sexuales y de las dimensiones expuestas, dependería la respuesta de cómo experimentan hombres y mujeres su sexualidad.

“La sexualidad humana se construye en la mente del individuo a partir de las experiencias que tiene desde temprano en la vida y que la hacen significar e integrar las experiencias del placer erótico con su ser hombre o mujer (género), sus afectos que le vinculan con otros seres humanos y con su potencialidad reproductiva.” (Rosillo; op.cit.: 01)

Para concluir, es importante señalar que el Modelo Holónico de la Sexualidad Humana concibe que ésta se construye en la mente de los individuos considerando las experiencias vividas desde la infancia y que la hacen significar e integrar las experiencias del placer erótico con la identidad de género, los vínculos con otros seres humanos y con su potencialidad reproductiva (Rubio; op.cit.). El sentido integral que propone este modelo hace concebir el ejercicio y vivencia de la sexualidad humana como un proceso en constante cambio e interacción de potencialidades humanas.

Finalmente, es importante retomar ciertos elementos centrales de este capítulo, tales como los avances acaecidos en materia sexual, en relación a la manera en que se modifica la forma de concebir y de actuar en torno ella, donde se transita de un paradigma conservador, represor, basado en creencias y tabúes religiosos, hacia uno que contempla la libertad de expresión y la conjunción de

una diversidad de elementos que conforman la vida personal y social de las personas.

CAPÍTULO III: SEXUALIDAD Y DERECHOS HUMANOS

La relación concreta que existe entre la sexualidad y los derechos humanos, radica en el interés específico de organismos internacionales por ampliar la mirada y por consiguiente la cobertura de los aspectos que aborda la Convención de Derechos Humanos y posteriores Convenciones y Conferencias, procurando interceder en la esfera pública y privada de hombres y mujeres independiente de su credo, nacionalidad, etnia, opción sexual, etc., reconociendo las diversidades de las personas, el contexto en el que se sitúan y las desigualdades que perpetúan relaciones asimétricas de poder. El propósito es instar a los gobiernos que han ratificado sus acuerdos, a generar las condiciones mínimas de desarrollo y bienestar psicológico, físico y social de sus habitantes, pretendiendo garantizarles un estado pleno, fundamentado en el respeto irrestricto de su condición de ser humano.

Cabe señalar que los derechos humanos han estado omnipresentes en gran parte del discurso político desde la segunda guerra mundial. Aunque la lucha por liberarse de la opresión y la miseria es seguramente tan antigua como la propia humanidad, fueron la tremenda afrenta a la dignidad humana perpetrada durante esa guerra y la necesidad que se sintió de prevenir horrores semejantes en el futuro lo que llevó a situar de nuevo al ser humano en el centro y a codificar los derechos humanos y las libertades fundamentales en el plano internacional. El artículo 1 de la Carta de las Naciones Unidas declara «el desarrollo y estímulo del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión» como uno de los propósitos de la Organización. (Nowak; 2005)

Historia de los Derechos Humanos

La legislación de derechos humanos surgió en el siglo XIX, con la elaboración de una doctrina en la que se consideraba legítima la intervención humanitaria en casos de violencia desde el Estado hacia sus ciudadanos. Luego, el Movimiento de la Cruz Roja y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), elaboraron el Convenio de Ginebra y convenios diseñados para dar protección a los trabajadores industriales, en cuanto a la explotación de la que eran objeto y de las condiciones laborales. Posteriormente, en 1926 se instaura el primer tratado internacional de derechos humanos, denominado Convención sobre la Esclavitud. (ibid)

El 1945, se establecen las Naciones Unidas, y existe un objetivo fundamental a alcanzar, éste tiene que ver con desarrollar y estimular el respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de las personas, sin distinción. Sin embargo, sólo en 1948, se publica la primera interpretación autorizada de los derechos humanos, en la Declaración Universal de Derechos Humanos, considerándose ésta como una norma general sobre derechos humanos. Varios años después, incluso décadas, entraron en vigencia el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Los documentos mencionados son los únicos instrumentos generales de derechos humanos de las Naciones Unidas y se conocen como la Carta Internacional de Derechos Humanos (ibid)

Con el correr del tiempo, la Carta Internacional de Derechos Humanos se ha complementado con otros instrumentos sobre derechos humanos, pero que tratan temáticas más específicas (Cuadro N°5) y *“constituyen, junto con los dos*

Pactos, un conjunto de instrumentos que generalmente se conocen como los tratados básicos de derechos humanos” (ibid: 18)

CUADRO N°5
INSTRUMENTOS COMPLEMENTARIOS A CARTA INTERNACIONAL DE
DERECHOS HUMANOS

AÑO	INSTRUMENTO
1965	Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial.
1979	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.
1984	Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.
1989	Convención sobre los Derechos del Niño.
1990	Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares.

Fuente: Derechos Humanos: Manual para Parlamentarios (ibid)

En tanto, la Declaración de Derechos Humanos fue proclamada como:

“Ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los

pueblos de los Estados miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción.” (www.un.org)

En este sentido, los Estados que se hagan parte de los instrumentos mencionados, asumen principalmente tres obligaciones: respetar, proteger y cumplir los derechos humanos. (Nowak; op.cit.)

Concepto de Derechos Humanos

Para comenzar, es preciso señalar que los derechos humanos son aquellos derechos que todas las personas poseen, fundamentados en la dignidad inherente de todas ellas, dada por su condición humana. Regulan las relaciones entre éstas y el Estado, definen el poder que ejerce esta Institución y *“exigen que el Estado adopte medidas positivas que garanticen condiciones en las que todas las personas puedan disfrutar de sus derechos humanos.”* (ibid: 01) Abarcan los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales. (OMS; 2002)

La función de los derechos humanos es proteger a las personas y los grupos de personas de acciones que perjudican sus libertades fundamentales y su dignidad humana. (OMS; op.cit.) Como se señaló anteriormente, la primera interpretación autorizada del concepto de Derechos Humanos, se expuso en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en ésta se explicita que:

“Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o

social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.”
(www.un.org)

Los derechos humanos tienen cuatro principios básicos la universalidad, la inalienabilidad, la indivisibilidad y la interdependencia. Es así como la comunidad internacional ratificó el siguiente concepto de derechos humanos, en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en Viena en 1993.

“Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. La comunidad internacional debe tratar los derechos humanos en forma global y de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y dándoles a todos el mismo peso.” (Conferencia Mundial de DD.HH en Nowak; op.cit.: 05)

a) Son universales porque, se basan en la dignidad que posee todo ser humano; por lo tanto, independientemente de la condición u origen de las personas, de la raza, el color, el sexo, el origen étnico o social, la religión, el idioma, la nacionalidad, la edad, la orientación sexual, la discapacidad o cualquier otra. Son aplicables de manera igualitaria e indiscriminadamente a todas las personas y en todos los lugares. (ibid)

b) Son inalienables porque, las personas no pueden ser despojadas de sus derechos; asimismo, no se pueden renunciar ni negociar los mismos. No obstante, existen situaciones en que se puede limitar o suspender los derechos a las personas, pero nunca extinguirlos. (Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos; 2008)

c) Son indivisibles e interdependientes porque, los derechos humanos están relacionados entre sí; por lo tanto, no se pueden separar ni jerarquizar uno por encima del otro. (ibid) Es decir, cada derecho trae consigo otros y no pueden ser concebidos separadamente. (Nowak; op.cit.)

Por último, los derechos humanos se clasifican a partir de tres enfoques: el historicista, el basado en la jerarquía y el enfoque periódico. El primero pretende la protección progresiva de los derechos humanos, el segundo se preocupa de distinguir entre los derechos esenciales y los complementarios, mientras que el último, rescata los diversos acontecimientos históricos que han incidido en la formulación y ratificación de los derechos humanos.

Para efectos del presente capítulo, se profundizará en el desarrollo histórico de los derechos humanos, es decir, abordará el enfoque periódico. Éste, clasifica a los derechos en tres generaciones tal como señala el cuadro N°6.

De esta manera, se fueron incorporando aspectos imprescindibles para profundizar en la concepción de los derechos humanos, abordando temáticas que permitieran ahondar en las libertades individuales de las personas, instando a los Estados a establecer relaciones de hermandad con el resto, respetando la autodeterminación de cada uno.

La primera, “surge con la Revolución Francesa como rebelión contra el absolutismo del monarca”, la segunda “surge como el resultado de la Revolución Industrial, en México, la Constitución de 1917 incluyó los Derechos Sociales por primera vez en el mundo. Constituyen una obligación de hacer del Estado y son de satisfacción progresiva de

acuerdo a las posibilidades económicas de mismo. La última generación surge en nuestro tiempo como respuesta a la necesidad de cooperación entre las naciones, así como de los distintos grupos que la integran.” (Aguilar; s/f: 93).

CUADRO N°6
ENFOQUE PERIÓDICO DE LOS DERECHOS HUMANOS

PRIMERA GENERACIÓN	DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS	Son los más antiguos e imponen al Estado respetar los derechos de los seres humanos. Por ejemplo: Derecho a voto, derecho a ser electo, libertad de reunión y asociación, entre otros.
SEGUNDA GENERACIÓN	DERECHOS SOCIALES, ECONÓMICOS Y CULTURALES	Derechos de tipo colectivo, con contenido social que pretenden mejorar las condiciones de vida. Po ejemplo: Derecho a un salario justo, como derecho económico; libertad de asociación, como derecho social; y derecho a tomar libremente parte, en la vida cultural, como derecho cultural.
TERCERA GENERACIÓN	DERECHOS DE LOS PUEBLOS O DE SOLIDARIDAD	Surgen como respuesta a la necesidad de cooperación entre las naciones y de los distintos grupos que la componen. Por ejemplo: Derecho de los grupos étnicos al desarrollo económico, derecho a que cada país escoja su forma de gobierno.

Fuente: Las Tres Generaciones de los Derechos Humanos (ibid)

Comprender de esta manera, que la consolidación actual de los derechos humanos y su cobertura, considerando las modificaciones e incorporaciones de nuevas temáticas, constituye el resultado de diversos procesos políticos, sociales, económicos y culturales sucedidos a lo largo de la historia. Por consiguiente es preciso especificar que los derechos humanos no permanecen estáticos, sino que se co construyen en función del tiempo y las exigencias que amerita el respeto irrestricto de las personas en general.

Derechos sexuales

Para comenzar, es preciso señalar que cuando se realiza una interpretación desde el enfoque de género, se encuentran vacíos importantes, inconsistencias y exclusiones en el marco general de tales derechos. (Plata y Calderón; 2000) Para dar respuesta a tales vacíos, es que los derechos sexuales y reproductivos se vuelven tremendamente importantes, pues con ello se intenta dar una necesaria y progresiva redefinición de los Derechos Humanos, ya que la sexualidad es indivisible de éstos. (Léon; s/f)

En virtud de lo anterior, los derechos humanos relacionados con la sexualidad y la reproducción, se denominan derechos sexuales y reproductivos y conforman un nuevo conjunto de derechos que se origina en la década del 60 cuando Estados Unidos implementaba políticas de control de la natalidad a mujeres provenientes de pueblos indígenas y en situación de pobreza. Durante la década de los 70 y 80, movimientos que resguardaban la salud de las mujeres, principalmente en Estados Unidos, realizaron movilizaciones que defendían el derecho al aborto y a la concepción feminista que consistía en ejercer los

derechos correspondientes en cualquier plan que tuviera relación con la sexualidad y la reproducción. (Vidal; 2003) (Ilkcaracan y Jolly; op.cit.)

De esta forma, se reconoce y promueve por parte de los movimientos de mujeres la injerencia que debía tener la población objetiva de las normas de regulación de la natalidad; es decir, las mujeres como objetivos de decisiones a nivel nacional y que afectan la integridad de sus cuerpos.

En este sentido, los derechos sexuales hacen referencia a la universalidad, aludiendo a un elemento presente en todos los seres humanos: la sexualidad. (Consejo Internacional de Políticas de Derechos Humanos; 2010) Para definir el concepto *Derechos Sexuales*, la OMS plantea lo siguiente:

“Abarcan derechos humanos reconocidos por leyes nacionales, documentos internacionales de derechos humanos y otros acuerdos de consenso, que son parte integral e indivisible de los derechos humanos universales. Incluyen el derecho de todas las personas, libres de coerción, discriminación y violencia, a: (1) el mayor estándar posible de salud, en relación con la sexualidad, incluyendo el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva; (2) buscar, recibir e impartir información en relación a la sexualidad; (3) educación sexual; (4) respeto por la integridad corporal; (5) elección de pareja; (6) decidir ser o no ser sexualmente activo; (7) relaciones sexuales consensuadas; (8) matrimonio consensuado; (9) decidir tener o no tener, y cuándo tener hijos; y (10) ejercer una vida sexual satisfactoria, segura y placentera. El ejercicio responsable de los derechos humanos requiere que todas las personas respeten el derecho de los otros.” (ibid: 09)

Es así como, tal como lo señalan Díaz, Casas, Schiapacasse y Dides (2006), los derechos sexuales y reproductivos derivan de la Convención de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos realizada en 1948, Convención sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales desarrollada en 1966 y Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW) llevada a cabo en 1989. Al derivar de los derechos humanos, se entiende que los derechos sexuales y reproductivos constituyen derechos cuya garantía y goce son fundamentales para las personas. Se relacionan directamente con el derecho a la vida, a la libertad, a la igualdad, a vivir libre de discriminación, libertad de información, expresión y pensamiento, derecho a la educación, derecho a gozar de los beneficios del progreso científico, derecho a la salud, entre otros. (Muñoz; 2008)

En Díaz (et al, op.cit.) se señala que los derechos sexuales y reproductivos incluyen el derecho de las personas a tomar decisiones en base a la información y libertad sobre su sexualidad y reproducción, a ejercer la sexualidad libre y placenteramente, sin riesgos para la salud; gozar de altos estándares de calidad y servicios adecuados que atiendan la salud sexual y reproductiva; a decidir con libertad y responsabilidad el momento, la persona, la frecuencia y el número de hijos que desean tener; al acceso a métodos anticonceptivos, a estar libres de discriminación, coacción o violencia en tales decisiones y exigir a sus parejas respeto, igualdad, consentimiento mutuo y responsabilidad compartida en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción.

En este sentido, los derechos humanos relacionados con la sexualidad y la reproducción, guardan una estrecha relación con los derechos civiles, políticos y sociales, tal como se ejemplifica en el siguiente cuadro:

CUADRO N° 7
RELACIÓN DE LA SEXUALIDAD CON LOS DERECHOS HUMANOS

LIBERTAD REPRODUCTIVA COMO DERECHO:	ESTÁ LIGADA:
Civil	Al derecho a decidir sobre el propio cuerpo
Político	A las conquistas de los movimientos de mujeres
Social	A las políticas de salud pública.

Fuente: Juventud chilena y derechos en sexualidad (Vidal; op.cit.: 135)

Existen cuatro documentos donde se ubican explícitamente los derechos sexuales y reproductivos que son la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979), la Conferencia sobre Derechos Humanos de Viena (1993), el Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (1994) y la Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (1995), cuyos aportes, resumidamente, se exponen en el siguiente cuadro:

CUADRO N° 8
DOCUMENTOS SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

AÑO	DOCUMENTO	APORTES
1979	Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer	Destaca el derecho que tienen hombres y mujeres a la igualdad de oportunidades, refiriéndose al derecho de las mujeres al acceso a servicios de atención médica durante todo su ciclo vital.
1993	Conferencia sobre DD.HH de Viena.	Consideró los derechos de la mujer como integrales e inalienables de los derechos humanos.
1994	Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo.	Los Estados se comprometieron a eliminar las desigualdades sociales, económicas y políticas que afectan a las mujeres. Se definieron los derechos reproductivos como los que abarcan ciertos derechos humanos ya reconocidos en documentos nacionales e internacionales, entre ellos el derecho de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente lo relacionado con la reproducción; derecho a altos niveles de salud sexual y reproductiva, entre otras.
1995	Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing.	Amplió la definición a derechos sexuales. Derechos sexuales: Incluyen el derecho humano de la mujer a tener el control de su sexualidad, incluyendo su salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente sobre esos temas, sin sufrir discriminación, coerción ni violencia.

Fuente: El derecho a la salud sexual y reproductiva (Plata y Calderón; op.cit.)

Los derechos sexuales y reproductivos, hacen referencia directamente con aspectos, considerados tradicionalmente, pertenecientes al ámbito privado de las personas, ante los cuales la acción del Estado y el derecho estaba limitada. (Lamadrid; op.cit.) Aunque actualmente existen avances en términos del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, a través de instrumentos internacionales de derechos humanos, no existe ningún compromiso explícito sobre los derechos allí señalados.

Sin embargo, considerando limitantes como la carencia de compromisos concretos sobre los derechos sexuales y reproductivos, de los instrumentos internacionales se ha sacado provecho para actuar en defensa de los mismos (Tambiah; 1995), amparándose en derechos específicos como el derecho a la vida.

No obstante, en 1997 en la realización del 13° Congreso Mundial de Sexología, realizado en Valencia, España, se creó la Declaración de los Derechos Sexuales. Esta Declaración señala que:

“La sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor. [...] El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social. [...] Son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico.” (Organización Panamericana de la Salud,

Organización Mundial de la Salud y Asociación Mundial de Sexología;
2000: 43)

Además, establece que la salud sexual tiene como resultado una sociedad que reconoce, respeta y ejerce sus derechos sexuales; estos son los siguientes (ibid):

1. El derecho a la libertad sexual.
2. El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.
3. El derecho a la privacidad sexual.
4. El derecho a la equidad sexual.
5. El derecho al placer sexual.
6. El derecho a la expresión sexual emocional.
7. El derecho a la libre asociación sexual.
8. El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.
9. El derecho a información basada en el conocimiento científico.
10. El derecho a la educación sexual integral.
11. El derecho a la atención de la salud sexual.

Posteriormente, esta Declaración de los Derechos Sexuales fue aprobada en 1999 por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, en el 14º Congreso Mundial de Sexología, realizado en China. (ibid)

Sin duda, los antecedentes revisados en la extensión de este capítulo se consideran como un avance en el reconocimiento y goce de los derechos humanos sexuales y reproductivos; sin embargo, el peso que aún tienen las creencias que conciben la sexualidad como una cuestión constitutiva de normas

que la regulen desde la religiosidad y los estereotipos de género, sigue vigente, provocando diversas consecuencias en la salud sexual y reproductiva de las personas.

Para concluir, es preciso señalar que en el siguiente capítulo, con la finalidad de entregar un contexto político y social al presente estudio, se da inicio al marco de referencia. En éste se abordarán los documentos internacionales de derechos humanos que planteen de manera directa los derechos sexuales y reproductivos, con el objetivo de avanzar en el conocimiento sobre la relación que se establece formalmente, en materia de derechos humanos, entre género y sexualidad. Asimismo, se señalará cuáles de estos compromisos internacionales ha sido adoptado por el Estado de Chile, haciendo alusión a las medidas, que se han tomado para cumplir con dichos compromisos, ya sean leyes, normas, planes o programas. Por último, se contextualizará el estudio de manera concreta en el espacio donde fue aplicado; es decir la comuna de El Bosque, ahondando en sus características socio-organizacionales.

SEGUNDA PARTE: MARCO REFERENCIAL

CAPÍTULO IV: CONVENCIONES Y CONFERENCIAS DE DERECHOS HUMANOS.

En el presente capítulo de marco referencial, se muestra un breve recorrido histórico por los instrumentos internacionales de Derechos Humanos que han dado como resultado la consolidación de la mujer como individuo en plena facultad de derechos, impulsando la igualdad de género en diversos ámbitos. Para dicho propósito, se han desarrollado iniciativas precisas, es decir, Convenciones Internacionales, que inciden en la formulación de políticas idóneas para la resolución o reafirmación de los acuerdos pactados por los países partícipes; de esta manera, cada Estado Parte acepta, previo acuerdo, las sugerencias necesarias para la formulación de garantías jurídicas que respalden el reconocimiento específico del derecho en cuestión, con el objetivo de que cada sociedad democrática o que aspire a niveles de bienestar para todos su habitantes, se fundamente en los principios de no discriminación bajo ningún pretexto, generando políticas tendientes a modificar patrones socioculturales que atenten contra la integridad física, psíquica, moral y social de quienes forman parte de su territorio, reflexionando de manera crítica en el cómo co construir un espacio inclusivo para toda la comunidad.

Específicamente se hace hincapié, para efectos del presente estudio, en el discurso proveniente de la ONU, con respecto a erradicar todo tipo de acto que atente contra la mujer y su integridad. Finalmente se aborda el cómo se relacionan los Derechos Humanos con los Derechos Sexuales y reproductivos, pese a que sólo existen Conferencias Internacionales que se han referido a la temática de manera específica y clara y que la puesta en práctica de sus contenidos dependen de la voluntad de los países partícipes, incorporando la

definición de salud sexual y salud reproductiva diseñada desde un enfoque de derecho, en diversas conferencias Internacionales.

Los derechos humanos son entendidos como aquellos a los que todas las personas poseen y deben disfrutar por el sólo hecho de serlo, pues se fundamentan en la dignidad inherente al ser humano. Sin embargo, estos derechos fueron creados desde la neutralidad de género, sin especificar las distintas necesidades que tienen tanto el género femenino como el masculino, dicha homogeneidad está dada a partir de los principios androcéntricos hegemónicos. Por ejemplo, las mujeres no fueron consideradas dentro de prácticas modernas, que establecen una directa relación entre el sujeto (como masculino) y el Estado; es el caso de la Declaración de los Derechos del Hombre y el Ciudadano (1789) y la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). (Vargas; op.cit.) Dichos documentos no abordaban de manera específica el bienestar físico y psicológico de niñas, niños y mujeres; así, la violencia que se ejercía dentro del ámbito privado, es decir, doméstico, no constituían en la representación cultural hegemónica, una evidente vulneración a los derechos humanos, y por tanto no eran tema de discusión.

Producto de dicha ausencia, sumado a la discriminación de la mujer en la esfera política, económica y social, la desprotección de ésta en los conflictos bélicos y la desaprobación frente a la toma de decisiones de la mujer tanto a nivel personal como en los asuntos concernientes a la sociedad de la que forman parte, entre otras demandas, impulsó a que diversos movimientos de mujeres comenzaron una larga lucha por el reconocimiento de los derechos humanos con perspectiva de género.

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)

Bajo este contexto, el año 1966 se firma en la ONU, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el de Derechos Civiles y Políticos, documento cuyo objetivo se fundamentaba en la instauración de medidas que favorecieran la igualdad entre hombres y mujeres. Reafirmando lo postulado con anterioridad, el año 1975 se proclama el Decenio de Naciones Unidas para la Mujer, con el propósito de establecer condiciones que permitieran la igualdad jurídica entre mujeres y hombres, consolidando a su vez, la presencia de niñas y jóvenes en el sistema educativo. Dicho proceso se reafirma con la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer el año 1979, (CEDAW), adquiriendo consistencia su fundamento con la ratificación de veinte países el año 1981, convirtiéndose, en el marco jurídico básico para erradicar cualquier tipo de discriminación contra la mujer. (Escartín; op.cit)

Dicho marco proporciona asimismo un programa de acción que garantiza el goce de los derechos estipulados en la declaración, para que los Estados Partes respondieran de manera satisfactoria a los requerimientos de las mujeres a nivel mundial y local, adoptando *"todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer, con el objeto de garantizarle el ejercicio y el goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el hombre."* (ONU; 1979; 03)

Específicamente, en lo que respecta al derecho de la mujer en cuanto a la reproducción, el documento enfatiza en que el derecho a la procreación debe

concebirse como una función social, compartida por ambos sexos y es deber de los Estados, proporcionar las garantías necesarias para su cumplimiento,

“Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para [...] garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos, en la inteligencia de que el interés de los hijos constituirá la consideración primordial en todos los casos.” (ibid: 08)

Para ello, cada Estado debe preocuparse de generar las condiciones en cuanto al acceso a una salud de calidad, educación pluralista y trabajo remunerado que satisfaga los requerimientos de cada familia, sin menoscabo de ningún género.

De igual manera, la Convención señala la importancia de que la mujer decida en pleno conocimiento, con la suficiente información y educación proporcionada por los medios que se estimen convenientes, el número de hijos que desea o no tener y el intervalo entre los nacimientos de cada uno, acudiendo a los estamentos necesarios para su concreción, *“[...] decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos.” (ibid: 14)*

Dicho marco, constituye un impulso para ir modificando asimismo los estereotipos socioculturales que perpetúan el papel tradicional adscrito a la

mujer, para lo cual es preciso instaurar medidas que les permitan desarrollarse de manera integral en el ámbito social, cultural, económico y jurídico, libre de prejuicios y prácticas que vulneren su condición de mujer, por ser considerada inferior al sexo masculino. (Ibid).

Para el cumplimiento irrestricto de dicho objetivo, los Estados Parte deben hacerse responsables de generar las condiciones estructurales, desde el poder legislativo, que les permitan tanto a mujeres como a hombres desempeñarse sin menoscabo, en el ámbito laboral y por consiguiente en los espacios públicos que estimen conveniente, libre de prejuicios que se traduzcan en una discriminación por género y que limiten el desarrollo y ejercicio pleno del quehacer en sociedad; sin que ello signifique la desprotección de los niños, niñas y adolescentes. Por este motivo, se concibe que *"[...] la máxima participación de la mujer, en igualdad de condiciones con el hombre, en todos los campos, es indispensable para el desarrollo pleno y completo de un país, el bienestar del mundo y la causa de la paz."* (Ibid: 01), reafirmando la dignidad y el derecho de todo ser humano a ser considerado como un individuo libre, con dignidad y capacidad de decisión, independiente de las diferenciaciones de género.

Declaración y Programa de Acción en Viena

Aseverando las pretensiones de la ONU y como resultado de diversos documentos, el año 1993 se redacta la Declaración y Programa de Acción en Viena, cuyo contenido alude a la libre determinación de los pueblos en el ejercicio de su soberanía, sin perjudicar la política interior de otras naciones, basado en el respeto, la dignidad, la libertad, la democracia, la justicia, el imperio de la ley, el pluralismo, entre otros. Incluyendo en uno de sus artículos

que la no discriminación y por tanto el trato igualitario, en condiciones simétricas, para las mujeres y niñas es fundamental, recalcando que sus derechos inalienables e indivisibles al de todo ser humano, por lo que cada Estado miembro debe velar por el cumplimiento de esta disposición, legislando con el propósito de instaurar prácticas que permitan un desarrollo, social, político, cultural y económico de toda mujer, como un objetivo prioritario para la comunidad internacional. (ONU; 1993)

“Los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación, en condiciones de igualdad, de la mujer en la vida política, civil, económica, social y cultural en los planos nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional.” (ibid: 07)

Dicha medida constituye una reafirmación de lo postulado en la Convención anterior con respecto a generar las condiciones idóneas al interior de cada país para garantizar la dignidad humana de mujeres y niñas a nivel mundial.

Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer

Por su parte, en el año 1994, se redacta la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención de Belem Do Pará", cuyo propósito se fundamenta en la eliminación de cualquier acto vejatorio que atente contra la vida o la integridad física, psíquica y moral de

las mujeres, posicionándolas de manera radical como individuos con derechos incorruptibles, especificando los derechos y libertades que tiene toda mujer en la esfera pública y privada, desde la protección de la familia, elección de un credo según sus necesidades, hasta la libre asociación y el acceso a la toma de decisiones y participación en ámbitos públicos de su país.

“Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos comprenden, entre otros: el derecho a que se respete su vida; el derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral; el derecho a la libertad y a la seguridad personales; el derecho a no ser sometida a torturas; el derecho a que se respete la dignidad inherente a su persona y que se proteja a su familia: el derecho a igualdad de protección ante la ley y de la ley; el derecho a un recurso sencillo y rápido ante los tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos; el derecho a libertad de asociación; el derecho a la libertad de profesar la religión y las creencias propias dentro de la ley, y el derecho a tener igualdad de acceso a las funciones públicas de su país y a participar en los asuntos públicos, incluyendo la toma de decisiones.” (ONU; 1994:03)

En este extracto se concibe a la mujer libre y facultada para la resolución de su propia vida y por consiguiente responsable de su propio bienestar, en armonía con su quehacer en el ámbito privado como en lo concerniente a la interacción en sociedad.

Asimismo, como se preocupa de establecer lineamientos que impidan la violencia contra la mujer, la presente Convención aborda la discriminación de la que es objeto el género femenino, determinando “[...] *el derecho de la mujer a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación.*” (ibid: 04) Dicha visión, no sólo referida a la educación formal sino que debe incorporar a la sociedad en su conjunto, en sus diversos vehículos de socialización, para ir generando procesos culturales en la construcción de un espacio común y responsable de las relaciones interpersonales que se forjan al interior de cada país.

De manera coherente, los Estados partes deben generar políticas destinadas a garantizar el pleno disfrute de los derechos ya mencionados y que contribuyan a ir modificando patrones socioculturales en toda la comunidad; El Estado también debe velar por el severo cumplimiento de la Convención adherida, educando de manera inclusiva a los funcionarios de Estado y a la población en general sobre el respeto irrestricto de dicha disposición, siendo supervisados anualmente por el Secretario General de la OEA.

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo

Durante ese mismo año (1994), se realizó la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, en la capital de Egipto, en la que se abordaron aspectos tales como las relaciones entre la población, el crecimiento económico sostenido y el desarrollo sostenible; la igualdad y equidad entre los sexos y habilitación de la mujer; la familia, sus funciones, derechos, composición y estructura; el crecimiento y estructura de la población; los derechos

reproductivos y salud reproductiva; la salud, morbilidad y mortalidad; la distribución de la población, urbanización y migración interna, entre otros temas.

Específicamente, en lo concerniente a los derechos sexuales y reproductivos, existe una evidente voluntad por parte de los Estados miembros, en abordar de manera integral esta temática, sin embargo, es preciso aclarar que lo determinado en esta instancia no constituye una obligación en cuanto al cumplimiento de las disposiciones acordadas, ya que las medidas adoptadas en una conferencia sólo dependen de los requerimientos y las voluntades concretas de cada gobierno por hacer efectiva en términos jurídicos, lo establecido en ella.

Durante esta conferencia se aclara que la salud reproductiva es entendida como *“un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”* (ONU; 1994:43), forma parte de los derechos humanos acordados a nivel internacional; reconociendo que se requiere disfrutar de una vida sexual satisfactoria y con la libertad de decisión de hombres y mujeres sobre su propia procreación, determinando el número de hijos que desean tener, si efectivamente desean tenerlos, el intervalo de cada nacimiento, accediendo a la información necesaria para lograrlo, y el derecho a contar con niveles de salud de calidad por medio de los servicios de atención primaria, respondiendo de manera responsable a las exigencias que amerita la crianza y la consiguiente protección y cuidado de niños y niñas.

Aborda asimismo la prevención, el diagnóstico y posterior tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, la infertilidad, las complicaciones en el

embarazo, parto y aborto, el cáncer de mamas y del aparato reproductor, instaurando la necesidad irrevocable de eliminar prácticas como la mutilación genital y cualquier tipo de acto que atente contra la integridad de la mujer (violencia doméstica, violaciones, mujeres expuestas al SIDA, etc.). Para la concreción de dichos propósitos es fundamental un rol activo por parte del Estado, quien debe generar las condiciones estructurales que permitan su ejercicio, implementando medidas concretas en términos jurídicos, que alienten una participación activa en los servicios de salud e implementar en todos los niveles precisos, una educación efectiva que permita asimismo sensibilizar a toda la población sobre dichas temáticas. Pudiendo acceder a los derechos mencionados, inmigrantes y personas que por uno u otro motivo ya no viven en su país de origen. (ibid)

Específicamente en lo que alude a la planificación familiar, lo fundamental se concentra en la toma de decisiones en pleno conocimiento de los métodos existentes (seguros y fiables) para un ejercicio libre, responsable y armónico de la reproducción, previniendo embarazos no deseados; en dicho cometido, se insta a incluir a los hombres, ya que sólo instaurando relaciones simétricas entre el género femenino y el masculino es posible ampliar las responsabilidades con respecto a la sexualidad humana y las relaciones que establecen con su entorno comunitario, incorporando en el quehacer social una mirada que tienda al respeto mutuo y no estereotipe la función de cada uno. Finalmente se enfatiza en que los servicios de salud deben proporcionar una atención de calidad abordando a la población más vulnerable de cada país, cuyos logros se deberían materializar para el año 2015. (ibid)

Cuarta conferencia Mundial de la Mujer en Beijing

Por su parte, en la Cuarta conferencia Mundial de la Mujer en Beijing, el año 1995, haciendo expresa la inquietud de la ONU, se reafirman los documentos antes redactados con respecto a los derechos de las mujeres, considerando aspectos socioeconómicos que perpetúan las condiciones de desigualdad en los que se desenvuelven aún las mujeres en gran parte del mundo, instando a la erradicación de la pobreza como uno de los factores fundamentales que acrecientan las brechas de inequidad entre hombres y mujeres, acentuando asimismo la necesidad de que la mujer sea quien decida de manera libre e informada sobre su fecundidad, garantizando *“[...] la igualdad de acceso y la igualdad de trato de hombres y mujeres en la educación y la atención de salud y promover la salud sexual y reproductiva de la mujer y su educación.”* (ONU; 1995:10)

De esta manera, la salud no sólo aborda la ausencia de enfermedades o dolencias, sino que constituye el desarrollo pleno del bienestar de la mujeres durante todo el ciclo de su vida, tanto en el ámbito físico, emocional y social; estos factores se relacionan estrechamente con el contexto social, político, económico, geográfico y étnico del que forman parte, incidiendo de manera determinante en el cómo experimenta cada mujer su propia salud; asimismo países en desarrollo, mediante la privatización de servicios básicos, aumentan la brecha de desigualdad a la que están expuestas las mujeres, contribuyendo al empeoramiento de su salud, sumado a la falta de autonomía, dependencia económica de la mujer y feminización de la pobreza.

De igual forma, se abordan de manera crítica las funciones estereotipadas a las que ha estado sometida la mujer considerando las características

socioculturales presentes en el país que viven y cómo influyen en su desarrollo los medios de comunicación, la degradación del medio ambiente, entre otros factores. (ibid)

Específicamente en lo que respecta a los derechos sexuales, se reafirmaron las pretensiones alusivas a la importancia de que la sexualidad femenina debe ser vivida y decidida por cada mujer según sus necesidades e inquietudes.

Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual.” (ibid: 44)

Aseverando la premisa de que el cuerpo y por consiguiente la sexualidad de cada mujer constituye un ámbito de su exclusiva decisión y el resultado de su actividad o comportamiento sexual al ser compartido con un otro, debe ser asumido de manera conjunta y en pleno conocimiento de sus actos, siendo responsabilidad del hombre, de la mujer y la comunidad en su conjunto, el cuidado y protección de la familia, concebida esta última como el núcleo base de la sociedad. (ibid)

De manera coherente, en la presente conferencia se reafirmó que la salud sexual constituye *“el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.”* (ibid; 43) de modo que para lograr su propósito de bienestar integral es preciso generar las condiciones idóneas al interior de cada país entre hombres y mujeres y así establecer un clima de respeto mutuo y reconocimiento de cada uno como ser humano.

El Programa de Acción Regional para las Mujeres de América Latina y el Caribe

En Mar del Plata durante el año 1994 se realizó “El Programa de Acción Regional para las Mujeres de América Latina y el Caribe”, instancia que se aprueba durante la Sexta Conferencia Regional; los acuerdos adoptados constituyeron un desafío para los Países Miembros en los años 1995-2001, fortaleciendo lo determinado en las Conferencias de El Cairo y Beijing, para posteriormente incluir las sugerencias pertinentes que permitieran profundizar en el fundamento base de la acción propuesta, considerando una característica propia de la región que alude a la pobreza extrema, la deuda externa, programas de ajuste estructural y la mala distribución de ingresos, cuyo resultado se manifiesta en problemas relativos a la salud, la educación, la vivienda, el medio ambiente, entre otros. (ONU; 1994)

El objetivo del Programa de Acción, previo consenso de los países partícipes, radica en *“acelerar el logro de la equidad de género y la total integración de las mujeres en el proceso de desarrollo, así como el ejercicio pleno de la ciudadanía en el marco de un desarrollo sustentable, con justicia social y democracia”* (ibid; 15),

especialmente en mujeres consideradas con mayor vulnerabilidad, es decir, mujeres que habitan áreas rurales, así como indígenas o con severas dificultades económicas. Previo diagnóstico regional, se establecen líneas estratégicas tendientes a sensibilizar a la ciudadanía sobre la escasa valoración de la mujer en el trabajo remunerado y desempeño en la esfera pública, falta de conciencia ante la desigualdad de género, carencia de políticas específicas que aborden el tema género de manera equitativa, falta de participación comunitaria, entre otros, considerando asimismo, los avances alcanzados a la fecha sobre el reconocimiento de dicha problemática. (ibid)

Identificando las carencias presentes en los acuerdos adoptados durante la Sexta Conferencia Regional, el año 1997 se lleva a cabo en Santiago de Chile el Consenso de Santiago, adoptado en la Séptima Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y el Caribe. En este espacio se realizan las sugerencias pertinentes para mejorar los estándares de vida y posición de las mujeres en la región, reafirmando la importancia de mejorar las condiciones y el acceso de la mujer a un trabajo remunerado, la corresponsabilidad en los roles erradicando estereotipos de comportamiento, la concreción de una política que permita garantizar una educación de calidad, inclusiva, libre de prejuicios y discriminaciones, y para acceder a la elección y representación política, ampliando la participación ciudadana de la mujer en la toma de decisiones de cada país con el propósito de asegurar la equidad de género, entre otras temáticas.

Particularmente, en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, se enfatiza en *“desarrollar y fortalecer programas dirigidos [...] a la salud integral, que sean*

preventivos y asistenciales, accesibles y extendidos a áreas urbanas y rurales, y que les aseguren una atención adecuada y de calidad” (ibid; 71) atendiendo de manera específica y diferenciada las necesidades concretas de cada mujer, considerando el contexto sociocultural del que forman parte en América Latina.

Por su parte, en la Octava Conferencia Regional, realizada en Lima el año 2000, se propone un rol protagónico de los Estados en la elaboración e implementación de programas y políticas que re signifiquen la equidad de género a nivel institucional y gubernamental, es decir, en todos los estamentos del quehacer político de un Estado, con el propósito de alcanzar una democracia plena, que integra a todos sus habitantes y respeta de manera incuestionable sus derechos humanos, reconociendo sus necesidades específicas al momento de reorientar sus leyes, instando a organismos internacionales a prestar el apoyo idóneo para la concreción de los objetivos dispuestos en esta Conferencia. (ibid)

CUADRO N° 9
RATIFICACIÓN DE CONVENCIONES Y CONFERENCIAS EN CHILE

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. CEDAW (1979)	Ratificada por el Estado de Chile el año 1989.
Declaración y Programa de acción en Viena (1993)	Aprobada el año 1993
Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Convención Belén Do Pará (1994)	Firmada por Chile ese mismo año, ratificada el año 1996
Conferencia Internacional sobre población y desarrollo. El Cairo (1994)	Asistencia de Chile
Cuarta Conferencia mundial de la mujer en Beijing (1995)	Asistencia de Chile

Fuente: Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra mujer (ONU; op.cit.), Declaración y Programa de acción en Viena (ONU; op.cit.), Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Convención Belén Do Pará (OEA; op.cit.), Conferencia Internacional sobre población y desarrollo, El Cairo (ONU; op.cit.), Cuarta Conferencia mundial de la mujer en Beijing (ONU; op.cit.).

Informe sombra CEDAW

Este documento fue redactado en Chile para dar a conocer al Comité de la CEDAW, el estado de avance de temáticas tales como salud, trabajo, aborto, familia, violencia, participación y representación política, educación y las consideraciones pertinentes al contexto específico de las mujeres indígenas y las que viven en sectores rurales, sin obviar la importancia de abordar problemáticas como la migración, globalización, mecanismos de protección de los derechos humanos y la ratificación de Convenciones Internacionales que fortalezcan el bienestar de las mujeres, incorporando las últimas sugerencias conferidas el año 1999, por la CEDAW, para el quehacer político, social y cultural del país y así se logre garantizar, proteger y respetar los derechos humanos de toda mujer. (Corporación Humanas; 2006)

En lo que respecta al carácter legislativo en temáticas de salud sexual y reproductiva, se reconoce un evidente déficit en su tratamiento, ya que en términos concretos no existen mecanismos de protección y de garantías frente al tema, pese a la preocupación evidente que se expresa en documentos anteriores, como por ejemplo el proveniente del Comité supervisor de los acuerdos adoptados por la CEDAW, el año 1999.

Sólo el año 2000, diputados de la Concertación presentaron en el parlamento un proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos cuyos lineamientos básicos se fundamentaban en generar las condiciones para que hombres y mujeres disfruten de una sexualidad sana y voluntaria, con espacios educativos que no discriminen y que promuevan la equidad de género. Sin embargo, dicha iniciativa no prosperó y hasta la fecha no constituye un asunto

de urgencia en términos jurídicos. Su estado actual será abordado con mayor énfasis en el capítulo siguiente.

Un aspecto que sí se erige como fundamental y preciso de abordar por el Estado chileno, lo constituye la salud reproductiva, cuyo tratamiento se tradujo, considerando los años en el que fue redactado el presente informe, en la Ley N° 19.688, referida a la protección de la mujer adolescente quién presenta un estado de embarazo durante la educación formal y no debe ser excluida del sistema educativo.

Asimismo, Chile ha procurado regular la fertilidad de las mujeres mediante el Programa de Salud para la Mujer, haciendo entrega por medio del sistema público de preservativos, anticonceptivos hormonales orales, dispositivos intrauterinos y en menor medida anticonceptivos hormonales progestágenos y hormonales inyectables; sin embargo, se evidencia una carencia en cuanto a la difusión de dichas instancias, déficit en la cobertura, tiende a no incorporar a los hombres en el proceso reproductivo, especificándose que las normas por las que se rigen las matronas, encargadas de aplicar lo correspondiente a la regulación de la fertilidad, datan del año 1993, por lo que su efectividad no se ajusta a los cambios que significan los avances y discusiones frente a la temática expuesta y la actualización de dicho proceso, lo que hasta la emisión de dicho documento, no era desarrollada. (ibid)

CAPITULO V: DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN CHILE

La primera constatación que se puede realizar es que en Chile, la década del 90 marca un precedente importante, porque se avanzó en el reconocimiento de los distintos miembros de la familia, haciendo énfasis en los derechos de los niños, niñas y mujeres. (Plan de Igualdad de Oportunidades; 2000) En estos avances, el Estado de Chile no ha estado ausente, pues es el encargado de garantizar el reconocimiento, respeto y ejercicio de los derechos, a través de la promulgación de leyes y el diseño y ejecución de políticas y programas tendientes a su promoción y ejercicio.

Para facilitar el conocimiento y análisis de las acciones promovidas por el Estado, el presente capítulo de este marco referencial se ubica en el contexto nacional, considerando la adscripción de Chile a la Convención sobre Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), participación en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing y en los Consensos Regionales de México, Santiago y Lima. Desde esta perspectiva, es fundamental revisar las leyes y normas que apuntan a dar cumplimiento a estos acuerdos internacionales en materia de derechos sexuales y reproductivos. Asimismo, es importante describir los planes y programas que el Estado, a través de sus distintos ministerios ha puesto en marcha con el objetivo de operacionalizar las leyes y normas.

1. Leyes y normas

Luego de mencionar los acuerdos internacionales, relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, de los que Chile se ha hecho parte, es trascendental fijar la atención en las iniciativas que ha impulsado el Estado para dar cumplimiento a dichos compromisos y analizar en qué medida cubre las necesidades de la población. Para tales efectos, en este apartado se revisarán el Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos que data del año 2000, la Resolución exenta N°2326 sobre esterilización femenina y masculina, la Ley N°19.688 que trata lo relativo al derecho de las estudiantes embarazadas y en situación de maternidad y la Ley N°20.418 sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad.

a. Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos

En Chile no existe un marco regulatorio en materia de salud sexual y reproductiva, que garantice el total respeto a este tipo de derechos. Si bien se han tomado ciertas medidas que significan avances, como las que se han revisado en este capítulo, el que no se reconozcan de manera legal y constitucional, permite que exista un campo abierto para la vulneración de derechos relacionados con la sexualidad y la reproducción.

“A pesar de los avances que en materia de salud sexual y reproductiva presenta Chile, es grave el déficit aún en esta materia. En efecto, los derechos sexuales y reproductivos en Chile no constituyen derechos reconocidos a nivel constitucional o legal, como ocurre en otros países de la región. Es esta ausencia de reconocimiento y de mecanismos de

protección frente a las eventuales violaciones a los derechos que allí quedan comprendidos, la que hace de este ámbito uno de los más vulnerables para las mujeres.” (Ibid: 23)

Bajo este contexto, el año 2000, un grupo de parlamentarios/as e instituciones que trabajan temáticas de salud y derechos sexuales y reproductivos, presentaron al parlamento un Proyecto de Ley Marco sobre Derecho Sexuales y Reproductivos. Sin embargo, hasta el año 2008 este Proyecto no había sido discutido, razón por la cual instituciones de la sociedad civil lo actualizaron, ingresando al parlamento nuevamente en julio de ese año. (FLACSO; op.cit.)

Los creadores/as de este Proyecto realizaron un diagnóstico, desde el cual enfocaron las iniciativas incluidas en el documento. Este diagnóstico incorporó información sobre la sexualidad y la reproducción adolescente, la educación en sexualidad, las respuestas del Estado hacia la juventud, la violencia sexual, las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA, anticonceptivos, morbilidad materna, entre otros. (Casas, Dides, Estradé, Frasar, Hurtado, Magaña, Matamala, Maturana, Maynou, Ocampo, Pischeda y Zorrilla; 2000)

Este Proyecto pretende sistematizar y dotar de contenidos a los derechos sexuales y reproductivos, entendidos estos como *“derechos y libertades fundamentales que derivan de derechos humanos reconocidos [...] por diversos instrumentos jurídicos internacionales que se encuentran incorporados al ordenamiento jurídico chileno.”* (ibid: 49) De esta forma, se establece que el objetivo de este Proyecto es asentar las bases normativas para que el Estado chileno asuma las responsabilidades comprometidas. (ibid)

Asimismo, emplaza al Estado a promover los cambios culturales, sociales, económicos, políticos e institucionales que se requieren para un contexto en el que se ejerzan de manera efectiva estos derechos. En este sentido, el Estado tiene un rol protagónico en la promoción de los cambios culturales, pues debe generar espacios pluralistas que den paso al diálogo y al debate. (ibid)

Específicamente, el Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, entrega una definición de estos conceptos, señalando en el capítulo 6 que:

“Los derechos sexuales y reproductivos aseguran a todas las personas la posibilidad de tomar decisiones y ejercer libremente sin ningún tipo de coacción o violencia su sexualidad y reproducción. Ellos suponen que todas las personas puedan contar con la información, la educación, el acceso a los servicios, medios y mecanismos que se requieren para tomarlas.” (ibid: 52)

Mientras que el artículo 7 define que:

“La salud sexual y reproductiva es un estado de completo bienestar biológico, social y emocional en todos los aspectos de la vida humana vinculados a la sexualidad y a la reproducción. No se trata solamente de la ausencia de enfermedades ni de una esfera meramente médica sino de una noción integradora de las múltiples facetas humanas comprendidas en las decisiones, comportamientos y vivencias sexuales y reproductivas.” (ibid: 52)

Asimismo, reconoce que todas las personas tienen derecho a disfrutar de la sexualidad como una fuente de desarrollo personal y felicidad. Para esto, el Estado debe diseñar y ejecutar políticas que garanticen y promuevan este derecho. Además, se reconoce el derecho de las personas a disfrutar de la sexualidad como un acto independiente de la reproducción y con libertad de elegir con quién vivirla. Igualmente, se hace alusión al derecho a la decisión libre sobre la procreación, lo que implica decisiones informadas y responsables. (ibid)

También reconoce el derecho a la libertad sexual e integridad física y psíquica de las personas en materia sexual *“lo que implica el derecho a decidir libremente sobre el ejercicio de la sexualidad, a la autonomía y control corporal y a no ser sometido a ninguna forma de abuso, tortura, mutilación o violencia sexual.”* (ibid: 52)

Del mismo modo, señala que la esterilización sin el consentimiento de la mujer o bajo el consentimiento de terceros y el uso forzado de anticonceptivos son actos de discriminación y violencia contra las mujeres, constituyendo una violación a los derechos humanos. En este sentido, establece el derecho a la información y acceso a información clara, comprensible y completa sobre los métodos de regulación de la fecundidad y prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA; y como derecho de todas las personas, y deber del Estado, el acceso a educación afectiva y sexual de manera integral desde temprana edad *“posibilitando, el bienestar, el desarrollo de la persona y el ejercicio de la sexualidad en forma plena, libre e informada.”* (ibid: 54)

Por último, el Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, se refiere al deber que tiene el Estado de asegurar y garantizar

el acceso a servicios de salud de calidad y adecuados a las necesidades de hombres y mujeres durante todo su ciclo vital, promoviendo la salud integral. Además, señala que se debe dotar de servicios de salud sexual y reproductiva a los y las adolescentes; y garantizar el derecho a la confidencialidad para los/as usuarios/as de los servicios de salud públicos y privados en el caso de complicaciones de aborto y acceso a métodos anticonceptivos. (ibid)

Para concluir, al analizar este Proyecto es fácil visualizar que su contenido está cargado de variados elementos que se podrían denominar como cambios radicales dentro de la materia de derechos sexuales y reproductivos. Pretende transitar de una sociedad conservadora y reprimida sexualmente, a una en que se reconozca el derecho a la sexualidad libre, lo que a su vez requiere de ir generando un proceso de cambios a nivel cultural, político, social, económico e institucional, congruente con una sociedad más libre e informada en temáticas sexuales. Sin embargo, la discusión de esta iniciativa se ha postergado indefinidamente, existiendo sólo avances parcelados, por cierto importantes, como la resolución sobre esterilización femenina y masculina, y la ley sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, que se detallarán a continuación.

b. Resolución exenta N° 2326 de 2000: Fija directrices para los servicios de salud sobre esterilización femenina y masculina

A lo largo de la historia, la esterilización quirúrgica en Chile ha estado colmada de restricciones que vulneraron los derechos de las mujeres, y en alguna medida de los hombres durante muchos años. Para comenzar, el Código Sanitario de la década del 30 consideraba la esterilización quirúrgica masculina

y femenina como una intervención mutiladora. Posteriormente, en el año 1975 la resolución N°3 del Ministerio de Salud, señaló que este tipo de intervención no será considerada como un método de regulación de la fecundidad y que sólo podría practicarse por las siguientes razones: causas médicas diagnosticadas por tres especialistas, enfermedades obstétricas y ginecológicas, y contando con los siguientes requisitos: mayor de 30 años, con 4 o más hijos vivos, con consentimiento informado, autorización de la pareja e informe social. (Gayán; s/f)

En este sentido, en 1999 el Comité de la CEDAW reacciona señalando que:

El Comité está preocupado también porque las mujeres sólo puedan someterse a esterilización en una institución de salud pública. Asimismo, está preocupado porque sea necesario el consentimiento del marido para la esterilización y porque la mujer que desee ser esterilizada debe haber tenido ya cuatro hijos. El Comité considera que esas disposiciones violan los derechos humanos de todas las mujeres. (Corporación Humanas; op.cit.: 15)

Considerando la preocupación y la recomendación del Comité de la CEDAW y la necesidad de dar cumplimiento a los acuerdos de las Conferencias de Población y Desarrollo de El Cairo 1994 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer, Beijing 1995, es que el Ministerio de Salud dicta nuevas directrices para regular la esterilización femenina y masculina *“basadas en criterios técnicos actuales, en el respeto a los derechos reproductivos de las personas”*. (Resolución 2.326; 2000: 02) Esto a través de la entrada en vigencia de la *resolución exenta N° 2.326 del año 2.000 que fija directrices para los servicios de salud sobre*

esterilización femenina y masculina, que deroga la resolución exenta N° 3 de 1.975, del mismo ministerio.

A continuación se expone un breve resumen de lo establecido por la resolución exenta N° 2.326 del año 2.000 que fija directrices para los servicios de salud sobre esterilización femenina y masculina.

Se podrá acceder a la esterilización, en servicios de salud públicos y privados, a través de solicitud de la persona, recomendación médica o solicitud de terceros en casos especiales, como aquellas personas con enfermedad discapacitante que les produzca carencia de discernimiento.

La decisión de someterse a esterilización es personal y emanará de la voluntad libre manifestada por quien la solicita, sin que ello quede supeditado a la aprobación de terceras personas, respecto de mayores de edad en posesión de sus facultades mentales. (ibid: 03)

Ante la solicitud de esterilización, la matrona o ginecólogo tratante deberá entregar consejería en salud sexual y reproductiva a la persona. Esta consejería debe incluir información sobre métodos anticonceptivos alternativos, irreversibilidad de la intervención, posibles complicaciones y porcentaje de fracaso. Si la intervención se realiza durante una cesárea, la consejería se efectuará antes de ésta.

Por último, si la decisión de la persona solicitante persiste, debe dejar constancia de tal en un documento, donde se explicita que la decisión fue libre

e informada. Sin embargo, existe la posibilidad de que la persona desista de la decisión, en este caso, basta que lo declare antes de iniciar el procedimiento.

Sin embargo, a pesar de que esta regulación establece normas muy diferentes a las existentes previamente, y que favorecen la autonomía y el acceso a la esterilización quirúrgica, existe entre la población un desconocimiento generalizado sobre esta resolución.

“La falta de difusión adecuada de la nueva norma se ha traducido en desconocimiento, tanto entre la población como entre los/as prestadores/as de salud; algunos profesionales de la salud continúan aplicando los requisitos exigidos por la norma derogada”.
(Corporación Humanas; op.cit.: 39)

Como señala la cita anterior, el desconocimiento afecta no sólo a la población objetivo de estas normas, sino que también alcanza al personal de salud encargado de llevarlas a cabo, lo que favorece la ejecución de prácticas que infringen lo establecido, haciendo vigentes las que se encuentran derogadas legalmente.

De esta forma en la actualidad, dicha medida aún no se instaura de manera satisfactoria, ya que existen servicios públicos que aún se rigen por la normativa anterior y no respetan la libre decisión de la mujer (Dides, et al; 2007), y al no existir información clara y precisa sobre el tema en cuestión, hombres y mujeres permiten que las determinaciones médicas sean resueltas como ellos lo estimen conveniente.

c. Ley N°19.688: modifica Ley Orgánica Constitucional de Educación en lo relativo al derecho de las estudiantes que se encuentren embarazadas o que sean madres lactantes de acceder a los establecimientos educacionales.

Antes de que entrara en vigencia la Ley N°19.688, los establecimientos educacionales podían, sin mayores cuestionamientos, cancelar o suspender la matrícula y expulsar a las estudiantes embarazadas.

Dicha práctica, discriminatoria, afectó a innumerables niñas y adolescentes en Chile en situación de embarazo y posterior maternidad, aumentando las posibilidades de deserción del sistema educacional *“cuya primera causa la constituye precisamente el embarazo y la maternidad”* (Corporación Humanas; op.cit.: 24), vulnerando gravemente su derecho a la educación.

