



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES,  
JURÍDICAS Y ECONÓMICAS  
Escuela de Trabajo Social

“CONTRIBUCIONES DEL TRABAJO SOCIAL A  
(DES)NATURALIZAR LA RESPONSABILIDAD  
REPRODUCTIVA EN LAS MUJERES CIS-  
HETEROSEXUALES”

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN PARA OPTAR AL GRADO DE  
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

**Autoras:** Renata Correa López  
Janis Labra Gallardo  
Camila Quiñones Pérez

**Docente Guía:** Catalina Ruz Escobar

**Santiago - Chile  
2023**

## **Agradecimientos**

Agradecemos a nuestra profesora guía Catalina Ruz Escobar, quien nos entregó sus conocimientos, dedicó tiempo y ánimos para el desarrollo de nuestro TFG. Agradecemos especialmente su paciencia y flexibilidad.

Así también, agradecemos la voluntad de cada una de las trabajadoras y asistentes sociales que accedieron a ser partícipes de esta investigación, pues fueron cruciales para llevarlo a cabo.

- Janis, Renata y Camila.

Dedico este esfuerzo a mi papá y mamá. Les agradezco a ambos por propiciar las condiciones esenciales para mi educación integral, fomentando siempre el pensamiento crítico y la motivación para formarme, así como por depositar su confianza en mí. Agradezco especialmente el esfuerzo que han realizado trabajando, principalmente, en la feria, ya que es ahí donde aprendí que iré “ por los caminos del pueblo desde ahora y para siempre” (V.J.M.).

- Janis Labra Gallardo

Agradezco a todos quienes estuvieron presente durante la redacción de este trabajo, por hacer el aguante y acompañarme en este proceso.

- Camila Quiñones Pérez

Quiero agradecer en primer lugar a mis padres que siempre han estado presentes en cada paso que doy, brindándome su amor incondicional. También a mi querida hermana, que me entiende de una forma única y especial, y que me apoya constantemente en mis metas y sueños. Finalmente, pero no menos importante, quiero agradecer a mi pareja que me ha hecho compañía y que ha estado en estos momentos importantes en mi vida.

- Renata Correa López

# Índice

Introducción General al Trabajo Final de Grado.....	6
Capítulo I:.....	9
Definición y fundamentación del proyecto de investigación .....	9
1. Antecedentes del problema.....	9
1.1. Trabajo Social y Salud .....	9
1.2. Surgimiento de los Métodos Anticonceptivos.....	13
1.3. Métodos Anticonceptivos y estructura neoliberal.....	14
1.4. La Anticoncepción en Chile .....	16
2. Planteamiento del problema.....	19
3. Justificación .....	22
4. Supuestos.....	24
5. Pregunta de investigación.....	24
6. Objetivos generales y específicos .....	25
Objetivo General: .....	25
Objetivos Específicos:.....	25
Capítulo II: .....	26
Marco Teórico .....	26
1. Patriarcado y salud reproductiva .....	26
1.1. Salud patriarcal: una aproximación crítica .....	30
1.2. Biopolítica, control y poder.....	35
2. Efectos del neoliberalismo en la salud reproductiva.....	37
2.1. Políticas neoliberales.....	40
2.2. Industrias farmacéuticas en el neoliberalismo.....	42
3. La construcción del género desde una perspectiva feminista .....	44
3.1. Roles de género y diferencia sexual.....	48
3.2. Naturalización de la responsabilidad reproductiva en la heteronormatividad .....	51

4. Rol del Trabajo Social en el sistema de salud.....	55
4.1. Miradas para un Trabajo Social feminista.....	57
Capítulo III:.....	62
Marco metodológico.....	62
1. Enfoque de la investigación.....	62
2. Enfoque epistémico.....	64
3. Criterios de selección de informantes clave.....	67
4. Técnica de recolección de información.....	67
5. Criterios de validez.....	68
6. Plan de análisis de información.....	69
7. Aspectos éticos.....	70
Capítulo IV:.....	71
Análisis y resultados.....	71
1. Limitaciones del trabajo de campo.....	71
2. Apuntes sobre la aplicación de la técnica.....	72
3. Análisis de información y resultados.....	73
1. Análisis del objetivo específico n° 1.....	73
3.1. Análisis del objetivo específico n° 2.....	78
3.2. Análisis del objetivo específico n° 3.....	91
Conclusiones del Trabajo Final de Graduación.....	101
Bibliografía.....	107
Anexos:.....	116
Preguntas para las entrevistas.....	116
Transcripción de entrevistas.....	117
Entrevista N° 1.....	117
Entrevista N° 2.....	126
Entrevista N° 3.....	130
Entrevista N° 4.....	142
Tablas de tratamiento de la información.....	158
Tabla para el tratamiento de información objetivo específico n° 1.....	158
Tabla para el tratamiento de la información objetivo específico n° 2...163	

**Tabla para el tratamiento de la información objetivo específico n° 3 ...173**

## **Introducción General al Trabajo Final de Grado**

La presente investigación, correspondiente al Trabajo Final de Grado (TFG), aborda el rol del Trabajo Social respecto a la (des)naturalización de la responsabilidad de la mujer en la salud reproductiva, con el fin de conocer cuáles son las acciones que realiza la profesión en los centros de atención primaria de salud en la Región Metropolitana de Santiago, que contribuyen a la (des)naturalización de la responsabilidad reproductiva que recae desproporcionadamente en las mujeres cisgénero y heterosexuales.

Es preciso realizar esta investigación, dada la poca incidencia de la disciplina en el ámbito de la salud reproductiva de las mujeres cishetero, por lo que, este TFG pretende contribuir a la reflexión disciplinar sobre la desnaturalización de la responsabilidad reproductiva de la mujer. Con mujer cisgénero nos referimos a mujeres que se identifican con el género que se les asigna al nacer debido a sus características biológicas; y, con mujer heterosexual, nos referimos a que su orientación sexoafectiva es hacia el género opuesto, los hombres. En adelante, nos referiremos a mujeres cis-heterosexuales o cishetero.

Respecto a las reflexiones disciplinares se pretende dar cuenta de las estructuras de opresión en diversas dimensiones como la económica, política y cultural, ya que refuerzan las relaciones de dominación de las corporalidades de las mujeres. Esto, debido a que las instituciones en las que se inserta nuestra profesión reproducen las prácticas normativas y la internalización de los mandatos de estas estructuras, en la manera en que nos desenvolvemos en la sociedad, ejemplo de estos mandatos internalizados serían los roles de género, empero, lo anterior, se desarrollará más adelante.

Este trabajo de investigación consta de cuatro capítulos, el Capítulo I titulado “Definición y Fundamentación del Proyecto de Investigación”, en el que abordaremos los antecedentes del problema de investigación a partir de la historicidad del Trabajo Social, su relación con la salud y cómo ha perpetuado los roles de género, afianzando estos en las intervenciones desde un rol de control y

orden social; en esta misma línea, planteamos la historicidad de los métodos anticonceptivos, cómo se ha dado la política de la anticoncepción en nuestro país, y una breve crítica al desinterés de los medios de producción e investigación debido a su éxito en el mercado; así también, formulamos el problema de investigación y su justificación, el supuesto de la investigación y, finalmente, se establece la pregunta de investigación que guiará nuestra pesquisa y los objetivos general y específicos.

El Capítulo II aborda el marco teórico que sustenta el problema de investigación escogido, donde buscamos desarrollar los conceptos desde determinadas dimensiones que permiten ahondar en la comprensión de los términos en relación a las estructuras de opresión, y cómo estas se van internalizando en el inconsciente de las mujeres a través de mandatos patriarcales imperantes, viéndose reflejado en los comportamientos de cuidado y responsabilidad vinculados al uso de métodos anticonceptivos. Este capítulo aporta las principales categorías teóricas para el posterior análisis de la información recogida, por lo tanto, es importante también guardar una línea epistemológica crítica-comprensiva y feminista con los enfoques y marcos conceptuales elegidos, lo cual es una orientación para el diseño del marco metodológico, sobre todo, en relación al enfoque de la investigación.

En el Capítulo III, se aborda el marco metodológico, en el cual se define el enfoque y tipo de nuestra investigación, para establecer los lineamientos a seguir en el análisis de la información recopilada, las técnicas de recolección y, finalmente, generamos una tabla correspondiente al diseño del análisis de la información a partir de los objetivos específicos planteados en el capítulo I, identificando dimensiones para cada uno, en relación a los conceptos que estos contienen y a su vez pensándolos como previamente teorizados.

En el Capítulo IV, presentamos los resultados de nuestra investigación junto con sus limitaciones y posterior análisis vinculado a los objetivos formulados, de manera que generamos un vínculo con nuestro marco teórico y la información

recopilada en nuestra pesquisa, estableciendo subcategorías a partir de las respuestas de los profesionales entrevistados durante el desarrollo del Capítulo III.

Finalizamos nuestro trabajo con las conclusiones y pensamientos generales acerca de los resultados, así también, esclarecemos los aportes de la investigación a la disciplina de manera que se genere un interés por parte de los profesionales en la salud reproductiva.



## Capítulo I:

### Definición y fundamentación del proyecto de investigación

#### 1. Antecedentes del problema

##### 1.1. Trabajo Social y Salud

La emergencia de profesionalizar el Trabajo Social en Chile está asociada a planes de estudios que contemplaban aspectos de higiene pública. Tal como lo fue en las escuelas pioneras: “Escuela de Servicio Social de la Beneficencia Pública” y “Elvira Matte Cruchaga”, las cuales a pesar de tener una contraposición en sus lineamientos educativos respecto a los aspectos morales en los que se fundamentaban y de cómo se debían insertar en los problemas sociales las visitadoras, no se distinguían demasiado del modelo higienista médico o biosanitario, dado que sus cursos oscilaban entre la atención de enfermos, puericultura, higiene y deontología, higiene particular y pública, primeros auxilios, entre otros (González, s.f.).

De esta manera, el fin de los lineamientos educativos de las escuelas anteriormente nombradas, era que las ‘visitadoras sociales’ llegaran a los hogares de un sector predeterminado para difundir “los conocimientos de la higiene y de la puericultura” (Schwarzenberg, citado en González, s.f., p. 28), con el propósito de buscar solución a los problemas que se presentaban en esos sectores, lo que demuestra que ejercían un rol de mediación entre el Estado y la población. Por otro lado, los instrumentos que utilizaban para levantar, recopilar, analizar y hacer entrega de la información a los profesionales de los recintos en los que trabajaban, permitían, al menos en los hospitales, proveer un “material de enseñanza y de investigación” (Freire, 1930, citado en González, s.f., p. 31). Es así que el Servicio Social se hizo cargo de velar por la salud general y de los cuidados, tanto preventivos como paliativos, asociados a la corporalidad para amortiguar la mortalidad de infantes y de mujeres. Correlativamente, ejerció el rol de agente controlador de la subversión de los pobres, dado que, como asegura Zárata, estos

eran objetivos de las políticas sociales enmarcadas “especialmente a intervenir en los cuerpos de los sujetos” (citado en González, s.f., p. 32).

Por otro lado, en la década de los cuarenta en el siglo XX, dentro de las delimitaciones que se intentaban establecer a las labores de las visitadoras sociales, el Ministerio de Educación, en conjunto con la Universidad de Chile y representantes del Ministerio de Salubridad, Asistencia y Previsión Social, proponen la fusión de las escuelas de visitadoras y enfermeras sanitarias para “la creación de una profesional que asumiera el rol social y sanitario” (Rocha, s.f., p. 4). Es decir, estas instituciones esperaban transformar a la visitadora social en un agente de control social. Así, se les asignó un rol de educadoras en el ámbito de la salud en las intervenciones con poblaciones actuando “como mediadoras y articuladoras de la relación política entre los sectores populares (pueblo) y el Estado (poder)” (Rocha, s. f., p. 1).

Dado el contexto nacional de ese entonces (década de los cuarenta), la labor de las visitadoras surge como respuesta a los conflictos que desbordaban al Estado con la ‘cuestión social’. Por ello, la profesionalización está cargada de un rol social semejante al rol materno en las familias, esto marcado por la completa feminización burguesa de la profesión en dicha época, dado que eran las mujeres de alta alcurnia quienes ejercían estas actividades.

Así, con el transcurso de las décadas la intervención social en salud se ha ido restringiendo mayoritariamente a programas de salud pública, que según Gattini (2022, p.33) la atención de salud incluye la formulación de un conjunto de programas que ejecutan los distintos niveles de complejidad, una parte importante se realiza en el nivel primario de atención, estos en su totalidad son veintidós, no obstante, los que normalmente se hallan en los centros de nivel primario con modelo de atención primaria de salud son aproximadamente siete. En cuanto al Plan de Salud Familiar, el autor, señala que hay una cartera de ciento tres prestaciones a nivel primario, concentrado en programas que delimitan el servicio, entre ellos, se halla el Programa Nacional de Salud de la Mujer.

Este se encuentra determinado por algunos de estos objetivos generales:

- Prevenir la aparición de afecciones que alteren la salud de la mujer, mediante la pesquisa y control oportuno de factores de riesgo y la prevención de daños específicos, a fin de mejorar la calidad de vida en las diferentes etapas del ciclo vital.
- Acentuar el enfoque preventivo y de riesgo en la ejecución de las actividades, con el fin de prevenir la aparición de afecciones que inciden en la salud de la mujer, garantizando la detección y tratamiento oportuno en los diferentes niveles de complejidad de atención.
- Promover un modelo de salud integral que incorpore a la pareja y familia en actividades de promoción, fomento, recuperación y rehabilitación de la salud. (Ministerio de Salud, s.f.)

De acuerdo con lo anterior, los roles que cumple la profesión son principalmente dos:

**Promoción en salud:** Aquí la profesión se involucra en los programas de salud, trabajando en la educación a la población sobre hábitos saludables, prevención de enfermedades y acceso a servicios de atención médica.

**Gestión de casos:** La profesión se hace responsable de coordinar los servicios y recursos de atención médica, vivienda, servicios sociales y acompañamiento psicológico para garantizar una atención integral y continua.

De estas se despliega un rol menor que es transversal a la atención comunitaria e individual:

**Agente de apoyo:** Aquí el Trabajo Social brinda apoyo emocional y práctico a pacientes y familiares, haciendo énfasis en la comprensión de los diagnósticos, opciones de tratamientos y asesorías en situación de crisis y desastres.

Ante ello, hay aproximaciones a las funciones de la profesional del Trabajo Social dentro de los Centros de Salud de Nivel Primario y de la salud reproductiva.

Ahora, las funciones que se conocen acerca de lo que realiza la profesional del Trabajo Social puede visualizarse en la siguiente tabla efectuada a partir de Gattini (2022, p33.)

<b>Trabajadora/asistente social</b>		
<b>Labores</b>	<b>Vinculación equipo profesional</b>	<b>Vinculación organismos</b>
Consulta social	Psicología	Hospitales
Selector de demanda	Obstetricia	Municipalidades
Ficha CLAP	Medicina	OIRS

La profesional del Trabajo Social es parte de los equipos de salud, donde se vincula con otros profesionales como matronas y gineco-obstetras, así como médicos y psicólogos. Mientras que su vinculación respecto a instituciones, son los hospitales a los cuales se derivan pacientes, también se vinculan con municipalidades en cuanto deben gestionar beneficios; y las oficinas de información, reclamos y sugerencias desde la cual se permite informar a las usuarias de sus derechos y deberes. Gattini (2022) reconoce que las labores que ejerce la profesional en el marco institucional son sólo la consulta social, que corresponde a la atención individual de las usuarias; selector de demanda, donde la trabajadora social permite priorizar las demandas de salud; y la realización de la ficha CLAP, la cual, según la Red de Salud Familiar Lo Prado, corresponde al Control de Salud Integral de Adolescentes, que evalúa el desarrollo integral de las y los adolescentes (10 a 19 años) desde antecedentes familiares, lo emocional, entre otras (2022).

Más, concretamente en los programas de salud sexual y reproductiva, las funciones a ejercer por las profesionales no están determinadas, pero sí existen objetivos generales -que mencionamos anteriormente, de los cuales se establecen los lineamientos de acción que son transversales: incorporar dimensión social como variable importante para salud de la mujer, promover autonomía femenina y facilitar acceso de mujeres en situación de riesgo a redes de apoyo. (Moreno, s.f.).

## **1.2. Surgimiento de los Métodos Anticonceptivos**

Por otro lado, como antecedente es fundamental considerar aspectos históricos sobre el surgimiento de los métodos anticonceptivos para ilustrar la naturalización de la responsabilidad reproductiva.

Así, a lo largo de la historia, se han practicado y buscado maneras para evitar o reducir las probabilidades de embarazo, entre ellas, se encuentran los métodos basados en la conducta sexual, como lo son: la abstinencia; la no penetración vaginal y el coito interrumpido<sup>1</sup>. Estas fórmulas para evitar embarazos fueron prácticas propias de las sociedades conservadoras, donde primaba el pensamiento de la religión o fe católica, el matrimonio y las relaciones heterosexuales; y que otorgaban al rol de la mujer una carga moral basada en la pureza de su cuerpo virgen (Planned Parenthood Federation of America.)

Es por ello que, como se menciona en Planned Parenthood (2012), emergen otros métodos compuestos de elementos del mundo natural, como el condón, hecho de tripa animal, asociado al año 1640 en Inglaterra; o métodos que en 1994 se conocieron en los Estados Unidos como ‘esponja vaginal’, pero que siglos anteriores fueron utilizados en lugares como Francia, quienes: “usaban una esponja bañada en brandy para debilitar a los espermatozoides” (Keown, 1977, citado en Planned Parenthood, 2012, p.7). También de las comunidades indígenas

---

<sup>1</sup> Para saber más sobre la historia de los métodos anticonceptivos, véase Historia de los métodos anticonceptivos. Biblioteca Katharine Dexter McCormick. Planned Parenthood Federation of America.212-261-4716. <https://www.plannedparenthood.org/>

se han exportado saberes y prácticas abortivas mediante plantas, que hasta el día de hoy resuenan en ciertos grupos de mujeres en conexión con formas de vivir menos capitalistas.

De esta manera, en la medida que avanza el tiempo, también lo hacen los conocimientos e innovaciones científicas. Así, alrededor de la segunda mitad del siglo XX, aparece la píldora anticonceptiva, que dada “su efectividad, simpleza y facilidad de uso les dio a millones de mujeres la posibilidad, hasta ahora desconocida, de controlar la reproducción, permitiéndoles por primera vez separar verdaderamente las relaciones sexuales vaginales de la procreación” (Bullough & Bullough, citado en Planned Parenthood, 2012, p.11). El desarrollo, comercialización y distribución de esta píldora, asociado a la enfermera Margaret Sanger y la inversionista Katherine McCormick<sup>2</sup>, es considerada una de las grandes conquistas de las mujeres en relación al derecho a decidir sobre la maternidad y el disfrute sexual.

El hito de la píldora anticonceptiva influyó posteriormente en el desarrollo de métodos anticonceptivos como los DIUs, parches, inyecciones, entre otros; los cuales son considerados profundamente significativos para las mujeres, en tanto se propiciaron como mecanismos para la libertad del disfrute sexual. Sin embargo, la producción e innovación farmacéutica, con el transcurso del tiempo, sólo se ha volcado en las corporalidades femeninas, proporcionando así diversos dispositivos en la oferta del mercado.

### **1.3. Métodos Anticonceptivos y estructura neoliberal**

Si bien se han efectuado investigaciones y métodos hormonales, como el gel tópico hormonal<sup>3</sup>, para los varones, estos no han sido respaldados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), dado que aún no existe evidencia

---

<sup>2</sup> Ambas fueron activistas por los derechos civiles y reproductivos de las mujeres en Estados Unidos.