En este sentido, la Ley N°19.688 que entró en vigencia el 05 de agosto del año 2000, y que modificó la Ley 18.962 Orgánica Constitucional de Educación (LOCE), constituye un cambio sustancial e importante, pues señala que el embarazo y la maternidad no constituyen un obstáculo para ingresar y/o permanecer en el sistema educacional, en cualquiera de sus niveles. Instando, además, a los establecimientos a otorgar las facilidades necesarias para que el proceso académico se desarrolle óptimamente. (Ley N°19.688; 2000)

“Un avance legislativo en materia de salud reproductiva, lo constituye la Ley N° 19.688 de 2000 que garantiza el derecho a continuar sus estudios a las jóvenes embarazadas y madres. Esta reforma legal puede contribuir a enfrentar el grave problema de la deserción escolar de las

adolescentes en nuestro país, cuya primera causa la constituye precisamente el embarazo y la maternidad.” (Corporación Humanas; op.cit.: 24)

Además, el 2004 desde el Ministerio de Educación emana un decreto que señala nuevas regulaciones para la LOCE, respecto a las alumnas en situación de embarazo y maternidad. Estas regulaciones abordan los siguientes aspectos:

- Las alumnas embarazadas y las que ya son madres tienen los mismos derechos que los demás alumnos y alumnas, y que no podrán ser objeto de discriminación de ningún tipo. Es decir, no puede ser trasladada de establecimiento, expulsada, ni se le puede cancelar, negar o suspender la matrícula, ni cambiada de jornada o curso. (Ley N° 19.688; op.cit.)
- Asimismo, las autoridades directivas y el personal del establecimiento del que sea parte la alumna embarazada o madre, deberán respetar su condición. Además, se deberá otorgar todas las facilidades para que las alumnas asistan regularmente durante todo el periodo de embarazo o maternidad, y para que asista al servicio de salud cuando corresponda. (ibid)
- Por otro lado, se garantiza a las alumnas en situación de embarazo o maternidad, el derecho a participar en organizaciones estudiantiles, actividades extra programáticas y la asistencia a clases de educación

física; en estas últimas, las alumnas que sean madres se eximirán hasta el término del puerperio. (ibid)

- Por último, se les garantiza facilidades y calendario flexible para rendir pruebas y trabajos, y en el caso de liceos técnicos profesionales, se les resguardará de aquellos elementos tóxicos a los que puedan estar expuestas. (ibid)

Sin duda, esta ley significa un gran avance en la protección de los derechos reproductivos y de los derechos de las adolescentes que se encuentran embarazadas o que ya son madres, pues por muchos años fueron víctimas de la discriminación, provocando la deserción escolar perpetuando los círculos de la pobreza y la desigualdad. Si bien esta ley no soluciona el problema de fondo, aporta al reconocimiento jurídico del respeto a los derechos de las mujeres desde la infancia y adolescencia.

d. Ley N° 20.418: Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad.

Álvaro Erazo, ex ministro de salud del gobierno de Michelle Bachelet, explicó que se decidió presentar esta iniciativa debido al dictamen de la Contraloría General de la República que prohíbe la distribución de anticonceptivos de emergencia a los municipios y entes públicos y privados que reconocen convenios con organismos del Sistema Nacional de Servicios de Salud. (Congreso Nacional; 2010) Además, indicó que:

“Mediante esta iniciativa legal, conjuntamente con establecer derechos, se consagran obligaciones para las redes asistenciales en torno a garantizar la entrega del método anticonceptivo de emergencia, así como a resguardar la confidencialidad en lo que respecta a la consejería, lo que constituye un avance.” (ibid; 19)

Con estos fundamentos y pese a la oposición y largo debate frente al tema, en el que también participaron férreamente organizaciones de la sociedad civil, se logró aprobar y promulgar la iniciativa legal presentada por el gobierno de la época.

La Ley 20.418 fue promulgada el 18 de enero de 2010 y entró en vigencia el 02 de febrero del mismo año. Esta ley fija las normas que guían la información, la orientación y las prestaciones sobre la regulación de la fertilidad, señalando que toda persona tiene derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad de manera clara, comprensible, completo, y según sea el caso, de manera confidencial. Dicha educación e información debe entregarse de manera completa, clara, comprensible, a través de cualquier medio, sin sesgo, abarcando todas las alternativas autorizadas, para decidir sobre los métodos de regulación de la fertilidad, los cuales podrán ser escogidos libremente por todas las personas. (Ley N° 20.418; 2010)

En este sentido, sólo establece condiciones en el uso de anticonceptivos de emergencia en niñas menores de 14 años, quienes deben contar con la autorización de un adulto responsable a quien el profesional de la salud debe informarle de dicha situación y en el caso de presumir o evidenciar un delito sexual debe exponer los antecedentes ante el Ministerio Público. (ibid)

Esto, haciendo especial énfasis en la prevención del embarazo adolescente, enfermedades de transmisión sexual, violencia sexual y sus consecuencias, siempre considerando la edad y madurez de la persona. (ibid)

Además, se comprende el derecho a recibir libremente orientaciones de la vida. En este sentido, se establece que los establecimientos educacionales deberán incluir un programa de educación sexual en enseñanza media (ibid):

“Según sus principios y valores, incluya contenidos que propendan a una sexualidad responsable e informe de manera completa sobre los diversos métodos anticonceptivos existentes y autorizados, de acuerdo al proyecto educativo, convicciones y creencias que adopte e imparta cada establecimiento educacional en conjunto con los centros de padres y apoderados.” (ibid: 01)

Por último, señala que toda persona tiene derecho a que sus opciones y conductas sexuales, métodos y terapias que escoja para la regulación de su vida sexual, queden en exclusiva confidencialidad. (ibid)

En definitiva, la Ley 20.418 significa un gran avance en materia de derechos reproductivos, y como logros importantes destacan lo establecido en relación al derecho que tienen las personas a escoger libremente su orientación sexual y la distribución en servicios públicos de la anticoncepción de emergencia.

3. Planes y Programas

Como proceso posterior a la revisión de las iniciativas legales sobre derechos sexuales y reproductivos, cabe conocer cuáles son los planes y programas en que se traducen dichas leyes. En este sentido, en este punto se expondrá el Plan de Igualdad de Oportunidades, los planes de educación sexual que se han implementado en Chile y el programa de salud de la mujer.

a. Plan de Igualdad de Oportunidades

Durante los gobiernos de la Concertación, el Estado chileno impulsó una serie de políticas y medidas con la finalidad de avanzar en la equidad de género. Entre ellas, existe el surgimiento, en 1991, del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), el que se crea en concordancia con lo adscrito por el país en la CEDAW y otros acuerdos internacionales, cuya misión es:

“Diseñar, proponer y coordinar políticas, planes, medidas y reformas legales, a través y en conjunto con los distintos ministerios y servicios, conducentes a garantizar y visibilizar la igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres, incorporando en la agenda pública las problemáticas que afectan a la mujer y la familia.”
(<http://portal.sernam.cl/>)

Para lo cual se propone una serie de objetivos abocados a la incorporación de la equidad de género en las políticas y programas públicos, incentivar la inserción laboral de la mujer, fortalecer la familia como base de la sociedad,

disminuir la violencia intrafamiliar y promover la participación de la mujer en la toma de decisiones políticas, gremiales y sindicales. (ibid)

Para progresar en el cumplimiento de dichos objetivos, el SERNAM inicia un trabajo que pretende legitimar las problemáticas de género en la sociedad chilena y superar problemas que afectan a las mujeres, con la creación del primer Plan de Igualdad para Mujeres. Posteriormente, en marzo del año 1995, se genera un hito importante, pues el gobierno de Eduardo Frei reconoce dicho Plan y considera de gran importancia y necesidad incorporar un enfoque de igualdad de oportunidades en las políticas impulsadas por el gobierno. (<http://www.pnud.cl/>)

Las principales estrategias que plantea el primer Plan de Igualdad, se materializaron en una serie de iniciativas, que se enumeran a continuación (ibid):

- i. Realización de estudios para conocer la magnitud de los problemas de género.
- ii. Diseño y programación de programas sociales de alto impacto, focalizados a mujeres vulnerables.
- iii. Trabajo de coordinación intersectorial que exige la transversalidad del enfoque de género y su incorporación en las políticas públicas.
- iv. Adecuación de las prioridades del Plan a la realidad de las regiones y comunas del país, a través de la incorporación de medidas del Plan a las Estrategias de Desarrollo Regional y Planes de Desarrollo Comunal.

Como se puede apreciar, considerando la temática en cuestión en la presente

investigación, el Plan de Igualdad para Mujeres 1994 – 1999, no incluye dentro de sus principales estrategias e iniciativas que aporten al desarrollo del reconocimiento y goce de los derechos sexuales y reproductivos, pues este plan concentró mayoritariamente sus esfuerzos hacia el campo de las políticas sociales, porque la tradición visualiza a la mujer como víctima y no como sujeto de acción en su propio desarrollo. (ibid)

Sin embargo, la trayectoria del Plan de Igualdad no llegó hasta aquí, en 1999 se elabora el Plan de Igualdad de Oportunidades (PIO) entre Hombres y Mujeres Lineamientos Generales 2000 – 2010. Éste se crea cuando ya existe una experiencia anterior, el SERNAM ha llevado a cabo un trabajo en la materia, cuando se ha instalado, en alguna medida, la conciencia sobre la necesidad de establecer la igualdad de género y cuando el Estado de Chile ha suscrito acuerdos internacionales (mencionados con anterioridad) donde la equidad de género es una prioridad.

El PIO se organiza en seis grandes temas, cuyos títulos se exponen a continuación:

- i. Cultura de igualdad.
- ii. Promover los derechos de las mujeres y garantizar su pleno ejercicio.
- iii. Participación en las estructuras de poder y en la adopción de decisiones.
- iv. Autonomía económica de las mujeres y superación de la pobreza.
- v. Bienestar en la vida cotidiana y calidad de vida.
- vi. Enfoque de género en las políticas públicas.

Cada uno de estos puntos se condice con los seis grandes temas que aborda el

PIO, los que se constituyen de diversos objetivos, que a su vez contienen varios lineamientos.

En la temática que este marco referencial convoca, y en función del PIO se pueden encontrar puntos que sorprenden gratamente. El cuadro N° 10 muestra el tema, objetivos y respectivos lineamientos que guardan relación con los derechos sexuales y reproductivos.

Este capítulo del PIO 2000-2010, se basa en todos los acuerdos internacionales a los que ha llegado Chile, cuyo detalle se trabajó en el punto anterior de este capítulo. En función de ellos es que se han elaborado los objetivos mencionados en el PIO, que ha otorgado las bases para impulsar una serie de iniciativas que han aportado al reconocimiento de algunos derechos reproductivos y otros sexuales que se detallarán en el próximo apartado.

CUADRO N° 10
PIO Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

TEMA	OBJETIVOS	LINEAMIENTOS
ii. Promover los derechos de las mujeres y garantizar su pleno ejercicio.	Objetivo 1: Fomentar el conocimiento de los derechos de las mujeres teniendo en cuenta su ciclo de vida y las características sociales, culturales y étnicas.	Lineamiento 1.3: Difundir los acuerdos contenidos en la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), el Programa de Acción acordado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), el Programa de Acción Regional para las Mujeres de América Latina y el Caribe y el Consenso de Santiago (1997), entre otros.
	Objetivo 5: Difundir y cautelar el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.	Lineamiento 5.1: Difundir acuerdos internacionales y normas nacionales sobre salud sexual y reproductiva.
		Lineamiento 5.2: Asegurar que las mujeres y las parejas cuenten con la información necesaria para ejercer su derecho a una salud sexual y reproductiva.
		Lineamiento 5.3: Propiciar instancias y mecanismos que aseguren a las mujeres el derecho a decidir libre e informadamente el número y el espaciamiento de los hijos.

Fuente: PIO entre Hombres y Mujeres 2000- 2010 (ibid)

Para finalizar, es importante destacar que, si bien en los Planes de Igualdad se asientan bases significativas para la acción en materia de igualdad de género, el Comité de la CEDAW, a través de un seguimiento a los mismos:

“Ninguno de esos Planes de Igualdad ha comprometido metas a alcanzar. Tampoco se ha construido una línea de base con indicadores estratégicos para cada uno de los ámbitos considerados y, por lo tanto, no se ha hecho seguimiento ni evaluación de impacto respecto de metas definidas.” (Corporación Humanas; op.cit.: 14-15)

En este sentido, lo que pudieran ser lineamientos pioneros en la materia en cuestión, al no contar con metas claras y precisas, corren el riesgo de convertirse en una declaración de buenas intenciones que se pueden concretar o no, poniendo en riesgo los verdaderos avances que se pueden alcanzar. Ahora bien, cabe destacar que el año 2005 el gobierno de Chile comprometió metas hasta el año 2015. (ibid)

Es importante destacar el énfasis del PIO en la salud sexual y reproductiva, puesto que si hubiese existido algún tipo de obligatoriedad, materializado en metas concretas a cumplir, es altamente probable que se hubiesen reconocido los derechos sexuales, además de los reproductivos, lo que representaría grandes avances en el reconocimiento de la autonomía de las personas.

b. Planes de Educación Sexual

En Chile, la educación sexual siempre ha sido un tema controversial, complejo de abordar públicamente, pues a pesar de que en el debate han intervenido diversos enfoques sobre ella, han sido las visiones de instituciones conservadoras, como la Iglesia Católica, las que han primado con su ideología. El siguiente cuadro expone las diversas visiones que han participado en los debates nacionales sobre educación sexual, éste incluye el ámbito de controversia y sus argumentos.

CUADRO N°11
ÁREAS DE DISCUSIÓN, VISIÓN Y ARGUMENTO SOBRE EDUCACIÓN
SEXUAL

	Visión sanitaria-epidemiológica	Visión normativa	Visión católica
Educación sexual	Instrumento clave para promover la salud pública, el control de la natalidad y el autocuidado.	Para tomar decisiones sexuales y reproductivas se debe tener educación sexual.	Condición heredada de Dios, se basa en el afecto y el amor conyugal.
Interlocutor válido	Las personas tienen derechos sexuales y reproductivos. Por ello se les considera interlocutores válidos en estas materias, siendo preciso fortalecer sus competencias y capacidades que les permita gestionar su sexualidad en forma adecuada.		La familia tiene el derecho y el deber de educar, decidir y actuar como mediadora.

Rol del Estado	Se reconoce a la familia como protagonista en la formación de los sujetos, Pero si la familia no cumple su función, el Estado debe asumir un rol principal, velando por la calidad de vida de la población.	Se justifica la acción estatal cuando la familia no existe.
-----------------------	---	---

Fuente: Desarrollo Humano en Chile, Género: los desafíos de la igualdad (PNUD; op.cit.)

Desde el retorno a la democracia, han existido distintos programas que han pretendido insertar la educación sexual en el sistema educacional, sin mayor éxito, por cierto, pues las visiones científicas y normativas sobre ella no han logrado alcanzar un nivel protagónico en el debate. Entre las iniciativas impulsadas se encuentran la Política de Educación en Sexualidad, las Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad (JOCAS), la Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes y el Plan de Sexualidad Responsable. (Corporación Humanas; op.cit.: 37) A continuación, se realiza una revisión del diseño y ejecución de cada una de ellas:

El año 1991 el Ministerio de Educación citó a un comité consultivo a miembros de distintas entidades como el Ministerio de Salud, el CONASIDA, el SERNAM, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), ONG's, representantes del mundo católico y masón, para generar una propuesta sobre educación sexual. No obstante las diferencias del comité, consensuaron temas como *“el respeto por la dignidad y los derechos humanos, la responsabilidad política frente a los demás, la autoestima y el respeto por sí mismo, la promoción de actitudes de solidaridad, aceptación y amor a los demás.”* (PNUD: op.cit.: 194) Sin embargo, la heterogeneidad ideológica de los integrantes del comité no permitió concordar

de manera unánime un programa de educación sexual, creando un mecanismo que permitía descentralizar las decisiones a las instancias locales y los propios establecimientos denominada Política de Educación en Sexualidad del Ministerio de Educación, dando preeminencia a la libertad de enseñanza, por sobre el bien común de los/as estudiantes sujetos de estos programas. (ibid)

Posteriormente, en 1994 el gobierno se formó un comité multisectorial sobre educación sexual y prevención del embarazo adolescente, compuesto por integrantes de organismos públicos y el FNUAP, cuyo objetivo era diseñar una estrategia de educación sexual para establecimientos educacionales. (ibid)

En 1995 en cinco liceos se realizó el piloto de las Jornadas de Conversación en Afectividad y Sexualidad (JOCAS), un Programa no obligatorio, que perduró hasta el año 2000. Consistía en tres talleres de conversación guiados por profesores seleccionados por el establecimiento y profesionales capacitados por el Ministerio de Educación, donde se trabajaba en base a las dudas y consultas que los/as participantes planteaban la primera sesión. La finalización consistía en una demostración artística, como murales u obras de teatro, desarrolladas por los/as participantes. (ibid)

Dicho programa fue criticado puesto que no contaba con contenidos mínimos a socializar, sino que respondía lo que los/as participantes planteaban, y las respuestas podían ser negadas si el establecimiento así lo ordenaba. Además, la calidad de las respuestas también estaba en duda, pues su contenido dependía del personal a cargo puesto que no existía material impreso. Las críticas al programa alcanzaron la opinión pública a través de un reportaje titulado “La nueva educación sexual del Estado”, que mostraba una fotografía

de un estudiante enrolando un condón, lo que provocó una fuerte controversia, que concluyó con la extinción de las JOCAS (ibid), demostrando el rol decisivo que pueden desempeñar otros mecanismos, como son por ejemplo los medios de comunicación y la opinión de los sectores de la Iglesia.

El año 2003 se convocó a una comisión que reunía expertos/as en temas de educación sexual, provenientes de sectores de la educación y la investigación, además de dirigentes estudiantiles, un representante de la Iglesia Católica y uno del Colegio de Profesores, con el objetivo de analizar la Política de Educación en Sexualidad del Ministerio de Educación del año 1993 (Corporación Humanas; op.cit.) Esta dio como resultado una serie de recomendaciones y propuestas que se materializaron en el Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad 2005-2010.

Este Plan centra su desarrollo en el Postítulo de Sexualidad y Afectividad, que consiste en un curso de extensión para padres y apoderados y asistentes de la educación, y un postítulo en sexualidad para profesores y directivos; y la oferta de capacitación en sexualidad y afectividad a equipos por establecimientos, que pretende facilitar que la comunidad educativa asuma de manera responsable y participativa el abordaje de estas temáticas. (PNUD; op.cit.)

Actualmente, el MINEDUC ha seleccionado diversos programas de educación sexual, los colegios y liceos deben escoger uno de ellos, de acuerdo a su proyecto educativo. (<http://www.mineduc.cl/>) La implementación de estos programas incluye modificaciones interesantes, puesto que hoy la educación sexual se aborda en las asignaturas de ciencias naturales en séptimo básico, y biología en segundo medio; sin embargo, en el futuro será un contenido

obligatorio en los programas de estudio desde el primer ciclo básico.
(www.gob.cl)

En este sentido, los esfuerzos se concentran en dar cumplimiento a la Ley 20.418, revisada anteriormente, la que establece la obligatoriedad de entregar educación sexual en enseñanza media en los establecimientos reconocidos por el Estado.

c. Programa de salud de la mujer

En 1994 se crea el Programa de Salud de la Mujer, que tiene como objetivo ampliar el tipo de atención que se entrega a mujeres, no limitándose solamente al ámbito reproductivo. De esta forma se pretende abarcar todo el ciclo vital de la mujer e incorporar el enfoque de género, proponiéndose *“continuar y reforzar la atención en salud sexual y reproductiva, e incluye: educación sexual, control de embarazo y parto, planificación familiar, prevención de ETS incluyendo VIH-SIDA.”* (Corporación Humanas; op.cit.: 24) Además, considera primordial la planificación familiar como método de prevención de las consecuencias del aborto inducido y a la población adolescente como objeto de especial preocupación. (ibid)

Para este Programa, el concepto de salud reproductiva concibe a las personas como sujetos de derechos reproductivos, cuyo ejercicio es transversal en el logro de una mejor calidad de vida personal, de pareja y familiar. Además, se considera como un proceso que se inicia en la niñez, continúa en la adolescencia y se ejerce plenamente en la vida adulta. Para esto, el trabajo prioriza la promoción de estilos de vida saludable, a través del concepto de sexualidad responsable. (www.onu.cl)

La atención que ofrece el Programa se entrega en distintos niveles, considerando la complejidad de las necesidades de las mujeres, con la finalidad de dar la mayor cobertura posible, con capacidad resolutive y de calidad. Los niveles de atención son tres y están a cargo de consultorios urbanos y rurales, postas urbanas y rurales, centros de diagnóstico terapéutico y hospitales, de acuerdo a la complejidad de la atención que se requiere. (MINSAL; 1997) Cabe señalar que este Programa continúa en vigencia hasta el día de hoy.

CAPÍTULO VI: CARACTERIZACIÓN SOCIO ORGANIZACIONAL DE LAS MUJERES DE LA COMUNA DE EL BOSQUE

Para finalizar este marco referencial y con la finalidad de acotar las características del espacio geográfico, y de las personas que en él viven, en donde se aplicó el estudio, es preciso describir las características geográficas, demográficas, sociales, económicas y políticas de El Bosque y las características organizacionales de las mujeres de la comuna.

1. Caracterización de la comuna de El Bosque

La comuna de El Bosque se encuentra emplazada en la zona sur de la ciudad de Santiago, y pertenece a la provincia de Santiago. Sus límites geográficos están definidos por la comuna de La Cisterna en el norte, por San Bernardo en el sur, por La Pintana en el poniente y por San Ramón en el oriente. (SECPLAC; 2003) Fue creada administrativamente el año 1981, mediante el D.F.L 1-3260; sin embargo, la Municipalidad no fue creada sino hasta el año 1991, encabezada por Sadi Melo Moya, perteneciente al Partido Socialista de Chile, quien fue nombrado alcalde por el presidente de la época Patricio Aylwin Azocar. Actualmente, Sadi Melo Moya continúa presidiendo el Concejo Municipal hasta el año 2012. (ibid)

Asimismo, el Concejo Municipal, presidido por el alcalde, se encuentra compuesto además por siete concejales y una concejala, distribuidos de la siguiente manera según el partido político al que tienen afiliación: 2 Partido Socialista de Chile, 1 Partido Por la Democracia, 1 Democracia Cristiana, 2

Unión Demócrata Independiente, 1 Renovación Nacional y 1 Partido Comunista.
(www.imelbosque.cl)

- **Antecedentes socio demográficos de las mujeres de la comuna**

La comuna de El Bosque cuenta con una población compuesta por 175.594 habitantes, de los cuales el 50,78% son mujeres y el 49,22% son hombres. (Ilustre Municipalidad de El Bosque; 2006) Mientras que la distribución de las mujeres de la comuna según su edad es la siguiente:

CUADRO N° 12
CANTIDAD DE MUJERES SEGÚN TRAMOS DE EDAD

TRAMOS DE EDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
0 a 4 años	6.634	7,44
5 a 14 años	15.663	17,57
15 a 19 años	7.756	8,70
20 a 29 años	14.074	15,79
30 a 49 años	25.804	28,94
50 a 59 años	8.492	9,52
60 años y más	10.736	12,04
Total	89.159	100,00

Fuente: Plan de Igualdad de Oportunidades de las Mujeres de El Bosque (ibid)

Administrativamente la comuna de El Bosque se encuentra dividida en 34 Unidades Vecinales, las que han sido reemplazadas por límites más funcionales

y operativos, denominándose los Sectores de Planificación, los que en total suman seis; y los Barrios, que suman 53. (www.imelbosque.cl)

A continuación se exponen los principales datos socio demográficos de las mujeres de la comuna de El Bosque, los que se basan en la información entregada por el Plan de Desarrollo Comunal 2003 – 2008 y el Plan de Igualdad de Oportunidades de las Mujeres de El Bosque, que data del mes de agosto del año 2006, dando continuidad del primer Plan de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres del año 1996.

a. Área familia:

De la totalidad de mujeres de la comuna, según cifras del último CENSO, 50.000 mujeres declararon tener o haber tenido hijos, teniendo como promedio comunal un total de 2,3 hijos. (SECPLAC; op.cit.) Por otra parte, la situación de pareja de aproximadamente 36.000 mujeres de El Bosque es en pareja, ya sea unidos por matrimonio o convivencia; 21.000 señalan estar solteras, casi 5.000 separadas o con uniones anuladas; y más de 5.000 son viudas. (www.imelbosque.cl) En este sentido, uno de los cambios importantes que ha experimentado la familia en la comuna, es la emergencia de núcleos mono parentales. (SECPLAC; op.cit.)

b. Área educación:

En esta área es importante destacar que son analfabetas el 3,26% de las mujeres mayores de 10 años, lo que significa de 2.500 mujeres no saben leer ni

escribir. Mientras que el promedio de años de estudio de las mujeres de la comuna mayores de 20 años es de 9,2 años, lo que indica que no logran concluir la enseñanza media. (www.imelbosque.cl)

En lo que respecta a la enseñanza media, aproximadamente el 70% de las mujeres de la comuna, mayores de 20 años cuenta con más de 8 años de estudio, o sea accedieron a la enseñanza media. De ellas, sólo el 17,78%; es decir 10.510 mujeres accedieron a la educación superior, ya sea profesional o técnica. (Ibid)

En esta área las mujeres presentan diferencias con los hombres si se considera que el 66% de estos, mayores de 20 años, han cursado estudios secundarios y más del 20% posee estudios superiores. (Ibid)

c. Área ocupación:

Respecto a la ocupación de las mujeres de El Bosque, datos importantes a considerar es que 20.935 mujeres se encontraban trabajando remuneradamente, según el CENSO 2002, representando al 86,49% de las mujeres, de 15 años o más, activas en materia económica, lo que significa que más de un 13% se encontraban cesantes o buscaban trabajo por primera vez. (ibid)

En este sentido, es relevante destacar que las mujeres de la comuna económicamente activas se desempeñan principalmente en el comercio, ya sea como trabajadoras asalariadas o independientes; otras tantas trabajan en el

servicio doméstico y un grupo minoritario como operarias de industrias manufactureras. (ibid)

En relación a las jefaturas de hogar encabezadas por mujeres, las cifras señalan que uno de cada tres hogares tiene a una mujer como principal proveedora de los recursos necesarios para el cuidado de la familia, correspondiente a 15.145 mujeres; de estas, 10.581 desarrollan su responsabilidad sin pareja o cónyuge 1.115 son menores de 19 años. (ibid)

d. Otros:

Por otra parte y para finalizar, es importante destacar que 3.709 mujeres de la comuna de El Bosque, pertenecen a algún grupo étnico, predominantemente mapuche. En cuanto a creencias religiosas, más del 66% de las mujeres mayores de 15 años se declaran católicas, casi el 20% evangélicas y menos de un 8% se consideran ateas, agnósticas o no tienen ninguna religión. (ibid)

- **Antecedentes organizacionales de las mujeres de El Bosque**

En este punto, se hace referencia a la caracterización de las organizaciones funcionales en las que participan las mujeres de El Bosque. Interesa conocer esta realidad, particularmente, porque las personas entrevistadas para este estudio forman parte de este tipo de organizaciones.