<sup>3</sup>Para más conocimiento sobre este gel tópico véase Alton, K. ¿Por qué no hay un método anticonceptivo hormonal para los hombres? <https://helloclue.com/es/articulos/sexo/por-que-no-hay-un-metodo-anticonceptivo-hormonal-para-los-hombres>

científica de su efectividad en humanos. No obstante, lo anterior, existe la creencia en parte de la población que los métodos anticonceptivos de tipo hormonal para los varones no se han creado porque los ya existentes, que son para mujeres y personas con capacidad de gestar, son altamente efectivos. Así, lo hace ver el profesor de biología reproductiva, Adam Watkins, quien señala que:

Creo que si no se ha desarrollado efectivamente ha sido por el éxito de la píldora anticonceptiva femenina. Funciona tan bien y es tan eficiente que, desde una perspectiva económica, muchas de las compañías farmacéuticas no sienten la necesidad de invertir en una nueva. (BBC NEWS MUNDO, 2021)

Ello ha impactado enormemente en las mujeres, al asumir de forma exclusiva el rol de responsables de la salud reproductiva el que, además, las ha confinado por la falta de interés tanto público como privado en la inversión para el desarrollo científico.

Así también, la directora del Instituto de Bioética y Humanidades de la Salud de Texas, Lisa Campo-Engelstein, hace hincapié en que:

Actualmente, las mujeres soportan la mayor parte de las cargas financieras y de salud relacionadas con la anticoncepción. En general, los métodos femeninos tienden a ser más costosos que los masculinos porque la mayoría requieren al menos una visita al médico y algunos implican una receta o prescripción que hay que repetir periódicamente. (BBC NEWS MUNDO, 2021)

Esto significa que los métodos anticonceptivos no sólo vinieron a ser un mecanismo capaz de reducir las probabilidades de embarazo, sino que han resultado ser un eficaz negocio dada la vasta cantidad de productos en el mercado. A los cuales las mujeres pueden acceder de forma particular y, además, pueden ser facilitados por el Estado al realizar las compras mayoritarias de estos. De esta manera, en el contexto de sociedades neoliberales, las inversiones a realizar no son destinadas al desarrollo de métodos anticonceptivos que puedan posibilitar

igualar la responsabilidad reproductiva, sino a continuar perpetuando el rol de la mujer como responsable de la salud reproductiva, siendo para la salud patriarcal y capitalista económicamente más viable.

Cabe señalar que, en el contexto del neoliberalismo, el uso de métodos anticonceptivos está relacionado a una idea internalizada que se ha impregnado en el inconsciente de las mujeres y susceptibles usuarias por medio de un mandato silencioso patriarcal, donde éstas se enfrentan a una elección libre de someterse al uso de métodos anticonceptivos y de acceder a la diversidad que se hallan en la oferta pública y privada.

Esto, a su vez, eterniza las normas sociales de los roles de género en los lineamientos de la salud patriarcal, propagándose en la estructura social desde la salud reproductiva y viceversa, que sean las mujeres quienes se encarguen constantemente de prevenir un embarazo no deseado en las relaciones heterosexuales. Ello se enmarcaría en la lógica de una normalización del desarrollo de las relaciones entre los sujetos, donde las relaciones heterosexuales entre mujeres y hombres cis se vuelven prácticas normativas que desvinculan al varón de su responsabilidad en la salud reproductiva y naturaliza el rol de la mujer respecto a la reproductividad en función de su diferencia sexual.

#### **1.4. La Anticoncepción en Chile**

La difusión de los métodos anticonceptivos en el país surge a partir de la década del '60, cuando se da inicio a la posibilidad de planificar los proyectos personales y familiares como una forma de controlar la fecundidad. A partir de ahí, el Estado se ha encargado de generar programas de salud como política pública concentrada particular y esencialmente en la reproductividad de las mujeres cis-heterosexuales.

Con la llegada del Golpe Cívico-Militar al país, los avances en materia de políticas de salud enfocada en la planificación familiar se vieron debilitados, dado que se comenzó a trabajar en un plan gubernamental de acrecentar el número de la población en pos de la defensa nacional a través de la restricción de “la disponibilidad de anticonceptivos y censurando la información respecto de su uso.



Se suspendieron las actividades de información y educación sobre anticoncepción en consultorios, además se redujeron recursos materiales y humanos para programas de planificación familiar” (Faúndez, citado en Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Ciclo Vital, 2018, p. 12).

Durante la primera etapa de la vuelta a la democracia, bajo el mandato de Frei Ruiz-Tagle, se reformula el Programa de Salud Materna y Perinatal al Programa de Salud de la Mujer, el cual “definió un marco conceptual/teórico referido a lo reproductivo” (Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Ciclo Vital, p. 13).

Pese a que, en los gobiernos de los últimos 20 años, se ha incentivado el avance en servicios de salud sexual y reproductiva, fue bajo el mandato de la ex presidenta Michelle Bachelet que se consolidó una política nacional que busca contemplar a todas las personas. Según los datos que se manejaron bajo su Gobierno, se afirma que el uso de métodos anticonceptivos bajo el control del Sistema Nacional de Servicios de Salud fue en aumento. Respecto a ello se señala en el informe de “Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva” (2018), que:

El uso de métodos anticonceptivos por mujeres en edad fértil de 15 a 54 años entre los años 1990 y 2012, ha presentado variaciones, alcanzando cifras de 31,6% y 38,7% respectivamente, en el sistema público de salud (MINSAL-DEIS, 2016). También la canasta de métodos anticonceptivos disponibles para beneficiarias del sistema público de salud ha cambiado. El año 2005, se disponía de dispositivos intrauterinos con cobre, anticonceptivos orales combinados y de progestina sola, e inyectable combinado mensual y condón masculino (preservativo). El año 2008 se incorporan el inyectable trimestral de progestina y el implante subdérmico de levonorgestrel. (Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Ciclo Vital, p. 27.)

Así, la política de salud reproductiva se concentró en la población de mujeres de un rango etario diverso y que con el paso del tiempo tuvieron mayor acceso a otros métodos anticonceptivos, dado que la adquisición de estos productos está estrechamente ligado a promover el control y regularización de la fertilidad, especialmente en adolescentes, esto con el fin de optimizar la calidad de vida en relación al proyecto individual y a las condiciones socioeconómicas. Esto, se comprende como una política que buscaba incrementar las posibilidades de las personas, especialmente mujeres cis, de mejorar su situación socioeconómica al no presentar un embarazo no planificado y no obstaculizar su inserción al mundo laboral.

Además, se destaca que las mujeres han tenido mayores opciones para elegir, indudablemente gracias a que la industria farmacéutica ha focalizado su atención en producirlos y en avanzar históricamente hacia nuevas opciones, enfocándose en el control del cuerpo de las mujeres.

Por otro lado, un ejemplo claro de que son las mujeres quienes asumen el rol de responsables de la salud reproductiva es el aumento de los embarazos no deseados ni planificados a causa de los problemas de calidad en métodos anticonceptivos, principalmente píldoras/pastillas anticonceptivas entregadas en el sistema público. Dichas situaciones han sido expuestas incluso desde antes del polémico caso de “la falla del anticonceptivo Anulette CD, entregado por el servicio público durante el año 2020 provocando cientos de embarazos no planificados” (El Mostrador, 12 Junio 2023), lo cual demuestra no sólo una falla en las políticas públicas de salud, sino una falta de ética al desatender los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. De este tipo de situaciones se deduce que las parejas sexuales de las mujeres no utilizaban preservativos que pudiesen aminorar las probabilidades de embarazo, además, de una política que no procura cuidar las corporalidades de las mujeres ni fomenta la confianza en el sistema de salud público.

## 2. Planteamiento del problema

Al pensar en el uso de métodos anticonceptivos, probablemente nos imaginamos una figura en particular, la de una mujer, puesto que hay una evidente predominancia en la utilización de estos en los cuerpos femeninos por diversas razones, para los tratamientos del síndrome de ovario poliquístico (SOP), síndrome premenstrual, regularización de la menstruación, acné, entre otros. Sin embargo, el uso históricamente ha estado asociado a la prevención del embarazo no deseado y, de la misma manera, se ha impregnado a nivel estructural la focalización de la responsabilidad reproductiva principalmente a las mujeres, por medio de la difusión y el fomento de la utilización de los métodos anticonceptivos hormonales externos<sup>4</sup> por parte de las políticas públicas del país, así como de la producción y comercialización preponderante de estos, los cuales varían entre las píldoras anticonceptivas orales, parches hormonales, anillo vaginal u hormonal, inyección mensual o trimensual, implante subdérmico y dispositivos intrauterinos (DIUs) hormonales.

Cabe destacar que, existen métodos no hormonales, como el condón femenino o interno, dispositivo intrauterino de cobre (DIU o T de cobre), diafragma, esponja anticonceptiva y la ligadura de trompas. De esta lista, el condón femenino y el DIU se encuentran dentro de la oferta pública que proporcionan en los establecimientos de salud.

En paralelo a esta gran variedad, los métodos anticonceptivos enfocados en varones de uso hormonal no existen a nivel comercial ni productivo (como innovación farmacéutica), de modo que los métodos para prevenir un embarazo no deseado se reducen a los siguientes: condón, coito interrumpido, sexo sin penetración vaginal y, por último, la vasectomía.

Resulta notoria la diferencia cuantitativa de la “oferta” de métodos anticonceptivos de hombres y mujeres, asimismo, se demuestra que existe una

---

<sup>4</sup> Entiéndase como aquellos métodos anticonceptivos que contienen hormonas (como estrógenos y progestágenos) que son similares a los del cuerpo al que se le administran para evitar un embarazo no deseado, por lo que se les considera externos.

variable constante a lo largo de la historia de la salud reproductiva en el marco de la innovación farmacéutica, que curiosamente se ha enfocado masivamente en la producción de ‘dispositivos’ que se pueden administrar a las mujeres, pese a que la probabilidad de ‘embarazo’ en un año es menor en comparación a las probabilidades de embarazar de los hombres.

Hay una evidente naturalización de la responsabilidad reproductiva a través del sometimiento a métodos anticonceptivos hormonales externos, que, cabe destacar, presentan un impacto en la corporalidad y en el estado psicológico de las usuarias, como consecuencia de una política pública que fomenta el uso de dichos métodos y de la sociedad que ha designado al rol de la mujer el cuidado constante de la reproducción, lo que se enmarca en una lógica patriarcal de la salud general, y en consecuencia, de la salud reproductiva.

Dicha imposición a la mujer, se ha ido naturalizando a partir del neoliberalismo que tiene como mandato un modelo de vida, especialmente desde la incorporación de la mujer a la producción remunerada, el cual consiste en maximizar la situación socioeconómica individual, así como internalizar en el inconsciente de los sujetos la noción de la individualidad y la libertad de elección. Correlativamente, está relacionado al patriarcado que ha permeado las bases de la salud, desvalorizando las corporalidades con capacidad de gestar e imponiéndoles una universalización de las relaciones cisheterosexuales, donde se normalizan prácticas y se reproducen los roles de género en razón de la diferencia sexual entre varones y mujeres.

Así, la naturalización del rol de la mujer en la salud reproductiva está atravesada por dimensiones políticas, económicas y culturales, que imperativamente tienen un efecto en la dimensión psicosocial, al internalizar el uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres que si se desean disfrutar la vida sexual, han de ser responsables de las posibles consecuencias ligadas a la fertilidad, es decir, los embarazos no deseados. Así, se intenta internalizar el ideal de una libertad de elección no sólo de cuándo, con quién, dónde, o simplemente no ser

madre; sino de la libertad de elegir someterse al uso de métodos anticonceptivos hormonales.

Por otro lado, -como ya hemos mencionado-, la profesionalización del Trabajo Social emerge ligado a las prácticas y a la teoría biosanitaria o modelo higienista médico. Las visitadoras sociales procuraban velar por las condiciones de salud de la población más vulnerable del país, ya fuese difundiendo y enseñando las debidas prácticas de cuidado que se contemplaban en las políticas sociales o haciendo entrega de aportes de información relevante que permitiera levantar investigaciones adecuadas a la situación nacional.

Las visitadoras y asistentes sociales han asumido un rol respecto a los programas de salud enfocados en el cuidado y planificación familiar, como lo fue en 1965, en donde la profesión fue “una activa participante de las acciones educativas de promoción y protección de la salud materno-infantil del país” (Castañeda y Salamé, 2015). De esta manera, se refleja la existencia de una larga relación intrínseca por el cuidado de los cuerpos, uniendo así el campo social con el área de la salud.

Por otro parte, existe una historicidad de la dominación de los cuerpos, para lo cual Carballada (2019), menciona que, en Europa, con la revolución industrial, se impuso una forma de control de los cuerpos, para transformarlos en máquinas de producción social a través de dispositivos institucionales que tenían la capacidad de someterlos. El autor menciona, además, que esto también sucede en América, añadiendo un componente racial a la organización de las sociedades, que es asumida por los cuerpos.

Si bien, nuestra disciplina se encuentra inserta en el área de la salud, cumple un rol orientado al control y el orden social, de manera que su incidencia en la salud reproductiva se relaciona con la naturalización de la responsabilidad reproductiva que recae en las mujeres cishetero de manera desproporcionada.

Así, Carballada (2019), nos advierte de lo corporal como elemento de análisis, para pensar cómo lo social habita las corporalidades y se convierte en un espacio

en que los procesos de subjetivación de las sociedades lo corrompen, oprimen y transforman para la producción, homogeneización y control.

De esta forma, el cuerpo es un territorio para la intervención social desde un enfoque disciplinar emancipador para y con las corporalidades, ya que las formas de control de las corporalidades en las sociedades están normalizadas y encubiertas a partir de procesos históricos, y político de opresión sobre cuerpos feminizados, en el que se hace invisible la dominación, debido a los estigmas que surgen, consumen y fragmentan los cuerpos, que se moldean para hacerlos funcionales para las sociedades neoliberales y patriarcales que, en consecuencia, son nocivas para la falsa autonomía de los cuerpos que se plantea en un contexto de primacía de producción y consumo.

Entonces, el rol histórico del Trabajo Social como agente mediador y no controlador no ha cambiado, dado que su quehacer asistencialista se despliega principalmente en instituciones que trabajan con políticas públicas focalizadas que buscan beneficiar y solventar, en la medida de lo posible, los problemas que afectan a la población socioeconómicamente vulnerable, haciéndose cargo de presentar al sistema las pruebas suficientes de que la población asistida es verídicamente susceptible de ser 'sujeto de ayuda' u objeto de conocimiento, que sirve a las ciencias sociales para fomentar la lógica de saber-poder, según dice Foucault.

Así, el problema de esta investigación aborda el rol del Trabajo Social respecto a la (des)naturalización de la responsabilidad reproductiva en la mujer cisheterosexual, en algunos centros de salud de nivel primario de la Región Metropolitana.

### **3. Justificación**

Una de las razones importantes para desarrollar esta investigación alude a la responsabilidad ética-política del quehacer profesional en cuanto al reconocimiento y respeto de la dignidad inherente al ser humano, específicamente, por ser una situación problema que se da en la sociedad por naturaleza asociada a

la capacidad de gestar de las mujeres cis y de las prácticas normativas de las relaciones heterosexuales.

Por lo demás, resulta indispensable que, desde la disciplina, se aborden temas que están asociados a otras áreas como propiciar un diálogo enriquecedor con otras profesiones, fundamentado en el conocimiento de lo social y la cercanía con las comunidades; de igual manera, asumir que el Trabajo Social tiene un rol dentro estos tópicos permite fortalecer la aproximación al saber y contribuir a procesos de justicia social, aportando a una desnaturalización del rol de las mujeres sobre la responsabilidad de la salud reproductiva que les ha sido históricamente adjudicada.

En función de lo expuesto anteriormente, planteamos el rol fundamental que tiene el Trabajo Social en el ejercicio de la desnaturalización del rol de las mujeres cis-heterosexuales en la salud reproductiva y la importancia de implicarse en los procesos de reflexión y cuestionamiento de las normas patriarcales que perpetúan las prácticas de poder sobre los cuerpos. En este sentido, es relevante conocer si efectivamente hay intervenciones sociales respecto a esta área, si es acaso la salud sexual y reproductiva un campo de intervención que se esté abordando más allá de los espacios educacionales, sino en los establecimientos de salud.

Por ello, particularmente, dada la exclusión del Trabajo Social en el Libro Quinto del Código Sanitario y, por lo tanto, el no reconocimiento de las labores que éstas realizan, hace significativamente relevante indagar en los elementos subjetivos que nos permitan ser partícipes de la intervención vinculada a las corporalidades donde la profesión pareciera no tener incidencia.

En esta misma línea, destacamos la Ley 20.418, que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, para lo cual en el Artículo 1° establece “toda persona tiene derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, en forma clara, comprensible, completa y, en su caso, confidencial” (Biblioteca del congreso nacional, 2010). De esta forma, se hace necesaria la participación de los

profesionales de nuestra disciplina en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, particularmente en lo que tiene que ver con la regulación de la fertilidad y la planificación familiar, de manera que atienda y contribuya a la desnaturalización de los roles de género que se establecen en el sistema patriarcal para eliminar o promover que la responsabilidad reproductiva sea compartida y no exclusivamente de la mujer cisheterosexual, particularmente.

Se visualiza que a lo largo de la historia se ha impuesto la responsabilidad de la salud reproductiva a las mujeres cis en las relaciones heterosexuales, por lo que, dada esta idea inicial, el interés de problematizar esta naturalización del rol de la mujer emerge de experiencias personales en torno a las prácticas sexuales en las relaciones cishetero, donde en nuestra condición de mujeres cis con capacidad de gestar nos vemos en la necesidad de usar métodos anticonceptivos - principalmente hormonales- para evitar embarazos no deseados que puedan interferir con nuestro proyecto de vida pese a los malestares que estos métodos puedan ocasionar en nuestras corporalidades.

#### **4. Supuestos**

Partimos del supuesto de que las trabajadoras sociales comprenden que las mujeres tienen el deber de controlar la fertilidad porque son quienes tienen la capacidad de gestar y para quienes han estado diseñados los métodos anticonceptivos hormonales, pero que en los centros de salud de nivel primario no hay intervenciones sociales en materia de salud reproductiva que posibiliten una desnaturalización del rol de la mujer en esta área, lo cual a su vez reproduce el sistema binario de roles de género y la heteronormatividad en la responsabilidad.

#### **5. Pregunta de investigación**

A raíz de la problemática expuesta, hemos formulado la siguiente pregunta para guiar el proceso de investigación desde un marco disciplinar:



¿De qué manera el Trabajo Social contribuye a desafiar y cuestionar la naturalización del rol de la mujer cis-heterosexual en la responsabilidad de la salud reproductiva?

## **6. Objetivos generales y específicos**

En virtud de lo planteado establecemos los siguientes objetivos para el proceso de investigación:

### **Objetivo General:**

Conocer el rol actual del Trabajo Social en algunos centros de salud de nivel primario de la Región Metropolitana, respecto a la (des)naturalización de la responsabilidad reproductiva en las mujeres cis-hetero.

### **Objetivos Específicos:**

1. Identificar argumentos de las trabajadoras sociales de los centros de salud de algunas comunas de la Región Metropolitana, que indiquen un cuestionamiento al sistema biomédico.
2. Identificar discursos neoliberales en torno a la salud patriarcal, de las trabajadoras sociales de los centros de salud de algunas comunas de la Región Metropolitana.
3. Reflexionar respecto al rol del Trabajo Social en relación con la responsabilidad de la salud reproductiva que posibiliten escenarios de intervención social.

## **Capítulo II:**

### **Marco Teórico**

En este capítulo abordamos conceptos esenciales que sustentan el problema de la naturalización del rol de la mujer en la salud reproductiva. De modo que estos fueron escogidos principalmente pensando en las dimensiones política, económica, psicosocial y cultural desde teorías críticas que se vinculan con la epistemología que se presentará en el capítulo cuatro.

En nuestra sociedad, temas como la equidad de género y la salud reproductiva son cada vez más relevantes, es fundamental familiarizarse con diferentes conceptos como el patriarcado, el sistema neoliberal, la industria farmacéutica, los roles de género y la diferencia sexual. Todos estos conceptos son esenciales para comprender las complejidades y desafíos en el ámbito de la salud reproductiva.

#### **1. Patriarcado y salud reproductiva**

Limitar únicamente la noción de patriarcado como la supremacía masculina, nos permite saber que su existencia antecede al capitalismo y “continúa existiendo en las sociedades poscapitalistas, lo que es necesario entender es su relación actual, si se quiere cambiar la estructura de la opresión” (Eisenstein, 1980, p.15). Tal como señala Zillah Eisenstein (1980) al recopilar a diversas autoras, el patriarcado está interconectado con el capitalismo, es por eso que debemos conocer a qué nos referiremos cuando hablemos de este y resulta necesario articularlo con el concepto de salud reproductiva. Esto en relación a que el sistema patriarcal oprime y domina el cuerpo de las mujeres, las cuales son asociadas a la naturaleza que buscan conquistar.

Por ello, es relevante rescatar las visiones desarrolladas desde el feminismo radical respecto al patriarcado, concebido como un sistema basado en:

la organización jerárquica masculina de la sociedad y, aunque su base legal institucional aparecía de manera mucho más explícita en el pasado, las relaciones básicas de poder han permanecido intactas hasta nuestros días. El sistema patriarcal se mantiene, a través del matrimonio y la familia, mediante la división sexual del trabajo y de la sociedad. (Eisenstein, 1980, pp.28-29.)

La autora Zillah Eisenstein, da cuenta de cómo el patriarcado es un sistema que no se posiciona en definitiva por medio de la estructura económica determinada, sino que, en la forma de organización social, específicamente entre las relaciones sociales y que se ve reflejado en la tendencia significativa e histórica en la que han prevalecido valores patriarcales dentro de las instituciones. No obstante, diferimos de la autora cuando se señala que “el patriarcado tiene sus raíces en la biología más que en la economía o la historia.” (pp.28-29, 1980) dado que, si bien reconocemos que la diferencia se encuentra en la biología sexuada, no se puede distanciar de términos históricos, puesto que se ha facilitado la diferenciación por la construcción sociocultural; mientras que por la economía sabemos que se da su justificación y expresión en la distinción de las funciones sociales como base del capitalismo.

Por otro lado, Germán Gutiérrez citado en Fernández y Duarte (2006), incorpora al concepto un “carácter civilizacional y no una simple estructura social” (p.146), siendo una estructura en la que existe opresión y dominación principalmente las mujeres en todos los aspectos de sus vidas y que sería un ‘común denominador’ en diferentes culturas.

De esta manera, comprendemos como patriarcado al sistema social, cultural y político basado en una estructura compleja en la que subsiste la dominación y el control de las sociedades sobre las corporalidades de las mujeres, que se expresa en la asignación desigual de responsabilidades reproductivas, aumentando y reforzando las normas de género establecidas y tradicionales en la toma de decisiones relacionadas a la salud reproductiva.

Respecto a la salud reproductiva, es en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, donde por primera vez los Estados participantes señalaron que:

Es fundamental para las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y las naciones. La Conferencia representó la superación de programas de planificación centrados en “la familia”, situando a la mujer en el centro de un planteamiento integral de la reproducción (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2008, p.21)

En esta Conferencia definen la Salud reproductiva por primera vez 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. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. 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. (Naciones Unidas, 1995, p. 37).

En este sentido, las bases del capítulo VII sobre Derechos reproductivos y salud reproductiva del Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Naciones Unidas, 1995), están enfocadas en promover la igualdad entre hombres y mujeres, poniendo en relevancia el carente acceso a la educación sexual y las dificultades de las mujeres para someterse a métodos anticonceptivos dada su situación socioeconómica. Ya que se trata de un documento aplicado al desarrollo integral del ser humano, se percibe que la salud reproductiva, en tanto se asocia a la planificación familiar (pese a que se separan como tópicos), tiene un enfoque económico por el cual busca propiciar la autonomía e incrementar las condiciones materiales de los sujetos. En breves palabras: la superación de la pobreza/situación socioeconómica.

Sobre la Planificación familiar, esta se enmarca en los programas destinados a la población y se encausan en:

decidir de manera libre y responsable el número y el espaciamiento de sus hijos y obtener la información y los medios necesarios para hacerlo, asegurándose de que ejerzan sus opciones con conocimiento de causa y tengan a su disposición una gama completa de métodos seguros y eficaces. (Organizaciones Unidas, 1995, p. 40)

Ahora bien, para realizar una comparación entre la sexualidad y reproductividad, la Organización Mundial define la salud sexual como:

un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. (...) Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se

logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud. (2006, p. 3)

En este sentido, la salud sexual y la reproductiva están interconectadas, dado que la primera hace referencia a un espectro más amplio, donde se concibe la sexualidad como una esfera sujeta a todo ciclo vital del ser humano. Mientras que la reproductiva, abarca principalmente la planificación y gestión de la reproducción según las etapas del ciclo vital.

De esta manera, para el trabajo consideraremos especialmente la salud reproductiva como el disfrute de la vida sexual satisfactoria y la reproducción libre y responsable que es independiente del género.

### **1.1. Salud patriarcal: una aproximación crítica**

El campo de la salud se ha construido a partir de ideas comunes que han puesto en el centro del estudio los malestares que se encuentran en el cuerpo y la mente humana, así como para mejorar las condiciones por medio del cuidado, la prevención y enfrentamiento de las posibles afectaciones a la salud humana. Pese a que la ciencia se ha enmarcado en el ideal de la objetividad de los hechos, su configuración no ha estado ajena a las subjetividades de las épocas por la que se ha traspasado.

Así lo planteaba Carme Valls Llobet en 1990 en el Congreso de Mujeres y Calidad de Vida, al señalar que existía un sesgo cultural tan internalizado en los profesionales de la salud que era capaz de interceder en los diagnósticos de las mujeres al no contemplar ciertos elementos que son esenciales para comprender los padecimientos, como la doble carga del trabajo remunerado y el no remunerado, es decir, las labores domésticas y el cuidado de la familia. De igual manera, la autora, pone de manifiesto, treinta años después, que a inicios de nuestro siglo se realizaron múltiples investigaciones que “confirman la mirada sesgada de las ciencias de la salud sobre las mujeres” (2020, p.7).

Sin duda, la cultura patriarcal ha permeado las bases de la salud que incide en los diagnósticos, lo que, además, puede visualizarse en las investigaciones biomédicas<sup>5</sup>, que como señala Carme Valls (2020) han estado:

tratando todo lo que se refiere a la mujer como inferior o poco importante, o silenciando las quejas o los síntomas que expresan en el mismo acto médico. Por otro lado, está el intento de controlar, manipular o introducir fármacos en el cuerpo de la mujer sin que haya evidencias científicas de que estos puedan producir mejorías en su salud. (p.70)

Además, en la historia de la salud, hay un desconocimiento del cuerpo de las mujeres en relación a su sexualidad, dado que no había un entendimiento acerca de su sexo biológico, pues se nos ha comprendido únicamente como sujetos ligados a la concepción y a la procreación, por lo que los deseos y el placer quedaron en un plano invisible. Como lo fue en la psiquiatría de Freud respecto a sus pacientes, al denominar la expresión nerviosa y sufrimiento a través de la corporalidad como histeria, siendo posteriormente asociada, y hasta el día de hoy en el vocablo común, a las mujeres.

Es tal la magnitud de dicha asociación que, en el seno de la sociedad, a una mujer que presenta molestia, rabia o alteración se le llama histérica. Así lo ilustra Valls (2020) por medio de Foucault al señalar el sometimiento de la mujer en el estudio de la psiquis y el cuerpo, enfocándose en el contexto familiar “la Madre, con su imagen negativa que es la «mujer nerviosa», constituye la forma más visible de esta histerización” (p.77).

Podemos entender, de esta manera, que las ciencias de la salud han trabajado en torno a la corporalidad y la psiquis de la mujer de tal forma que se han invisibilizado las necesidades por un sesgo androcéntrico propio de esta cultura.

---

<sup>5</sup> Entiéndase por investigación biomédica aquellos estudios científicos que se generan con el fin de obtener conocimientos referentes a “soluciones a problemas de salud de las personas y la población”. (Valdés, G., Armas, R. y Reyes, H., 2012).

Es por ello que, las autoras Andrea Paz y Carlota Ramírez (2019), profesionales del campo de la epidemiología<sup>6</sup>, indican que la concepción de riesgo aparece en un estudio sobre la mortalidad materna, lo que en el campo de investigación dio paso a una serie de nociones de riesgos asociados al proceso de reproducción de los cuerpos con la capacidad de gestar, históricamente ligado a las mujeres. Es ante esto que ellas ponen el foco de discusión en la relación entre la noción de riesgo, sujetos e interés; generando un cuestionamiento sobre la disputa que se realiza respecto a la decisión de las prácticas más relevantes en el campo de la ciencia, como el saber que se jerarquiza en el mundo del conocimiento por situarse como ‘objetivo’ en función de la evidencia científica en detrimento de aquellas que puedan carecer de estas. Además, de cuestionar a los sujetos que han tomado históricamente las decisiones, pues es notable que es un campo que ha estado dominado por “ciertos sujetos, en general varones cis hetero en posiciones de poder, de carácter normativo, con impacto moralizante, vinculados a intereses sociales, económicos y políticos, y a una sociedad que se anhela y se construye.” (p.93)

En este sentido se produce un “saber hegemónico que habla de un cuerpo despersonalizado, sin deseo ni subjetividad” (p. 93) lo que permite, por ende, prácticas únicas para abordar la salud, como lo es en el caso de la salud reproductiva, donde la vía para hallar el método anticonceptivo adecuado es ir probando y cambiando, lo que hace viable comercializar la salud en la industria farmacéutica.

Las autoras Paz y Ramírez (2019) nos dejan en claro que, desde la salud, se ha construido un conocimiento hegemónico basado en la evidencia que se ha de cuestionar. Dicha evidencia es inherente al campo de la ciencia positivista, de aquellos saberes que son observables, medibles, contables y posibles de respaldar; saberes que han ejercido un control sobre los cuerpos al reducirlos a las

---

<sup>6</sup> Entiéndase como ciencia de la salud que “permite describir la frecuencia, distribución y tipos de enfermedades, en distintas épocas y lugares; y que intenta explicar las relaciones existentes entre ellas y las condiciones externas que rodean al individuo y determinan su modo de vida.” (Ayala, M. 2017).



probabilidades del riesgo, pero que han hecho factible ese control sin flexibilizar la conversación sobre la reproducción y la regulación de la fertilidad. Esto dado los orígenes de la epidemiología en esta área<sup>7</sup>.

Y pese a que se ha declarado que la salud reproductiva es parte esencial del desarrollo integral del ser humano y que ha de ser protegido, se desprende de la construcción de los saberes un imperativo del uso de métodos anticonceptivos asociado a las mujeres, desligando de esta manera a los hombres de la responsabilidad.

Lo anterior, podemos confirmarlo en el autor Luciano Fabbri<sup>8</sup>, quien expone a través de una síntesis de Luis Bonino (2013), que existe una ceguera institucional que estaría presentado un “déficit de oferta de servicios de salud, de estrategias específicas de *promoción, captación y retención de los mismos en el sistema sanitario*, que impacta en la reducción de la accesibilidad a la salud por parte de los varones” (p.111), entendiendo que hay un insuficiente programa enfocado a la salud masculina y, por ende, un vago trabajo en torno a la salud reproductiva de estos. Así, Luis Bonino (2008) afirma que: “también puede pensarse a la institución sanitaria en tanto institución patriarcal, que se alía al mandato masculino de arreglarse solo, invisibilizando a los varones concretos e impregnando de esta ideología a sus profesionales.” (p.111).

De esta manera, hallaríamos que la institución sanitaria se correlaciona y se ve impregnada del patriarcado en las prácticas que realizan y el fundamento de dichas prácticas. En nuestro contexto nacional, vemos una casi nula política de salud que fomente el cuidado de los varones; en cuanto a los centros médicos de la población, como el cesfam, sabemos que quienes acuden a estos para asumir la responsabilidad de la salud reproductiva son las mujeres, quienes han de someterse a métodos anticonceptivos para el disfrute de la sexualidad, siendo este supeditado al uso de estos dispositivos como una imposición de la salud patriarcal.

---

<sup>7</sup> Para ahondar en los inicios de dicha profesión, véase Organización Mundial de la Salud (1996). “Epidemiología aplicada a la salud reproductiva”.

<sup>8</sup> Politólogo que se ha desarrollado como docente, consultor y capacitador de políticas de género, sexualidad y masculinidades en el área de la salud.

El uso de estos métodos anticonceptivos, han sido incorporados en los discursos feministas y cotidianos como dispositivos que han permitido el disfrute sexual, así como la libertad de decidir cuándo, dónde o simplemente no concebir, lo que desde el campo de la salud ha sido fomentado y avalado.

Aquí, es importante señalar que la elección de un método anticonceptivo radica en la conversación que se genera entre un profesional de la salud con conocimientos cualificados sobre la reproducción, control y regulación de la fertilidad, siendo la profesional del área de obstetricia y ginecología, quien ha de informar a la usuaria que ha acudido al sistema de salud todo lo necesario para una libre y adecuada elección. Por lo que, como diría Leonor Taboada en su “Cuaderno Feminista”, los médicos, en este caso, los profesionales cualificados, “están tratando de manipular nuestro intento de liberación de las funciones reproductivas haciéndose aparecer como nuestros aliados indispensables” (1978, p. 13), pero que inhiben las elecciones de procesos más eficaces de contracepción como el aborto.

Así también, Taboada (1978) indica que las mujeres están más vulnerables a “ser víctimas del sistema médico que otros. Aún tenemos que aceptar ser tachadas de enfermas, tontas, histéricas o anormales para conseguir las libertades que ofrece la tecnología” (p.14), esto dado que han de acudir al establecimiento de salud y están susceptibles a tratos relacionados a un estereotipo propio de la salud patriarcal. Donde las patologías diagnosticadas, en su mayoría, han sido estudiadas por y para parámetros masculinos, además, de desvalorizar o menoscabar los sentires de las mujeres en situaciones de parto en contexto de prácticas de violencia obstétrica, así como la invalidación de los cuerpos con capacidad de gestar que no son acordes al género de mujer. Pero, especialmente, a verse afectadas por una naturalización en los efectos que producen los métodos anticonceptivos por la imposición de un mandato cultural y psicosocial de utilizarlos para el disfrute de la vida sexual.

## **1.2. Biopolítica, control y poder**

La biopolítica de Michel Foucault (2007) es definida como la forma en que la política y las instituciones ejercen control sobre los cuerpos humanos, las normas sociales, el aparato gubernamental y la tecnología, con el fin de regularizar la sociedad. De esta manera, según Foucault (2019), el poder opera en el cuerpo por medio de diferentes procedimientos y técnicas:

la gimnasia, los ejercicios, el desarrollo muscular, la desnudez, la exaltación del cuerpo bello (...), todo eso está en la línea que lleva al deseo del cuerpo propio mediante un trabajo insistente, obstinado, meticuloso que el poder ha ejercido sobre el cuerpo de los niños, los soldados, sobre el cuerpo sano. (p. 168)

En este contexto, el poder se configura a través de la filtración de los cuerpos en las prácticas cotidianas, ya que el poder ejercido por las instituciones busca la manera de estar siempre activo en formas de dominación sobre las corporalidades de las personas, manteniendo así el orden social, además de estar presente en las relaciones sociales cotidianas.

Desde la lógica capitalista, la biopolítica se puede vincular con el control de la sociedad desde la opresión de los cuerpos en la regulación de estos por medio de estrategias que se vinculan con la necesidad propia del modelo económico de producir. En este sentido, la medicina capitalista se ocuparía de establecer estándares de salud con el propósito de mantener a las personas saludables y, de esta manera, mantener la producción y estar disponibles, sanos y funcionales para la explotación económica. Lo cual se vería posibilitado por las políticas públicas que las instituciones difunden como una estrategia silenciosa de control a través de esta regularización de bienestar, los cuales se conectan con los intereses económicos, en tanto este es un mecanismo de poder que busca controlar las corporalidades de las personas en función de crear un objeto de producción.

Foucault (2007) defiende que:

La hipótesis de que con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una medicina privada, sino que ocurrió precisamente lo contrario; el capitalismo que se desarrolló a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza de trabajo. El control de la sociedad sobre los individuos no se operó simplemente a través de la conciencia o de la ideología, sino que se ejerció en el cuerpo, y con el cuerpo. (pp. 365-366)

En este punto, siguiendo las ideas de Foucault, el Trabajo Social se centra en resaltar una función social más amplia, la de «vigilancia-corrección». Por lo tanto, compartiría con otras instancias y disciplinas, la labor de vigilar y corregir. Esto último en dos sentidos: enderezar castigando y enderezar enseñando, así el Trabajo Social estaría caracterizado con una labor educativa y policial al sólo ser un aplicador de políticas.

Respecto a esto, como se pudo observar en el primer capítulo de este TFG, en los inicios en el marco de las Ciencias Sociales, el Trabajo Social tiene una historicidad de una labor educadora, donde se insertó en los hogares de las poblaciones junto a profesionales de la salud para difundir los programas referentes a puericultura, entre otros, con el fin de intervenir en asuntos de mortalidad y natalidad. Es sabido, además, que la profesión emerge como un elemento requerido por la estructura política para mediar y controlar la situación problema que se presentó desde la clase trabajadora y los pobres del país.

Además, en relación con la biopolítica, encontramos la biomedicina, la cual corresponde a la profesión del médico y “consiste en el estudio de las bases biológicas de la fenomenología médica: la enfermedad, la muerte, el dolor, el envejecimiento, el pensamiento, los sentimientos, los sueños” (Larralde, 1993, p. 19), que se desplegaría en distintas disciplinas de la medicina.

En términos de Foucault, la biomedicina sería la puesta en práctica de la lógica de poder y control que se ejerce sobre los cuerpos a través de las institucionalidades que aplican las políticas del Estado, ya que, las disciplinas que la componen tienen “la vocación de “torcerle la mano a Dios” (...), de luchar contra la enfermedad y la muerte, de “vivir para siempre” (Larralde, 1993, p.20).

En otras palabras, la biomedicina es un mecanismo de la biopolítica vinculado al control de la sociedad que mantiene a los cuerpos sanos, a partir de la necesidad capitalista de producir, como se mencionó anteriormente. En este sentido, se encuentra estrechamente relacionado con la reproducción de los roles de género que perpetúan los roles de proveedor en el hombre y de reproducción en la mujer, este último, a partir de los programas estatales de fomento al uso de anticonceptivos como regulación de la natalidad y la responsabilidad de la planificación familiar y reproductividad que recae desproporcionadamente en la mujer.

## **2. Efectos del neoliberalismo en la salud reproductiva**

Mouffe y Laclau (1985) plantean que la ‘hegemonía’ es un concepto que, a grandes rasgos, alude a diversos intentos o intervenciones de recomposición y rearticulación que comprende la unidad existente en toda formación social a partir de una lógica de lo *contingente*. Más concretamente, la hegemonía corresponde a:

un *espacio* dominado por la tensión entre dos relaciones muy diferentes: *a)* la relación entre la tarea hegemonizada y la clase que es su agente «natural», y *b)* la relación entre la tarea hegemonizada y la clase que la hegemoniza. (Mouffe y Laclau, 1985, p.87)

De esta manera, Mouffe y Laclau señalan que, a partir de la hegemonización se desprenden los antagonismos sociales, correspondientes a aquellos que no pueden ser hegemonizados. Por lo que, en otras palabras, la hegemonía se comprendería como un sistema cerrado de identidades relacionales plenamente logrado de diferencias, que excluye a todo significativo flotante. La hegemonía supone el

carácter incompleto y abierto de lo social que sólo puede constituirse en un campo dominado por prácticas articuladoras.

Por ello, la problemática de la naturalización del rol de la mujer en la salud reproductiva está sustentada por la dimensión económica. Respecto a esto, podemos establecer que el neoliberalismo corresponde a una fuerza hegemónica que determina las relaciones sociales y procesos históricos. Así, Frei Betto (2009), expresa que en la reciente naturaleza del antiguo sistema capitalista “adquirió fuerza hegemónica en el mundo a partir de la Revolución Industrial del siglo XIX. El neoliberalismo lo refuerza, mercantilizando servicios esenciales” (p. 9).

Betto (2009) destaca que es un sistema económico y político que fortalece la privatización de servicios básicos, como por ejemplo la salud. Además reduce el papel del Estado a los intereses que presentan las élites, en lugar de atender a las necesidades de la población, especialmente las clases medias y bajas. El sistema aporta sólo a una minoría privilegiada y no permite cambios estructurales para ‘ayudar’ a la mayoría de la sociedad.