Las organizaciones comunitarias funcionales por ley se definen como *“aquella con personalidad jurídica y sin fines de lucro, que tenga por objeto representar y promover*

valores e intereses específicos de la comunidad dentro del territorio de la comuna o agrupación de comunas respectiva.” (Ley N°19.418; 1993: 01) En este sentido, la Oficina de la Mujer de la comuna de El Bosque, confeccionó un catastro de organizaciones comunitarias funcionales de mujeres, desde donde se extraen los siguientes datos:

La cantidad total de organizaciones funcionales catastradas en la comuna de El Bosque fueron 108, donde la mayoría se concentra en el sector N°1 con 30 organizaciones, seguido por el sector N° 3 con 21 organizaciones, luego se ubica el sector N°4 con 16 organizaciones, el sector N°2 con 15 organizaciones y por último, los sectores N°5 y N°6 con 13 organizaciones cada uno. (Oficina de la Mujer y Género de El Bosque; 2010) Otra distribución de las organizaciones funcionales de la comuna de El Bosque se encuentra dada por la tipología de las organizaciones. En este respecto, del total de organizaciones, se encuentran encabezando la lista las organizaciones que trabajan en torno a los talleres laborales con 49 funcionando; luego se ubican 30 organizaciones que trabajan en torno a los centros de madres, posteriormente se encuentran las organizaciones que trabajan temáticas de salud, entre las que se cuentan 10, seguida de 8 agrupaciones de mujeres y otras 10 organizaciones que abordan temáticas del área jurídica, discapacidad, cultura y adultez mayor. (ibid) Por último, es importante conocer cuál es la distribución de las organizaciones funcionales de mujeres de la comuna de El Bosque según el carácter de la organización y el sector de planificación, todo según los datos entregados por el PIO, tal como lo muestra el siguiente cuadro:

CUADRO N° 13
ORGANIZACIONES DE MUJERES SEGÚN SECTOR Y CARÁCTER

Sector de planificación	Taller laboral	Centros de madres	Salud	Agrupación de mujeres	Otras	Total
1	15	4	5	4	2	30
2	9	4	0	0	2	15
3	15	3	1	2	0	21
4	2	11	2	0	1	16
5	1	8	1	1	2	13
6	7	1	1	1	3	13
TOTAL	49	31	10	8	10	108

Fuente: Catastro de Organizaciones Funcionales de Mujeres (ibid)

Para concluir, es relevante recalcar que de todos los tipos de organizaciones comunitarias funcionales de mujeres, presentes en la comuna de El Bosque, la gran mayoría de éstas son talleres laborales, de lo que se puede inferir que la participación de las mujeres de la comuna se relaciona principalmente al factor económico, viendo en la organización o taller una oportunidad de generar ingresos.

Es en este contexto demográfico y socio organizacional, es donde se realizó la presente investigación.

TERCERA PARTE: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

CAPÍTULO VII: PERCEPCIONES DE MUJERES SOBRE SALUD SEXUAL

El presente capítulo comprende el análisis de los datos recopilados para la realización de esta investigación, respondiendo específicamente al primer objetivo general que pretende *indagar en las percepciones de mujeres que participan en organizaciones vinculadas con la Oficina de la Mujer de la comuna de El Bosque, en relación a su salud sexual*. Este análisis se llevó a cabo con los datos recopilados, mediante la aplicación de una entrevista en profundidad a las nueve mujeres, ya caracterizadas.

Para efectos del análisis, y tal como se menciona en el punto 1.6, de este informe, sobre técnicas de análisis de los discursos obtenidos en las entrevistas, se seleccionaron diversas citas relacionadas con la temática de salud sexual. Posteriormente, éstas fueron agrupadas en torno a las siguientes categorías: Sexualidad y salud, educación sexual, enfermedades de transmisión sexual y placer sexual. Todas estas categorías fueron definidas a priori, en función de la operacionalización de la variable *Percepciones en salud sexual*, la cual se encuentra en coherencia con los objetivos específicos planteados al principio de la investigación.

Lo anterior, dio paso a la ubicación de las respuestas de las entrevistadas en una matriz de contenidos, lo que hizo posible profundizar el análisis sobre la percepción y el conocimiento en torno a la sexualidad y el cuidado de la salud sexual; luego se analizan las percepciones sobre la importancia de la educación sexual y los responsables de garantizarla, para continuar con las de enfermedades de transmisión sexual; respecto de esta última categoría, se incluyen el conocimiento que tienen las entrevistadas sobre éstas, las formas de

contagio y la importancia que se le otorga a la prevención; finaliza el análisis con la concepción de dichas mujeres frente al placer sexual, realizando una breve reseña sobre lo que piensan de su vida sexual y aspectos que son expuestos a continuación.

Primera Categoría: Sexualidad y Salud

Como se señalaba anteriormente, la primera categoría a analizar es *Sexualidad y Salud*, con el objetivo de describir el conocimiento y la opinión que tienen las mujeres sobre sexualidad y salud.

En virtud de lo anterior, la presente categoría apunta a describir las percepciones que tienen las entrevistadas sobre sexualidad y la relación que tiene con el cuidado de la salud sexual, la importancia que le conceden, las formas en que creen, se debe cuidar la sexualidad y los lugares a los que pueden acudir para ello.

¿Qué es la sexualidad?

Para comenzar, es importante destacar que las respuestas entregadas por las mujeres a la pregunta: ¿Qué entiende usted por sexualidad?, existieron diversas respuestas, que abarcan distintos aspectos; sin embargo, presentan una característica común, que es concebirla como *algo amplio*, constituido por distintos elementos, que se revisarán a continuación.

Por una parte, algunas mujeres señalaron que su concepto de sexualidad se relaciona no sólo con los órganos genitales, sino que también atribuyen

importancia a los procesos que, como mujer, vive y con lo que experimenta durante el desarrollo de las relaciones sexuales: caricias, seducción, placer, compañía, entre otras.

“Es saber sobre todo lo que me pasa, todo lo que tiene que ver con las relaciones sexuales, pero no sólo con los genitales.” (Isabel, 56 años.)

“O sea, para mí es más que tener sexo, así como sexo, [...] tiene que ver con los genitales y con las relaciones, pero no así, solamente, sino que con lo que pasa antes y pasa después.” (Solange, 39 años)

A la vez, visualizan la sexualidad como un atributo de los seres humanos, gratificante, que se debiese disfrutar desde siempre, pero en el caso de las mujeres, dado que deben cumplir muchos roles y funciones, como la crianza de los hijos y labores domésticas, la mayoría de las veces no les permite explorar otras facetas de su cuerpo y vida.

Otro obstáculo para disfrutar de una vida sexual satisfactoria se encuentra mediado por la vergüenza o la falta de confianza que produce encontrarse con la sexualidad, porque es un tema que no se aborda abiertamente.

“Para mí, es algo lindo, ahora sí po’, porque antes igual me daba vergüenza, cuando recién nos casamos, pero ahora no po’, es

como un espacio pa' los dos, no sé si me entendí'." (Jimena, 31 años)

"Para mí, es algo que debiéramos disfrutar al máximo, deberíamos aprovechar desde siempre, porque una tiene que hacer tantas cosas, preocuparse de tantas cosas. [...] En todo caso, para mí, no es sólo el acto mismo, si no que todo lo que hay que hacer antes y después, el coqueteo, las caricias, la conversa." (Margarita, 52 años)

Asimismo, otras mujeres hicieron alusión a que la sexualidad para ellas constituía, como se mencionó con anterioridad, un tema amplio que conjuga elementos como el deseo, el respeto, el gozo, la intimidad, la autonomía, la prevención y la atención de salud de calidad.

"Es que para mí, es un tema amplio, se me hace a algo que incluye el placer, el poder decidir la persona, el momento, el lugar, a ir al médico y que me atiendan bien." (Elizabeth, 72 años)

"Para mí, "sexual", es como hablar de todo junto, de la relación sexual, del gozo, de la intimidad, de prevención.... Eso." (Juana, 51 años)

En este sentido, además de los elementos relacionados con el placer, el deseo, la autonomía y la salud, se añade otro componente importante de la sexualidad, éste es la educación. Dichos componentes son interdependientes, pues la

sexualidad plena requiere respeto, poder de decisión, satisfacción, voluntad, atención de salud oportuna y de calidad, e información que permita reconocer derechos, descubrir el cuerpo y sus procesos, entre otros.

“Yo creo que la sexualidad es algo tan amplio, que incluye tantas cosas, y son todas igualmente importantes, pues cada una es parte de la otra y si una no funciona, las demás no lo hacen bien. [...] La salud, el amor, la prevención, el deseo, el respeto, la comunicación, la educación, son temas que no debemos olvidar de nuestra sexualidad.” (María, 58 años)

Las entrevistadas no mencionan la reproducción dentro de su concepto de sexualidad, sino más bien hacen alusión a elementos constitutivos de un nuevo enfoque de la misma. Desde esta perspectiva, se agradecen los aportes realizados por la medicina al entregar opciones que permiten regular la fertilidad, pues de esta forma las mujeres pueden disfrutar o imaginar la sexualidad desde una óptica no solamente reproductiva, lo que da paso a la experimentación de sensaciones que antes les eran ajenas. Asimismo, se visualiza el reconocimiento y ejercicio del derecho a tomar decisiones reproductivas libres y responsables, que incluye el derecho a tener o no hijos, su espaciamiento y el acceso a los métodos anticonceptivos disponibles. (OPS et al; op.cit.)

“Para mí tiene que ver con eh... todo lo que uno vive en lo sexual, con el amor, con el deseo, eso po’. Porque ya no tiene tanto que ver con los hijos, con las guaguas, eso era antes, pero ahora hay más

para cuidarse, las niñas tienen acceso a tanto ahora, no como antes.” (Fresia, 52 años)

Dadas tales referencias, sobre lo que entienden las entrevistadas por sexualidad, se puede inferir que su concepto de sexualidad, está asociado a elementos que se relacionan con los derechos sexuales y reproductivos, puesto que tal como señala la Declaración de los Derechos Sexuales, *“la sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.”* (ibid:37) Además, las citas expuestas hacen alusión a *“el derecho a la libertad sexual, [...] el derecho al placer sexual, [...] el derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.”* (Ibid: 11)

Si bien la concepción de sexualidad que exponen las entrevistadas se encuentra influida por sus propias experiencias en ese ámbito, no todas sus vivencias son espejo del concepto que exponen. Es decir, la sexualidad para algunas mujeres constituye algo fundamental, sin embargo, algunas de las experiencias que ellas relatan, están revestidas por la insatisfacción, la rutina y la obligación.

La última cita hace explícita la vulneración a sus derechos sexuales, específicamente, la vulneración del derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexual del cuerpo, el que implica:

“La capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. También están incluidas la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.” (ibid: 37)

Evidenciándose un reconocimiento preciso sobre sus experiencias de vida con respecto al tema y el relato que señalan, alguna de las mujeres entrevistadas.

“[...] Ahora, si tú me preguntas qué es para mí, yo te digo que es algo lejano, hace tiempo, doloroso, nunca pensé estar así.” (Solange, 39 años)

“Para mí, ya no es algo agradable, desde que me operaron es que ya no tengo deseos, no tengo ganas. [...] Entonces, la cosa sexual para mí ya es del pasado, porque antes lo disfrutaba, ahora cuando lo hago, lo hago para no tener problemas. [...] si me hubieran preguntado hace años, hubiera dicho que era algo lindo, que lo pasaba bien, ahora no.” (Silvia, 59 años)

“Aunque ahora mi sexualidad es... dejé de tomar la iniciativa y mi marido no toma la iniciativa y todo se enfrió. No me siento querida por él.” (Margarita, 52 años)

Además, se quebranta el derecho a la libertad sexual de las entrevistadas, el que *“abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los*

individuos. Sin embargo, esto excluye toda forma de coerción, explotación y abusos sexuales en cualquier tiempo y situación de la vida.” (ibid: 37)

En definitiva, respecto de este conjunto de respuestas sobre el concepto que las mujeres entrevistadas tienen sobre sexualidad, se puede decir que, en general, lo relacionan con diversos factores como el deseo, el placer, la autonomía, la salud y la educación, los que configuran la sexualidad plena, visualizada desde un enfoque integral. En este sentido, resulta relevante de destacar, la omisión en su discurso, del factor reproductivo en la percepción de sexualidad expuesto por las entrevistadas, incluso realizando una crítica a los roles tradicionales, puesto que en variadas ocasiones éstos impiden u obstaculizan el disfrute de la sexualidad de las mujeres.

De ello, se puede inferir que el concepto de sexualidad expuesto por las mujeres entrevistadas, se relaciona directamente con sus experiencias con respecto al tema. Sin embargo, si bien todas las mujeres visualizan la sexualidad de manera integral, ésta visión se no se materializa en lo experimentado por algunas de ellas, ya sea por la rutina, la obligación y/o la insatisfacción. De esta forma, se puede considerar que *“las experiencias reales de la sexualidad [...] de las mujeres están determinadas por una serie de permisos y restricciones [...] que influyen en todos los demás aspectos de la vida de las niñas y las mujeres.”* (Tambiah; op.cit.: 43) En estos casos la visión de sexualidad que éstas poseen entra en tensión con su concepto.

Importancia que le otorgan al cuidado de la sexualidad

Por otra parte, tomando en consideración que para las entrevistadas, la sexualidad es un aspecto fundamental en la vida de las personas, es importante analizar sus respuestas, respecto a la importancia que le otorgan a su cuidado.

En virtud de las respuestas de las entrevistadas a las interrogantes mencionadas, se puede decir que, todas ellas perciben de gran importancia cuidar la sexualidad y la asocian a distintos ámbitos que se revisarán a continuación.

El cuidado de la sexualidad para ellas, se relaciona principalmente con el cuidado de la salud, haciendo referencia a las enfermedades de las cuales podrían padecer si no existiesen controles por parte de profesionales expertos, quienes pueden aportar con sus conocimientos a abordar de mejor manera y desde una óptica científica situaciones riesgosas y preventivas.

“Sí po’, o sea, yo me imagino que sí, porque así uno no se enferma o sí se enferma la pueden revisar, mayormente por eso.” (Solange, 39 años)

“Sí po’, porque por ejemplo ellos son los profesionales, entonces, de repente uno tendría una visión más, no sé..., he... como mejor po’.” (Jimena, 31 años)

En este sentido la percepción acerca del cuidado de su salud sexual que las mujeres expresan, se relaciona con el paradigma biomédico el cual es entendido como la ausencia de enfermedades, de lo que se puede inferir que se da mayor importancia a las enfermedades de transmisión sexual.

“Yo creo que sí, pero por qué [...] porque hay enfermedades que, cómo se llama, son por la sexualidad.” (Juana, 51 años)

También relacionado con el cuidado de la salud, existen visiones que hacen referencia a experiencias vividas por las entrevistadas que develan que el cuidado de la salud sexual es importante para el bienestar integral de toda persona, contribuyendo con un desarrollo pleno en cuanto a la prevención de enfermedades que influirían negativamente en su salud.

“Bueno, es muy importante cuidarla, porque así uno está segura de que está bien, yo por ejemplo que tengo antecedentes de cáncer de mamas, es muy importante.” (Elizabeth, 72 años)

También, se encuentran otras opiniones que se refieren a las consecuencias asociadas a prácticas médicas, a partir de la cual la sexualidad de la entrevistada es insatisfactoria; por otra parte, influyen los antecedentes médicos de otra entrevistada, quien padeció cáncer de mama. A partir de dichas experiencias, es que el cuidado de la salud sexual desde el diagnóstico médico es primordial, pues la atención médica especializada puede elevar la calidad de vida de las mujeres.

“Yo creo que sí, por lo mismo que me pasó a mí, eso de que después que me operaron no tengo ganas de tener relaciones sexuales, eso nunca me lo solucionaron, quizá si lo hubieran solucionado, sería diferente po’.” (Silvia, 59 años)

“Sí po’, uno tiene que cuidarse porque, [...] ayer por ejemplo, yo andaba con mm... una comezón (risas) en cierta parte (risas), entonces fui a pedir hora para la matrona y no había, [...] entonces, me la encontré en el pasillo y le dije si me podía ver, [...] te solucionan el problema, aunque sea de pasillo.” (Fresia, 52 años)

Otras perspectivas más amplias al respecto, señalan que el cuidado de la sexualidad guarda relación con la preocupación que las mujeres deben tener por ellas, por su cuerpo y la propia sexualidad. En estos discursos se aprecia conciencia con respecto a la práctica atribuida al género femenino y por tanto una preocupación por ellas y su cuerpo

“Claro que sí, para conocer mi cuerpo, preocuparme de mí, porque se va dejando de lado muchas veces [...]” (Isabel, 56 años)

“Obvio, al final tú das todo y dejas de vivir; y la parte sexual es importante en el ser humano. Siempre se ha dicho que el hombre no puede estar sin sexo, es más brusco, es todo, pero para la mujer también, ahora pasó a ser muy importante el sexo.” (Margarita, 52 años)

La próxima cita no hace más que reafirmar lo expuesto en las anteriores, señalando que la preocupación por la propia sexualidad, implica una mejora sustantiva en las condiciones de vida, pues aporta a que las mujeres se sientan más sanas y plenas; relacionando la educación con la plenitud sexual.

“Por supuesto, es muy importante, cuando nos preocupamos de los aspectos relacionados con nuestra sexualidad estamos aportándonos a nosotras mismas, para ser más sanas, felices y plenas sexualmente. Y no sólo tiene que ver con ir al médico, una tiene que preocuparse de aprender, de sentir, de pasarlo bien, de gozar.” (María, 58 años)

Considerando las respuestas otorgadas por las entrevistadas, se puede afirmar que en ellas predomina la concepción de cuidado de la sexualidad relacionado con el cuidado de la salud, refiriéndose a diversos temas como la prevención de enfermedades, tratamiento de problemas de salud, donde se valora la experticia de los profesionales de la salud; y, de manera más integral, como un mecanismo para la consecución de plenitud y satisfacción sexual, relacionándose directamente con uno de los aspectos considerados por la salud sexual, entendida como *“las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar personal y social, [...] No se trata simplemente de la ausencia de la disfunción, enfermedad o discapacidad.”* (OPS et al; op.cit.: 09) Considerando que las personas pueden *“expresar su sexualidad y de hacerlo sin riesgo de enfermedades transmitidas sexualmente.”* (Plata y Calderón; op.cit.: 01)

¿Cómo se debe cuidar la sexualidad?

En virtud de la importancia que las entrevistadas atribuyen al cuidado de la sexualidad, es preciso conocer cómo creen las entrevistadas que se deben llevar a cabo prácticas de cuidado.

En primera instancia existen quienes creen que la sexualidad se cuida recurriendo al consultorio, sometiéndose a los controles de regulación de la fertilidad, que contempla el Programa de Salud de la Mujer, que pretende *“continuar y reforzar la atención en salud sexual y reproductiva, e incluye: educación sexual, control de embarazo y parto, planificación familiar, prevención de ETS incluyendo VIH-SIDA.”* (Corporación Humanas; op.cit.: 24) y que incluye el control preconcepcional, control prenatal, control del desarrollo psicoafectivo del feto y preparación para el parto y post parto, control de puerperio, control de salud del recién nacido, consulta de lactancia materna, consejería en salud sexual y reproductiva, control de regulación de fecundidad, control ginecológico preventivo, entre otras, en sus distintos niveles de complejidad, (MINSAL; op.cit.) con claro énfasis en la salud reproductiva de la mujer.

“Como te digo, yendo a la matrona, al consultorio, mayormente, no sé de qué otra forma.” (Solange, 39 años)

“Yo creo que ir al consultorio, porque ahí a uno la ven de las cosas que son de la sexualidad. Eh... igual, porque ahí hacen las mamografías, los exámenes del PAP.” (Juana, 51 años)

“Asistiendo al médico, a la matrona cuando corresponda y preguntar lo que uno quiere saber.” (Isabel, 56 años)

En la misma línea, el cuidado de la sexualidad está relacionado con la asistencia a los controles médicos. Al respecto se puede reflexionar que sin duda alguna, una de las dimensiones del cuidado de la sexualidad es concurrir al consultorio a realizarse los controles médicos periódicos; sin embargo, la atención en estos centros no es integral y apunta casi en exclusividad al ámbito reproductivo de la sexualidad, postergando otros aspectos importantes de la misma, como la educación y consejería en salud sexual. La experiencia de las entrevistadas, les permite opinar acerca de la deficiente calidad de la atención en los servicios públicos, pues en ella prima la burocracia y la escasez de recursos. Finalmente cabe señalar que si bien se valora la educación junto a la asistencia a controles médicos para un óptimo cuidado de la sexualidad, se critica la baja cobertura de los programas de salud relacionados con la misma.

“O sea, en el consultorio, cuando uno va al control, pero lo que veo es que cuando uno va a la matrona le hacen un control, le dan su anticonceptivo y sería todo.” (Jimena, 51 años)

“Ir al consultorio es una forma, aunque igual es ataoso, porque hay que pedir la hora, que si te mandan a hacerte algún examen, a pedir la hora de nuevo y de ahí es más tiempo pa’ que te atiendan y después te atienden mal.” (Silvia, 59 años)

“Primero: teniendo conocimiento, por eso es importante que impartan la educación a los chicos y a los grandes, [...] Asistir al consultorio, pero que tuvieran programas como, que abarcaran más personas y que tuvieran programas como, o sea con más eh... cupo, por decirlo así, porque tú vas al consultorio a pedir hora para la matrona y te dan para tres meses después. Por ejemplo, yo soy operada de cáncer, entonces a cualquier edad me tendrían que hacer el PAP, pero no me lo hacen porque dicen que es hasta los 60.” (Elizabeth, 72 años)

Tomando en cuenta las críticas expuestas por las entrevistadas resulta comprensible su preferencia por la atención que entrega el sistema privado de salud, fundamentada en la ya mencionada calidad deficiente en la atención que otorgan los servicios públicos.

“Yo creo que yendo al ginecólogo, en el consultorio hay pura matrona, de ahí te mandan al hospital y eso significa que no te miran ni a la cara, te atienden lo más rápido posible... en cambio tú pagas una consulta y ya, al menos el ginecólogo te da la mano y te escucha.” (Margarita, 52 años)

Asimismo, es importante destacar que existen mujeres que mencionan que un espacio válido para cuidar de la sexualidad lo constituyen los talleres y organizaciones sociales, pues en ellas existe intercambio de experiencias y capacitación en temáticas de sexualidad.

“Cómo te comentaba recién, es súper importante consultar por la sexualidad de una, no sé po’, puede ser en el consultorio [...] Ahora también, por ejemplo, en los talleres que hacemos acá, aunque acá son casi puras adultas mayores, igual salen las preguntas y ahí uno aprovecha igual po’.” (Fresia, 52 años)

“Nosotras debemos buscar, a lo mejor, en los espacios de mujeres organizadas, tratar de irnos capacitando, buscar gente, que hay en esta comuna, mujeres que han trabajado el tema de la salud [...]” (María, 58 años)

El proceso de socialización que se instaura al interior de las organizaciones sociales permite comprender la importancia que ellas le otorgan a dicho espacio, como una herramienta esencial para la obtención de conocimientos, en este caso sobre sexualidad.

Conocimiento de servicios de salud que aborden la sexualidad de manera integral.

Para finalizar el análisis de la presente categoría, se procederá a la revisión de las respuestas otorgadas a la pregunta sobre el conocimiento de servicios de salud que aborden la sexualidad de manera integral.

En general, las respuestas fueron negativas, de lo que se puede inferir que las entrevistadas no conocen servicios que atiendan la sexualidad de manera integral.

“No, hasta el momento no conozco ninguno.” (Solange, 39 años)

“¿Cómo integral? [...] ah... eh... no, no sé, ¿la matrona?” (Juana, 51 años)

“¿El consultorio? (risas) ¿No? No sé, no así, ¿integral? No, yo creo que no hay.” (Jimena, 31 años)

“No, así como de lo que estamos hablando, no.” (Silvia, 59 años)

“Mmm, no, sólo a la matrona cuando uno va a consultorio, pero de manera integral, no.” (Isabel, 56 años)

“No, no existen... así como servicio de salud sexual, no conozco ninguno, excepto lo que te hablo de que en los consultorios están las matronas.” (Fresia, 52 años)

En este sentido, nuevamente se menciona el sistema privado de atención de salud, donde la entrevistada plantea que allí ha accedido a una atención integral.

“Sólo pude hablar de mí y de mis problemas en una consulta pagada, una consulta particular.” (Margarita, 52 años)

En este mismo sentido, se menciona a la Fundación de Educación Popular en Salud (EPES), como una instancia que, si bien no corresponde a un servicio de salud, aborda el concepto de salud sexual integralmente a través de talleres y capacitaciones a pobladoras de la zona sur de la Región Metropolitana.

“Que sea específico, solamente para salud sexual, yo creo que no hay, yo solamente conozco el policlínico que atiende la matrona y el ginecólogo, [...] lo que sí conozco son los cursos que da el EPES, que se podría decir que encaminan un poco hacia la salud sexual.”
(Elizabeth, 72 años)

Reafirmandose así que, la percepción de que mantener una vida de participación activa en organizaciones sociales, contribuye a la obtención de conocimientos de cualquier índole, que dé respuestas a las necesidades sentidas por cada mujer.

Para concluir el análisis de la categoría *Sexualidad y salud*, es importante destacar que dadas las referencias, anteriormente expuestas, sobre lo que entienden las entrevistadas por sexualidad, se puede inferir que la asocian a elementos que se relacionan con los derechos sexuales y reproductivos, puesto que tal como señala la Declaración de los Derechos Sexuales, *“la sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.”* (OPS et al; op.cit: 37) Además, las citas expuestas hacen alusión al *“derecho a la libertad sexual, [...] el derecho al placer sexual, [...] el derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.”* (ibid: 11)

Es importante destacar que, la perspectiva señalada por las entrevistadas, se puede homologar con una visión integral de la sexualidad, en la que confluyen distintos elementos como el amor, la reproducción, el placer y el deseo. Esta visión planteada por las entrevistadas, se puede conjugar teóricamente con el Modelo Holónico de la Sexualidad Humana planteado por Rubio (op.cit.), que la concibe como un sistema compuesto por cuatro holones, que son subsistemas que poseen complejidad por sí mismos, que apuntan al género, la reproductividad, la vinculación afectiva y el erotismo.

Además, las palabras de las mujeres entrevistadas, exponen visiones influenciadas por las distintas experiencias que han tenido a lo largo de su vida, configurándose a través de diversos procesos de socialización, y por tanto los calificativos que las mujeres le otorgan a la sexualidad, se desprenden del contenido o conocimiento adquirido a partir de los diversos recorridos que han hecho durante sus propias vidas.

Asimismo, las entrevistadas otorgaron mucha importancia al cuidado de la sexualidad y lo relacionaron estrechamente con el cuidado de la salud. En este sentido, es relevante el sentido que le dan al primero, pues lo asocian a por ejemplo a la prevención de enfermedades de transmisión sexual y el tratamiento de dolencias como el cáncer de mamas, otorgando gran valoración a la experticia de los profesionales de la salud que atienden estas especialidades, puesto que sus conocimientos aportan en la solución de los problemas que ellas puedan presentar. Sin embargo, también son destacables aquellas visiones que asocian el cuidado de la sexualidad con aumentar la preocupación por ellas mismas y la conciencia sobre su cuerpo, dándose espacio para conocerlo y alcanzar mayor plenitud en el ámbito sexual.

Finalmente, en lo que respecta al cómo cuidar la sexualidad y el conocimiento sobre lugares para hacerlo, predomina la idea de asistir a controles al consultorio con la matrona, donde se realizaron diversas críticas al sistema público de salud, la baja calidad de la atención, la escasa cobertura y la burocracia en la atención. También, se valoraron los aprendizajes adquiridos en esta materia, por medio de la participación en organizaciones sociales, considerándola como una instancia que contribuye al cuidado de su sexualidad. Asimismo, señalan no conocer, o que no existen servicios de salud que aborden de manera integral la sexualidad.

Categoría 2: Educación sexual

Esta categoría responde a la información entregada por las entrevistadas, en función del segundo objetivo específico de la variable *Percepciones sobre salud sexual*, que pretende *describir la opinión que tienen las mujeres sobre la educación sexual*.