Actualmente, el neoliberalismo juega un papel fundamental a la hora de determinar las restricciones que limitan la autonomía de las personas y su capacidad para tomar decisiones en ámbitos reproductivos. Las dificultades no solo se ven en el limitado acceso a la información sobre los métodos anticonceptivos durante consultas obstétricas, así como las restricciones impuestas en la atención primaria, ejemplo de aquello es el tiempo de espera para agendar una hora médica, así como la atención especializada en los individuos, entre otras.

Esto se debe a la falta de recursos y a la priorización de intereses económicos, lo que puede llevar a una atención precaria en cuanto al acceso a información, así como en los obstáculos que dificultan el acceso seguro al aborto legal. Propiciando barreras que restringen la capacidad de las mujeres para tomar y ejercer con autonomía decisiones fundamentales en su salud reproductiva.

El neoliberalismo ha experimentado una transformación direccionada hacia las prácticas intensamente autoritarias, ya que según los autores Emir Sader y Pablo Gentili (1999):

A medida que avanzaba la resistencia popular a sus políticas, el neoliberalismo abandonó su talante falsamente democrático y demostró que en el fondo no era otra cosa que un proyecto autoritario que pretende disimularse en la supuesta racionalidad y anonimato del mercado. (pp.13-28)

La evolución de este sistema neoliberal de la mano del capitalismo global frente a la resistencia popular sobre las políticas, sentaron bases en revelar su verdadera naturaleza autoritaria, que pretende ocultarse en una supuesta racionalidad e interés del mercado, por lo que, en el ámbito de la salud reproductiva, ello conlleva efectos negativos en la restricción de la autonomía en la toma de decisiones sobre el propio cuerpo de las mujeres.

Es necesario señalar, que este sistema neoliberal comprende la salud reproductiva desde la base de la planificación familiar y la libre elección, donde las mujeres han asumido el rol de responsables de esta para adecuarse a un modelo de vida que implica mejorar las condiciones materiales en la que se encuentra, por lo que el uso de métodos anticonceptivos significa en breves términos evitar un embarazo no deseado que se interponga entre las necesidades de elevar tanto su condición individual como la de su pareja.

Su respectiva devaluación de la libertad política, la igualdad, la ciudadanía sustantiva y el Estado de Derecho en favor de la gobernanza según criterios de mercado, por un lado, y la valorización del poder estatal con fines supuestamente morales, por otro, socavan tanto la cultura como las instituciones de la democracia constituyente. (Brown, 2006, p. 690)

Retomando entonces, según lo que plantean Mouffe y Laclau, la economía determina los procesos históricos y relaciones sociales, y con ello, el neoliberalismo como hegemonía potencia los valores sociales del individualismo

exacerbado, competencia, productividad, entre otros, ya que se basa en la lógica de libre mercado, que condiciona y suele pasar por alto las desigualdades de género y barreras socioeconómicas que pueden afectar los servicios de salud reproductiva, generando una falta de protección y apoyo por parte del Estado y las instituciones gubernamentales. De esta forma, en el contexto del neoliberalismo, se promueve la idea de que las mujeres son responsables de su propia salud reproductiva desde la perspectiva de los criterios del mercado, exacerbando las desigualdades existentes, potenciando los roles de género y dificultando el acceso a servicios y recursos clave, como anticonceptivos y atención médica especializada. Además, este enfoque individualista puede pasar por alto la importancia de abordar las causas estructurales de las desigualdades de género en la salud reproductiva.

## **2.1. Políticas neoliberales**

En relación al apartado anterior, las políticas públicas se suscriben en la estructura neoliberal, de modo que es necesario ahondar sobre qué es el neoliberalismo. Para ello, Wendy Brown en su apartado introductorio denominado «*¿Neoliberalismo? ¿Qué?*» hace una breve trayectoria acerca de las concepciones del neoliberalismo desde distintas perspectivas políticas y academicistas para llegar a una fusión conceptual que da sentido al lineamiento que se suscribe en el libro “En las ruinas del neoliberalismo” (2021). De esta manera, señala que no existe una definición concreta de qué es el neoliberalismo per se, sino que hay variadas nociones de sus características, cómo se comporta, elementos normativos, entre otros.

La autora dice que este se encuentra inmerso en el ideario común como un “paquete de medidas de privatización de la propiedad pública y los servicios públicos, que reduce radicalmente el Estado social, controla el trabajo, desregula el capital y produce un clima de impuestos-y-tarifas amigables para los inversores extranjeros” (p.43). Ello corresponde a lo ocurrido en nuestro país tras el golpe cívico militar, donde emergen una serie de políticas de Estado que se encargaron



de desvincular la responsabilidad social del Estado con la población, generando una responsabilidad reducida y traspasada al individuo.

No obstante, Brown (2021) asegura que la fusión entre la noción neomarxista y la foucaultiana serían las más próximas a la que hallamos presente como estructura compleja. En cuanto a la primera, estaría enfocada en: “instituciones, políticas, relaciones económicas y efectos a la vez que soslaya los efectos de amplio alcance del neoliberalismo como una forma de gobernar la razón política y la producción del sujeto” (p.46); mientras que la segunda, enfatizaría en: “los principios orientadores, orquestadores y vinculantes del Estado, la sociedad y los sujetos y, sobre todo, el nuevo registro de valor y valores del neoliberalismo” (p.46). Así, se conformaría por medio de las estructuras políticas la noción del neoliberalismo, que correlativamente, se ve inmerso en las capas sociales por medio de los aspectos valóricos que lo sustentan.

Lo dicho hasta aquí supone que en el país se halla una política de carácter neoliberal que ha intercedido en los avances en materia de derechos sexuales y reproductivos<sup>9</sup>, de tal manera que actualmente no existe un marco normativo que aborde específicamente estos tópicos.

Lo anterior tendría una relación directa con los valores conservadores asociados al neoliberalismo, uno de los cuales sería el rechazo a los “cuestionamientos a las desigualdades” (Brown, 2021, p. 38) en donde se encuentran: el relego de la salud reproductiva como un *‘asunto de mujeres’*; y de una *-falsa- libertad de elección individual’*, pues no hay variedades para escoger cómo hacernos cargo.

En cuanto a los programas, tal como señala Javiera Cubillos (2019), “muchas veces las iniciativas gubernamentales en el ámbito de la sexualidad y la reproducción han quedado a la voluntad política del momento, dando origen a una política inestable y que no siempre garantiza el ejercicio de los DDSSRR” (p.3). El énfasis de igualdad de género recién aparece en el primer mandato de Michelle Bachelet (2006-2010). Esta política pública de salud sexual y reproductiva ha

---

<sup>9</sup> Desde ahora DDSSRR.

estado enfocada hasta el día de hoy en la regulación de la fertilidad, principalmente fomentando el acceso a la información y a métodos anticonceptivos.

Dicho esto, las políticas neoliberales tienen en su base estructural una: “escasa voluntad política de abordar la sexualidad como un asunto público, dadas por las resistencias desde sectores conservadores” (Cubillos, J., 2019, p.9), lo que se entiende como el factor moral o el valor conservador propio del neoliberalismo que asume la salud reproductiva como un asunto privado donde el Estado no ha de entrometerse, pues son elecciones personales, ligando la responsabilidad únicamente a la mujer para decidir entre métodos anticonceptivos dirigidos únicamente a su cuerpo.

Cabe recalcar que hay un factor de focalización en esta política de la salud reproductiva hacia la población de mujeres que están en situación de vulnerabilidad socioeconómica, pues son ellas quienes acceden mayoritariamente a los métodos anticonceptivos del sistema público, estando susceptibles a problemas de fabricación y escasez, así como las mujeres que están fuera del sistema público, pueden encontrarse con las mismas situaciones, pero sumadas al costo del mercado.

Por otro lado, las políticas neoliberales tienen en su base estructural producir el menor costo posible, entendiendo por éste un costo político en el que se deben evitar: “los posibles conflictos que esto pueda generar al interior de las coaliciones políticas” (Cubillos, J., 2019, p.10), que, como ya hemos mencionado, aparecen en situaciones de deliberación que interceden en los avances integrales en materia de salud reproductiva, dado que aparecen los factores morales y valóricos.

## **2.2. Industrias farmacéuticas en el neoliberalismo**

El uso de los métodos anticonceptivos está relacionado al ideario neoliberal de la libre elección, donde las mujeres acceden a dichos métodos, ya sea por la farmacia

privada, de manera particular o asistiendo a la farmacia del sistema público. De cualquier forma, están sujetas a acceder a los métodos en alguna red de salud. En el primer caso hay una afectación directa en la economía individual de la mujer, al tener que costear el producto que necesita; y en el segundo caso, no hay una afectación directa de costo individual, sino un costo público que se encarga de adquirir los métodos anticonceptivos necesarios para la posible demanda de la población femenina.

Se puede observar que los métodos anticonceptivos hormonales son parte de la gran industria farmacéutica; existen múltiples variedades para las usuarias tanto en la oferta privada como en la pública. En este sentido, hay una relación directa entre demanda y oferta respecto al uso de métodos anticonceptivos desde la primera aparición en el mercado en la década del 60, dado que pese a que se ha levantado un leve interés de parte de la población masculina y han surgido estudios para responder a esto en la búsqueda de métodos anticonceptivos que puedan inhibir la capacidad de inseminar, no se ha logrado generar una innovación farmacéutica para incrementar las posibilidades de abordar la fertilidad en el ámbito de la salud reproductiva para los varones. No obstante, sí se han diversificado las opciones para las mujeres por medio de innovaciones más allá del gran hito de la píldora anticonceptiva.

En este sentido, según Herrera y Sánchez (2020), a pesar de las críticas que emerjan por la falta de innovación en la industria farmacéutica en cuanto a sus métodos anticonceptivos para mujeres, sigue siendo un sector altamente rentable. “La farmacéutica ha sido durante varias décadas una de las industrias más rentables en el mundo. Genera ganancias multimillonarias que contrastan con su baja productividad e innovación” (González, s.f, p.3).

Por lo que se entiende que existe una gran falta de innovación y atención con relación a los métodos anticonceptivos para mujeres y que la industria farmacéutica solo se ha preocupado por generar ganancias significativas a lo largo de los años. Lo que se transforma en que la elección de los métodos

anticonceptivos no aborde cien por ciento las necesidades de las mujeres, podría estar comprometida la salud física al no generar medicamentos acordes a necesidades más específicas.

### **3. La construcción del género desde una perspectiva feminista**

Sabemos que el orden social se establece a partir de una diferencia sexual asociada a la concepción de los géneros dentro de las distintas sociedades y culturas patriarcales de occidente. De esta manera, tiende a relacionarse e incluso reemplazarse la palabra género por sexo, siendo que este último “se refiere a características anatómicas universales, en cambio género atiende a características culturales particulares” (Gallardo y Jara, 1999, p. 51).

Así, género y sexo son conceptos que han estado intrínsecamente relacionados a través de la historia colonialista y capitalista, la confusión es una tendencia significativa a nivel social según explican las autoras Gallardo y Jara (1999) en el marco de finales de los años ´90. Sin embargo, actualmente podemos categorizar la existencia de una naturalización de asociar las características biológicas a la construcción social del género. Podemos visualizar que no existe un consenso a nivel social de las diferencias entre sexo y género, lo que se ve reflejado en los trámites civiles cuando se solicita declarar si corresponde al sexo y/o género, donde las opciones varían entre sexo mujer, sexo femenino, género mujer y género femenino. Incluso, se percibe el desacuerdo en los debates feministas posteriores a la clásica frase de Simone de Beauvoir cuando escribió que “no se nace mujer, se llega a serlo”.

Para Carolina Gallardo y Claudia Jara (1999), cuando Beauvoir señala lo anteriormente mencionado, que por primera vez se pone en tela de juicio la determinación biológica sobre la cual se despliegan determinadas pautas sociales. Además, expresan que, en las ciencias sociales, el ‘género’:

comienza a incorporarse y profundizarse a mediados de la década del 70’ como fruto de las críticas y autocríticas a los estudios de la mujer específicamente, que iban aumentando en el mundo a raíz de

un vasto cuestionamiento por su condición y situación de subordinación social. (p.52)

Ante esto, Miguel Ramos (2006), asegura que ni la teoría de clase ni la de estratificación social consideraban la desigualdad social en función de la distinción sexual entre varones y mujeres, indicando que:

Esta desigualdad está asentada sobre la base de un sistema dominado por los hombres, cuyo núcleo fundamental se encuentra en el control que ejercen sobre la reproducción y la sexualidad de las mujeres, y que limita las posibilidades de que ellas alcancen, desarrollando autonomía en sus decisiones, niveles de bienestar en esos ámbitos, tanto para sí mismas como para su familia. (p.203)

De esta manera, el ingreso de la categoría de género en los análisis de desigualdad social significó una abertura de estudio académico a una opresión y distinción que se ha ejercido entre los grupos y permite una mayor comprensión a los temas enmarcados en la salud de las personas. Así, esta categoría de análisis se conecta con otras variables para ver el comportamiento, tales como la raza y género, etnia y género o clase social y género para hacer de la comprensión de la realidad una interpretación integral.

En este sentido, Butler (2006) señala que, “el género es el aparato a través del cual tiene lugar la producción y la normalización de lo masculino y lo femenino junto con las formas intersticiales hormonales cromosómicas, psíquicas y performativas que el género asume” (p.70). Por otro lado, Lagarde (1996) plantea que el género es la categoría correspondiente al orden sociocultural configurado sobre la base de la sexualidad, que, a su vez, es definida y significada históricamente por el orden genérico, que busca explicar un tipo de diferencia entre las personas, específicamente entre el hombre y la mujer a partir de lo masculino y lo femenino respectivamente.

Dado lo anterior, podemos decir que el género es un sistema complejo de interacción de diversos elementos, que van mucho más allá de la categorización

biológica o social, debido a que el género se construye a partir de procesos culturales, sociales e individuales.

Asimismo, Butler (2006), señala que el género no se limita únicamente a las categorías binarias y tradicionales de lo masculino y lo femenino, por el contrario, el género puede manifestarse en la identidad de género, la expresión de género y el comportamiento de género y que, si bien, puede ser “el mecanismo a través del cual se producen y naturalizan las nociones de lo masculino y lo femenino (...), - *también*- podría ser el aparato por el cual dichos términos se deconstruyen y desnaturalizan” (Butler, 2006, p. 71). En otras palabras, a través de la deconstrucción del binarismo en la construcción del género, se puede desnaturalizar las nociones de lo masculino y femenino, y los roles de género asociados a esas categorizaciones, haciendo una crítica al reduccionismo de las expresiones de género, a partir de la catalogación excesiva de las mismas, limitando las experiencias de género, por lo que, se plantea que el género no debería ser conceptualizado a partir de categorías fijas o predefinidas, permitiendo así que la expresión de la identidad de género y que todo lo asociado a ella surja desde la libertad.

A partir de lo anterior, se plantea la perspectiva de género feminista como un instrumento de análisis, que:

Reconoce la diversidad de géneros y la existencia de las mujeres y los hombres como un principio esencial en la construcción de una humanidad diversa y democrática. Sin embargo, -esta perspectiva- plantea que la dominación de género produce opresión de género y ambas obstaculizan esa posibilidad. (Lagarde, 1996, p. 1)

Por ello, podemos deducir que el género en esencia entiende la realidad desde el androcentrismo, generando una organización social basada en la jerarquización y dominación u opresión de género. Este orden social es reproducido en las interacciones sociales a partir de procesos de normalización y disciplinamiento como los que indica Foucault, dejando a la mujer marginada de la humanidad, en

tanto medios burocráticos y de poder han considerado irrelevantes las problemáticas de sus vidas.

Lagarde (1996), menciona que la vida cotidiana está estructurada sobre las normas de género, que permiten y prohíben según el significado de ser mujer y ser hombre, entendiendo que “la norma confiere realidad activamente: de hecho, la norma se constituye como tal sólo en virtud de la repetición de su poder para conferir realidad” (Butler, 2006, p. 83). Así, el género, desde una concepción normativa y casi siempre heterosexual, se ha encargado de reforzar las opresiones en base a estereotipos sobre los roles asociados a lo masculino y lo femenino, que se han ido construyendo a partir de la repetición y la interacción entre elementos socio-históricos, como lo social, lo político, lo cultural y lo económico; además, desde una concepción normativa en el marco de las formas de relacionarse en la heterosexualidad que veremos más adelante.

Por otro lado, Donna Haraway (1984) a partir de un enfoque ecofeminista, critica el género a partir del binarismo social y sus dicotomías:

entre la mente y el cuerpo, lo animal y lo humano, el organismo y la máquina, lo público y lo privado, la naturaleza y la cultura, los hombres y las mujeres, lo primitivo y lo civilizado están puestas ideológicamente en entredicho. (p. 18)

De esta manera, establece que el género no es intrínseco y biológicamente determinado, por el contrario, es una construcción social, cultural y situada. En otras palabras, las experiencias de género no pueden reducirse a una única experiencia, sino que, se encuentran moldeadas por contextos específicos y cambiantes.

En esa misma línea, la autora plantea la imagen del cyborg como “un organismo cibernético, un híbrido de máquina y organismo, una criatura de realidad social y también de ciencia ficción” (Haraway, 1984, p. 2), que desafiaría las categorías convencionales del género y sus limitaciones, ya que Haraway, al igual que

Butler, considera que este binarismo simplifica la complejidad de la experiencia humana.

Así, Haraway (1984) propone el género cyborg, que a partir de su construcción y deconstrucción, fluye entre lo humano y lo tecnológico para superar las imposiciones de las normas de género, a partir de la premisa de que todos somos cyborgs, debido a la relación inherente entre lo tecnológico y lo humano en la sociedad contemporánea, en específico en relación con la reproducción y la natalidad, ya que sugiere que “los cyborgs tienen más que ver con la regeneración y desconfían de la matriz reproductora y de la mayoría de las natalidades” (p.38). En otras palabras, esta concepción del género cyborg, implica nuevas formas de entender la continuidad y el cambio en la vida humana, en relación a las normas que rodean la concepción y el nacimiento, liberando, en particular a las mujeres de su rol de reproducción.

### **3.1. Roles de género y diferencia sexual**

Como vimos anteriormente, el género estaría basado en la realidad biológica del sexo, pero se construye finalmente en las relaciones distintivas de las experiencias en el mundo social. Ello generaría una serie de diferencias que, como dice Joan W. Scott (2013), introducen “el conflicto en la oposición de lo masculino y femenino” (p.283) dado que “la idea de masculinidad descansa en la necesaria represión de los aspectos femeninos” (p.283).

Así, tendríamos una noción, producto de una cultura que se ve intersectada por el patriarcado, el capitalismo y el colonialismo, que se desprende del género, que apreciamos como ‘*roles de género*’, los cuales se comprenden como las tareas y responsabilidades asignadas en función de la diferencia sexual. Entre estos roles podemos distinguir dos que resultan fundamentales para comprender la naturalización del rol de las mujeres en la salud reproductiva:

- a) *Rol productivo*: son aquellas actividades que desarrollan mujeres y hombres en el ámbito público con el fin de producir bienes y servicios, y que generan ingresos y reconocimiento.



- b) *Rol reproductivo*: son actividades de reproducción social que garantizan el bienestar y la supervivencia de la familia, incluyendo las actividades domésticas y de cuidados. Estas tareas son realizadas especialmente por mujeres. (Instituto Nacional De Las Mujeres, 2023)

Como vemos, las mujeres tienen una participación en cada uno de estos roles, pero podemos observar que tienen una mayor carga asociada al rol reproductivo, en el cual integramos la responsabilidad de la salud reproductiva, dado que se ha impuesto históricamente desde una sociedad patriarcal que la **capacidad de gestar** corresponde inherentemente a las mujeres cisheterosexuales. Ello ha perpetuado la diferencia sexual de lo femenino y masculino a través de los roles ligados a mujeres y varones.

Ellen Hardy y Ana Jiménez (2001, p. 81), profundizan en la diferencia sexual desde la masculinidad, la cual se veía afectada por la socialización de la familia, la figura paterna y la escuela, dado que ocurriría en los varones una desvinculación de la afectividad, la responsabilidad y las relaciones con las mujeres, haciendo énfasis en que las mujeres heterosexuales encarnan el deseo sexual.