Desde esta perspectiva, la presente categoría definida a priori se denomina *Educación sexual*. Para entender en qué se traduce esta categoría, es necesario definir que por educación sexual se entenderá las iniciativas formales e informales en donde se proporcione información sobre la sexualidad. Las respuestas de las entrevistadas se centraron en la importancia que le atribuyen a la educación sexual, sus fundamentos y la opinión sobre los responsables de impartir dicha educación.

Importancia de la educación sexual

Para dar comienzo al análisis de esta categoría, se abordará la percepción que tienen las entrevistadas sobre la importancia de la educación sexual en la vida de las personas. En función de esta interrogante, es trascendental destacar que las mujeres que participaron en esta investigación, otorgan gran importancia a la educación sexual. Los motivos que las llevan a adoptar esta visión, tienen distintas bases, que se revisarán a continuación.

Desde esta óptica, las entrevistadas expresan que la enseñanza en torno a la sexualidad debe transmitir que ésta es un aspecto que los seres humanos deben disfrutar y valorar para conseguir plenitud. También, se hace referencia a una razón fundamental por la cual los y las adultos no se educan en materia de sexualidad: primero, se señala el poco interés por aprender, por ser protagonista en esta tarea, ya sea por razones de falta de tiempo o por vergüenza a enfrentar dicha temática en espacios públicos.

“Claro que es importante, porque cuando tú educas a tus hijos con valores, después no sacas nada, porque luego el sexo es otra cosa, hay que enseñarles que es algo lindo, algo rico y que deben aprender a disfrutarlo. [...] no tuvimos la educación que debimos haber tenido y nos cuesta mucho leer, porque información hay, [...] y lo otro, es el poco interés de la persona porque por ejemplo si tú haces un curso o te ganas un proyecto, por ejemplo, yo hice un proyecto acá sobre educación sexual para los padres, porque era un punto que a mí me afectaba la poca información, y “no es que

yo no tengo tiempo”, “no es que a mí no me interesa”, entonces es el poco interés y poca responsabilidad como padres... También puede ser por vergüenza.” (Margarita, 52 años)

Asimismo, se considera importante la educación sexual, específicamente en los colegios, dando cuenta del cambio cultural que se ha vivido en la sociedad en este ámbito.

“Para mí es importante la educación sexual [...]. En los colegios ahora la parte sexual es bien abierta, yo cuando estudié pa’ na’, muy recatada, y hablar de sexo en la casa.... ni hablar. [...] entonces ahora los jóvenes no pueden decir yo no sabía” (Isabel, 56 años)

Se desprende la importancia del rol de los colegios en esta materia y el cómo es abordada por estos mismos, aludiendo de manera implícita al derecho que tienen todas las personas a recibir educación en sexualidad, que permita tomar decisiones de manera informada y responsable, a través del acceso a información basada en criterios claros y científicos; este derecho implica *“que la información sexual debe ser generada a través de la investigación científica libre y ética, así como el derecho a la difusión apropiada en todos los niveles sociales.”* (OPS et al; op.cit: 38)

También se da importancia a la educación sexual, porque existe una necesidad de abordarla de manera seria y clara, considerando que cada vez que se

aborda el tema, en diversos espacios, como la familia, la escuela, los medios de comunicación, entre otros, se hacen de manera estereotipada y es trivializada.

“Yo creo que es importante, porque nos hace falta separar dentro de la educación sexual el doble sentido, tenemos que respetar cuando uno habla de una vagina, de un pene. Y esto hay que hacerlo como una educación para las madres que tienen niños, que les enseñen a sus hijos que el pene es pene y la vagina es vagina, la cuiden y la respeten. Entonces cuando uno habla del tema, se confunden, se le presta menos atención, da para la risa, la chacota, [...] en ese sentido yo exijo respeto para las personas [...]” (María, 58 años)

La importancia que ellas revelan de la educación sexual es asociada al cuidado de su sexualidad porque, al poseer herramientas otorgadas a través de la educación sexual, el ejercicio de la sexualidad se desarrolla en base al conocimiento y valoración del cuerpo, y de los derechos humanos que les corresponden a las mujeres. Es decir, con educación sexual, las personas en general, deberían abordar la sexualidad de un modo más libre, responsable e informado.

“Yo creo que sí, porque [...] uno no sabe cosas, no entiende, es como cuando dicen las mamás, ahora las niñas saben de más, entonces si quedan preñás es porque sabían, pero a veces uno no sabe, no tenemos educación sexual, las prevenciones o las pastillas, uno no lo sabe. [...] Yo he pasado etapas muy fomes en cuanto a mi vida sexual, pero si yo hubiese tenido una formación

tanto de mis padres como educacional a lo mejor habría disfrutado más. Yo creo que el que te enseñen educación sexual, a lo mejor te puede llevar a ser una mujer más plena.” (Solange, 39 años)

Como una de las ventajas asociada a la educación sexual, es el mayor conocimiento y manejo de herramientas para ejercer responsablemente la sexualidad, se puede esperar que las personas ejecuten prácticas preventivas sobre las enfermedades de transmisión sexual, rompiendo de alguna manera con la cadena de contagio. No obstante esta visión, es importante destacar que, la tarea de la prevención de las enfermedades originadas por contacto sexual se relega a la juventud, pues se considera que es más vulnerable en esta materia.

“Si pues, es importante porque mientras más educación sexual haya, menos peligros en las enfermedades; mientras más conocimiento tenga la juventud, [...] para que tengan, cómo se llama, tengan prevención, mayor conocimiento y así las enfermedades no se vayan propagando tanto.” (Elizabeth, 72 años)

Surge también la preocupación por la educación que ellas, en su rol de madres, deben transmitirle a sus hijos e hijas. De este modo, sienten que el rol educativo que cumplen las mujeres en el hogar y la familia, se ve obstaculizado por haber carecido ellas mismas de educación sexual de manera previa.

“Ahora en este momento, sí me interesa y no sé cómo tratarlo bien con mi hija que tiene trece; ahí cómo que volví a retomar, pensar, como uno tiene, [...] que empezarle a explicar cosas, eh, si es un tema.” (Jimena, 31 años)

“Sí, porque yo creo que aquí en Chile, si bien es cierto, también hace unos años se habla más de sexo, eh... no hay una cultura sexual. Ahora el sexo abarca muchas cosas, que no sólo sexo es la genitalidad, reproducción, muchas cosas que uno, a lo mejor, mucha gente no la tiene clara y no podemos educar a los hijos bien, en ese sentido.” (Fresia, 52 años)

Es importante considerar que en las citas referidas se reflejan las expectativas que tienen los demás en las mujeres y cómo éstas inciden en las expectativas que las propias mujeres tienen de sí mismas, en cuanto a sus roles socializadores como madres.

“Sí, porque ahí uno aprende cosas que es ignorante, es bueno saber sobre las cosas sexuales. Yo creo que los niños ya saben todo, pero uno que es más vieja no sabe nada. [...] además, sirve para tener más conciencia, estar más preparada. Una misma, que pertenece a cosas sociales, si llega alguna chiquilla a preguntar algo sobre la cosa sexual, saber algo y no quedar en blanco.” (Silvia, 59 años)

Sobre la importancia que otorgan las mujeres entrevistadas a la educación sexual, cabe destacar que, tiene una estrecha relación con que éste es un instrumento clave para promover el autocuidado, el control de la natalidad y para tomar decisiones sexuales y reproductivas adecuadamente (PNUD; op.cit.), pues cuando existe una sociedad con educación sexual tiene menos posibilidades de que sus ciudadanos/as padezcan enfermedades de transmisión sexual y reconoce, en base a datos científicos, que hombres y mujeres tienen el derecho de vivir la sexualidad con igualdad, en el ámbito reproductivo y en el del placer. (Arriagada en Lagos y Barón; 1997)

Responsables de impartir la educación sexual

En segundo lugar y para finalizar el análisis de esta categoría, se expondrán las palabras de las entrevistadas sobre el o los encargados de impartir educación sexual a las personas. Para ellas el principal responsable de otorgar educación sexual es la familia.

“[...] Los papás desde chiquititos deben hablar con sus hijos Yo misma a mi hija desde chiquitita le he dicho que nadie me la toque, ahí uno va educando y previene que pasen las cosas.”
(Juana, 51 años)

Sin embargo, se reconoce que en muchos casos, los padres no se encuentran capacitados para abordar el tema con sus hijos/as. Considerando esta falencia, se enfatiza en que deberían existir instituciones que colaboren en la educación de los/as niños/as que apoyen el quehacer de los padres en dicho proceso,

esperando que la instrucción primaria y secundaria adquiriera una mayor responsabilidad, puesto que los profesionales que allí se desempeñan cuentan con las competencias para educar.

“Yo creo que de la familia, o sea yo misma me estoy contradiciendo con lo que estoy diciendo, pero sí, yo creo que es de la familia [...] Y después yo creo que si una educación sexual en los colegios, pero una educación sexual no sé de qué forma; yo he pensado mucho en eso, por el hecho de que tengo a mi hija ahora, de qué forma podría tratarse. [...] Yo pensaba, será una buena opción o no será, no sé. Porque no sé si es bueno enseñarle así tan detalladamente el hecho o explicarle lo que significa tener una relación sexual a los doce, trece años.” (Jimena, 31 años)

“Yo creo que comienza en la casa, después será el colegio, instituciones... pero yo creo que la educación debe empezar en la casa. Yo creo que ahí depende de cada familia, dependiendo de las herramientas que tengan. Por lo mismo, debiese haber instituciones que se preocuparan de eso.” (Isabel, 56 años)

“Yo creo que deberíamos ser los papás, pero como ya te dije antes, realmente, no tenemos la cultura necesaria. Entonces, generalmente, y yo ya vengo de una generación que no se hablaba de sexo; entonces, para mí fue súper difícil y creo que si hubiera ayuda en los colegios, sería mucho mejor. Ahora, yo sé también que eh... los papás se niegan a que, o la mayoría se niega a que haya educación sexual en los colegios.” (Fresia, 52 años)

Desde otra óptica, se manifiesta en los discursos recogidos, una deslegitimación del peso que ha tenido la Iglesia Católica en la formación valórica de las personas, incluida la sexualidad, debido a los escándalos sexuales que rodean a miembros de ésta.

“Es que yo creo que en cada espacio tiene que haber una persona, [...] De la iglesia no, porque ahora cada uno hace lo que quiere, las iglesias ya no se respetan como antes. Si fueran como antes sí, porque ahora nadie respeta nada [...], si el cristianismo hubiera sido siempre recto, hubiera sido ideal que la educación sexual viniera de ahí, porque los servicios de salud no hablan de los valores [...].” (Solange, 39 años)

Más allá van las visiones que sostienen que, si bien, la familias y el sistema educacional debe responsabilizarse de la educación sexual, ésta debe responder a una política educativa de acceso universal, que asegure educación en sexualidad a todas las personas por igual, otorgando mayor grado de responsabilidad al Estado e incluyendo a todos los actores que intervienen en la educación. En este sentido, se destaca la responsabilidad que los/as ciudadanos/as deben asumir en el proceso de formación de las personas, por medio de organizaciones sociales que trabajen las temáticas tratadas, a través de la presentación de propuestas y utilización de mecanismos de presión.

“Bueno, una educación sexual eh... bueno, bien responsable, podría ser en el hogar, en los colegios, eh... a nivel de políticas de

gobierno, del Colegio Médico, de todas las entidades que están relacionadas con la salud, a la que tengan acceso todas las personas, para todos, no solamente en ciertos estatus sociales, sino que desde abajo, todos.” (Elizabeth, 72 años)

“Creo que estamos en el momento de que asumamos algunas responsabilidades de cumplir con nuestro rol de ciudadanos y responsabilidades compartidas, porque no puede ser recargar de responsabilidades sólo a los colegios, sólo a la educación (...) si no estás organizada de rebote te va a llegar lo que están haciendo otras vecinas.” (María, 58 años)

“La sociedad misma, porque no sacas na’ con inculcarle a tus hijos los valores, [...] si tú a tu hijo le inculcas en la casa, empezando con lo más básico que es el respeto en todo lugar, y lo mandas a un colegio donde no hay respeto [...] Y la educación sexual no existe mucho acá, todavía está como muy oculto, y desde el hogar, yo me incluyo... a los papás les da como vergüenza conversar con los hijos de sexo y yo creo que la base de todo está en el hogar, el primer paso, la familia, los padres, es tu responsabilidad, [...] La otra parte es el colegio.” (Margarita, 52 años)

A partir de los discursos referidos, se puede apreciar que el concepto de educación sexual que expresan las entrevistadas, devela un sentido de derecho, puesto que éste constituye un proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida y que debería involucrar a todas las instituciones sociales (OPS et al; op.cit.), en igualdad de condiciones para todas y todos.

Desde esta perspectiva, de acuerdo a las palabras de las entrevistadas, si bien reconocen a la familia como uno de los principales responsables de impartir educación sexual a sus miembros, conciben que si éstas no poseen las herramientas apropiadas para abordar la sexualidad, el Estado debe asumir el rol educativo de la sociedad en su conjunto, a través de un espacio en el que prime el bien común de la población, con el propósito de alcanzar un bienestar integral igualitario para hombres y mujeres. (PNUD; op.cit.)

Categoría 3: Enfermedades de Transmisión Sexual

Las citas expuestas en esta categoría, corresponden a las respuestas otorgadas por las entrevistadas, en función del tercer objetivo específico de la variable *Percepciones sobre salud sexual*, que pretende *describir el conocimiento y la opinión que tienen las mujeres sobre las enfermedades de transmisión sexual*.

En este sentido, la categoría definida a priori se denomina *Enfermedades de transmisión sexual (ETS)*, entendida como los conocimientos que tienen las entrevistadas, sobre ellas y sus formas de prevención, y la importancia que le otorgan a la prevención.

Para comenzar, según las respuestas entregadas por las entrevistadas, se analizarán los conocimientos de las entrevistadas sobre las enfermedades de transmisión sexual. En este sentido, destacar que una respuesta predominante,

es el reconocimiento del VIH/SIDA como elemento común de lo que las mujeres conocen sobre las ETS.

“Bueno, la que más se reconoce es el SIDA, eh... ¿Qué sea de transmisión sexual propiamente tal? Mmm... no, en realidad que no sé de otra; así como que manejara el nombre, no. Creo que no.”
(Jimena, 31 años)

“Que ahora el SIDA, años atrás era la sífilis, la gonorrea y ahora lo terrible es el SIDA.” (Isabel, 56 años)

“Qué son... son las que se transmiten por medio del sexo, o sea la sífilis, el VIH, eh... o sea, hay hartas, pero que son como, como que se han ido un poco, ya, como discontinuando digamos, porque la gente se cuida un poco, ahora como la que está más en auge es el VIH.” (Fresia, 52 años)

Las entrevistadas, añaden que la gravedad del VIH/SIDA lo constituye la irreversibilidad de la enfermedad y el difícil y costoso tratamiento médico. Por su parte, según datos del MINSAL (ibid) las enfermedades de transmisión sexual más comunes en Chile son: la sífilis, la gonorrea, la uretritis no gonocócica, los condilomas acuminados, el herpes genital y la tricomoniasis.

“En este momento, como la más fuerte, la más peligrosa, podría ser... el SIDA, porque no tiene remedio, o sea es irreversible esa enfermedad, al menos por lo que uno ve o lee en los diarios, la

estadística. Otras serían, las más antiguas, que serían la sífilis, la gonorrea y varias enfermedades que son eh... producidas por todo esto.” (Elizabeth, 72 años)

Bueno, lo que está más en este momento es el SIDA, pero hay hartas enfermedades, enfermedades de contacto sexual como la sífilis, la gonorrea y muchas... la que más me impacta es el SIDA. [...] porque a pesar de que están buscando la cura, para la enfermedad, se sigue expandiendo día a día, por la poca responsabilidad de las personas. Estamos hablando de tanto jóvenes como adultos, y la juventud cae más porque tiene menos información y es más arriesgada a hacer cosas.” (Margarita, 52 años)

Por último, otra respuesta orientada al conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual, se ligó a las prestaciones que el sistema de salud entrega a sus beneficiarios en este tema.

“Enfermedades dignas de temor que son la sífilis, la gonorrea a través del contacto sexual; los consultorios ofrecen bastante orientación con respecto un examen que se llama el VDRL, ese examen nos hacemos todos los usuarios en el consultorio cuando nos piden hacer el examen de Papanicolau o cuando viene a hacerse una atención con la matrona.” (María, 58 años)

Las citas expuestas, demuestran un conocimiento y una opinión generalizada con respecto a las enfermedades de transmisión sexual, y si bien no cuentan con un conocimiento riguroso sobre el tema, sus discursos se basan en la experiencia de vida y el contexto sociocultural del que forman parte las entrevistadas.

Importancia de la prevención de ETS

Por otra parte, en virtud de las respuestas relacionadas con la importancia que le atribuyen las entrevistadas a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y sus fundamentos, se puede señalar que la totalidad de ellas creen que es muy importante la prevención tal como se revisará en los párrafos consecutivos.

En primera instancia, es necesario destacar la importancia de la prevención, asociada a la interrupción de la cadena de transmisión, entendida como *“la manera en que se va transmitiendo la infección de una persona a otra.”* (MINSAL; op.cit.: 03)

“Yo creo que sí, para evitar las enfermedades, los contagios, todos eso.” (Juana, 51 años)

“Bueno, yo creo que es súper importante, más que importante, porque si el hombre contagia a su esposa o su pareja eh... ella también puede, si no es pareja estable, le puede contagiar a otras

personas y la cadena no se termina; así que es muy importante.”
(Elizabeth, 72 años)

Asimismo, hay quienes, desde la misma óptica, añaden que es importante la prevención, pues de ese modo se interrumpe la cadena de transmisión, lo que es fundamental para evitar el contagio de enfermedades irreversibles, crónicas y dolorosas como son las ETS.

Sí, para evitar el contagio, entre una pareja y otra y por el cuidado de una misma. Sí, bueno en el caso propiamente del SIDA, porque es una enfermedad que todavía no tiene cura, que la enfermedad en si es como larga, dolorosa para las personas.” (Jimena, 51 años)

“Por supuesto, porque es una enfermedad muy mala, o sea, enfermedades que no tienen cura.” (Silvia, 59 años)

“Porque sí, porque no es fácil, o sea las enfermedades de transmisión sexual no se curan fácilmente, generalmente se quedan como, si se puede decir crónica, se quedan y vuelven y van contagiando a otras personas y lógico que hay que prevenirlas.”
(Fresia, 52 años)

Se aprecia además en los discursos de las entrevistadas el valor otorgado a la fidelidad en la pareja, pues se asocia, como causa del contagio de una enfermedad de transmisión sexual, a las infidelidades.

“De todas maneras, porque por seguridad en cuanto a la salud, y lo otro en cuanto a la seguridad por el respeto que tiene uno por la otra pareja, de saber que la persona que está al lado tuyo, está contigo no más.[...]” (Solange, 39 años)

Desde otra perspectiva, nuevamente, se hace alusión a la responsabilidad que les cabe a las personas en la prevención, y en la utilización de métodos y realización de exámenes en el sistema público de salud.

“Sí, es importante. Pero no sólo es importante que en los servicios de salud se distribuyan los métodos o se eduque. También es importante que las personas asumamos nuestra responsabilidad en estos temas, [...] también es nuestra responsabilidad aprender, actuar y transmitir nuestros conocimientos.” (María, 58 años)

En otro sentido, sorprende la importancia atribuida a la labor informativa desarrollada por los medios de comunicación, considerada fundamental en la prevención, pues el tema puede ser tratado abiertamente, gracias a las campañas sobre el uso del preservativo, transmitidas por los medios.

“Sí, con responsabilidad, usando preservativos, pareja única, [...] se podrían evitar muchas cosas, la misma enfermedad en sí, se contagian... se termina una vida, se apaga una velita, por eso digo que todo debe ser con mucha responsabilidad. La televisión, los spot, cumplen con la misión de informar.” (Isabel, 56 años)

“Sí, porque lo que no pasó en cien años, pasa en un minuto [...]. Hay que ser precavida, yo doy gracias a Dios cuando en la televisión promueven mucho el uso del condón, ya con más libertad, eso es importante para las chiquillas y para los hombres igual.” (Margarita, 52 años)

En definitiva, las citas expuestas anteriormente, expresan una importancia fundamental a la prevención como componente fundamental del cuidado de la sexualidad, para evitar de esta forma el contagio de las ETS.

Probabilidad de contagio de ETS

Para culminar con el análisis de esta categoría, se procederá a revisar las respuestas de las entrevistadas sobre las posibilidades que existen de que ellas mismas contraigan alguna enfermedad de transmisión sexual.

En su totalidad, las entrevistadas señalan tener sólo una pareja sexual, por lo que las probabilidades de contraer alguna enfermedad, se rebajan; sin embargo, otorgan distintas respuestas a la interrogante.

“Mmm... no sé, no creo, porque se supone que mi esposo sólo está conmigo. Espero que no.” (Isabel, 56 años)

“No creo, o sea, por mi parte no po’, no tengo a nadie más que mi esposo. Ahora si me preguntas por mi esposo, que yo sepa está conmigo, es lo que yo sé. Aunque no creo ah.” (Margarita, 52 años)

También, hay quienes creen poco probable el contagio de enfermedades de transmisión sexual, pues mantienen relaciones sexuales sólo con una pareja, asumiendo dicha condición como una realidad casi irrenunciable y señalan que la única probabilidad que tienen de contraer alguna, es a través de la infidelidad de sus parejas. A la vez, expresan que un episodio de infidelidad sería más difícil de abordar que el propio contagio.

“No creo po’, porque si estamos hablando de las infecciones sexuales por infidelidades es una lata, porque se supone que si tú eres responsable y estás con una persona y con esa persona siempre vas a estar; por ende, es como que estás segura que nunca vas a tener ninguna infección, nunca vas a tener ninguna enfermedad. Aparte, imagínate que el mismo virus del SIDA.” (Solange, 39 años)

“Por ejemplo en mi caso, para mí sería así como un balde con agua fría o con hielo porque tengo sólo una pareja, es mi pareja estable, si yo me contagiara sería por medio que mi pareja tendría que tener algo con otra persona y eso sería peor que tener SIDA, yo creo.” (Jimena, 31 años)

Finalmente, otra percepción de las entrevistadas sobre la posibilidad de que puedan contraer alguna enfermedad de transmisión sexual, consiste en que si bien, tienen pareja sexual única y estable, nunca existe la seguridad plena de que la otra persona mantenga esta condición. Así, por ejemplo, se considera el alto nivel de contagio de VIH/SIDA en mujeres casadas por sus parejas

“No sé po’, yo tengo pareja única, pero resulta que, yo sé que acá en el consultorio o en el CESFAM Santa Laura, hay muchas mujeres contagiadas, que están siendo contagiadas por su marido, por su pareja, por la pareja estable.” (Fresia, 52 años)

“Puedo pensar que yo soy la única pareja de mi esposo, pero nadie me lo garantiza.” (María, 58 años)

“Yo creo que si po’ hija, porque tendría que ser que encontrara a una persona aparte de mi marido y sin conocerla.” (Juana, 51 años)

En virtud de las palabras de las entrevistadas, se puede revelar el hecho de que ellas se consideran fuera de riesgo por tener pareja única, esto devela su alta valoración de la fidelidad como un componente básico de la relación de pareja. En este sentido, existen dos posiciones predominantes: primero, la que señala no correr riesgo de contagio, pues mantiene relaciones sexuales sólo con una persona, y que en el hipotético caso de ser contagiada, la infidelidad como traición a su confianza, sería muy difícil de abordar, incluso más que la

enfermedad misma. No obstante, existen posiciones que reconocen la existencia de un riesgo latente, aun cuando se tenga pareja estable y única.

Categoría 4: Placer sexual

La presente categoría corresponde a la información entregada por las entrevistadas, en función del cuarto objetivo específico de la variable *Percepciones sobre salud sexual*. Este objetivo pretende *describir la opinión que tienen las mujeres sobre el placer sexual*.

¿Qué es una relación sexual?

Para comenzar, se exponen las respuestas correspondientes a la interrogante relacionada con el significado que las entrevistadas otorgan a la relación sexual; en virtud de las cuales se puede mencionar que, existen varias visiones que vinculan las relaciones sexuales con el afecto hacia la pareja. Desde esta perspectiva, la relación sexual actúa como un mecanismo a través del cual se transmiten sentimientos como amor y cariño a la pareja.

“La relación sexual es una intimidad entre hombre y mujer. Para mí, cuando eh... lo que te decía denante, las niñas están teniendo “sexo”, no es como cuando nosotras soñábamos con que la pareja, que iba a ser por amor, no solamente: sexo. Debería ser con amor, con cariño y, o sea, todo va de la mano. No siempre es sexo solamente, sexo por sexo.” (María, 58 años)

“Para mí es amor [...] una relación sexual hace que yo deba sentir cariño y amor más que nada.” (María, 58 años)

Asimismo, junto con el amor hacia la pareja, añaden otro componente que también debe estar presente en la relación sexual: el placer, que se encuentra íntimamente relacionado con los afectos. Lo anterior denota la relación que establecen las entrevistadas, entre el acto sexual, el placer y la afectividad. En este sentido, se puede apreciar que tal relación contiene un valor agregado a los sentimientos que deben existir en la pareja que concreta la actividad sexual, entendida como la *“expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo.”* (OPS et al; op.cit.)

“El acto sexual es la culminación del amor, es el pololeo y después tienes que mostrar lo máximo. La idea es que sea algo rico, algo complaciente. Lo mejor es pensar que ese acto es sabroso, es bonito.” (Solange, 39 años)

“El hacer el amor, el enamorarse, el estar enamorado de una persona, porque el amor existe, es como llegar a la cumbre del amor, entregarse con cuerpo entero y tener relaciones y buscar placer con la otra persona; es como llegar a una comunicación profunda e íntima, no sé, así lo he tomado yo.” (Margarita, 52 años)

“La relación sexual es como dicen los chiquillos: “vamos a hacer el amor”. [...] para mí el goce está relacionado con el amor y con desearlo, porque no a la fuerza, por ejemplo, que tú estés de acuerdo, que ambos estén de acuerdo, que sean con respeto, bueno y esa parte, yo creo que si no es con amor no hay goce.”
(Elizabeth, 72 años)

Las anteriores citas reflejan que, la percepción de la relación sexual de las entrevistadas posee un enfoque integral, coincidente con la definición de sexualidad expuesta por la OMS:

“La sexualidad es un aspecto fundamental del hecho de ser humano a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, el vínculo afectivo y la reproducción. Se experimenta y se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones.” (OMS en AMSSA; op.cit.: 12)

Al igual que la entrevistada anterior, la cita expuesta a continuación vincula las relaciones sexuales con el respeto, haciendo énfasis en que es un acto que se debe consumir siempre y cuando ambas partes así lo deseen y lo expresen. De esta forma, se rechaza explícitamente la presencia de la coerción y la violencia sexual.

“Es una entrega total. Es un tema en el que tienen que estar de acuerdo ambas partes y pasarlo bien po’, no porque hoy día hay

que hacerlo, se hace... es necesario conversar (...) no hay que hacerlo por miedo, ni por dar en el gusto o por amenazas.”
(Isabel, 56 años)

Durante las entrevistas, algunas mujeres señalaron que su concepción actual sobre las relaciones sexuales estaba vinculada a la evolución que ha tenido su propia vida sexual.

“Ahora para mí es como sentirme mujer. Antes era para mí sufrir como mujer. Ahora es rico, [...]. La diferencia es que ahora yo lo siento, [...] antes cumplía como mujer. [...] no sentía el placer de estar con un hombre. Yo era la mujer que me tenía que acostar y que el hombre hiciera lo que tenía que hacer; ese era mi papel.”
(Juana, 51 años)

“[...] han pasado por varias etapas mis relaciones sexuales, por ejemplo, cuando yo estaba muy joven yo no hacía nada, todo lo hacía mi pareja, cuando recién empecé a tener relaciones con él, hasta que nació mi hija yo creo que fue así. [...] ahí yo recién empecé a sentir ese goce que se dice, antes de tener a mi hija yo no tuve un orgasmo por ejemplo.” (Jimena, 31 años)

También hay mujeres que se dan cuenta de un empeoramiento de su vida sexual y reflexionan en torno a lo que fue durante un momento de su vida en comparación a lo que experimentan en la actualidad

“Antes era algo lindo, compartíamos los dos, gozábamos los dos, me sentía bien, me entregaba con amor, con cariño. [...] ahora es como una rutina que hay que cumplir, prefiero hacerme la lesa, porque no es agradable, pero lo tengo que hacer, si no tendría problemas con él, [...] hay palabras muy hirientes.” (Silvia, 59 años)

De las respuestas otorgadas por las mujeres entrevistadas, es importante destacar que, el concepto que han construido sobre las relaciones sexuales, se encuentra basado principalmente en la relación afectiva que debe existir entre la pareja, posicionando en un segundo plano el placer y el bienestar que concede la actividad sexual. Asimismo, se puede señalar que este concepto de relaciones sexuales, se encuentra compuesto por elementos de la vida cotidiana de las mujeres, de las vivencias que las mismas experimentan en su vida sexual.

En conclusión, todos los antecedentes expuestos, señalan que las entrevistadas consideran que en una relación sexual es importante que se respete su derecho a la libertad sexual, a la autonomía, integridad y seguridad sexual del cuerpo, al placer sexual y a la expresión sexual emocional. (OPS et al; op.cit.) Concibiendo la relación sexual desde la perspectiva de los derechos sexuales que a todo ser humano corresponde. Reclaman la necesidad de amar y ser amadas, de ser respetadas y complacidas. Llama poderosa y gratamente la atención que, las entrevistadas no asociaron la reproducción a las relaciones sexuales, lo que significa que asumen el derecho a vivir una sexualidad plena sin estar asociada a la reproductividad.

Opinión sobre el placer

Para continuar, se exponen las respuestas correspondientes a la última pregunta de esta categoría, que se relaciona con la opinión de las entrevistadas sobre el placer sexual.

En las citas analizadas anteriormente, se apreciaba una valoración especial al placer dentro de las relaciones sexuales; sin embargo, esta vez las entrevistadas, en general, explicitaron la exigencia del placer sexual como un derecho de todas las mujeres en cualquier actividad o práctica sexual.

“Tú tienes derecho a pasarlo bien, como persona tienes derecho a ser complacida, [...].” (Solange, 39 años)

“Es algo que nos corresponde a todas, pasarlo bien, conocerse, porque si uno no conoce, no sabe lo que le gusta difícilmente logrará pasarlo tan bien.” (Isabel, 56 años)

“Lo veo como un derecho del ser humano, tú tienes derecho como la modelo más espectacular que la desean todos, como eres tú, lo más simple posible tienes el mismo derecho de llegar al placer, [...] tenemos el mismo derecho de llegar con tu pareja y si estás enamorada o si quieres sexo [...]” (Margarita, 52 años)

“Es un derecho de todas, [...] hay gente que se da cuenta después que han tenido, no sé po’, pasa la menopausia, estamos hablando

de 50 años y se dieron cuenta de que nunca supieron lo que era un orgasmo.” (Fresia, 52 años)

Considerando lo anterior, es importante destacar que a la vez que la mujeres entrevistadas señalan que el placer sexual es un derecho, expresan que en su ejercicio las personas encuentran una fuente de plenitud, de felicidad y de encuentro.

Por otra parte, las citas expuestas a continuación, señalan que el placer es un elemento importante de la relación sexual, y se vive en plenitud siempre que esté presente el vínculo afectivo, constituyendo dicha vivencia como un derecho y una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual. (OPS et al; op.cit.)

“Yo lo veo como un derecho, tengo derecho a gozar, tengo derecho a elegir el momento, tengo el derecho a elegir a la persona, no que sea así como por divertirse. Al verlo como un derecho, tú te realizas como mujer, te sientes plena, te sientes feliz y a veces si no fuera con amor, a veces te arrepientes, después tienes remordimiento de conciencia.” (Elizabeth, 72 años)

“El placer es parte de mi ser, de mi organismo, es como comer y comer rico, o como vestirme y verme bonita, es como todo, me remueve desde mis neuronas hasta la punta de los dedos de mis pies, un orgasmo es la vida misma, por eso yo le doy el significado de amor porque yo tengo que proyectarme, replantearme, creo

que tenemos que estar bonitas para tener una relación sexual, tengo que estar predispuesta para pasarlo bien y recibir, digamos, ese minuto de placer.” (María, 58 años)

Nuevamente, las citas expuestas por las entrevistadas, dan luces de la noción de derechos con que perciben la sexualidad, en la cual el placer es una parte. Desde este punto de vista, se reitera que las percepciones de estas mujeres están mediadas por el derecho a la libertad sexual, a la autonomía, integridad y seguridad sexual del cuerpo, al placer sexual y a la expresión sexual emocional. (OPS et al; op.cit.)

Para finalizar el primer capítulo del análisis de resultados de la presente investigación, se presentará una breve conclusión de cada categoría, que incluirá los aspectos más relevantes de cada una de ellas.

Respecto a las percepciones que tienen las mujeres sobre la sexualidad y la salud, es preciso indicar que, en general, las entrevistadas visualizan la sexualidad desde un enfoque amplio, que incluye el deseo, el placer y la autonomía, dejando entrever que, a pesar de las distintas experiencias que viven en su vida sexual, consideran que la sexualidad es un aspecto importante de los seres humanos, del que se debe disfrutar. Además, señalaron que es de vital importancia el cuidado de la sexualidad, asociado a la salud, educación y organización, pues a través de dichos mecanismos es posible lograr el bienestar y la plenitud en el ámbito sexual.

Por otra parte, la percepción que tienen las entrevistadas, sobre la educación sexual se orienta a la gran importancia que se le otorga, pues creen que a

través de ella, las personas adquieren herramientas que les permiten prevenir enfermedades de transmisión sexual y para mejorar la calidad de su vida sexual, puesto que les permite adquirir conocimientos sobre el cuerpo y sus procesos, lo que facilitaría además el ejercicio del rol educativo de la familia. En este sentido, apuntaron a esta institución como la primera responsable de impartir la educación sexual a las personas; sin embargo, se reconocen falencias que impiden que esto suceda de manera óptima, es por esto que en la educación sexual, deben intervenir otros actores ligados a la educación, la salud y la sociedad civil.

En tanto, sobre las enfermedades de transmisión sexual, las mujeres entrevistadas señalan que la más común y compleja es el VIH SIDA, afirmando que las demás ETS están en retirada. Asimismo, destacan la importancia de la prevención, como método que posibilita el debilitamiento de la cadena de transmisión de enfermedades, calificadas como peligrosas, donde se destaca el rol informativo que deben cumplir los medios de comunicación. Por último, en cuanto a la posibilidad de que ellas sean contagiadas con alguna enfermedad de transmisión sexual, las mujeres entrevistadas, en general, creen que tienen bajas probabilidades, puesto que mantienen pareja sexual única y estable; sin embargo, no se descuida el hecho de la propia pareja pueda serles infiel, lo que en ocasiones sería más difícil de asumir.

Finalmente, la percepción que las mujeres entrevistadas tienen de las relaciones sexuales, se encuentra ligada al vínculo afectivo de la pareja, al placer y al ejercicio de derechos. En tanto, la opinión que expresan sobre el placer, se vincula directamente con el enfoque de derechos, puesto que

considera que el placer en la mujer es un elemento sumamente importante dentro de la experiencia sexual.

CAPÍTULO VIII: PRÁCTICAS SOBRE SALUD SEXUAL

El presente capítulo aborda de manera acotada el análisis de los datos recopilados para la realización de esta investigación, respondiendo específicamente al segundo objetivo general, que pretende *indagar en las prácticas que ejercen mujeres que participan en organizaciones vinculadas con la Oficina de la Mujer de la comuna de El Bosque, en relación a su salud sexual*.

De esta manera se profundizó en el análisis sobre las prácticas que éstas ejercen sobre el cuidado de su sexualidad, las formas en que han recibido educación sexual, los métodos utilizados para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y finalmente el cómo han experimentado su vida sexual conforme transcurren los años y específicamente en la actualidad, ahondando en las sensibilidades presentes en cada discurso sobre sus prácticas.

Categoría 1: Sexualidad y salud

En la categoría *Sexualidad y salud*, el propósito se centra en *describir las prácticas ejercidas por las mujeres en relación a la sexualidad y la salud*, considerando la información otorgada por las entrevistadas en torno al ejercicio de prácticas de cuidado de la sexualidad y las razones de ello.

La información recolectada para la construcción de esta categoría y posteriores tópicos, se realizó gracias a la aplicación de entrevistas en profundidad, en especial las respuestas que las entrevistadas entregaron a las preguntas correspondientes a la dimensión *Sexualidad y salud*.

Prácticas de cuidado de la salud sexual

La primera interrogante con respecto al tema, consiste en indagar si existe por parte de las mujeres entrevistadas la práctica de cuidar su sexualidad, no como una respuesta a las disposiciones del consultorio o cualquier servicio de salud, ni como un quehacer del resto de su comunidad más cercana, sino como el ejercicio pleno de sus inquietudes y necesidades primordiales para sentirse sana, satisfecha y por sobre todo feliz con su práctica.

“Por supuesto, yo asisto regularmente a los controles ginecológicos, pero además, me preocupo de aprender, ejerzo mi derecho a la información, y si no me la dan, la busco, porque eso es lo que tenemos que hacer, autoeducarnos, organizarnos para satisfacer nuestras necesidades.” (María, 58 años, técnico superior completa)

“Yo cuido mi sexualidad asistiendo al médico, como tengo antecedentes, me hago exámenes constantemente y en mis tiempos usando condón.” (Elizabeth, 72 años, técnico superior completa)

“Trato de ir al médico una vez al año, cuando trabajaba era más seguido. Pero es importante, así uno sabe qué tiene que cuidar más y estar más sana.” (Isabel, 56 años, media completa)

Se ejerce por tanto, en estas tres mujeres, la autoeducación como una estrategia de conocimiento, cuya práctica podría estar vinculada además con el nivel educacional de cada una de las entrevistadas, la inquietud particular con respecto al tema y la inserción laboral en un espacio relacionado con la salud o la sexualidad; estos factores les facilita el acceso a la información que requieren bajo un enfoque de derecho, conforme a las necesidades sentidas, presentes en su desarrollo personal y social; concibiendo asimismo que, constituye un deber de los profesionales orientar sobre temas en los que cualquier mujer se sienta ignorante. Es así como en el discurso, se responsabilizan de las prácticas desarrolladas en virtud de su sexualidad, sintiéndose sanas, cuestionándose el comportamiento sexual ejercido y actual realidad con respecto a posibles enfermedades hereditarias que pudieran incidir en su salud.

Persiste en una de las entrevistadas la sensación de que el servicio brindado por la atención pública no precisamente responde a las inquietudes o demandas de cada una:

“Mmm.... Sí, he ido al médico, pero cuando yo estuve con la psicóloga le planteé que quería algo con el tema sexual, algún taller o información, pero no tuve respuesta. En mi experiencia no pasó nada... lo que no quiere decir que sea un lugar con mala atención [...]” (Solange, 39 años, básica incompleta)

De esta cita se interpreta que dentro de las prácticas ejercidas por la entrevistada, se encuentra la demanda de educación en sexualidad en el sistema de salud del que es beneficiaria, sin obtener una respuesta positiva; sin embargo, no concibe el acceso a este tipo de atención como un derecho, ni la

reconoce dentro de la salud sexual integral como un derecho propio de todo ser humano, sino que naturaliza la carencia de respuestas y servicios que atiendan a sus necesidades. En este sentido, se puede señalar que situaciones como ésta dificultan el acceso a la información y a la educación, sometiendo a las usuarias de los servicios de salud a prácticas de salud sexual básicas y de calidad deficiente, desprotegiendo aspectos de la sexualidad que son imprescindibles como la educación.

Desde otra perspectiva, hubo mujeres que manifestaron un cierto desaliento por la atención recibida en los consultorios, optando por la atención en el sistema privado de salud, cuyo pago garantizaría, en su opinión, una atención de calidad y coherente con sus expectativas.

“Yo voy al ginecólogo siempre, estoy con mi control y todo siempre preocupada de esa parte y... conversando con el ginecólogo y haciéndole las preguntas así como son, él me dijo muchas cosas e incluso tengo una consulta pendiente porque me dijo que, cuando cambie todo, quiero que me vengas a ver. Todo en consulta particular, porque ahí te miran a los ojos para atenderte.”
(Margarita, 52 años, media incompleta)

“Me hacía todos los chequeos (mamografía, eco mamaria y eco vaginal) todos los años, pero el año pasado no me lo hice porque me atendía particular, porque iba de manera segura y con la confianza de que iba a un lugar bueno.” (Silvia, 59 años, básica incompleta)

Refiriéndose al sistema de salud público: *“Estuve esperando como seis meses para que me llamaran para hacerme la mamografía, fui y no me gustó, porque me tocó una persona que me agarró las pechugas, me las tiró y me las volvía a tirar, me las trató muy mal, ¡muy mala atención!”* (Silvia, 59 años, básica incompleta)

En consultas particulares existe, según lo señalado por las entrevistadas, la posibilidad de abordar temáticas íntimas de manera profunda y extendida, estableciendo un vínculo con el profesional que se desempeña en dichos espacios. El malestar ante la atención recibida por el sistema de salud público, apunta directamente al mal trato que reciben de los funcionarios/as de dichas instituciones, por ende, estas mujeres tratan de acceder a atenciones médicas en el sistema privado, aunque eso implique un costo adicional, su experiencia reafirma su concepción de que en los centros privados se imparte atención de calidad y encuentran el espacio para abordar distintos temas, según sus necesidades.

Tal y como se señala desde el Informe Sombra de la CEDAW del año 2006 (Corporación Humanas; op.cit.), aún existen demandas insatisfechas por los sistemas de salud públicos, debido a la falta y carencia en la cobertura y el aparente desapego de los profesionales con su quehacer y el mal trato manifestado hacia los pacientes.

Categoría 2: Educación sexual

Desde esta perspectiva, la presente categoría definida a priori se denomina *Educación sexual*, entendida como el acceso a instancias formales e informales que les proporcionen información sobre la sexualidad. En tanto, las respuestas de las entrevistadas se centran en la presencia de la educación sexual en su enseñanza y las formas en que han aprendido sobre ella.

Presencia de educación sexual

En este ámbito, la educación sexual se manifiesta como un tabú al interior de las familias, sin embargo, el primer agente socializador con respecto al tema, lo constituye esta misma; no obstante ello, la familia puede no contar con las herramientas adecuadas para hacerlo.

Las instancias formales para el aprendizaje sobre sexualidad, en base a la experiencia de las entrevistadas, no constituyeron un espacio significativo de respuesta a interrogantes de cada una de ellas.

“En el colegio, poca... [...] cuando comencé a trabajar, mis compañeras de trabajo hablaban esos temas.” (Isabel, 56 años, media completa)

“No po’, nunca, o sea así como en el colegio nunca, me entendí, esas eran cosas que no se hablaban.” (Jimena, 31 años, media incompleta)

“No, nunca... [...] yo estuve internada entonces en el colegio nunca, nunca se habló ni siquiera cuando uno se iba a enfermar nos enseñaron...” (Juana, 51 años, básica incompleta)

“Nunca formalmente, siempre así por aquí, por allá y ahora con el ginecólogo.” (Margarita, 52 años, media incompleta)

Dicha carencia en la instrucción formal respecto de educación sexual, constituye el resultado de diversos aspectos sociales tradicionales, en los que el sexo es considerado un tema tabú, fundamento respaldado por la Iglesia Católica y que en la actualidad ha perdido fuerza y se ha traducido en una temática de preocupación para los gobernantes. Cabe señalar que, sólo en el año 1991 se trabajaron temas de sexualidad a nivel de programas gubernamentales, (PNUD; op.cit.) situación que, sin duda, en la actualidad ha experimentado diversas modificaciones, producto del interés por disminuir el embarazo adolescente. La educación sexual pretende el ejercicio de relaciones sexuales de manera responsable, asumiendo que es el Estado que debe garantizar una salud reproductiva plena. Sin embargo, respecto a la salud sexual, aún persiste una carencia legislativa que permita abordar con una mirada integral la sexualidad, y por consiguiente proporcione las herramientas idóneas para experimentar dicha sexualidad de manera satisfactoria, sana y libre de riesgos.

En tanto, persiste la noción de que es preciso autoeducarse sobre cualquier tipo de tema que inquiete el desarrollo de la mujer, sin que prime la vergüenza o el temor en el conocimiento que se adquiere en dicho proceso. En este sentido,

una entrevistada señala que la autoeducación en materia sexual la consiguió a través de la lectura, el diálogo, asistiendo al médico, todo bajo la propia iniciativa.

“Bueno, al principio, leyendo siempre, porque yo leo bastante, conversando con personas, cuando me tocaba ir a la matrona, preguntando, siempre al médico, a la matrona, al ginecólogo... autodidacta, no hay que tener vergüenza de preguntar, soy inquieta y no me quedo tranquila hasta saber lo que necesito.”
(Elizabeth, 72 años, técnico superior completa)

De esta forma, la entrevistada ejerce su derecho a la informarse, considerando que *“la información sexual debe ser generada a través de la investigación científica libre y ética, así como el derecho a la difusión apropiada en todos los niveles sociales”*, (OPS et al; op.cit.: 38) acudiendo a la atención de un personal experto en el área.

Asimismo, hubo entrevistadas que complementaron el ser autodidactas con el compartir experiencias y conocimientos con otras mujeres, describiendo sus vivencias en organizaciones sociales, concibiéndolas como un agente fundamental en la educación que han recibido sobre sexualidad y su consiguiente desarrollo en plenitud, lo que se puede concebir como el ejercicio del derecho a la educación sexual integral, pues *“es un proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida y que debería involucrar a todas las instituciones sociales”*, (Ibid: 38) reconociendo la importancia que constituye el ejercicio de establecer relaciones interpersonales en espacios públicos, para el enriquecimiento de experiencias tendientes a mejorar la calidad de vida en las mujeres.

“Ahora que participo me doy cuenta que me sirvió porque conocí a mucha gente y hemos compartido muchas historias.” (Isabel, 56 años, media completa)

“He aprendido por iniciativa propia y participando. Nosotras también las mujeres organizadas creo que tenemos capacidad de poder responder a otras mujeres con mayor necesidad que las no organizadas, yo creo que podemos, y esos son los espacios que hay que buscarlos y tratar de coordinarse y explotar [...], sin bajarle el perfil a los profesionales, ojo, sólo creo que hay que ganar tiempo, como en los primeros auxilios.” (María, 58 años, técnico superior completa)

En dicho proceso, juega un papel importante la labor desempeñada por los profesionales de la salud y de las ciencias sociales, que concluya en un trabajo conjunto con la comunidad que la requiera.

“Porque afortunadamente, empecé como alrededor de los 20 años a ser dirigente, he ido a muchos talleres, he ido ah... estuve con el Instituto de la Mujer, con el SERNAM, con, no sé si has oído hablar del MEMCH, que ahora ya no se escucha mucho, eh... iba gente a hacernos talleres a la organización en la que participaba, eh... no sé si ubicas de apellido Pollarolo, que era una sexóloga que aparecía en la tele, con ella tuve muchos talleres y, afortunadamente, fue así, porque yo creo que de lo contrario, no

habría tenido otra opción, otra fuente.” (Fresia, 52 años, básica incompleta)

También el contacto con otras mujeres mediante la organización y el trabajo en conjunto con otras instituciones, constituiría una estrategia de solución de problemáticas sentidas para la comunidad y el contexto del que forman parte; dicho espacio proporciona las instancias de diálogo entre pares, concibiéndose dichas mujeres, como individuos con historias de vida similares y por consiguiente, soluciones compartidas, ya que la organización influye en el desarrollo personal de la mujer.

En este ámbito la mujer puede desarrollarse no sólo en el mundo privado, y generar tensiones en las relaciones asimétricas de poder entre los hombres y las mujeres. La construcción sociocultural patriarcal que concibe a la mujer como objeto y no sujeto, con roles previamente definidos y espacios delimitados, si bien en la actualidad ha experimentado cambios, aún persiste una diversa subyugación hacia el género femenino. Por este motivo, la comunidad internacional, se ha preocupado de elaborar documentos que tiendan a optimizar el trato de temáticas que vulneren a las mujeres, los niños y niñas, los adultos mayores, las diversas etnias, la diversidad sexual, entre otros.

Finalmente se podría decir, según los discursos expuestos, que participar en espacios de la esfera pública, les ha permitido a las entrevistadas un mayor desarrollo social y personal; fortaleciendo en ellas, aspectos como la toma de decisiones y el ejercicio del poder, ya que se han ido educando en diversas temáticas relacionadas con la salud sexual, proporcionándoles herramientas para su socialización como mujeres, lo que coincide con lo señalado por

Lamadrid (op.cit) cuando se refiere a que la participación de los integrantes de la sociedad es garante de la expresión y protección de sus derechos.

Categoría 3: Prevención de enfermedades de transmisión sexual

La información contenida en esta categoría se asocia al tercer objetivo específico de la variable: *Prácticas sobre salud sexual*, el cual pretende *describir las prácticas ejercidas por las mujeres en relación a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual*.

En este sentido, la presente categoría *Prevención de enfermedades de transmisión sexual*, entendida como las acciones concretas que llevan a cabo las mujeres entrevistadas con respecto a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, es decir, explicitar sobre el método preventivo y las razones que expresen para fundamentar su uso.

Prácticas sobre la prevención de ETS

Una de las respuestas más recurrentes sobre las prácticas de prevención de ETS, es la no utilización de métodos preventivos, pues las entrevistadas, como ya se decía en el capítulo anterior, mantienen una vida sexual activa con pareja estable y única.

“No, sólo estoy con mi pareja y a veces, ya les he dicho lo que pasó con mi relación con él... si yo no tomo la iniciativa, no hay nada...”
(Margarita, 52 años media completa)

“No, o sea por ejemplo mi esposo no usa condón, porque se supone que nosotros somos una (interrupción), sí, me entendí...” (Jimena, 31 años media incompleta)

“No, mi amor, yo no tengo nada sexual con otra persona que no sea mi marido, y con él es bien a lo lejos. En él yo confío, él siempre ha sido bueno, entonces eso sería lo único como poder enfermarme, pero no creo, así que no po’.” (Juana, 51 años, básica incompleta)

Sin embargo, una de las entrevistadas, expresa que prefiere prevenir mediante el uso del condón.

“Sí, porque es momento en que tengo que tomar precauciones y no porque lleve una vida libertina [...] sino porque tengo que pensar que mi pareja me es fiel, me es leal pero no me garantiza porque no puedo estar ciega y decir no veo nada.” (María, 58 años, técnico superior completa)

La entrevistada es funcionaria de un consultorio y su trabajo consiste en proporcionar herramientas a las pacientes mujeres que les permitan cuestionarse sobre el ejercicio de una sexualidad plena y libre de riesgos, reafirmando asimismo la importancia de compartir con el resto de la comunidad los conocimientos que ella tiene sobre la salud reproductiva y sexual.

Otra entrevistada vivió la experiencia de infidelidad de su pareja modificando su práctica por temor a ser contagiada, por lo que el argumento de pareja única se relativiza como método preventivo,

“Bueno, en mis tiempos de estar casada tenía mi esposo, yo tenía confianza en él, muchos años, pero cuando descubrí que él me engañaba lo corrí, porque le dije que yo no estaba dispuesta a que me viniera a contagiar y yo tenía mucho temor a contagiarme. A veces le decía que tenía que tener condón, porque no estaba segura...” (Elizabeth, 72 años, técnico superior completa)

A partir de la reflexión generada, una de las entrevistadas se cuestiona la vulnerabilidad a la que están expuestas las mujeres dueñas de casa, ya que mientras ellas se desempeñan en el ámbito privado, es decir, en los quehaceres del hogar, el hombre se desenvuelve en la esfera pública, con un permanente contacto con otras personas, con las que podrían establecer nuevos vínculos afectivos y sexuales, y por ende, constituir un posible foco de contagio.

“[...] las más perjudicadas somos las mujeres, porque los hombres son picados de la araña y nosotras estamos en la casa e ignorantes. Los hombres, a veces se meten con cualquier persona y luego llega a la casa, y tiene con la mujer... me pongo en el lugar de la mujeres que no salíamos de la casa, sólo en las cuatro paredes, porque no nos dejaban salir, si el marido nos decía no, es no.” (Silvia, 59 años, básica incompleta)

Dicha preocupación es respaldada por cifras estadísticas del año 1999, que señalan la incidencia de enfermedades de transmisión sexual en mujeres cuya ocupación se dividen en dos: dueñas de casa con un 32.5 y comercio sexual con un 47.1 (<http://www.redsalud.gov.cl/>) La prevalencia del contagio de enfermedades de transmisión sexual, se presenta con mayores índices en mujeres que en hombres, según estudios realizados por el Departamento Estadístico del MINSAL realizados el año 2007. (Dides, Morán, Benavente y Pérez; 2007)

Sin embargo, el uso del condón es visto, fundamentalmente, como un método para prevenir embarazos no deseados más que como una herramienta preventiva de Enfermedades de Transmisión Sexual.

“Estoy operada, no voy a quedar embarazada, para qué me voy a cuidar. Preservativo usé, pero para prevenir el embarazo, no para las ETS.” (Solange, 39 años, básica incompleta)

“Con condón si me cuidé entre mi hija y mi hijo, ahí... (interrupción), no, no es que por ejemplo usé tratamiento, esa la T, que me hizo mal, después las pastillas que no sé qué, al final terminé con..., no me quedaba otra, con esa, pero como un año, después ya dejamos de usar y nació mi hijo (risas)”. (Jimena, 31 años, media incompleta)

Desde esta perspectiva y considerando las percepciones respecto a la probabilidad de contraer alguna ETS (capítulo anterior), es posible afirmar que,

la seguridad que les brinda la fidelidad a las entrevistadas, genera que no visualicen como una necesidad el uso y las ventajas del condón, como necesarias para el cuidado de su salud sexual.

Categoría 4: Vida sexual

El contenido de esta categoría se encuentra ligado al cuarto y último objetivo específico de la variable: *Prácticas sobre salud sexual*. Este objetivo, pretende *describir las prácticas ejercidas por las mujeres respecto a su vida sexual*.

Es así como la presente categoría denominada *Vida sexual*, tendiente a conocer las vivencias que han tenido las mujeres entrevistadas sobre su propia experiencia sexual, permite comprender si dichas mujeres mantienen relaciones sexuales deseadas y de no ser así, cómo responden a las medidas empleadas por sus parejas cuando se han visto obligadas a “cumplir con lo dispuesto por ellos”.

El tratamiento de esta categoría no estuvo exento de complicaciones y emotividades, ya que para las mujeres entrevistadas, referirse a la sexualidad o específicamente al derecho al goce aludiendo a “otros” o a la construcción de un discurso que no necesariamente se relaciona con su propia vivencia, les resultó más sencillo que profundizar en su íntima experiencia, aparentemente hablar de sí mismas constituyó para ellas un *desnudarse* frente a sus temores, satisfacciones, vergüenzas, en fin, frente a sus propias vidas y más profundas sensibilidades.

Relaciones sexuales

En este ámbito, una de las mujeres entrevistadas, reconoce insatisfacción en las relaciones sexuales que mantiene con su pareja, reflexión que ha constituido un proceso de largo años de silencio y aceptación de la realidad experimentada, para finalmente asumir que lo que hoy vive constituye el resultado de presiones y de una violencia sexual explícita, para que cumpla con lo exigido por su pareja.