De esta forma, la afirmación de su identidad masculina exige del varón comportamientos sexuales que se basan en correr riesgos y en una falta de cuidados de ellos mismos y de sus parejas. Esta total indiferencia en relación a actitudes preventivas, así como las relaciones sexuales irresponsables, son conductas que favorecen las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el embarazo no deseado (Bronfman & Minello, 1995; Paiva, 1996; Barbosa & Uziel, 1996).

En esta misma línea, Haraway (1984), plantea que la familia nuclear tradicional establece una estructura rígida que perpetúa los roles de género asociados a ella, como los mencionados, así “las formas específicas de las familias se relacionan dialécticamente con formas del capital y con sus concomitantes políticos y

culturales” (Haraway, 1984, p. 23). De esta manera, la autora establece la familia como una institución social que perpetúa la heteronorma y los roles de género, ya que dentro de ella se asignan roles jerárquicos en base a la diferencia sexual, por lo que, la familia legitima la idea de que la única forma de reproducción es la heterosexualidad y la familia nuclear tradicional, estableciendo una continuidad a la norma.

Por otro lado, Haraway (1984), plantea que:

Las nuevas tecnologías afectan las relaciones sociales tanto de la sexualidad como de la reproducción, y no siempre de la misma manera. Los íntimos lazos existentes entre sexualidad e instrumentalidad, entre percepciones del cuerpo como una especie de máquina maximizadora para uso y satisfacción privada, son descritos muy bien en las historias de origen sociobiológico que ponen el énfasis en un cálculo genético y explican la inevitable dialéctica de dominación de los papeles genéricos masculinos y femeninos. (p. 24)

Además, Haraway (1984) señala que “en la ciencia ficción feminista, los monstruos cyborg definen posibilidades políticas y límites bastante diferentes de los propuestos por la ficción mundana del Hombre y la Mujer” (p. 37). En otras palabras, la fluidez que puede existir entre la máquina y lo humano, permite abrir las posibilidades de subvertir el mando y el control, en particular en el sexo, la sexualidad y la reproducción, ya que “son actores principales en los sistemas míticos de alta tecnología que estructuran nuestras imaginaciones de posibilidad personal y social” (Haraway, 1984, p. 25).

Es por esto, que la autora formula la idea de que a través de la tecnología podemos desarticular el rol reproductor de la mujer, a partir de la fragmentación de la relación que existe entre la familia y la reproducción. Es decir, a través de lo que Haraway llama el género cyborg, podemos redefinir la reproducción más allá de las limitaciones biológicas, ampliando las intervenciones tecnológicas y

desafiando las categorías de género y los roles en la familia, rompiendo con la reproductividad que ata a la mujer a los roles de cuidado y la vida privada.

### **3.2. Naturalización de la responsabilidad reproductiva en la heteronormatividad**

Hablar del uso de métodos anticonceptivos y que ello esté asociado socialmente a las mujeres implica una narrativa de carácter liberal, dado que el control de la fertilidad por medio del uso de estos métodos no sólo permitiría la libertad del disfrute sexual, sino también la libertad de elegir no ser madre o de posponer el ‘deseo de la maternidad’.

Así, sin dudas, tan sólo pensar en métodos anticonceptivos desde la historicidad de la lucha por la emancipación de las mujeres y la libertad de decidir sobre sus cuerpos -al menos desde este ámbito- se presenta como un gran alivio o salvavidas de la maternidad no deseada. Esto último, si lo concebimos desde el rol reproductor al que está asociada la mujer cisheterosexual, sería una negación de lo que estaba socialmente aceptado y normativamente impuesto desde la estructura patriarcal.

De esta manera, encontramos un discurso que contiene una asociación de libertad individual internalizada en las mujeres que deciden tomar algún tipo de método anticonceptivo de forma voluntaria, por lo que debe existir una naturalización sobre las prácticas de uso de estos en los discursos de las trabajadoras sociales, esto dado que son mayoritariamente mujeres quienes ejercen el rol profesional.

Por ello, es necesario aproximarnos a la internalización que se produce en las mujeres cisheterosexuales sobre el uso de métodos anticonceptivos hormonales por medio de un silencioso mandato cultural y económico; que por lo tanto, produce una naturalización de la responsabilidad individual. Esto puede explicarse mediante la construcción social del género por medio de la teoría de la identidad social de Edgardo Etchezahar (2014), quien señala que la construcción de éste

estaría dada por, como ya hemos mencionado en los apartados anteriores, por la interacción en los sistemas o instituciones de socialización<sup>10</sup> con un exogrupo<sup>11</sup>, a lo que se le conoce como proceso de autoidentificación.

Sin embargo, lo que nos interesa particularmente de la teoría se encuentra en la relación entre identidad y autoestima, la cual se basa en una serie de concepciones e interacciones con otros sujetos. El elemento de interés es el comportamiento social, donde se denota que las mujeres tienden a verse mayormente influenciadas por el entorno a través de presiones y mayor exigencia.

Se dice del comportamiento social que:

su consecuente evaluación, refleja una ventaja de la mujer, debido a que poseen menos reprimendas que los varones por un lado, mientras que por otro, el comportamiento social aceptable suele ser reforzado por el entorno social y, en particular, por las instituciones. (Wicks-Nelson e Israel, 2003 citado en Etchezahar, 2014)

Ante esto, podemos apreciar que existe una relación entre la valoración social del uso de métodos anticonceptivos por las mujeres cisheterosexuales para el control de la fertilidad como una responsabilidad individual, pues se asume que su rol está intrínsecamente ligado a su capacidad de gestar, el cual es validado socialmente al inscribirse en el rol reproductivo.

Por lo tanto, han de ‘cuidarse’ en una relación heterosexual, especialmente, si su pareja no utiliza preservativo o para aumentar la protección. Es, además, valorado como aceptable desde las instituciones que las mujeres decidan usar métodos anticonceptivos hormonales, pues se cumple con una conducta de responsabilidad que les permite no sólo autocuidarse, sino aumentar sus posibilidades de proyectarse y posicionarse en la sociedad como sujeto autónomo, económicamente hablando. Siendo, por ende, un comportamiento deseable por la

---

<sup>10</sup> Familias, amistades, colegios, centros médicos, entre otros.

<sup>11</sup> Grupo al que no se pertenece desde la autoidentificación.

sociedad, que, además, se sitúa en la conducta de lo que se espera realice una mujer ‘responsable’.

Es en este comportamiento donde se visualiza un mandato silencioso de una estructura patriarcal que señalaría que si una mujer no desea embarazarse debe usar métodos anticonceptivos que regulen su fertilidad y así poder disfrutar de su vida sexual, que, por lo tanto, es a quien le corresponde asumir el rol de responsable en la salud reproductiva.

Respecto a esto, por medio de lo que señala Laura Llevadot (2022), podemos relacionar este comportamiento del uso de métodos anticonceptivos hormonales desde el deseo interno de opresión en las mujeres como “el efecto de cierta educación sentimental” (p.24), comprendiéndolo como el deseo de querer asemejar la libertad sexual del varón desde la idea de igualdad y del supuesto ‘empoderamiento femenino’ con el que se han encausado varios feminismos, así como de querer- desde el deseo sexual y de los afectos- estar en una relación heterosexual sin la intención de maternar.

Dicha educación sentimental estaría dada sobre las bases de la heteronormatividad, la cual comprenderemos como el ideario y las prácticas, tanto conscientes como inconscientes, de asumir la heterosexualidad como base de las relaciones sociales, que sosteniéndose en un pasaje de Butler (2006), esta norma “integra cualquier cosa que pueda intentar ir más allá de ella; nada, nadie, cualquier diferencia que pueda mostrar, pueden nunca afirmar ser externos o que poseen una alteridad que de hecho les convertiría en otro”(p.81). Por lo que la heteronormatividad sería una normalización desde y sobre la práctica social donde se producen y reproducen los roles de género, que ya mencionamos en el apartado de ‘Roles de género y diferencia sexual’, es decir, una performatividad de las prácticas de vinculación sexoafectiva. Lo que según Butler “este punto de vista sugiere que cualquier oposición a la norma ya está contenida en la norma y que aquélla es crucial para su funcionamiento” (p.81).

La heteronormatividad se desprende principalmente de la familia donde:

suele darse por sentado que la heterosexualidad es la única orientación sexual válida, normal y socialmente aceptada, de allí que todo aquello que parezca diferente amenace con perturbar el orden social sexo/género impuesto, el cual se basa en la reproducción. (Ventura, 2015, citado en Vergara, 2020.)

Vergara (2020) nos diría en relación a ello que en “la sociedad prevalecen dispositivos de poder estructurados institucionalmente, los cuales se encargan de normativizar el sexo y la sexualidad en la familia, por un lado, y de aprobar o reprobar determinadas conductas sexuales, del otro” (p.91). Es en las estructuras familiares donde se reproducen los discursos de lo normativo respecto a la heterosexualidad, entendiendo aquí que no sólo se hallan los grupos familiares, sino las instituciones que trabajan en torno a esta, en este caso los centros médicos, las políticas y los programas de salud.

Es en este contexto, donde la heteronormatividad reproducirá constantemente los roles de género que se han construido en sociedad para reproducir en la práctica de las relaciones heterosexuales las bases de lo que es ser una mujer responsable individual, sobre lo que es normal desde la concepción de una sociedad heterosexual sobre las relaciones sexuales: si se quiere disfrutar la sexualidad, hay que ser responsable. Pero donde, además, existe un imperativo silencioso de una mujer que asume que para disfrutar su sexualidad ha de ‘cuidarse’ con métodos anticonceptivos, por lo que asume desde un inconsciente heterosexual<sup>12</sup> el rol de responsable de la salud reproductiva, de controlar y regular la fertilidad, de asistir a establecimientos de salud para las citas con matronas y ginecólogos, de consumir e introducir a su corporalidad métodos anticonceptivos. Por lo tanto, es imposible no concebir que las profesionales en su

---

<sup>12</sup>Concepto que incorpora Monique Wittig (2006) en “El pensamiento heterosexual y otros ensayos” para denominar aquella acumulación de conocimientos internalizados que se desprenden de la lógica de un mundo binario heterosexual que rige por medio de normalizaciones en un contexto de sociedad históricamente construida desde la heterosexualidad.

subjetividad no hayan naturalizado la responsabilidad reproductiva, esto en tanto son mujeres en una sociedad y sistema de salud patriarcal.

#### **4. Rol del Trabajo Social en el sistema de salud**

Si bien, hemos hablado en el primer capítulo acerca del Trabajo Social al alero del modelo biomédico, donde su rol es dual: entre ser un mediador para la conexión del Estado con la población; y a su vez, ser un agente controlador de la población para evitar la posible subversión, es necesario ahondar en este apartado acerca de su particular rol como mediador.

Dicho lo anterior, hemos de saber que este rol mediador es transversal a todos los campos en los que es posible hallar al Trabajo Social, teniendo leves diferencias entre los enfoques con los que efectúa su quehacer. De esta manera, estamos conscientes que el campo profesional “se estructura en relación con ciertos imperativos sociales que plantean como necesario un tipo de práctica” (García, 1998, p.17). Así, da cuenta de que dichos imperativos se expresan finalmente como problemas sociales que han de ser abordados específicamente por saberes y prácticas especializadas, lo que dio origen a varias profesiones, entre ellas la nuestra. A la cual se le ha asignado determinados tipos de intervención en las áreas que se desempeña, así, se ha complejizado la definición de qué es lo que realiza la profesión y cuál es su objeto particular de atención, esto dada la diversidad de problemáticas.

Sin embargo, es necesario destacar nuestro rol tradicional del trabajo con redes, muy propio en el área de la salud, manteniendo el contacto con diversas disciplinas para derivar a las usuarias y gestionar beneficios dependiendo del caso.

En este sentido, el Trabajo Social se ve situado entre las relaciones de “sujetos portadores de necesidades y carencias y sujetos portadores de recursos y satisfactores” (García, 1998, p.22), cumpliendo el rol que llamamos como “mediador”, sin embargo, no es el único “agente” que se halla entre estas relaciones, tal como lo indica Susana García Solard (1998) hay múltiples y variados agentes mediadores como lo son los sindicatos de trabajadores. Por tanto,

sólo nos diferenciamos entre estos agentes por las “experiencias y marcos de referencia” (García, 1998, p.23).

Es así, que siempre se ha de recalcar que la profesión no se practica por una doctrina moralista religiosa, por la buena voluntad u otras derivaciones, sino que la profesional se sitúa como una asalariada “de una institución que tiene objetivos precisos e incluye el trabajador social como un especialista que puede intervenir en el tratamiento del problema social” (García, 1998, p.36). Donde se interviene particularmente en las “condiciones de vida de las clases explotadas y oprimidas, estableciendo el vínculo entre los recursos y satisfactores, y las necesidades y las carencias involucrados” (García, 1998, p.59). Podríamos discutir que no se interviene con las clases explotadas y oprimidas, dado el contexto de la articulación que realiza la autora García acerca de la Reconceptualización, sin embargo, ¿podríamos efectivamente decir que actualmente el TS interviene con una población no explotada y oprimida por las estructuras?

De esta manera, la profesión interviene en “las interacciones sociales vinculadas a las condiciones de vida” (García, 1998, p.39). No obstante, siguiendo la idea de Susana García (1998) Trabajo Social no interviene en el problema o fenómeno directamente, sino que es quien crea las condiciones adecuadas para el tratamiento especializado.

Así, particularmente en la salud reproductiva, la trabajadora social efectúa un rol de mediadora para adecuar las condiciones específicas para las pacientes con alguna irregularidad en su tratamiento con la matrona o ginecóloga, esto para que la otra profesional y la paciente puedan llevar a cabo su tratamiento en el estado más óptimo.

Pero, debemos indicar, que este rol mediador se ve interceptado por la estructura socioeconómica en la que se desarrolla su actuar, por ende, es imposible no concebir el Trabajo Social dentro de la institución médica neoliberal como un mediador neoliberal reproductor de las prácticas heteronormativas. Esto dado, especialmente, por sus limitaciones programáticas sustentadas en el costo de



recursos. Además, por su carente incidencia como gremio, donde, guiándonos nuevamente por García Solard (1998) la articulación gremialista y sus acciones o escasez de estas, “es lo que define el grado de desarrollo del campo y sus limitaciones y posibilidades” (p.69).

#### **4.1. Miradas para un Trabajo Social feminista**

Para abordar la naturalización de la salud reproductiva en las mujeres cishetero como un posible campo de intervención para el Trabajo Social, es necesario tener puesta la mirada profesional hacia el feminismo, esto dado que para la satisfacción de una vida sexual plena debe tenerse en consideración las herramientas de aplicación con esta perspectiva.

En este sentido, se pone una perspectiva feminista en tres aspectos esenciales: la definición de los problemas, la cual se basa en el análisis crítico del género, abordando las desigualdades y opresiones específicas que las mujeres y otras personas enfrentan en la sociedad (doble jornada laboral, acceso desigual a recursos económicos, educativos y de salud), discriminación, entre otras; así como la organización del bienestar y la consideración específica de los problemas emocionales (Dominelli y McLeod, 1989).

De esta manera, si ponemos el énfasis desde el feminismo sobre el género, podemos comprender que “todos somos iguales con independencia del género. En consecuencia, es preciso transformar y recrear las relaciones sociales que oscurecen este hecho.” (Dominelli y McLeod, 1989, p.18). Si trasladamos esto hacia la salud, nos convoca generar una participación profesional que visualice y ponga de relieve el asunto de la reproductividad y la responsabilidad del cuidado del proyecto individual como un asunto común entre quienes integran las relaciones cisheterosexuales, siendo así iguales en cuanto a la responsabilidad que se ha de asumir.

Esto, además, porque como vimos respecto a la internalización en las mujeres cishetero del uso de métodos anticonceptivos en la heteronormatividad, podría indicarnos que las profesionales del Trabajo Social y de otras disciplinas con las

que interviene en la salud, podrían incurrir en la reproducción de “los supuestos patriarcales” (Wilkinson, 1986, citado en Dominelli y McLeod, p.22) a través de la conducta y pensamiento profesional.

Por ello, es que urge tener presente, guiándonos a través de Dominelli y McLeod (1989), que la teoría y práctica feminista ha localizado la opresión del género en las relaciones sociales patriarcales, considerando que el objetivo primordial del cambio es éstas y no los hombres en particular (Oakley, 1981). Ante esto surgen dos posibilidades mientras la dominación masculina y el poder de los hombres sobre las mujeres exista, la primera es que: no son funcionales para las relaciones entre seres humanos, puesto que los varones se ven aún incapacitados para relacionarse afectivamente con todos los grupos de género y de etapa vital, es decir se verían incapaces de tener un real compromiso emocional no sólo con las mujeres, sino con sus familias, amistades, niños, etc. La segunda, es que “para asegurar el cambio en la conducta de los varones, deben cambiar las formas patriarcales dominantes de las relaciones sociales” (Dominelli y McLeod, 1989, p.22). Ambas están interconectadas, dado que para generar un impacto en las relaciones sociales debe terminarse con la forma patriarcal en la que se sustentan.

Por esto, desde un Trabajo Social institucionalizado deben adecuarse las condiciones para la intervención de la matrona con la paciente en salud reproductiva, articular los espacios de manera transversal.

A continuación, presentaremos una serie de pistas que nos permitirá ya en el análisis generar reflexiones sobre posibles intervenciones sociales:

En primer lugar, debemos comprender que, para una efectiva intervención social, debemos tener en consideración que cualquier “intento de organización de las mujeres debe tener en cuenta las cargas emocionales anejas a la subordinación de género” (Dominelli y McLeod, 1989, p.17). Para nosotras, esto es fundamental, ya que para generar intervenciones debemos tener presente que hay cargas psicoemocionales en la naturalización de la responsabilidad reproductiva y que a su vez tiene efectos no sólo físicos, sino psicoemocionales.

Segundo, debe incluirse un trabajo interdisciplinario dentro de los espacios de salud, donde se ponga en relieve la terapia feminista, dado que esta permite “resituarse en el dominio de la experiencia común con otras mujeres lo que antes se había considerado como fracaso emocional personal y en explorar hasta qué punto está socialmente determinado” (Dominelli y McLeod, 1989, p.117). Así, se posibilitaría que las mujeres que optan por tomar métodos anticonceptivos hormonales sean conscientes de que hay otras mujeres en la misma situación socioemocional a causa de estos dispositivos y puedan expresar sus narrativas acerca de la responsabilidad que se les ha asignado. Esto, principalmente porque se ha evidenciado que existe una “denigración de la experiencia propia y su medición con la vara masculina no es una característica inalienable de la femineidad, sino que se ha impuesto a las mujeres a través de la construcción social de su rol” (Dominelli y McLeod, 1989, p.119).

En tercer lugar, debe considerarse el funcionamiento de las prácticas sexoafectivas de la cis-heterosexualidad según la etapa vital de la paciente, dado que por la manera en la que se ha construido la normatividad de las relaciones sociales, debe ponerse énfasis en las prácticas diarias de los modelos de amor, dado que bajo las relaciones sociales patriarcales hay un factor común de posesión, en el que existen mujeres y varones “en relaciones que comprometen sus necesidades o que fuerzan a los otros a comprometer las suyas en nombre de la continuación de la relación” (Dominelli y McLeod, 1989, p.136).

En este sentido, es necesario mencionar que un Trabajo Social que no es feminista, es patriarcal. A día de hoy, es imperante velar por la desnaturalización de distintas prácticas que reproducen la estructura binaria del género y la división sexual del trabajo. De esta forma, se debe procurar establecer un rol crítico de nuestra disciplina para emancipar espacios de opresión.

Por lo que es esencial considerar las contribuciones desde los feminismos a la discusión disciplinar, para poder aproximarnos a un Trabajo Social feminista, siendo estos los siguientes elementos:

- Comprender que TS es una profesión y disciplina creada en un contexto social e histórico específico, que condiciona su accionar y también el reconocimiento que tiene por parte de la comunidad científica.
- Incorporar el conocimiento situado.
- Consideración de los cuerpos.
- Interseccionalidad de las opresiones que las personas viven.
- Necesidad de revisar nuestra genealogía, destacando a las mujeres y disidencias, reivindicando la historia que tejieron las mujeres en TS porque no hacerlo replica la lógica violenta y patriarcal.
- Cuestionar los discursos y las prácticas a las que se acude en la intervención social, incorporando un enfoque de género en el accionar.
- Interpela a trabajar colectivamente, generando resistencia a la hegemonía neoliberal. (Duarte, 2020).

Siguiendo a la Dra. Cory Duarte (2020), estos elementos son cruciales para comprender la posición de subordinación que mantiene el TS frente a la hegemonía masculina de otras disciplinas, en este caso, frente a las del área de salud, puesto que las profesiones feminizadas y que están pensadas en las relaciones con el 'otro' han sido relegadas a un estatus epistémico inferior. Lo que ha generado que Trabajo Social se cuestione permanentemente respecto de la validez y validación de su construcción disciplinaria, esto en tanto, ha sido construida desde la encarnación y acuerpamiento de las experiencias, emociones, saberes y territorios de las mujeres; y correlativamente, se ha configurado bajo una estructura colonial y patriarcal.

Esto permite pensar en una indisciplina del TS propuesta por Martínez y Agüero (Duarte, 2020), que implica incorporar en la reflexión la idea de un conocimiento situado, marcado por su devenir sexual y genérico, incluyendo epistemologías feministas. Lo que involucra reconocer y dar valor a los y las sujetas en sus emociones, memorias, cuerpos y territorios. Dando, entonces, una resignificación

a la historia de las mujeres respecto a la pseudo liberación sexual que han permitido los métodos anticonceptivos, comprendiendo las razones detrás del uso de estos dispositivos, así como de los comportamientos basados en la diferencia sexual que naturalizan la responsabilidad individualizada de la salud reproductiva y repensar así, la posición del Trabajo Social ante dicha naturalización, es decir, pensar el rol frente a una situación de opresión.

### **Capítulo III:**

#### **Marco metodológico**

##### **1. Enfoque de la investigación**

El proyecto de investigación se realizará a partir de un enfoque metodológico cualitativo, que posibilita la exploración y el entendimiento detallado de las vivencias, y conceptos asociados a la problemática que pretendemos indagar.

Esto en razón de que, como señala Mayan (2001):

La indagación cualitativa explora las experiencias de la gente en su vida cotidiana. Es conocida como indagación naturalista, en tanto que se usa para comprender con naturalidad los fenómenos que ocurren. En consecuencia, el investigador no intenta manipular el escenario de la investigación al controlar influencias externas o al diseñar experimentos. Se trata de hacer sentido de la vida cotidiana tal cual se despliega, sin interrumpirla. (p. 5)

Por lo que, este estudio nos brinda una perspectiva de las diferentes experiencias y perspectivas disciplinarias de las trabajadoras sociales de los centros de nivel primario de salud de algunas comunas de la Región Metropolitana, con el fin de saber cuál es su rol en el ámbito de la salud reproductiva, en este contexto se plantearon los siguientes objetivos:

1. Identificar argumentos de las trabajadoras sociales de los centros de salud de algunas comunas de la Región Metropolitana, que indiquen un cuestionamiento al sistema biomédico.
2. Identificar discursos neoliberales en torno a la salud patriarcal, de las trabajadoras sociales de los centros de salud de algunas comunas de la Región Metropolitana.

Además, se busca reflexionar respecto al rol del Trabajo Social en relación con la responsabilidad de la salud reproductiva que posibiliten escenarios de intervención social.

Este tipo de metodología tiene por objetivo reconstruir la realidad de los sujetos que propician la información necesaria, por ende, tiene un carácter flexible en torno a la situación de los sujetos “para de esta forma lograr una correcta interpretación de datos y desarrollo pertinente de la teoría. Su metodología se fundamenta en la recolección de información no numérica, por ende, se valen principalmente de descripciones y observaciones.” (Tinoco, Cajas & Santos, 2018, p.43). De esta manera, se llevaría a cabo la investigación por medio del levantamiento de información que expresen los relatos de las trabajadoras y asistentes sociales entrevistadas acerca de la problemática. Esta última, como señalan los autores Tinoco, Cajas y Santos (2018), permitiría una retroalimentación constante al levantar información, dado que se estaría incentivando la producción de conocimiento que daría a conocer nuevas interrogantes e interpretaciones.

Es esencial, además, indicar que esta metodología tiene una base epistemológica en la hermenéutica y la fenomenología. Bajo estas perspectivas los actores sociales no son meros objetos de estudio como si fuesen cosas, sino que también significan, hablan, son reflexivos” (Monje, 2011, citado en Tinoco, Cajas & Santos, 2028). Así, buscaríamos centrarnos en las experiencias y relatos de las entrevistadas, entendiendo que son las principales actrices que posibilitan la realización del trabajo, igualmente, evitando generar cuantificaciones.

Respecto al diseño en general está caracterizado “por ser flexible, interactivo, dialéctico y reflexivo.” (Tinoco, Cajas & Santos, 2018, p. 47). Sin embargo, pese a estas características debe estar bien delimitado para un adecuado proceso de investigación, que no implique una invalidez del trabajo. Así también, es de tipo exploratorio, dado que el objetivo es conocer el rol disciplinar en el campo de la salud reproductiva, del cual se desconocen a nivel teórico las posibles prácticas

que permitan desnaturalizar el rol de la mujer como responsable de la reproducción en los centros de salud de la Región Metropolitana. De modo que, es un estudio que permite familiarizarse con un fenómeno que resulta ser de interés para ahondar en el campo profesional.

Además, se tratará de un estudio de caso múltiple, el cual según Yin (1994, citado en Jiménez y Comet, p.4) se trata de una investigación que no busca realizar generalizaciones, pues estos no “representan a una muestra de una población o de un universo concreto, por lo que no pueden ser generalizables estadísticamente”. Lo cual es lo que se pretende evitar al momento de trabajar con las entrevistadas.

Además, según las opiniones de los autores Del Rincón y Latorre (1994) se trataría de una estrategia que permite tomar decisiones en torno al problema estudiado, puesto que tiene la “capacidad para generar hipótesis y descubrimientos, en centrar su interés en un individuo, evento o institución, y en su flexibilidad y aplicabilidad a situaciones naturales” (citado en Jiménez y Comet, 2016, p.6), por lo que podría facilitar por medio la comprensión del problema tomar decisiones respecto a posibles escenarios de intervención social al finalizar las conclusiones del trabajo.

## **2. Enfoque epistémico**

Los enfoques epistemológicos en Trabajo Social son importantes en tanto aportan un conjunto de conocimientos que guían las pesquisas para una intervención adecuada. En este sentido:

Que el sujeto sea protagonista de su propio cambio, desarrolle una acción reflexiva, exige no solo reconocerle un espacio en la relación, una influencia en el profesional, una capacidad en la toma de decisiones, requiere por parte del profesional, de un conocimiento de la realidad y de su complejidad, que evite el interés técnico y se sitúe en las claves del interés emancipatorio. (Vázquez, 1988, p. 273).



Es decir, el profesional de la disciplina “no domina, facilita que el sujeto sea capaz de autodeterminarse, de potenciar su autonomía propia. El objetivo, por tanto, se centra en la liberación del sujeto de las relaciones de dependencia que existen en su entorno” (Vázquez, 1988, p. 278). Es decir, no solamente ofrece soluciones, sino también, debe promover la participación activa y reflexiva de la persona en su proceso de cambio.

En este sentido, creemos que los enfoques epistemológicos que guiarán nuestra investigación son los siguientes:

En primer lugar, un enfoque crítico, que “entiende la construcción del conocimiento como un proceso centrado en la recuperación de las perspectivas históricas planteadas por y desde los sujetos subalternos, por sus demandas en el presente, así como sus expectativas frente al futuro” (Gallegos y Rosales, 2012, p.15). Se centra en dar voz y visibilidad a experiencias de quienes han sido marginados del sistema neoliberal desafiando las estructuras de poder para contribuir a la reflexión sobre la construcción de conocimiento emancipatorio.

En segundo lugar, utilizaremos un enfoque feminista, en el cual lo central es que “la persona que conoce está situada y por lo tanto el conocimiento es situado, es decir, refleja las perspectivas particulares de la persona que genera conocimiento, mostrando cómo es que el género sitúa a las personas que conocen” (Blázquez, 2012, p. 28). La producción de conocimiento se posiciona desde ideas situadas y en perspectiva de género, es decir, se produce una crítica relacionada a las experiencias particulares del género en el fenómeno de investigación.

Ambos enfoques, se relacionan de manera que, a partir de ellos, se desafía y genera un cuestionamiento a las estructuras de poder. En otras palabras, buscan desafiar aquello que perpetúa la opresión, la desigualdad y la injusticia social, procurando incluir voces y perspectivas subyugadas, cuestionando la objetividad y universalidad de los discursos dominantes, valorando la diversidad de experiencias y saberes, impulsando la acción transformadora.

En tercer lugar, se trabajará desde un enfoque hermenéutico, el cual ciertos autores plantean como “un enfoque y un método, pues enfatiza la reflexión para describir y clarificar la experiencia vivida tratando de introducirse en la dinámica y contenido del actor social” (Zavala, s.f., p. 64). A partir de lo anterior, el fenómeno se interpreta a partir de las experiencias subjetivas y objetivas de las personas y su realidad social, lo cual :

Permite interpretar y comprender la serie de acciones sociales en dos planos: primero, al ser interiorizado por los actores sociales con base en las percepciones ideas y juicios que tienen del mundo, y segundo, que se ubica en el plano objetivo, el cual es materializado por las acciones cotidianas y artefactos simbólicos, en relación de las experiencias y sentido común del actor en constante interacción.(Zavala, s.f., p. 64)

Por tanto, la hermenéutica no se limita solo a la interpretación de los textos y a la comprensión de los fenómenos históricos, sino que “involucra todas las estructuras de sentido concebidas en el arte, religión, ciencia, lenguaje y todas aquellas motivaciones conscientes e inconscientes de la acción son susceptibles de ser interpretadas” (Zavala, s.f., p. 65).

A través de los enfoques, este estudio tiene como objetivo analizar cómo las trabajadoras sociales en centros de nivel primario de salud, perciben, dan significado y cómo intervienen respecto a la responsabilidad reproductiva asignada a las mujeres cis-heterosexuales. Para lograrlo, se llevarán a cabo entrevistas buscando obtener perspectivas detalladas y significativas que permitan comprender cómo el Trabajo Social puede cuestionar y desafiar la naturalización de esta responsabilidad reproductiva en este contexto específico.

### **3. Criterios de selección de informantes clave**

Los criterios de selección de informantes que se utilizarán en esta investigación, son:

Como primer criterio, los colaboradores potenciales para el estudio han de encontrarse en Centros de Salud Familiar (CESFAM) en los que se halle una profesional disciplinar y en el que se haga entrega de métodos anticonceptivos hormonales. Además, estos centros deben encontrarse en la Región Metropolitana, donde daremos prioridad a centros próximos a las residencias personales de las investigadoras.

Como segundo criterio, las informantes claves han de ser trabajadoras y/o asistentes sociales que desempeñen sus labores en centros de salud de las comunas de la Región Metropolitana. Esto dado que, valorando su experiencia y conocimiento, juegan un papel fundamental en la atención y asesoramiento hacia la población de los establecimientos de atención de salud, pero se desconoce si tienen un rol en las intervenciones de salud reproductiva, especialmente, en torno a la problemática que se aborda.

Si bien, existe prioridad en trabajar con profesionales del género “mujer”, es un criterio no excluyente a profesionales varones, pues la investigación está sujeta a la flexibilidad.

Finalmente, como criterio fundamental para la elección de las informantes claves, ha de ser aceptar voluntariamente ser partícipes del proceso.

### **4. Técnica de recolección de información**

La técnica utilizada para recolectar información en esta investigación cualitativa es la entrevista semiestructurada, la cual según lo expresado en el Manual de Herramientas para la aplicación del Enfoque Territorial a escala intracomunal (Ministerio de Desarrollo Social, 2015):

Consiste en una conversación guiada hacia actores claves y/o representativos, sobre los cuales se espera encontrar o conocer información estratégica. Permite evitar la recopilación de información cerrada como en una encuesta o cuestionario y, por el contrario, propiciar el diálogo en diversas condiciones y con amplias posibilidades de adaptarse al contexto de la entrevista. (p.78)

Esta técnica se llevará a cabo de manera individual con cada una de las participantes voluntarias, donde el diálogo será flexible y con ello explorar temas específicos que se han de ahondar con mayor precisión, como es el rol de la responsabilidad reproductiva, la función de la profesional dentro del centro de salud, etc. Esto dado que la técnica permite un cierto margen para poder salir del guion establecido, pero a su vez tiene una estructura básica que delimita los temas centrales de la conversación.

Para lograr esto, es necesario que las profesionales voluntarias posean un conocimiento profundo de la realidad y complejidad de los sujetos, evitando un enfoque meramente técnico y adoptando una perspectiva que promueva la emancipación.

## **5. Criterios de validez**

Según Maxwell (citado en Mendizábal, 2006), es importante en una investigación la corrección y la confianza del conocimiento producido, por lo que nuestros criterios se basan en adoptar estrategias y procedimientos adecuados.

Para ello, el primer criterio es la credibilidad, Mendizábal y Vasilachis (2006), desde donde se releva el componente de compromiso con el trabajo de campo, el cual se debe realizar:

en forma responsable, observando y relevando información durante todo el tiempo necesario; registrar las diversas miradas de los participantes que permitirán respaldar las conclusiones; redactar notas exactas, completas y

precisas, diferenciar entre los datos originales y las propias interpretaciones, etcétera (p.92)

Con ello al momento de realizar las entrevistas se espera que las trabajadoras sociales y/o asistentes sociales de los centros de atención primaria puedan proporcionar su perspectiva del rol de la profesión en temas de salud reproductiva y recopilar información valiosa sobre sus funciones. Además, registra las diferentes miradas y perspectivas sobre la problemática abordada en esta investigación, ya que esto nos permite obtener una visión más completa y conocer otros puntos de vista que desconocemos de la profesión.

Mendizábal (2006) describe otro criterio, el cual busca transcribir los testimonios recopilados con precisión y sin omitir información, con el fin de validar la descripción del problema estudiado, este es la obtención de datos ricos, componente que define como “información detallada, densa y completa que pueda dar lugar a una mayor comprensión del tema estudiado y ser objeto de un trabajo analítico que permita formar categorías conceptuales, propiedades y dimensiones.” (p.93)

Por lo tanto, los datos recopilados que consideremos importantes permiten la formación de categorías y con ello alinear la obtención de información relevante de las entrevistadas, generando un cruce con los objetivos específicos planteados al inicio de la investigación y con el marco teórico.

## **6. Plan de análisis de información**

El diseño del análisis de la información se realizará a partir de los objetivos específicos planteados anteriormente, generando nuevas categorías que se cruzarán con conceptualizaciones del marco teórico, por tanto, se trata de una investigación de tipo inductiva, donde las categorías emergen de la interpretación de los relatos de las entrevistadas.

La matriz de este análisis de contenido de categorías se realizará a partir de:

- a) Transcripción de entrevistas que permitirá realizar lecturas para agrupar aquellas citas que se determinen como vinculadas a los objetivos específicos.
- b) Creación de una tabla con columnas donde se identificará el objetivo específico, cita textual de las entrevistadas, una nueva categoría y un comentario conceptual.
- c) Análisis de los datos, se realizará una matriz de análisis de contenido, aquí implicará identificar patrones y temas comunes en los datos, se compararán los datos entre dimensiones y se procederá a identificar relaciones entre estas.; por último
- d) se interpretarán los resultados, aquí se identificarán los patrones y temas comunes de los relatos, relaciones entre las categorías y el marco teórico, lo que posibilitará la elaboración de conclusiones en torno a la problemática y reflexiones respecto a escenarios de intervención.

## **7. Aspectos éticos**

Para la participación de las informantes claves se les ha de entregar un consentimiento informado por escrito en el que se exprese el contenido de esta investigación, los fines, atribuciones, uso y beneficios; señalando el entendimiento del estudio, la capacidad para consentir y voluntariedad del proceso.

Por este medio, también ha de buscarse la protección de la privacidad y confidencialidad de las participantes, asegurando que se puede incluir el uso de seudónimos en lugar de los nombres personales, eliminación de información identificable de los datos personales, la no transmisión o traspaso de información referente a las participantes.

Por otro lado, en razón de que las participantes de esta investigación son trabajadoras del sistema de salud ha de tenerse en consideración el tiempo y esfuerzo que han de ocupar para este estudio en relación a sus labores y tiempos personales; así como de no discriminar en la inclusión por orígenes o necesidades y preocupaciones de las participantes.

## **Capítulo IV:**

### **Análisis y resultados**

En este capítulo, se presenta el análisis de la información recopilada a través de las entrevistas realizadas a las informantes clave. Estas entrevistas constituyen una herramienta fundamental en nuestra investigación, ya que nos permitieron obtener información directa y detallada sobre el rol de las y los trabajadores sociales de los CESFAM en la Región Metropolitana en temas de salud reproductiva.

No obstante, antes de presentar los resultados, es preciso exponer algunos aspectos que incidieron en el trabajo de campo.

#### **1. Limitaciones del trabajo de campo**

Las limitaciones del estudio varían entre diversos factores, primero, el criterio de accesibilidad, fue modificado, dado que en principio pretendíamos realizar la investigación dentro de algunas comunas de residencia personal de las integrantes del presente TFG, lo que generó una ralentización del proceso en tanto no se concretaron los contactos pertinentes.

Sobre dicho factor, hemos encontrado limitaciones que están relacionadas a la respuesta y vinculación con trabajadoras sociales en centros de salud. Se esperaba tener una mayor participación y respuesta con las posibles entrevistadas, Para esto, se generó un trabajo de coordinación con profesionales y se trató de vincular con instituciones. Finalmente, por la falta de garantías de realización con potenciales participantes que inicialmente se contactaron, el estudio se vio reducido a cuatro entrevistas. Lo cual incide en los resultados, puesto que es un factor que genera una visión incompleta o sesgada de las prácticas relacionadas a la salud reproductiva y el rol del TS.

La escasez de entrevistas se relaciona directamente con la disponibilidad de los y las profesionales e instituciones, específicamente debido al enfoque del estudio en la atención primaria de salud en establecimientos públicos. En estos lugares

suelen tener una alta demanda de usuarios debido a la cobertura local que deben brindar en las respectivas comunas. Como resultado, hay un desequilibrio entre la alta demanda de usuarios y la limitada disponibilidad de profesiones, lo que dificultó la obtención de un mayor número de entrevistas.

Dicha dificultad para efectuar las entrevistas repercutió en recoger la información suficiente para el estudio, por lo que no fue posible realizar una saturación de la información. Esto debido al factor de disponibilidad de las profesionales e instituciones, ya que nuestro trabajo de campo se enfoca en la atención de primer nivel con atención primaria de salud en establecimientos públicos. Aquí, hemos considerado que, si las trabajadoras sociales están insertas como profesionales en un número reducido dentro de los establecimientos, supone que deben tener una cobertura local de gran magnitud, lo que impide conseguir entrevistas de manera más ágil y rápida.

## **2. Apuntes sobre la aplicación de la técnica**

En cuanto a la aplicación de la entrevista semiestructurada hemos considerado que es una técnica que tiene fortalezas y debilidades propias del uso que le otorga. En este sentido, dentro de esta investigación permitió tener una estructura de preguntas que abordaban los objetivos, pero que sin mencionarlas todas al instante también se hallaban en los discursos de las entrevistadas. Esto quiere decir que, se pudo conseguir información valiosa dentro de la conversación que se generó de forma fluida y atenta. Por consiguiente, es una técnica que permite ahondar en el diálogo, y que posibilitó presentar a las entrevistadas nuevos cuestionamientos referentes a la cobertura del centro, la cobertura de atención profesional, entre otros.

Cabe mencionar, que en medio de las entrevistas se da cuenta que la pregunta n°5 debía ser modificada, porque no permitía un entendimiento inmediato de lo que se trataba de conocer al ser presentada a las entrevistadas, por lo que se debía dar una explicación referente que permitiese comprenderla. Así la pregunta inicial: ¿De qué manera se verían afectadas las intervenciones que se realizan desde el Trabajo



Social en la salud reproductiva? ¿Por qué? Fue modificada a: ¿De qué manera se verían afectadas las intervenciones que se realizan desde el Trabajo Social en la salud por la política pública y el carácter neoliberal de estas?