“No, hace mucho tiempo, yo te diría hace diez años. Lo hago por complacer a mi pareja. [...] Ni siquiera sé lo que es un orgasmo, no sé cómo identificarlo. [...] Mira lamentablemente he sido súper débil, muchas veces he tenido que ceder para que no se enoje, para que no meta bulla, para que no despierte a los niños.”
(Solange, 39 años, básica incompleta)

La entrevistada, califica el desarrollo de sus relaciones sexuales como insatisfactorias, percibiéndolas como algo *lejano* y *violento*, lo que deja entrever que desde hace tiempo existe una situación de violencia en la relación de pareja, específicamente violencia sexual, entendida como la que ocurre cada vez que se impone una relación sexual, llegando a considerarse violación si existe penetración. (Lorés; op.cit) Considerando tales antecedentes, se hace explícita la vulneración a sus derechos humanos, específicamente, dentro de los derechos sexuales, la vulneración del derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo, el que implica:

“La capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. También están incluidas la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.” (OPS et al; op.cit: 37)

Pero también se quebranta su derecho a la libertad sexual, el que *“abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos. Sin embargo, esto excluye toda forma de coerción, explotación y abuso sexuales en cualquier tiempo y situación de la vida.”* (ibid: 37)

Contrariamente, otra de las mujeres entrevistadas señala que, recibe maltrato psicológico por parte de su pareja, para que acceda a mantener relaciones sexuales.

“O sea, me respeta, me dice cosas feas, no me obliga. Una persona sin deseo sufre. Es fome, es penca y doloroso [...] No es que sea mal marido, en el sentido que no responda en la casa, pero psicológicamente conmigo, en cosas sexuales...” (Silvia, 59 años, básica incompleta)

La vulneración de los derechos a la libertad sexual, a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo se repiten en ambas citas, puesto que las entrevistadas deben responder sexualmente a su pareja en contra de su voluntad. En este caso la vulneración de derechos no se hace explícita a través de la violencia física, sin embargo, la violencia psicológica y simbólica está presente, considerando que ésta es *“una forma de poder que se ejerce*

directamente sobre los cuerpos y como por arte de magia, al margen de cualquier coacción física.” (Bourdieu en Plaza; op.cit: 04) Un elemento importante dentro de este tipo de aceptación de situaciones de violencia, lo constituye la percepción de la mujer de que debe consentir sexualmente y someterse a la voluntad de su pareja.

“Sí, por eso te decía delante: cuando quiero... cuando quiero, pero tengo que mentalizarme un poco, porque a estas alturas ya no quiero mucho (risas), ya estoy un poco... no me llama la atención, la verdad, entonces eh... como mi marido todavía exige... claro cómo te digo, yo, si quiero, sí, pero... de repente igual hay que darle en el gusto, no me queda más, no sé... (Risas), tengo que programarme [...] Sí po’, igual trato de disfrutarlo, porque como te digo, no es como que me guste mucho, pero si lo hago, lo trato de disfrutar.” (Fresia, 52 años, básica incompleta)

“Sí, él nunca me ha obligado. Nunca me obligó, yo tenía que hacerlo, yo me presionaba, él me traía chocolates, flores y había que pagarlos po’... entonces... (risas).” (Juana, 51 años básica incompleta)

De esta forma, se puede apreciar que, ya sea en el pasado o en la actualidad, su sexualidad no constituye un ejercicio con autonomía y decisión, sino que, el resultado de las demandas y exigencias de sus parejas, acentuándose de manera solapada, relaciones asimétricas al interior de la familia, por lo que no se refleja una equidad sexual que permita concebir este ámbito como placentero.

Sin embargo, también hay entrevistadas que manifestaron sostener relaciones sexuales consensuadas, deseadas y vividas de manera placentera recíprocamente.

“De todas maneras, nosotros conversamos y vamos aprendiendo que ya no es la penetración solamente, esto me gusta, esto no me gusta [...] yo nunca he vivido un maltrato.” (Isabel, 56 años, media completa)

“Sí, deseadas, sí. Siempre deseadas, siempre me hice respetar, no permití nunca que me forzaran.” (Elizabeth, 72 años, técnico superior completa)

Claro, por eso como tranquila, o sea hay muy pocas cosas que yo te diría, uy que vergüenza hacerla, no. Yo creo que tranquila y lo paso bien.” (Jimena, 31 años media incompleta)

“[...] con mi esposo que hemos ido creciendo en este tema, que nos ha costado, hemos ido madurando y es una relación reposada, tranquila, conversada.” (María, 58 años, técnico superior completa)

Se aprecia en los discursos expuestos por las entrevistadas, el derecho a decidir sobre su propio cuerpo y por consiguiente de su vida sexual activa, sin permitir medidas que atenten contra su integridad física o psíquica.

Vida sexual

Finalmente exponer a modo de conclusión del presente capítulo, una vez finalizadas las entrevistas, que la categoría *vida sexual* (en cuanto práctica) proporciona la evidencia empírica de lo que las mujeres sujeto de estudio están viviendo en la actualidad, con respecto al cuidado de su salud sexual, manifestando las acciones concretas que ejecutan en el diario vivir y que en ocasiones no concuerda con lo manifestado en las percepciones sobre la misma.

Reflexionar y cuestionarse sobre lo que vivían las siguientes dos entrevistadas, constituyó para sí mismas un estado de desesperanza frente a lo que están experimentando, reconociendo la necesidad de cambiar el rumbo de sus acciones, sin embargo, sujetas a la responsabilidad de cumplir con la estabilidad de construir y sostener una familia.

“Me gustaría empezar a decidir yo. Él se da cuenta que yo no tengo ganas, pero igual lo hace, a las tres o cuatro de la mañana, yo le decía: ya, hace lo que tienes que hacer, porque tengo sueño.”
(Solange, 39 años, básica incompleta)

“Mi vida sexual es pésima, ahora [...] yo pienso que si me hubiese dado cuenta antes, yo me hubiera separado, no estaría junto a él [...] .Antes yo era súper activa, demostrativa y lo pasábamos súper bien, pero cuando yo paré el cuento, y dije, tú también te tienes

que sentir querida, deseada... y es de a dos..." (Margarita, 52 años, media completa)

"Una rutina, ahora, para mí es una rutina, una cosa que hay que tratar de hacer, de hacer porque lo tengo que hacer. Antes no era una rutina, para mí no es amor, no me siento enamorada en la cama, una rutina, una costumbre, para hacer sentir bien al marido, para que las cosas estén bien en el hogar. Para qué voy a mentir, si ya no siento lo mismo que antes, porque antes sí sentía que era con amor, con cariño... No lo conversamos... antes yo le dije, cuando recién sucedió, le dije lo que sentía, lo que pasaba y ahí me dijo que íbamos a probar, dime tú, pero con el tiempo las cosas se pusieron más frías: yo quiero estar contigo y así tiene que ser." (Silvia, 59 años, básica incompleta)

Con mayores énfasis en la insatisfacción con respecto a una relación sexual, las tres entrevistadas terminan obviando su propio bienestar y deleite emocional. No persiste en ellas el enfoque de derecho de un bienestar sexual placentero, libre de coerciones, manipulaciones y maltratos. La respuesta *innata* de actuar de manera mecanizada a una realidad que no las satisface, se podría explicar mediante la concepción de una construcción sociocultural que no considera a la mujer como objeto de derecho al interior de la esfera privada, ya que sólo debe responder a los roles estereotipados y atributos que se le otorgan al género femenino, cuya lógica distributiva sólo pretende delimitar el campo de acción de las mujeres y por consiguiente su *deber ser* en términos emocionales, que no considera su bienestar y no les permite un desarrollo

personal efectivo, ya que la socialización de dichos patrones tiende a reproducirse mediante su discurso y acción.

En otro ámbito, hubo dos mujeres que reconocieron la importancia de contar con la información suficiente para experimentar una vida sexual completamente placentera.

“Mmm, con falta de información, igual por ejemplo con las enfermedades de transmisión sexual, que juraba que me las sabía, ahora no supe qué decir porque en realidad parece que no me las sé, o no sé si en este rato no me acordé, no sé, ahí como que me falta un poco de información a lo mejor. Y lo demás no, porque como ya les expliqué tenía a mi pareja estable, hay confianza, ya no hay así como nada vergonzoso que ocultar, así como... no sé, de repente yo escucho que no, que me da miedo, que apagan las luces que no sé qué... No esas cosas ya no son temas ¿me entendí?, ya no es tema, lo mismo que les explicaba, así como que te vean gorda, pa’ mí es un tema, pa’ mí, ¡oh! Que gorda me veo, que fea. Pero en el momento tampoco, ya a uno se le olvida eso, ¿me entendí?, sí, ahora bien. Como tranquila yo creo, que es tranquila, o sea no me cuestiono muchas cosas ni tampoco ando pensando en que puedo contagiarme de esto y tampoco ando pensando si hago esto, estará mal, y me dirán después que soy esto... no.” (Jimena, 31 años media incompleta)

“(Risas) La mía, no sé, yo creo que hasta el momento ha sido bueno, eh... ahora, pensándolo bien, a estas alturas no estoy

cuidándome mucho, pero creo que en general es buena, hasta el momento no tengo nada grave, no me he contagiado de nada.”

(Fresia, 52 años, básica incompleta)

Lo que en términos concretos, no limitó de manera aparente, un disfrute de sus relaciones sexuales, aludiendo una de ellas al carácter desinhibido con el que valora su propio cuerpo; refiriéndose ambas a la tranquilidad que les sugiere no haberse contagiado de ninguna enfermedad de transmisión sexual, pese a la desinformación y falta de rigurosidad con la que abordaron dicha temática

Finalmente, cuatro de las entrevistadas señala vivir una sexualidad plena, con relaciones sexuales placenteras, reconociendo la evolución que han tenido o tuvieron sus correspondientes relaciones de pareja.

“Ahora es como sentirme mujer, porque antes no po’, antes yo cumplía no más, ahora lo gozo [...] Yo nunca antes me había dado cuenta hasta que mi marido se enfermó y casi se me murió. Ahí recién yo vine a saber lo que estaba perdiendo.” (Juana, 51 años, básica incompleta)

“Con todo, porque soy una mujer muy libre [...] la calle me permite nutrirme para yo ser feliz en mi casa, no tengo restricciones, a mí no pide nadie nada más de lo que yo puedo dar, en el trabajo hay deberes pero yo doy lo mejor que puedo. Yo tengo que ser un aporte, yo tengo que construir con lo que yo creo, con lo que me hace bien, en ese sentido lucho por todo lo que es para mí, bueno y

voy a defenderlo como se pueda.” (María, 58 años, técnico superior completa)

“Fui muy plena, sí, fui muy feliz en lo sexual, sentí goce, no tuve problemas, nada que reprocharme a mí misma ni con nadie.” (Elizabeth, 72 años, técnico superior completa)

“Ahora está más calmada, ya no es la energía de los 30 o los 40, pero bien, yo me siento bien, un poco reacia a hacerlo todas las noches [...], pero una vez al mes bien como corresponde, yo ya estoy más vieja... Nosotros vivimos momentos muy apasionados, pero el trabajo, la cotidianidad... agota...” (Isabel, 56 años, media incompleta)

Las entrevistadas presentan contradicciones internas en su vida sexual, pero se conciben como mujeres libres y acreedoras del derecho a vivir una actividad sexual satisfactoria, libre de riesgos, preocupada de los otros, pero también de sí mismas; mujeres con la posibilidad de tomar decisiones en aspectos íntimos, sin permitir sentirse presionadas, dispuestas a un diálogo consensuado y que vele por un bienestar recíproco.

CONCLUSIONES

La presente investigación titulada “*Percepciones y prácticas de mujeres sobre salud sexual*”, está centrada en describir las percepciones y las prácticas que ejercen mujeres de la comuna de El Bosque, que participan en organizaciones sociales funcionales, vinculadas a la Oficina de la Mujer de dicha comuna, en relación a su salud sexual.

Para cumplir con el objetivo previamente señalado, el concepto salud sexual se operacionalizó en cuatro variables, que permitieron la separación de ciertas dimensiones relacionadas con la salud sexual, vista desde un enfoque integral, a saber: a) Sexualidad y salud, b) Educación sexual, c) Enfermedades de transmisión sexual, y d) Placer sexual.

Para comenzar con las conclusiones a las que se ha llegado, al finalizar este proceso investigativo, se hará referencia a cada una de las hipótesis planteadas a principio de esta investigación, señalando cuál es el estado de ellas, luego de concluido el proceso de análisis de los resultados.

Así, en relación con la hipótesis N°1: La participación de las mujeres en organizaciones sociales y los conocimientos que allí adquieren, les permiten visualizar la salud sexual de manera integral y con nociones de derecho, se puede concluir que ella, se planteó considerando que las personas que serían objeto de este estudio son mujeres que llevan a cabo una activa participación en organizaciones social funcionales, específicamente de la comuna de El Bosque, vinculadas a la Oficina de la Mujer de la misma comuna, desde donde se han efectuado talleres que abordan el tema de la sexualidad.

En este sentido, a priori, se infiere que la participación de estas mujeres en organizaciones sociales, podría tener influencia en la forma que conciben la salud sexual y las prácticas que ejercen sobre ella, en virtud de los conocimientos y herramientas que obtienen a través de la formación que se dirige a estas organizaciones por parte de las instituciones públicas y/o privadas.

Es decir, esta hipótesis se plantea desde el supuesto: el proceso de organización y aprendizaje dentro de espacios de participación social, rompe el cerco de aislamiento que mantiene a las mujeres dentro del espacio privado de sus hogares, cambiando el prisma desde donde visualizan la significación del ser mujer.

De esta forma, se puede señalar que la primera hipótesis de esta investigación, se confirma, pues las mujeres entrevistadas perciben la salud sexual como un derecho; sin embargo, estos conocimientos se ven influidos no sólo por la participación en organizaciones sociales y los aprendizajes que allí adquieren, sino que también por el nivel educacional alcanzado y la experiencia de vida, especialmente la laboral, de cada una de ellas. Esta conclusión surge a partir de que se observan diferencias entre las mujeres que integran organizaciones que abordan temáticas de género, derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, y las que participan en organizaciones que atiendan, básicamente, sus necesidades económicas y familiares más sentidas e inmediatas, como talleres laborales, coincidentemente son mujeres con menos educación y experiencia laboral.

Entonces, en lo que respecta a la participación de las mujeres entrevistadas en organizaciones sociales, ésta es de vital importancia en los aprendizajes, tal como lo señala Lamadrid (op.cit.) en tanto ejercicio de derechos, y se puede señalar que además de la propia participación, influye en su percepción sobre la salud sexual, el carácter de la organización que integran. Además, como ya se decía, se encontraron diferencias en aquellas mujeres que poseen un mayor nivel educacional, puesto que van incorporando una noción de salud sexual desde un enfoque de derecho. La participación social, es un mecanismo estratégico para adquirir y para entregar conocimientos sobre sexualidad y otros temas, pero no es el único factor incidente. Por otra parte, aquellas mujeres que presentan un nivel menor de instrucción, aunque también conciben el cuidado de la salud sexual como un derecho, sobre ella construyen su discurso a partir de la delegación de responsabilidades, sobrevalorando los conocimientos y funciones que pueden proporcionar otras personas, como son por ejemplo los profesionales de la salud y la educación, y las instituciones a las que ellas pertenecen.

Con el objeto de proporcionar mayores fundamentos es preciso establecer una relación entre el carácter de la organización en la que participan y el nivel educacional de las entrevistadas. De manera coherente con los párrafos anteriores, se puede señalar que coexisten las dos características señaladas (nivel educacional y carácter de la organización), en el discurso de las percepciones sobre salud sexual de las mujeres. Es decir, aquellas mujeres que poseen niveles más altos de instrucción son las mismas que deciden participar en organizaciones que privilegian el desarrollo de temáticas atinentes al cuidado de la salud en todos sus ámbitos, incluyendo la sexualidad. Asimismo, aquellas entrevistadas que demostraron menor manejo de conocimientos sobre el tema, son las que poseen un nivel educacional inferior, y que por ende están

en una situación de mayor precariedad económica, que les hace participar en talleres laborales, como estrategia de sobrevivencia.

Finalmente, la hipótesis N°1 de esta investigación, se confirma parcialmente porque, la sola participación de las mujeres entrevistadas en organizaciones sociales, no determina la percepción sobre la salud sexual, bajo un enfoque de derecho. En este proceso influyen también el nivel educacional de las entrevistadas y el carácter de la organización en la que participan.

En lo que respecta a la hipótesis N°2: Las mujeres que participan en organizaciones sociales, ejecutan prácticas de cuidado de su salud sexual, en virtud de los conocimientos adquiridos, a través de un enfoque de derecho, se puede concluir que al igual que la hipótesis anterior, las mujeres que participan en organizaciones sociales, ejecutan prácticas coherentes con los aprendizajes adquiridos a través de su participación en instancias que abordan la sexualidad.

La hipótesis N°2, al igual que la anterior, se confirma parcialmente pues, si bien las percepciones que tienen las mujeres sobre su salud sexual, se fundamentan desde un enfoque de derechos, no necesariamente ejecutan prácticas consecuentes con dichas percepciones, porque pese a que conciben la salud sexual como un derecho, en el espacio íntimo, perpetúan relaciones asimétricas en sus relaciones de pareja, dando cumplimiento a los estereotipos femeninos, fundamentados desde la perspectiva de género.

Con respecto al cuidado de la sexualidad y las estrategias de prevención de enfermedades de transmisión sexual, las mujeres entrevistadas señalan como fundamental la asistencia a controles médicos, ya sea en el sistema público o

privado y mantener una pareja única y estable, respectivamente. En tanto, algunas de las entrevistadas señalan como primordial la autoeducación adquirida a través de la participación en organizaciones sociales y vinculación con redes; en este sentido, dicha vinculación les facilita obtener conocimientos e información, que les permite asumir prácticas de autocuidado, concibiéndolo como fundamental para el bienestar del cuerpo, considerando que el bienestar sexual integral constituye un derecho humano.

En definitiva, la hipótesis N°2 de esta investigación, se aprueba parcialmente porque las entrevistadas, a pesar de concebir desde un enfoque de derecho la salud sexual, no siempre ejecutan prácticas coherentes con ella y no tienen conciencia de la influencia que ejerce su participación en organizaciones sociales y los conocimientos que allí adquieren. Esto con excepción de tres entrevistadas, quienes hicieron directa alusión a las ventajas que ha traído a sus vidas la participación en organizaciones y la educación popular en sexualidad.

Considerando lo señalado por las mujeres entrevistadas respecto a las percepciones sobre salud sexual, se puede señalar que la conciben como un ámbito fundamental en la vida de las personas, que debe experimentarse de manera plena, segura e informada, otorgando especial importancia a la educación sexual, como herramienta para el cuidado de la sexualidad, coincidiendo tal información con la contenida en la Declaración de Derechos Sexuales (OPS et al; op.cit.) ya expuesta en el marco teórico. Sin embargo, en cuanto a las prácticas que dichas mujeres ejercen en relación a su salud sexual, surgieron diversas respuestas que apuntaban, por una parte, al ejercicio de una vida sexual plena y, por otra, a la insatisfacción de la misma, aludiendo

nuevamente a la acepción que realiza Tambiah (op.cit.) al señalar que la sexualidad de las mujeres está cruzada por sus experiencias y que éstas repercuten en diversos ámbitos de la vida.

HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

Durante el proceso de investigación, se fueron presentando diversas interrogantes y apreciaciones que no forman parte de la tesis, sin embargo, aportan nuevas perspectivas que enriquecen el análisis del tema en cuestión.

De las conclusiones referidas se desprenden una serie de hallazgos que llaman la atención, puesto que las diferencias en el cómo se vive la sexualidad, se encuentra influenciada por factores determinantes presentes en la vida de las entrevistadas. Estos son el nivel de escolaridad alcanzado, el desempeño en el ámbito laboral y la temática abordada por la organización en la que participan, los que a su vez se interrelacionan conformando una serie de condiciones que repercuten en el quehacer diario de las mujeres y por consiguiente en sus prácticas.

Por este motivo, cabe señalar que el nivel de escolaridad, aun cuando ésta no sea específicamente sobre este tema, se configura como un aspecto fundamental para comprender las prioridades que movilizan a las mujeres. Aunque a simple vista, lo anterior podría no constituir un hallazgo novedoso, pues es evidente, que la educación es un factor importante en el desarrollo de cualquier ser humano y que con el pasar de los años, ésta ha vivido transformaciones en cobertura, calidad y contenidos, se podría suponer que las personas de generaciones más recientes han accedido a mejores condiciones educativas, lo que debiera influir en las cosmovisiones de éstas. Sin embargo, en el caso particular de esta investigación, dicha lógica no se cumple a cabalidad, porque las mujeres que muestran percepciones y prácticas más progresistas en materia de sexualidad tienen más edad y poseen mayores

niveles de escolaridad, que aquellas que expresaron visiones y prácticas sexuales con desconocimiento.

Otro hallazgo importante lo constituye la influencia que tiene la temática abordada por la organización en la que participan las entrevistadas, respecto a la concepción y las prácticas que ejercen sobre su salud sexual. En este sentido, se puede destacar que, las mujeres que conciben y señalan vivir la sexualidad de manera libre y placentera, son aquellas que integran organizaciones de mujeres enfocadas en temáticas de autocuidado, género, derechos humanos y/o salud. Por lo que la participación en organizaciones que aborden estas temáticas permite que las entrevistadas sean parte de instancias reflexivas que construyan identidad en torno a ellas, y nutran su bienestar emocional, físico y sexual para que dicha satisfacción se refleje en nuevas formas de relacionarse y de proporcionar elementos para una socialización coherente con los cambios estructurales a nivel cultural. Contrariamente, aquellas mujeres que expresan mantener una actividad sexual marcada por la insatisfacción, la violencia y la frustración, generalmente forman parte de organizaciones que se desempeñan en torno a otra áreas como son por ejemplo los talleres laborales, en los que prima el interés por un trabajo remunerado, con el fin de generar recursos económicos para cubrir sus necesidades familiares. Estos espacios muchas veces carecen de instancias reflexivas y transversales a la temática central, por lo que las herramientas sobre sexualidad o género que adquieren, son nulas o débiles.

Asimismo, la ocupación de las mujeres entrevistadas también se configura como un factor influyente en la elección de la organización en la que participan, porque aquellas que se desempeñan al interior de su hogar, necesitan

organizaciones en las que puedan adquirir herramientas que les permitan generar recursos económicos para la subsistencia personal y familiar. En cambio, las mujeres entrevistadas que trabajan remuneradamente, tienen mayores posibilidades de optar por participar en grupos enfocados al desarrollo personal, que aborden temáticas de derechos humanos, género y salud, ya que el aspecto económico es solventado.

Desde esta óptica, se valora la importancia que tiene la educación en todos los niveles, como herramienta que garantice el acceso al mercado laboral para la plena satisfacción de las necesidades básicas, que incluye la alimentación, la salud, la vivienda, la educación y la recreación, abriendo las puertas también para acceder a una mirada distinta de la sexualidad y del ser mujer. Además, se considera la importancia que tiene, para algunas mujeres y sus familias, el taller laboral, creyendo necesario que en dichas instancias las mujeres podrían adquirir herramientas que les permitan visualizar y desnaturalizar ciertos patrones de comportamiento que perpetúan conductas discriminatorias y vejatorias e impiden un desarrollo satisfactorio en todos los ámbitos de la vida.

Finalmente, considerando cada una de las entrevistas realizadas, es importante destacar la riqueza que existe en cada una de las experiencias de las mujeres entrevistadas, de lo que se puede estudiar la influencia que tienen sus historias de vidas en la manera en que viven su sexualidad.

APORTES AL TRABAJO SOCIAL

Durante el desarrollo de la presente tesis sobre percepciones y prácticas de salud sexual en mujeres, se han consensuado diversos aportes que la investigación realiza al Trabajo Social. Éstos fueron abordados desde tres ámbitos: teórico, metodológico y práctico, todos considerados esenciales para la disciplina profesional.

En primera instancia, en el ámbito teórico, se pudieron establecer distintos aportes que consideran la mayor valoración de las temáticas de género y derechos humanos en el Trabajo Social, tomando en cuenta problemáticas actuales atinentes a los temas mencionados, como la violencia de género hacia la mujer ya sea en el espacio público o privado y en todos sus tipos; la vivencia y concepción de la sexualidad y las repercusiones que ésta tiene en la calidad de vida y en las relaciones sociales de las personas.

En este sentido, es importante destacar que, en el proceso de formación profesional, existe una acción fundamental que deben ejercer los y las profesionales del Trabajo Social, amparada en la Declaración de Principios del Trabajo Social, y que se relaciona con el deber ético de que “los trabajadores sociales desarrollen y mantengan las habilidades y preparación necesarias para desarrollar su trabajo” (<http://www.tsmu.org/>); es decir, que dichos profesionales pongan énfasis en estar informados y actualizados teóricamente en las temáticas que trabajan, y de prepararse responsablemente para desempeñar sus labores, considerando las diversas transformaciones acaecidas en materia de género y reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres, incluyendo el tránsito hacia el reconocimiento de los derechos sexuales y

reproductivos, es de suma importancia que profesionales y futuros profesionales del Trabajo Social adquieran conocimientos teóricos relacionados con estas materias. De esta forma, el desempeño laboral de trabajadoras y trabajadores sociales, se realizaría comprendiendo una perspectiva aún más amplia de los problemas sociales que presentan las y los sujetos de atención con los que trabajan o trabajarán, brindando una atención integral y así colaborar con la construcción de una sociedad más justa e igualitaria.

Por otra parte, en base a los antecedentes expuestos en la extensión de esta tesis, es importante destacar el rol político que puede jugar el Trabajo Social en el ejercicio profesional, en cuanto puede convertirse en un agente catalizador de demandas sociales a través del ejercicio laboral consciente y crítico.

En el caso de las temáticas de género, considerando que las y los profesionales del Trabajo Social cuentan con conocimientos teóricos sobre la desigualdad y la violencia de género y sus consecuencias, podrían desarrollar actividades laborales, desde cualquier área, tendientes a visibilizar las desigualdades y avanzar en la concientización de hombres y mujeres sobre dichas problemáticas. Es decir, en cualquiera de las áreas de desempeño laboral, las y los trabajadores sociales deben adoptar posiciones críticas ante la situación actual en lo que a desigualdades de género se refiere, colaborando con el fortalecimiento de la solidaridad y conciencia de género, tendiente a generar relaciones sociales de nuevo tipo.

Desde el ámbito metodológico, es importante destacar que, en la manera de ejercer la práctica del Trabajo Social existe un elemento fundamental: el enfoque con que se desarrolle. En este sentido, los objetivos que se tracen para

el desarrollo de estrategias de concientización y visibilización de problemáticas sobre sexualidad, como salud sexual, placer sexual, educación sexual, prevención,} deben ser pensados necesariamente desde un enfoque socioeducativo, que incorpore la perspectiva de género y los derechos humanos, que permita acercar estas temáticas a mujeres y hombres, generando nuevas perspectivas en las prácticas cotidianas de ambos géneros, potenciando el desarrollo de relaciones igualitarias y seguras, donde no se ejerza el sometimiento a juicios valóricos, condenatorios o moralistas sobre la sexualidad.