### **3. Análisis de información y resultados**

En este capítulo, se presenta el análisis de la información recopilada a través de las entrevistas realizadas a las informantes clave. Estas entrevistas constituyen una herramienta fundamental en nuestra investigación, ya que nos permitieron obtener información directa y detallada sobre el rol de las trabajadoras sociales de algunas comunas de la Región Metropolitana.

#### **1. Análisis del objetivo específico n° 1**

**Objetivo 1:** Identificar argumentos de las trabajadoras sociales de los centros de salud de nivel primario de algunas comunas de la Región Metropolitana que indiquen un cuestionamiento al sistema biomédico.

Respecto al objetivo específico número uno, logramos identificar diferentes discursos o narrativas relacionadas al concepto de biomedicina que expresaron las trabajadoras sociales, donde se creó la siguiente categoría:

#### ***Biomedicina asistencialista.***

En la entrevista número dos, fue posible reconocer discursos biomédicos y su influencia en el tratamiento general de enfermedades, haciendo referencia al equipo de salud en asuntos reproductivos. La influencia de ciertos conceptos y lineamientos resulta clave, tal como se señala en la siguiente cita:

*“Claro, sí, o sea tiene que ser un agente de cambio y tanto como usuarios internos como externos para ir rompiendo esa lógica de todavía de lo biomédico, que lo biomédico se asocia mucho a lo asistencial” (E2)*

Sin embargo, es importante mencionar que estos discursos y lineamientos están relacionados con un campo propio de la medicina en el Trabajo Social, enfocados en la salud.

De acuerdo con la cita anterior, se puede decir que el CESFAM de Colina se rige en un sentido tradicional de asistencia y no busca gestionar los problemas desde una perspectiva integradora, más bien crea una relación de dependencia y subordinación entre los usuarios.

El argumento supone un cuestionamiento por parte del profesional entrevistado, aludiendo a la necesidad de romper con la lógica asistencial de la biomedicina, se describe en una modificación de la mirada física y biológica, ampliándose hacia aspectos importantes de las personas, como son los factores psicológicos, sociales y ambientales. En este sentido, al seguir trabajando desde un enfoque asistencialista no se contemplan los factores que influyen directamente al ser humano, en este caso, las mujeres que se atienden en los CESFAM. Así pues, cuando se trata de temas como la salud reproductiva, se necesita dar un enfoque menos biomédico, es decir, menos asistencial. Esto último acusa una reflexión respecto del control institucional sobre los cuerpos.

La biopolítica de Foucault expresa que el poder político controla y gestiona la vida de los humanos, mediante instituciones coercitivas como pueden ser los centros de salud, los cuales ejercen un control sobre la salud reproductiva de las mujeres a través de prácticas asistenciales que limitan su autonomía y toma de decisiones. Las restricciones logran ser impuestas por motivos ideológicos o culturales, los que se manifiestan a través de prácticas asistenciales que toman decisiones o tratamientos que no se alinean con las necesidades o preferencias de las personas.

Se puede deducir que el Trabajo Social presenta restricciones en cuanto a su capacidad de intervención, por lo que es forzado a relacionarse con organismos que tienen una mayor capacidad de gestión y poder sobre el cuerpo y salud de las personas, particularmente sobre el poder y toma de decisiones sobre la salud

reproductiva de la mujer. De acuerdo con el relato de la entrevistada número tres, se revela que:

*“Creo que también el contexto siempre es una limitante. Nosotros como trabajadores sociales no podemos trabajar solos, siempre dependemos de un otro, siempre dependemos del contacto, de la coordinación con otro sector. Y salud a veces trabaja muy aisladamente” (E3)*

La dinámica de depender de la colaboración de otros profesionales de la salud en equipos interdisciplinarios puede plantear cuestionamientos sobre la autonomía y la libertad de acción de los y las profesionales. Esta situación puede sugerir una posible subordinación o limitación en su capacidad para tomar decisiones de manera independiente. Por lo que esta dinámica puede ser considerada como un reflejo de un modelo neoliberal que fragmenta y divide las tareas dentro de un sistema, que se basa en la dependencia y limitación de las tareas que busca llevar a cabo la actividad.

La siguiente categoría está estrechamente relacionada con la vulneración de los derechos humanos, debido a la escasa información proporcionada hacia las usuarias, tal como se mencionan en las siguientes citas de la trabajadora social n ° 1: *“La de la salud está más endeble con el tema de los derechos sexuales y reproductivos, porque son ellos (profesionales de la salud) principalmente los que aún vulneran” (E1)*

*“Es super desconocido por la comunidad, tiene derecho a tener acceso a la información. Lo que pasa es que no se lo dan y esa es la diferencia” (E1)*

Por lo que se la siguiente categoría se llama :

### ***Vulneración de derechos reproductivos***

La información que se entrega en los centros de nivel primario es fundamental para que las mujeres tomen decisiones sobre su cuerpo y la salud reproductiva, ya que, al no tener información adecuada, la usuaria puede presentar problemas en la toma de decisiones, como por ejemplo en el método anticonceptivo escogido, pudiendo ser perjudicial para ella. A su vez generan situaciones donde existe

abuso de poder, discriminación y violación de los derechos humanos por entregar información insuficiente o la no entrega de esta, siendo esta información capaz de afectar el bienestar y la salud de las usuarias.

En consecuencia, resulta de gran importancia que las partes interesadas en el ámbito de la salud reproductiva divulguen la información adecuada, proporcionando información precisa, clara y completa. Proporcionar dicha información promueve la igualdad de condiciones al garantizar que la información no sea imparcial. En asuntos de salud y reproductivo, esto es especialmente importante, ya que los prejuicios pueden perpetuarla desigualdad, la discriminación y limitar el acceso a servicios y opciones.

De esta manera, la ley N° 20.418 fija normas para prevenir violaciones de derechos humanos, gracias a que garantiza el acceso a la información precisa sobre la regulación de la fertilidad de las mujeres. Mientras que las personas que reciben la educación y la orientación adecuada comprenden mejor sus derechos, opciones y responsabilidades reproductivas, obteniendo una mayor capacidad para tomar decisiones informadas y la independencia en la toma de decisiones.

Ligando lo anterior, podemos identificar en la entrevista de la trabajadora social n°1 la siguiente cita:

*“SernamEG servicios que lo presenta aún es desconocido para la comunidad aun así que tiene derecho a la salud reproductiva a la del acceso a información, cachai lo que acceso a los métodos de manera gratuita y lo mismo centro de salud no le dan la información que requiere” (E1)*

Podemos visualizar de esta manera, que la falta de conocimiento y el tipo de información proporcionada por los centros de salud sobre los programas de salud sexual es una preocupación importante en relación con los derechos humanos y el bienestar de las personas. Cuando existen programas que son desconocidos por la sociedad se genera una brecha en el acceso a la información y servicios pertinentes. Esto puede generar consecuencias negativas para las mujeres, puesto que son privadas de toda oportunidad para poder decidir informadamente y

acceder a servicios que son importantes para su bienestar y salud, especialmente, si hay prestaciones de salud sexual y reproductiva destinada a varones o si los accesos a los servicios son generales, pero desconocidos, no sólo impacta en la vulneración de derechos de información, sino también en la perpetuación de los roles.

Esto tiene que ver con la siguiente cita de la trabajadora social n° 1:

*“Hay mujeres que no se habían enterado que le habían sacado el útero pero ahora está el hecho que no le den la hora, de que sólo le den los anticonceptivos disponibles, de que no le den esta información de las contraindicaciones de los anticonceptivos” (E1)*

Según lo expuesto en el pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales (2015), todas las personas por igual tienen derecho al nivel más alto posible de salud física como mental, además a no ser discriminados en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

Se logra inferir una situación crítica de la vulneración de los cuerpos de las mujeres y la enorme responsabilidad que tienen los centros de salud, a través de lo que evidencia la trabajadora social en su testimonio. Los centros tienen el deber de entregar información completa sin sesgo alguno sobre los programas de salud sexual existentes, cualquiera sea el incumplimiento de esta obligación no solo representa una negligencia en su función, sino que implica una violación de los derechos básicos de la mujeres, generando una situación de impunidad inaceptable. Así, damos cuenta por medio de los relatos de las trabajadoras que los centros de salud se incurren vulneraciones a los derechos a la salud integral y acceso de información, lo que implica un desconocimiento total o parcial de cómo se lleva a cabo la entrega de información respecto a prestaciones de salud para varones y sobre los métodos anticonceptivos hormonales, este último en concreto debería ser explicado por medio de sus porcentajes de efectividad, riesgos complementarios con el uso de medicamentos o drogas, efectos secundarios, entre otras.

Esto, dado que las intervenciones de salud son meramente individuales, donde la trabajadora social no tiene incidencia alguna, ya que no se encuentra presente ni ejerce labores de consulta a pacientes para estar en conocimiento de la situación y pone en evidencia que el cuestionamiento hacia el sistema biomédico, que puede pasar por alto o ignorar aspectos fundamentales de las personas y la posible vulneración de derechos.

### **3.1. Análisis del objetivo específico n° 2**

**Objetivo 2:** Identificar discursos neoliberales en torno a la salud patriarcal, de las trabajadoras sociales de los centros de salud de algunas comunas de la Región Metropolitana.

Respecto a dicho objetivo construimos la primera categoría a partir de los relatos de las trabajadoras sociales entrevistadas, que corresponde a:

#### ***Intervención neoliberal y patriarcal***

Esta categoría está compuesta por una combinación conceptual entre el neoliberalismo y patriarcado, lo cual se ve como expresión de una política neoliberal respecto a lo que concierne la salud reproductiva. Así construimos la categoría basándonos en lo que señalaremos a continuación, donde percibimos lo neoliberal en los valores conservadores, los cuales a su vez son también patriarcales.

Esto principalmente porque una de las trabajadoras sociales, indica lo siguiente:

*“nosotros trabajamos en una especie de un círculo más conservador, de hecho, es el único programa que tratan esta problemática, los derechos reproductivos entonces como comuna los profesionales estamos muy al debe en ese sentido.”*  
(E1).

Así, la profesional entrevistada, nos cuenta que en el lugar en el que trabajó anteriormente (en Santiago), vinculado a un programa de SernamEG, era un espacio que contaba con profesionales y un lineamiento de acción enmarcado en

el feminismo, donde efectivamente se abordaba la salud reproductiva. Ahí, hay un factor importante referente a que las profesionales eran activistas feministas, por ende, las intervenciones se ejecutaban desde perspectivas feministas. Esto hace un contraste con su actual trabajo en salud dentro de la comuna de Colina, donde la forma de intervenir es aún muy 'criolla', lo que hace referencia explícita a que aún esta forma es carente e ineficiente en estos temas emergentes para la población comunal, pero es de igual manera, una expresión que hace alusión a formas de intervención aún impregnadas de lo patriarcal, de los valores conservadores; además, por la forma en que lo expresa parece denotar que toda la cultural institucional del centro va en ese lineamiento criollo.

Empero, a lo que se enfoca principalmente el anterior extracto y a lo que debemos poner atención es al hecho de que ella señala que el espacio de trabajo que se da en los establecimientos de Colina no aborda los temas emergentes, ni hay presencia de enfoque de género ni perspectivas feministas en los equipos profesionales, donde sus características son mayormente conservadoras.

Esta noción de lo conservador lo relacionamos con Wendy Brown (2021), quien señala que dentro de la política neoliberal hay valores que lo sustentan, los cuales tienen rasgos conservadores, los cuales tienden a favorecer y perpetuar las tradiciones sobre la forma en que se desarrollan las relaciones sociales de dominación patriarcal -que están vinculados a la construcción del género y los roles- los cuales se enfocan en la preservación de los varones como sujetos inactivos de la salud reproductiva, dado que no son sujetos de cuidado.

Así también, visualizamos en la entrevista de la trabajadora social n°3 que los lineamientos ministeriales vienen con limitaciones de género, así lo expresa en la siguiente cita:

*“Las orientaciones que vienen desde el ministerio están todavía muy enfocadas en eso, a pesar de que hay esfuerzo, de que se está incorporando también otras miradas, en ampliar, por ejemplo, la perspectiva de género, pero todavía viene muy establecido” (E3)*

De modo que, podemos hacer un cruce con Javiera Cubillos (2019), quien evidentemente menciona que la salud reproductiva es una cuestión de voluntad política en el país, generando entonces, políticas que aparte de ser inestables, porque no hay un marco normativo que garantice los derechos sexuales y reproductivos, encierran los asuntos de género como un asunto meramente de mujeres. Lo anterior se ve en los programas orientados a la salud, específicamente el de salud sexual y reproductiva que se ve reducido a la mujer (esto dado que el programa lleva este género en particular).

Esto es propio de los valores e idearios conservadores, asimismo, se visualiza cómo en el ámbito de la política neoliberal, que se halla en la base de la deliberación que se ha dado desde la vuelta a la democracia en el Congreso, se dificulta y es inestable concebir la salud reproductiva como un asunto compartido entre los géneros, de igual manera, como un asunto de carácter público. Por lo que, hasta el momento es imposible que se generen políticas y programas que no sólo cuenten con enfoque de género, sino que tengan una aplicación verdaderamente feminista, donde se eduque y haya una formación hacia las y los profesionales con perspectivas feministas que pongan en jaque la naturalización ya existente en la normatividad del ‘Programa de la Mujer’ en el área de la salud.

Cabe mencionar que, una de las formas de biopolítica que tiene mayor magnitud de control sobre el cuerpo con la capacidad de gestar, además del Código Penal, es la Ley N°20.418 que enmarca la regulación de la fertilidad, en la cual se haya explícitamente que no se considera como anticonceptivo aquellos que tengan como efecto directo de su utilización provocar un aborto (Ministerio de Salud y Subsecretaría de Salud Pública, 2010). Esto, se halló también en el discurso de la trabajadora social n°4, que señala lo siguiente:

*“Voy a entrar en lo burdo en el comentario, pero en realidad me pasa que la gente con dinero tiene plata como para irse a otro país y realizarse un aborto. O tratarse de alguna enfermedad. Lo van a hacer más oculto en el sistema privado, quizás. Pero una mujer con bajos recursos puede estar exponiendo su vida.” (E4)*



Aquí, la entrevistada da cuenta de cómo en el país existe una desigualdad tajante centrada entre la mujer perteneciente a una clase social baja, pobre o en situación de vulnerabilidad socioeconómica; y las mujeres que tienen el poder adquisitivo tienen la oportunidad de salir del país o asistir a una clínica privada en la que se gestione el aborto sin problemas que atenten contra la libertad ni de su vida.

Ante esto, pensamos en la autora Leonor Taboada (1978), quien señala que dentro de la relación de médico-paciente se inhibe la elección de un proceso contraceptivo mayormente eficaz, es decir, el aborto. Vemos que la entrevistada apunta a una estructura que mantiene la desigualdad basada en valores conservadores sobre la concepción de la vida, contradiciéndose con la supuesta libertad personal de elección que tanto defienden en sus discursos partidistas.

De modo que, esta estructura a la que se hace referencia es evidentemente propia del modelo neoliberal que ha permeado todas las áreas de la vida social y que genera violencias expresadas en el control de los cuerpos y las deficientes intervenciones, las cuales pareciera que en ciertos espacios comunales se desarrollan únicamente por medio de la aplicación según indica la norma. Esto perpetúa la desigualdad desde el mismo quehacer profesional.

En ambos relatos de las entrevistadas se hace referencia al conservadurismo, con una distinción clave, pero con el mismo nivel de impacto negativo para la desnaturalización de la responsabilidad de la salud reproductiva. Por un lado, tenemos una narrativa crítica que hace alusión explícita sobre la intervención como un lineamiento más criollo y más conservador, en la cual las prácticas son por tanto deficientes y donde los profesionales –queremos creer–, inconscientemente reproducen sin crítica la aplicación de un programa que es deficiente en términos de perspectiva feministas y enfoque de género.

Mientras que, por otro lado, tenemos una narrativa que es crítica respecto al modelo que genera violencia expresada sistemáticamente en la desigualdad de las clases sociales por un factor económico.

Ambas entrevistas, de la trabajadora n°1 y n°4, dan cuenta de cómo la política programática debiese abarcar la salud reproductiva de una manera integral, más profunda y generar una ley que hoy en día no existe, pero que varía según la comuna, puesto que hay lugares como Santiago donde efectivamente se están realizando intervenciones enfocadas en socializar las responsabilidades o están las intenciones de hacerlo, pero es evidente que la formación profesional tiene implicancia en cómo se abordan las intervenciones.

Por lo que la intervención es expresión de una política, en términos de voluntad política de carácter neoliberal y patriarcal presente en los diferentes Congresos a lo largo de estos años, así como de un asunto que se ha relegado a una cuestión de mujeres, lo cual se demuestra en la naturalización expresada en el nombre del programa de salud, así lo señaló una de la trabajadora social n°3:

*“Por ejemplo, el programa de salud de la mujer, o sea, de hecho, se llama así, y ya haciendo eso dejamos fuera toda la otra variedad de población que nosotros tenemos, pero de a poco creo que se han ido intencionando algunas acciones.”*  
(E3).

Lo precedente, se encuentra estrechamente vinculado a la segunda categoría que corresponde a la:

### ***Salud heteropatriarcal***

Esta categoría la construimos a partir de lo expresado por las entrevistadas, donde se expresa que existe una internalización de la responsabilidad por la salud reproductiva como asunto de la mujer, por medio de la práctica heteronormativa como reflejo de una sociedad neoliberal y patriarcal.

Esto en razón de que a través de las narrativas de tres trabajadoras sociales se manifiesta cómo dentro de los establecimientos de salud consultados existe una tendencia en el rol de responsable de la salud reproductiva, el cual claramente está predominado por las mujeres que asisten a los centros de salud.

A continuación, puede visualizarse una tendencia significativa dada por la

trabajadora social n° 3 en un cesfam de Santiago:

*“Mira, en verdad es que no sé cuánto será, pero si uno mira las cifras, será un 10% versus un 90% mujeres. Generalmente los hombres cuando vienen al cesfam vienen por otras cosas. Vienen porque tienen una consulta médica, porque tienen algún problema de salud cardiovascular y necesitan controlarse. Vienen por el tema de salud mental porque están pasando por alguna depresión o algún problema de salud de esa índole. Pero en general son pocos los que vienen por algún tema como sexual y reproductivo. Son pocos los que consultan por eso. Y cuando lo hacen, generalmente le consultan al médico, no consultan con la matrona.”* (E3)

Conforme a la totalidad de la respuesta, se nos entregó un porcentaje que marca una tendencia en la asistencia al cesfam por consultas con matrona, indicando que esto se efectúa en su gran mayoría por las mujeres, simultáneamente, los varones van al cesfam únicamente cuando tienen problemas graves de salud tanto física como psicológica. Es importante mencionar, que a raíz de la entrevista se vislumbra que hay una alta probabilidad de que los varones no sepan que pueden consultar a la matrona o matrócn, así como que no se niega que asistan por alguna consulta de salud reproductiva, pero como veremos en la siguiente cita estos son en momentos puntuales:

*“Y eso, por eso yo te digo, finalmente, a lo que más atendemos son personas que ya vienen enfermas, hombres que ya vienen enfermos, o mujeres. Las mujeres son más preventivas.”* (E4)

*“Por eso la gran cantidad de los ETS son contagiadas por los hombres, y los hombres se lo contagian a las mujeres, pero es porque ellos, si nosotras no tenemos apoyo menos ellos, tener esta educación preventiva sexual, cachai.”* (E1)

Siguiendo los relatos de las entrevistas, la población de por sí asiste tardíamente a los centros de salud, sin embargo, según lo expuesto en este caso los varones tienen comportamientos en relación al cuidado que es deficiente cuando se trata

de sí mismos, que correlativamente tiene implicancias importantes en la salud de las mujeres.