No menos importante es el último ámbito en que el Trabajo Social se puede ver potenciado por medio de esta tesis. Los aportes desde la perspectiva práctica consisten en la incorporación del enfoque de género en relación con los derechos humanos en cada intervención social profesional, entendida desde vectores básicos como la libertad, la intencionalidad, el otro, la conciencia moral y la responsabilidad, (Sánchez; 1999), lo que se traduce en plantear estrategias de acción en las que se establezcan instancias socioeducativas instaurándose el debate y el diálogo como herramientas para aprender sobre salud sexual, placer sexual, prevención, derechos sexuales y reproductivos, con el fin de aportar en la transformación de las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, considerando las demandas que los sujetos de atención expliciten. En este sentido, es importante destacar que se hace fundamental ejercer prácticas éticas, donde primen los derechos humanos de las personas, lo que implica el respeto a la autodeterminación y la promoción de la participación social, y el ideario de justicia social, entre la que se destaca el reconocimiento de la diversidad y la lucha contra la discriminación por motivos de sexo, género, raza, etcétera.

Sin embargo, los aportes mencionados deben plantearse desde alguna instancia en la cual se otorgue prioridad a los temas relacionados con la salud sexual. Es por esto que se hace necesario que ésta temática se contenga en un plan de salud pública o de educación que establezca una perspectiva bio-psico-socioeducativa, para el abordaje de la sexualidad de manera integral, al que todas las personas tengan acceso. Actualmente, instancias como ésta no existen, por lo que su consecución constituye un desafío para el campo del Trabajo Social y sus profesionales.

En definitiva, el aporte de esta tesis al Trabajo Social, hace referencia a la integración de los ámbitos teóricos, metodológicos y prácticos, considerando siempre la intervención social profesional ética, apoyada en los valores de libertad y justicia, (ibid) desde la perspectiva de género y derechos humanos, con la finalidad de fomentar el reconocimiento y respeto por la diversidad, lo que generaría, en el ámbito específico de la sexualidad, que ésta se pudiera ejercer de manera informada, libre y segura, conformándose como un área a abordar desde servicios, como el de la salud comunitaria y el de la educación.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Mexicana para la Salud Sexual (AMSSAC), (2010)

Formación para maestras y maestros de educación básica en salud sexual integral Manual para el maestro y la maestra, Asociación Mexicana para la Salud Sexual, México.

Barón I., Lagos T., (1997)

Educación sexual en Chile, Ediciones Contempo Gráfica. Santiago, Chile.

Biblioteca del Congreso Nacional, (2010)

Historia de la Ley N°20418, que fija normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en materia de regulación de la Fertilidad, Chile.

Corporación Humanas, (2006)

Informe sombra CEDAW Chile 1999-2006, Chile.

Chomalí F., (2010)

Propuestas para actualizar el mensaje cristiano en los temas vinculados a la vida, el matrimonio y la familia en perspectivas de líneas de acción, Conferencia Episcopal de Chile, Chile.

Díaz S., Casas L., Schiappacasse V., Dides C., (2006)

Derechos Sexuales y Reproductivos en el contexto de los Derechos Humanos, ICMER.

Dides C., Márquez A.,
Guajardo A., Casas L.,
(2007)

Chile: panorama de sexualidad y derechos humano, Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos, Río de Janeiro, Brasil.

Dides C., Morán J.,
Benavente M., Pérez S.,
(2007)

Salud sexual y reproductiva en Chile 2007, FLACSO, Santiago de Chile.

Farías A., (s/f)

“Sobre educación de la sexualidad”, En Grau O., Delsing R., Brito E., Farías A.: *Discurso,, género y poder. Discursos públicos: Chile 1978 – 1993*, Ediciones LOM – ARCIS. Chile

FLACSO, (2008)

Boletín informativo N°2, Programa Género y Equidad, Santiago de Chile.

Gayán P., (s/f)

Pasado y presente de la esterilización quirúrgica en Chile, Servicio de obstetricia y ginecología del Hospital “Dr. Luis Tisné Brousse”, Servicio de Salud Metropolitano Oriente, Santiago de Chile.

Hernández R., Fernández

Metodología de Investigación, (2ª Ed),

- C., Baptista P., (1998) Editorial Macgraw-Hill, México, D. F.
- Hopman J., (2002) *“Sexualidad y Cristianismo. Una relectura crítica a partir de la teología y el género”*, en Olavarría J. y Moletto E., (Editores): Hombres: Identidad/es y Sexualidad/es, FLACSO, Chile.
- Municipalidad de El Bosque, (2006) *Plan de Igualdad de Oportunidad de las Mujeres Bosquinas*, Santiago, Chile.
- Kolontay A., (1972) *La mujer nueva y la moral sexual*, Ed. Claridad, México.
- Lagarde M., (1999) *“Claves identitarias de las latinoamericanas en el umbral del milenio”*, en Portugal A. y Torres C. (Compiladoras): **El siglo de las mujeres**, Ediciones de las mujeres N°28, ISIS Internacional, Santiago de Chile.
- Lamas H., (2001) *Modelos de la sexualidad humana*, Artículo en Revista de Psicología Liberabit Vol. 7 sobre Sexualidad y Género, Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú.

- Lamadrid S., (2004) *La salud, un derecho humano fundamental, para garantizar equidad y plena ciudadanía a las mujeres*, Cuadernillo N°1 Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Chile.
- León M., (s/f) *Derechos sexuales y reproductivos, avances constitucionales y perspectivas en el Ecuador*, FEDAEPS, Ecuador.
- Ley 19.418, (1993) *Sobre Junta de Vecinos y demás Organizaciones Comunitarias*, texto refundido, coordinado y sistematizado, Publicada en el Diario Oficial el 09 de enero de 1997, Chile.
- Ley 20.418, (2010) *Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad*, Publicada en el Diario Oficial de 28 de enero de 2010, Chile.
- Margulis M., (2003) *“Mandatos culturales sobre la sexualidad y el amor”, en **Cultura y Sexualidad***, Ed. Biblos, Buenos Aires, Argentina.

Ministerio de Salud,
Gobierno de Chile, (1997)

Programa de Salud de la Mujer,
Santiago de Chile.

Ministerio de Salud,
Gobierno de Chile, (2008)

Conozcamos más de las Infecciones de Transmisión Sexual, cuadernillo informativo, Chile.

Oficina de la Mujer y
Género de El Bosque,
(2010)

Catastro de organizaciones comunitarias funcionales de mujeres, El Bosque, Santiago, Chile.

Organización de Estado
Americanos, (1994)

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, “Convención Belém Do Pará”, Brasil.

Organización de Naciones
Unidas, (1993)

Declaración y Programa de Acción,
Viena.

Organización de Naciones
Unidas, (1994)

Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo.

Organización de Naciones
Unidas, (1995)

Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing.

Organización Mundial de la
Salud, (2002)

Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos, Serie de publicaciones sobre salud y

derechos humanos, N°1, Francia.

Organización

Panamericana de la Salud,
Organización Mundial de la
Salud, Asociación Mundial
de Sexología, (2000)

*Promoción de la salud sexual.
Recomendaciones para la acción*, Actas
de una reunión de consultas,
Guatemala.

Programa de las Naciones
Unidas Para el Desarrollo,
(2009)

*Informe de Desarrollo Humano 2009: La
forma de hacer las cosas*, Santiago de
Chile.

Programa de las Naciones
Unidas para el Desarrollo,
(2010)

*Informe de desarrollo humano 2010:
Hacia la igualdad de género en Chile*,
Santiago de Chile.

Quintero A., (2007)

*Diccionario especializado en familia y
género*, Grupo Editorial Lumen, Buenos
Aires.

Resolución N°2326, (2000)

*Fija directrices para los servicios de
salud sobre esterilización femenina y
masculina*, Publicada en el Diario Oficial
de 09 de diciembre de 2000, Chile.

Sánchez A., (1999)

Ética de la Intervención Social, Editorial
Paidós, Barcelona, España.

Secretaría de Planificación
Comunal El Bosque
(SECPLAC), (2003)

*Plan de Desarrollo Comunal 2003 –
2008*, Santiago, Chile.

Sociedad Sexológica de
Extremadura, (s/f)

Análisis de creencias, Extremadura,
España.

Taylor S., Bogdan R.,
(1987)

*Introducción a los métodos cualitativos
de Investigación*, Barcelona.

Unión Nacional de Centros
de Padres de Colegios
Católicos de Chile
(UNAPAC), (2009)

*Por una formación integral a favor de la
vida*, Chile, Conferencia Episcopal de
Chile, Chile.

FUENTES ELECTRÓNICAS

- Aguilar M., (s/f) *Las tres generaciones de los Derechos Humanos*, [Consultado el 22 de abril de 2011], <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/30/pr/pr20.pdf>
- Aguilar T., (s/f) *El sistema sexo género en los movimientos feministas*, [Consultado el 10 de octubre de 2010], dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2870086&orden=0
- Alva M., (2001) *Educación en sexualidad*, [Consultado el 15 de febrero de 2011], http://www.miradaglobal.com/index.php?option=com_content&task=view&id=881&Itemid=9&nw=1&lang=es§ion=19
- Andréu J., (s/f) *Las técnicas de análisis de contenido. Una revisión actualizada*, [Consultado el 07 de julio de 2010], <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>
- Bonan C., Guzmán, V., (s/f) *Aportes de la Teoría de Género a la Comprensión de las Dinámicas Sociales*

- y los Temas Específicos de Asociatividad y Participación, Identidad y Poder*, [Consultado 30 de agosto de 2010], www.cem.cl/pdf/aportes.pdf
- Cacigas A., (s/f) *El Patriarcado, como origen de la violencia doméstica*, [Consultado el 05 de agosto de 2010], dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=206323&orden...
- Casas L., Dides C., Estradé L., Frasar T., Hurtado J., Magaña A., Matamala M., Maturana C., Maynou P., Ocampo H., Pischeda G., Zorrilla S., (2006) *Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, Foro Red de Salud de Derechos Sexuales y Reproductivos- Chile*, [Consultado el 20 de abril de 2011], <http://www.gparlamentario.org/pdf/Chilean%20Legislation/Propuesta%20Ley%20Marco%20Chile.PDF>
- Castilla C., (s/f) *Eso no se hace, eso no se toca, de eso no se habla. La desigualdad de género en las religiones*, [Consultado el 07 de octubre de 2011], <http://red.pucp.edu.pe/ridei/buscad/or/files/091116.pdf>
- Cevasco G., (s/f) *Medio de comunicación: su impacto en la*

- sexualidad de los/as adolescentes*, [Consultado el 15 de febrero de 2011], http://www.flora.org.pe/art_gaby.htm
- Centro de Formación Integral (s/f)
- OMS: ¿Qué es la sexualidad?, [Consultado el 03 de diciembre de 2011], http://www.formacion-integral.com.ar/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=20
- Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de la región Murcia, (2004)
- La Ética en el Trabajo Social, Declaración de Principios*, [Consultado el 15 de junio de 2011], <http://www.tsmu.org/doc/declaracionEtica.pdf>
- Consejo Internacional Organizaciones con Servicios en SIDA (ICASO), (2007)
- El género, la sexualidad, los derechos y el VIH. Una perspectiva general para las organizaciones del sector comunitario*, [Consultado el 20 de abril de 2011], http://www.icaso.org/publications/gender_ESP_1.pdf
- Consejo Internacional Políticas de Derechos Humanos, (2010)
- Sexualidad y derechos humanos, documento de derechos humanos, Suiza*, [Consultado el 2 de abril de 2011], http://www.ichrp.org/files/reports/57/137_report_es.pdf

Corral A., Kurlat S., Cerutti, I
(s/f)

Historia de la sexualidad, Argentina, Asociación Argentina de Educadores Sexuales, [Consultado el 30 de abril de 2011],
http://www.aaes.org.ar/Publica/ArticulosPublicaciones/ae_HistSex.pdf

Definición .de, (s/f)

[Consultado el 26 de junio de 2010],
<http://definicion.de/practica/>

Escartín M., Suarez E., (2001

Trabajo Social y Género. Algunas claves para nuevas estrategias de intervención social, Santiago, [Consultado el 20 de mayo de 2010],
<http://www.uo.edu.cu/ojs/index.php/stgo/article/viewFile/14501206/562>

Escuela Andaluza de Salud Pública, (s/f)

Plan de Salud de la ciudad de Huelva, [Consultado el 28 de abril de 2011],
http://www.huelva.es/opencms/export/sites/default/ayunhuelva/galerias/consejo_economico_y_social/dictámenes/4-972_Plan_Salud.pdf

Gobierno de Chile, (2011)

Ministros de Educación y Sernam lanzan programas de educación sexual y afectividad, [Consultado el 25 de abril de 2011],
<http://www.gob.cl/informa/2011/03/14/ministros-de-educacion-y-sernam-lanzan-programas-de-educacion-sexual-y-afectividad.htm>

González B., (1999)

Los estereotipos como factor de socialización en el género, Sevilla, [Consultado el 15 de julio de 2010],
dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=262537&orden.

González M., (s/f)

Sexualidad y Desarrollo, [Consultado el 15 de febrero de 2011],
http://www.robertexto.com/archivo11/sexual_y_desarr.htm

Ilkcaracan P., Jolly S., (2007)

Género y sexualidad. Informe general, Institute of Development Studies, Reino Unido, [Consultado el 26 de abril de 2011],
http://www.bridge.ids.ac.uk/reports/Sexuality_OR_SP_Final.pdf

Municipalidad de El Bosque,
(s/f)

Concejales, [Consultado 02 de diciembre de 2010],
<http://www.imelbosque.com/contenido/contenido.php?seccion=concejales>

Municipalidad de El Bosque,
(s/f)

Síntesis comunal, [Consultado 30 abril de 2011],<http://www.imelbosque.com/contenido/contenido.php?seccion=sintesiscomunal>

Lagarde M., (1996)

El Género, fragmento literal: La perspectiva de género, España, [Consultado el 03 de mayo de 2011],<http://www.institutoueijn.org.ar/documentos/genero/el%20genero%20Lagarde%201996.PDF>

Lagarde M., (2003)

Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción, [Consultado el 02 de abril de 2011],http://webs.uvigo.es/pmayobre/textos/marcela_lagarde_y_de_los_rios/mujeres_cuidadoras_entre_la_obligacion_y_la_satisfaccion_lagarde.pdf

Lagarde M., (2010)

Propuestas para una organización social

- corresponsable*, [Consultado el 02 de abril de 2011], <http://www.vitoria-gasteiz.org/wb021/http/contenidosEstaticos/adjuntos/32883.pdf>
- Lagarde M., (s/f) *Claves éticas para el feminismo en el umbral del milenio*, [Consultado el 02 de abril de 2011], <http://www.posgrado.unam.mx/servicios/productos/omnia/anteriores/41/04.pdf>
- Lorés C., (s/f) *Violencia de Género*, España, [Consultado el 27 de septiembre de 2010], <http://cederul.unizar.es/noticias/chile3/libro/06.pdf>
- Ministerio de Salud, (1999) *Boletín Epidemiológico N°1, Enfermedades de Transmisión Sexual*, [Consultado el 26 de abril de 2011], <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/85381429d366043ee04001011e01052f.pdf>
- Ministerio de Educación, (201) *Educación sexual y afectividad*, [Consultado el 25 de abril de 2011], http://www.mineduc.cl/index1.php?id_portal=55

- Muñoz A., (2008) *Derechos humanos y sexualidad. El derecho humano a la educación sexual y reproductiva en el contexto español actual, Universidad de Salamanca*, [Consultado el 05 de mayo de 2011], http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/21663/1/DHMMC_DerechoEducacion.pdf
- Naciones Unidas, (s/f) *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, [Consultado el 26 de abril de 2011], <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- Nowak M., (2005) *Derechos Humanos: Manual para Parlamentarios, Unión Parlamentaria, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Francia*, [Consultado el 15 de mayo de 2011], http://www.ipu.org/PDF/publications/hr_guide_sp.pdf
- Organización de Naciones Unidas, (1979) *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer*, [Consultado el 30 de agosto de 2010], <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR03>

85/09/IMG/NR038509.pdf?OpenElement

Parrocín F., (s/f)

Artículo: *Tendiendo el control del sexo se tiene el control de la persona*, [Consultado el 15 de febrero de 2011], <http://www.fabianaporracin.com.ar/articulos-psicologia-d.asp?IdArticulos=29>

Plata M., Calderón M., (2000)

El derecho a la salud sexual y reproductiva, Profamilia, Colombia, [Consultado el 10 de marzo de 2011], <http://www.redtrasex.org.ar/documentos/docs-nuevos/platacalderonderechosaludsexual.pdf>

Plaza M., (2007)

Sobre el concepto de “violencia de género”. Violencia simbólica, lenguaje, representación. Valencia, España, [Consultado 29 de Septiembre de 2010], dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2344617&orden

Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo, (s/

Plan de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres 2000 – 2010, [Consultado el 28 de abril de 2011], http://www.pnud.cl/areas/Genero/Plan_nacional_igualdad_2000_2010.pdf

Programa Venezolano
Educación – Acción
Derechos Humanos, (2008)

Conceptos y características de los derechos humanos, Caracas, Venezuela, [Consultado el 25 de abril de 2011], http://www.derechos.org.ve/proveaweb/wp-content/uploads/tdnb_05.pdf

Reguant D., (2007)

Explicación abreviada del Patriarcado, Barcelona, España, [Consultado el 23 de agosto de 2010], <http://www.proyectopatriarcado.com/docs/Sintesis-Patriarcado-es.pdf>

Rico N., (1996)

Violencia de Género: un problema de Derechos Humanos, [Consultado 02 de septiembre de 2010], <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/5/4345/lcl957e.pdf>

Rosillo, C., (2009)

Holones sexuales, [Consultado el 15 de febrero 2011], <http://www.eluniversal.com.mx/columnas/79064.html>

Rubio, E., (1994)

Modelo Holónico de la Sexualidad Humana, AMSSA, México. Documento extraído de Introducción al estudio de la sexualidad humana: Conceptos Básicos

- en Sexualidad Humana*, [Consultado el 10 de marzo de 2011], http://www.reformasecundaria.sep.gob.mx/ciencia_tecnologia/doctos/ModeloHolonico.pdf
- Schiappacase V., Vidal Casas L., Dides C., Díaz (2003)
- Chile: situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos*, Instituto de Medicina Reproductiva y Corporación de Salud y Políticas Sociales, Santiago, Chile, [Consultado el 20 de agosto de 2010], http://www.icmer.org/documentos/salud_y_derechos_sex_y_rep/chile_situac_salud_y_der_sex_y_rep.pdf
- Servicio Nacional de la Mujer (s/f)
- ¿Qué es el SERNAM?*, [Consultado el 25 de abril de 2011], <http://portal.sernam.cl/?m=institucion>
- Sistema de las Naciones Unidas, (s/f)
- [Consultado el 25 de abril de 2011], <http://www.onu.cl/pdfs/cumbres/Pobdes/Pob&DesImplem2.pdf>
- Tambiah Y., (1995)
- Sexualidad y derechos humanos*, Washington, [Consultado el 14 de abril de 2011], <http://www.convencion.org.uy/08Debates>

/Serias1/Yasmin%20Tambiah.pdf

Valdés T., (s/f)

¿Existe una sexualidad chilena?, Chile, FLACSO, [Consultado el 10 de marzo de 2011],
<http://lasa.international.pitt.edu/LASA98/Valdes.pdf>

Valladares L., (s/f)

Derechos sexuales, [Consultado el 15 de febrero de 2011],
<http://www.convencion.org.uy/08Debates/Serias2/Lola%20Valladares.pdf>

Vargas L., (1994)

Sobre el concepto de percepción, [Consultado el 05 de mayo de 2010],
<http://www.uamantropologia.info/alteridades/alt8-4-vargas.pdf>

Vargas M., (2003)

Derecho Humanos: Derecho Sexuales y Reproductivos, Granada, [Consultado el 20 de julio de 2010],
http://www.nodo50.org/mujeresred/IMG/pdf/Milu_Vargas.pdf

Vera-Gamboa L., (1998)

Historia de la sexualidad, Laboratorio de Hematología, Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi", Universidad Autónoma de Yucatán,

México, [Consultado el 20 de abril de 2011],

<http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb98927.pdf>

Vidal P., (2003)

Juventud chilena y derechos en sexualidad, Artículo de Revista Académica Polis de la Universidad Bolivariana, Vol. 1, N°4, Chile, [Consultado el 20 de febrero de 2011], http://www.pasa.cl/biblioteca/Juventud_Chilena_y_Derechos_en_Sexualidad_Vidal_Paulina.pdf

ANEXOS

ANEXO N°1
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE		PERCEPCIONES SOBRE SALUD SEXUAL		
Definición conceptual		<i>“Es el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en él intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización.”</i> (Vargas; 1994:48), respecto a la salud sexual.		
Definición operacional		Se constituye a partir de los conocimientos y opiniones, de mujeres que participan en organizaciones sociales de mujeres, vinculadas a la Oficina de la Mujer de la comuna de El Bosque, respecto a la sexualidad y la salud, la educación sexual, las enfermedades de transmisión sexual y el placer sexual.		
DIMENSIÓN	SUBDIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	
SEXUALIDAD Y	Conocimiento sobre	- Es planificar los embarazos.	¿Qué	entiende usted por

SALUD	sexualidad.	- Es tener relaciones sexuales. - Es prevenir ETS. - Es conocerse y sentir placer - Sí, para no contraer ETS.	sexualidad?
	Importancia que le otorga al cuidado de la sexualidad.	- Sí, para evitar embarazos no deseados. - No, porque mi religión me lo impide - No, porque no constituye tema -Asistiendo de manera regular al médico. -Manteniendo relaciones sexuales deseadas. -Planificando embarazos -Realizándome exámenes preventivos	¿Cree importante cuidar de su sexualidad?, ¿Por qué? ¿De qué forma cree usted que debe cuidar su sexualidad?
	Conocimiento de servicios de salud	- Sí (Preguntas de control) - No	¿Conoce servicios de salud que aborden la sexualidad de

	sexual.		manera integral?, ¿Cuáles?
DIMENSIÓN	SUBDIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS
EDUCACIÓN SEXUAL.	Importancia que le otorga a la educación sexual.	- Sí, es importante para que las niñas no se embaracen. - Sí, para no contagiarse ETS. - Sí, porque te hace ser más plena sexualmente. - Sí, porque me inculcan valores. - No, porque las personas aprenden solas. - No, porque es un tema del ámbito privado.	¿Es importante para usted la educación sexual?, ¿Por qué?
	Percepción sobre el o los responsables de impartir educación sexual.	- La familia, porque son los más cercanos. - La escuela, porque son los encargados de educar. - La iglesia, porque entrega valores.	Si la respuesta es sí: ¿Quién cree usted que debiera proporcionar educación sexual a las personas?, ¿Por qué?

		- Los servicios de salud, porque son los expertos.	
DIMENSIÓN	SUBDIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	Conocimiento sobre las ETS y su prevención.	- Nada - Sus nombres - Sus efectos - Formas de contagio - Formas de prevención	¿Qué conoce sobre las ETS?
	Importancia que otorga a la prevención de enfermedades de transmisión sexual.	- Sí, porque se evita la propagación. - Sí, para cuidar la salud. - Sí, para no contagiar a la pareja. - Sí, para cuidar la familia. - No, porque no corro riesgo de contagio.	¿Cree que es importante la prevención?, ¿Por qué?
	Probabilidad de	- No, tengo pareja única.	¿Cree que puede contraer

	contraer alguna ETS	- No, no tengo pareja. - Es probable, nadie garantiza que mi pareja sea fiel. - Sí, mi pareja me engaña. - Sí, tengo múltiples parejas.	alguna ETS?
DIMENSIÓN	SUBDIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS
PLACER SEXUAL		- Una obligación - Una opción - Hacer el amor - Sentir placer - Son los juegos sexuales previos - La penetración - Es un derecho de todas las mujeres - Es un pecado - No es importante	¿Qué es para usted una relación sexual? ¿Qué opina usted sobre el placer sexual?

		- Me importa el placer del otro	
--	--	---------------------------------	--

VARIABLE		PRÁCTICAS SOBRE SALUD SEXUAL	
Definición conceptual		<i>“Es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos.”</i> (http://definicion.de) En este caso, conocimientos sobre salud sexual.	
Definición operacional		Acciones continuadas que ejercen las mujeres de la comuna de El Bosque, pertenecientes a organizaciones vinculadas con la Oficina de la Mujer de dicha comuna, en relación con su salud sexual; es decir, con la sexualidad y la salud, la educación sexual, la prevención de enfermedades de transmisión sexual y la vida sexual en general.	
DIMENSIÓN	SUBDIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS
Sexualidad y salud.	Cuidados de la sexualidad	-Cuida de su sexualidad. - No cuida de su sexualidad. -Acude a los servicios de salud como cumplimiento de una norma impuesta.	¿Usted cuida su sexualidad? Si la respuesta es sí, ¿Cómo lo hace? Si la respuesta es no, ¿Por qué?

DIMENSIÓN	SUBDIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS
Educación sexual.	Momento en que recibió educación sexual	- En la niñez. - En la adolescencia. - En la adultez.	¿Ha tenido educación sexual en algún momento de su vida?
	Instancias de aprendizaje sobre sexualidad.	- En mi familia. - En la escuela. - En talleres. - Con la experiencia.	¿Cómo ha aprendido sobre sexualidad?
DIMENSIÓN	SUBDIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS
Prevención de enfermedades de transmisión sexual	Prevención de ETS	- Previene ETS. - No previene ETS.	¿Usted previene las ETS?, ¿Por qué?
	Métodos de prevención de ETS	-Utilización de preservativo como método preventivo. -Realización de exámenes preventivos.	En el caso de prevenir, ¿Qué método utiliza?

		-Ejercicio de la abstinencia como método preventivo. -Mantiene pareja única como método preventivo. -No ejerce ninguna acción preventiva.	
DIMENSIÓN	SUBDIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS
Vida sexual.		- Tiene relaciones sexuales deseadas. - Tiene relaciones sexuales no deseadas. - Acepta. - Se niega.	¿Mantiene relaciones sexuales deseadas? ¿Cómo reacciona frente a la presión? - Describa su vida sexual.

ANEXO N°2

PAUTA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

I. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA	
Nombre	
Edad	
Escolaridad	
Tiempo de participación	
II. PREGUNTAS: PERCEPCIONES SOBRE SALUD SEXUAL	
Sexualidad y salud	1. ¿Qué entiende usted por sexualidad? 2. ¿Cree importante cuidar de su sexualidad?, ¿Por qué? 3. ¿De qué forma cree usted que debe cuidar su sexualidad? 4. ¿Conoce servicios de salud que aborden la sexualidad de manera integral?, ¿Cuáles?
Educación sexual	5. ¿Es importante para usted la educación sexual?, ¿Por qué? 6. Si la respuesta es sí: ¿Quién cree usted que debiera proporcionar educación sexual a las

	personas?, ¿Por qué?
Enfermedades de Transmisión sexual	8. ¿Qué conoce sobre las son las ETS? 9. ¿Cree que es importante la prevención?, ¿Por qué? 10. ¿Cree que puede contraer alguna ETS
Placer sexual	11. ¿Qué es para usted una relación sexual? 12. ¿Qué opina usted sobre el placer?

III. PREGUNTAS: PRÁCTICAS SOBRE SALUD SEXUAL	
Sexualidad y salud	13. ¿Usted cuida su sexualidad? 14. Si la respuesta es sí, ¿Cómo lo hace? 15. Si la respuesta es no, ¿Por qué?
Educación sexual	15. ¿Ha tenido educación sexual en algún momento de su vida? 16. ¿Cómo ha aprendido sobre sexualidad?
Prevención de enfermedades de Transmisión sexual	17. ¿Usted previene las ETS?, ¿Por qué? 18. En el caso de prevenir, ¿Qué método utiliza?
Vida sexual	18. ¿Mantiene relaciones sexuales deseadas? 19. ¿Cómo reacciona frente a la presión? 20. Describa su vida sexual.

ANEXO N°3 **LÍMITES ADMINISTRATIVOS COMUNA DE EL BOSQUE**



Fuente: Mapa límites administrativos de El Bosque
(<http://www.imelbosque.com>)