Los hombres asisten al centro de salud cuando ya se encuentran enfermos, cuando ya tienen un estado grave y en el caso de la salud reproductiva, cuando ya se han transmitido alguna infección o enfermedad sexual, lo que evidencia, por lo demás, que no han hecho uso del condón masculino/externo o bien, no se ha dado un uso adecuado. Lo cual incide directamente en la salud de las mujeres con las que se relacionan sexualmente y/o afectivamente. Mientras que, las mujeres tendrían un comportamiento encausado a la prevención, según se expone en uno de los relatos.

En este sentido, podemos considerar cómo el comportamiento de las personas muestra diferencias según el género con el que se identifiquen, lo que está relacionado a un mandato cultural y económico que explicamos por medio de la teoría de la identidad social trabajada por Etchezahar (2014), donde la interacción de las personas se vería mediada por las expectativas que giran en torno a los consensos. A partir de entonces, tenemos dos cuestiones claves 1) es claro que las mujeres asisten a los centros médicos en consulta a la matrona porque han internalizado que son ellas las que deben responsabilizarse de los métodos anticonceptivos, porque su pareja no lo hará y, además, está institucionalmente aceptado y naturalizado que sean ellas las que sean cuidadoras no sólo de sus propias vidas y proyectos sino también de cuidar a los demás; y 2) este comportamiento está basado en la diferencia sexual impregnado en los roles de géneros y socializado en la institución de salud desde prácticas neoliberales, donde se propicia el cuidado individual de las mujeres y se mandata que son las ellas el sujeto de cuidado activo, por ende, la responsabilidad que se visualiza desde los centros es un asunto neoliberal y patriarcal.

Así lo indica la trabajadora social n°4 al señalar que:

“Hay clases más altas, se puede dar, se dan esos temas, pero las clases bajas, *casi siempre se adjudica el cuidado a las mujeres en los CESFAM*. Y sin contar que

ellos igual están susceptibles de tener enfermedades de transmisión sexual, ¿verdad? *Pero creo que para ellos es muy tabú el tema, es muy... <<Yo ya te dije que tú lo vieras, toma pastillas>>, ahí se desliga un poco el tema, porque también de repente dicen, <<¡ay, es que tú no te tomaste las pastillas!>> O sea, en realidad un trabajo como en conjunto no hay, creo yo, falta, ese en el país no hay, no sé si hay, pero falta.*” (E4)

*“(...) Hablo de las mujeres porque son las que consultan, las que se preocupan y en realidad tienes que decirlo, porque ellas son las que gestan.”* (E4)

En lo precedente, se halla verbalizada la experiencia de la profesional en cuanto al comportamiento de los varones en relaciones heterosexuales, donde se despojan de la responsabilidad del ‘cuidado’ y se lo delegan a sus parejas sexoafectivas casi como una obligación, incluso a veces de manera implícita. Entonces, podríamos decir, que si bien no es nada nuevo, los varones que se encuentran en una relación con mujeres y que no asisten al centro médico en consulta para la regulación de la fertilidad o que no acompañan a sus parejas, encomiendan totalmente la responsabilidad a esta. Sin considerar los efectos que estos puedan tener en ellas, ni de qué están compuestos o cómo funcionan.

También se observa, cómo se ha naturalizado por parte de la entrevistada y dentro de las instituciones en las que trabajan, que sean las mujeres las que se atiendan en el sistema porque son quienes tienen la capacidad de gestar. Esto nuevamente muestra que hay una internalización del comportamiento del cuidado, de la prevención y de resguardo basado en el factor biológico del sexo femenino, lo que supone de igual manera que hay un proceso de socialización en los antecedentes que culturalmente ha indicado que para prevenir un embarazo no deseado es la mujer la que necesariamente debe hacerse cargo de tomar anticonceptivos, incluso de recibir los condones en el CESFAM. Esto -como ya mencionamos- es parte de la construcción de género, donde la configuración de la categoría de mujer se ve limitada a funciones y expectativas sociales relacionadas al cuidado y a la responsabilidad para acceder a las libertades de la vida sexual.

Por cierto, ha resaltado un factor de clase en las entrevistas, puesto que las profesionales trabajan con grupos vulnerables socioeconómicos, por ende, sus relatos dan cuenta de cómo se vive la heteronormatividad en las clases sociales. En este sentido, las mujeres que han sido atendidas por las trabajadoras corresponden a una clase social baja, donde las condiciones de vida son variadas: dado que algunas pacientes se han hallado en condiciones de drogadicción, así como en situaciones de irregularidad en el país y violencia de pareja o intrafamiliar.

Ante esto, hicimos una comparativa con el siguiente comentario que surgió en una entrevista:

*“Entonces, también en eso estamos súper desbalanceados, si todo el arsenal de insumos que nosotros disponemos están orientados hacia las mujeres, es más difícil, a pesar de que, por ejemplo, igual se intenciona que las mujeres puedan venir a acompañadas a sus controles, por ejemplo, siempre que obviamente ella quiera, porque a veces también nos pasa que llegan a acompañar, pero es porque también el hombre se impone sobre las decisiones que pueda tomar la mujer, o sea, como que también hay que tener cuidado con eso.” (E3)*

Así que, por un lado, el uso de métodos anticonceptivos claramente son una herramienta para evitar tener hijos y aumentar las condiciones ya vulnerables en las que se encuentran las mujeres, por ende, el uso viene a ser, de alguna manera, un ‘liberador’ para continuar los proyectos de vida, pero correlativamente en algunos casos es un control del proyecto familiar y personal desde los equipos de salud en entorno a lo que se concibe cómo correcto.

Por otro lado, tenemos el indicador para el término de la configuración de nuestra categoría, que dentro de los cesfam el acceso a métodos anticonceptivos está dividido en la entrega de condones masculinos/externos y el resto son de administración a mujeres y demás personas con capacidad de gestar. La profesional número tres explica que se distribuyen métodos mayoritariamente pensados para el uso en mujeres, lo que marca una tendencia

desproporcionadamente abrumadora en cuanto a la cantidad de medios para regular la fertilidad que se han desarrollado históricamente, no bastando esto, las mujeres también reciben los condones gratuitos en las farmacias de los cesfam, más no los condones femeninos/internos. Profundizaremos sobre ello más adelante.

Así también, configura esta categoría “salud heteropatriarcal” lo que visualizamos en la entrevista con la trabajadora social n°4:

*“Pero un hombre sacarlo de su trabajo para ir a una charla sobre métodos anticonceptivos, por ejemplo, es muy difícil.” (E4)*

Da cuenta de que estructuralmente es difícil que los varones dejen los espacios de trabajo asalariado, para asistir a una consulta con la matrona, ya sea como acompañante o no, o ir a charlas de salud reproductiva, dado que aún el hombre tiene un rol profundamente predeterminado como proveedor. Por lo que socialmente existen barreras basadas en la internalización de por qué un hombre no puede asistir al centro de salud de nivel primario para responsabilizarse de la salud reproductiva. Pero se halla también una naturalización respecto a esto dentro de la entrevista número cuatro, dado que se ha perpetuado este rol asociado a los varones desde las instituciones, donde hay intenciones de generar vinculaciones con la responsabilidad compartida.

Por último, en este objetivo tenemos la tercera categoría de:

### ***Recursos limitados***

Esta categoría se elabora a partir de los discursos de las entrevistadas que hacen referencia al personal de salud y las expectativas planificadas en los planes de salud, así como la entrega de métodos anticonceptivos según la distribución que se realiza en los centros de nivel primario. Lo que refleja cómo los recursos materiales y humanos son gestionados desde el mínimo costo y tratando de maximizar sus usos, evidenciando cómo el sistema de salud es neoliberal y, por tanto, las trabajadoras sociales se ven bastante limitadas en su actuar.

Acorde a ello, se muestra a continuación las citas que hacen relación a los recursos materiales, estas corresponden a las entrevistas de la trabajadora social n°1 y el asistente social n°2:

*“Ya, si la copa menstrual, la media luna es la más conocida me dijo, pero es más cara me dijo esta, esta otra marca si tú lo lees tiene otros componentes mismos ingredientes y es más económica y digo entonces yo siempre le recomiendo está a las chiquillas. (...)” (E1)*

*“Si, mira eso es lo otro, el preservativo femenino, no llega en gran cantidad al consultorio y de hecho el que se entrega a nivel masivo es el masculino.” (E1)*

*“Claramente hoy el hombre tiene la posibilidad de acceder a temas de cirugía para poder, cómo se llama...para no ser papá y esa cirugía también se puede revertir, entonces siento que hay un avance, pero claramente mucho menos que en el género femenino.” (E2)*

Con ellas pudimos dar cuenta de cómo en estos centros la entrega de condones está concentrada en los de tipo masculino/externos, y si bien, no se niega que se pueda acceder a condones femeninos/internos en los establecimientos tampoco se sabe con exactitud si efectivamente se realiza en ellos y a quiénes. Se puede deducir que la entrega de aquellos debe ser solicitados por la paciente en la consulta, muy probablemente porque los de tipo externo tienen un costo menor.

Ciertamente, estos preservativos internos son económicamente difíciles de costear basándose en el mercado, puesto que en el país los condones externos están disponible en los centros de salud público y su precio al 2021 varía “caja de 3 unidades en farmacias y sex-shops entre los \$800 y los \$4290 dependiendo de la marca” mientras que los condones internos están en algunos centros de salud y su precio al 2021 varía entre los “\$1990 y \$7690 dependiendo de la marca y la cantidad” (Guía de sexo seguro, s.f.). Por lo que la compra individual se dificulta y si no hay acceso a estos en los centros de salud como una opción no hormonal y más ventajosa por sus características, las mujeres están sujetas al uso de métodos hormonales.



Cabe mencionar que, esto demuestra que hay una normatividad al hacer entrega de condón externo a las mujeres si no existen precedentes de la pareja y/o vida sexual, lo que permea la suposición de la heterosexualidad, más no ahondaremos en ello.

De esta manera, se refleja que se genera una rentabilización de los recursos materiales para la salud reproductiva, donde los métodos hormonales están concentrados para el uso de las mujeres y hay un “arsenal” completo para elegir, pero las opciones de condones externos escasean dentro de los cesfam mencionados por la entrevistada.

Igualmente, el asistente social consultado señala que hay avances en procedimientos médicos, pero no observa mayores avances para las mujeres. Ante ello, consideramos que para las mujeres existen muchas posibilidades en cuanto a elegir un método anticonceptivo, teniendo en cuenta que se ha avanzado desde las pastillas anticonceptivas hasta el anillo hormonal, incluyendo cirugías, que, si bien no son reversibles o que resultan bastante complejas en su intento, son desarrollos históricos que se han focalizado en el cuerpo femenino. Han dispuesto todas las inversiones económicas para formular y comercializar métodos para las mujeres, en cambio para los varones sólo hay dos opciones y de las dos siempre tienen quejas.

Como segunda dimensión de la categoría se halla la maximización del recurso humano, así como de la carencia de ciertos recursos humanos necesarios para la atención integral en salud reproductiva, este se configura a partir de respuestas dadas por las trabajadoras sociales n°1, n°3 y n°4:

*“Incluso debería haber un ginecólogo porque los hombres, un urólogo también, porque los hombres también consultan y para ellos también es difícil” (1)*

*“No hemos intencionado tampoco espacios de encuentro con la sociedad civil para abordar específicamente estos temas. Sí tenemos contacto, por ejemplo, con las juntas de vecinos, pero es como para ver temas en general, no es tan*

*específico. Creo que eso también es una limitante, es una limitante porque en el fondo no tenemos el tiempo para hacerlo (...)*” (E3)

*“Ahora, también existen para organización del recurso humano algunos estándares por los cuales se apoya la Dirección de Salud. Por ejemplo, una trabajadora social está considerada para atender 7.000 inscritos. Un médico para 3.500 pacientes, una enfermera para 3.500 pacientes. Son diferentes estándares. Y eso es uno de los factores por el cual se planifica el recurso humano.”* (E3)

*“Te puedo conseguir una hora y me decía que tenía que venir los últimos días y qué pasa en ese trayecto la joven queda embarazada o se pega una ETS o desiste de un método anticonceptivo y en ese periodo perdemos a la joven, a la consultante cachai, eso es como a nosotros abarca, son estos lineamientos tan estrechos que tienen los programas que hasta aquí tu llegas y después no avanzas”* (E1)

*“Fue algo que pedí mucho, fue el tiempo de consulta y ahí pedía 45 minutos. Porque lo mínimo, lo máximo eran 30. Y yo consideraba que para hablar temas tan grandes y tan... Había muchos temas que trabajar, entonces 30 minutos de repente no te da, una sesión no te da para concientizar a una mujer.”* (E4)

Así pues, el personal destinado a la prestación de servicios públicos da cuenta de una cobertura que les supera en creces, esto dada la expectativa en la construcción del plan comunal de salud. Podemos visualizar cómo una trabajadora social dependiendo de la comuna debe atender una totalidad significativa y que, además, está pensada para determinadas funciones como la promoción, caso clínico por derivación de otro profesional y gestión, por lo que hay una saturación de personal si consideramos que en los centros de nivel primario las trabajadoras sociales no son abundantes. Por este motivo, es que las intenciones de generar contacto con las organizaciones civiles, hacer catastros y atender con mayor precisión los casos no se puede efectuar.

Además, la dificultad para conseguir una cita en un horario conveniente implica que se pierda la oportunidad de brindar un apoyo oportuno a las usuarias, lo cual puede tener consecuencias negativas para su bienestar, dado que el proceso de espera puede llevar a la persona a tener un embarazo no deseado, asimismo la demora en la atención y la falta de intervención oportuna pueden llevar a un mayor riesgo de complicaciones médicas, deterioro de la salud y consecuencias emocionales para los usuarios.

De igual manera, los tiempos de atención individual a los pacientes no generan un impacto significativo en la salud reproductiva de la mujer de modo que, la asignación insuficiente de tiempo de atención se convierte en un obstáculo significativo para llevar a cabo intervenciones efectivas. Debido a los lineamientos restrictivos de un modelo neoliberal, donde las intervenciones en salud se ven acotadas por el tiempo que pueden dedicar a cada usuaria, lo que compromete la calidad y la efectividad de la intervención.

Y dado que se restringe la intervención en salud reproductiva sólo a matronas y ginecólogas, no se logra llevar una intervención integradora para abordar adecuadamente las necesidades de las mujeres, puesto que por restricciones no son competencias asignadas.

Todo esto es producto de un modelo económico que ha permeado los sistemas de salud y que finalmente no otorga servicios de calidad para la totalidad de la población, que correlativamente está constantemente saturando a sus profesionales, entorpeciendo sus labores y muy probablemente enfermándolos.

### **3.2. Análisis del objetivo específico n° 3**

**Objetivo 3:** Reflexionar respecto al rol de las trabajadoras sociales en relación con la responsabilidad de la salud reproductiva que posibiliten escenarios de intervención social.

Para este objetivo se hizo una pesquisa sobre discursos que suscitarán posibles escenarios de intervención social que propicien la desnaturalización de la responsabilidad de las mujeres cis-hetero en la salud reproductiva. De modo que la primera categoría alude a:

### ***Intervenciones innovadoras***

Esta categoría está pensada a partir de lo reflexionado sobre la base de las entrevistas, que dan indicios de intervenciones que permitan un avance y desarrollo en la salud reproductiva.

Las trabajadoras sociales generan estrategias de intervención en relación a las políticas y programas que emergen desde los estamentos gubernamentales, en este caso, desde las políticas públicas y programas relacionados a la salud sexual y reproductiva, lo cual se denota en la entrevista n°3 (ver anexos) donde ejercía cargo de jefatura.

Así se formula a partir del profesional entrevistado n°2, quien dice que: *“Todas las políticas deben ir en avance, el desarrollo que van sosteniendo todas las comunidades” (E2).*

En este sentido, en los análisis anteriores se dio cuenta de que los programas estatales y políticas están focalizados en la salud reproductiva como un asunto de mujeres. Asimismo, dieron cuenta de que, si bien, se han generado avances relacionados a la salud sexual y reproductiva de los hombres, estos no se han generado en la misma medida como se hace para estrategias educativas dirigidas a mujeres en el mismo ámbito.

*“Podemos liderar este trabajo y podemos capacitar a nuestros compañeros y podemos solicitar también a nuestras jefaturas que nos apliquen capacitación más en estos temas como para ir instalándolo con acciones más concretas. Nuestro rol ahí es la abogacía, es la gestión, es la capacitación, es la propuesta en la innovación. Probablemente también el poder proponer estrategias*

*innovadoras respecto a este tema, también es algo que nos compete a nosotros como trabajadores sociales desde nuestro quehacer.” (E3)*

Así, a lo largo del trabajo de investigación, se evidencia que hay una inexistencia de una política de salud que fomente la responsabilidad del cuidado de los varones. Es así que las entrevistadas dan cuenta de la falta de desarrollo en políticas integradoras relacionadas a la salud sexual y reproductiva, además, coinciden en que la salud sexual y reproductiva es un tema que le compete trabajar a nuestra disciplina, generando propuestas innovadoras que permitan un avance y desarrollo en la política de salud reproductiva.

*“Entonces podríamos avanzar mucho más, pienso yo, si lo tomaran desde el área social, del área científica, de distintas áreas, más allá de la moral, de lo que la gente cree moral o inmoral. Creo que sería un gran avance para este país, creo yo, pero todavía estamos en pañales.” (E4)*

Esto evidencia que se trabaja poco en temas relacionados a la salud reproductiva, manteniéndose estancados y no adecuándose a la evolución de la sociedad, y los cambios y demandas que se generan a partir de la población en general en distintas perspectivas.

Como hemos mencionado anteriormente, el área de la salud se ha visto impregnado del patriarcado y el neoliberalismo en las prácticas que realizan para abordar la salud reproductiva, como en hallar el método anticonceptivo adecuado, un proceso que corresponde a prueba y error para ir cambiando y adecuándose a algún método contraceptivo, lo que hace viable comercializar la salud en la industria farmacéutica.

En este contexto, el Trabajo Social desempeña un papel fundamental abordando determinantes sociales, brindando apoyo a individuos y comunidades en general, sin embargo, en relación a la salud reproductiva no se involucra mayormente. De modo que, es imposible no pensar en un Trabajo Social cruzado por el neoliberalismo y el patriarcado en el contexto de la institucionalización y salud, puesto que reproduce las prácticas heteronormativas en relación a los roles de

género y las relaciones de dominación patriarcal, al no intervenir en las formas de relacionarse y no ejercer un rol comunitario para hacer de la salud reproductiva un asunto comunitario.

Es así como las intervenciones innovadoras pueden aprovechar diversas herramientas como la tecnología, ya que, “las nuevas tecnologías afectan las relaciones sociales tanto de la sexualidad como de la reproducción, y no siempre de la misma manera” (Haraway, 1984, p. 24). Desde nuestra disciplina, abarcando nuevas narrativas sobre la subjetivación de los roles hacia lo cyborg, como mencionamos en el apartado 3 del Capítulo II del presente TFG. Esto permitiría que los discursos de la ciencia en el ámbito de la salud, se orienten al quebrantamiento de los tradicionales roles de género que se implantan y transmiten a través de las familias heteropatriarcales, mediante la creación de espacios para reflexionar sobre nuevas formas de relacionarnos, sobre la procreación, y otras posibles formas de parentesco como plantea Haraway.

Por otro lado, también se pueden generar intervenciones con la colaboración de profesionales del área de la salud reproductiva, como matronas o gineco-obstetras, entre otros, para un mejor replanteamiento de las estructuras que estamos siguiendo, así construir nuevas y mejores, que permitan la emancipación de las usuarias y generen un interés por parte de los profesionales del Trabajo Social.

### ***Intervención en salud a hombres cishetero.***

Esto se encuentra vinculado con perspectiva de género en salud sexual y reproductiva dirigida a hombres cis.

La perspectiva de género es fundamental en cualquier intervención dentro de nuestra disciplina, sobre todo en temas relacionados a la salud reproductiva, ya que no sólo se trata de las mujeres. El enfoque de género se centra en comprender y abordar las inequidades de género, los roles y normas sociales que influyen en la toma de decisiones, por lo que se trata también de involucrar a los hombres en la toma de decisiones y la planificación familiar. Además, como hemos dado cuenta

a lo largo de nuestra investigación, la salud reproductiva aún está muy orientada a la responsabilidad de la mujer.

Por otro lado, anteriormente mencionamos que el género se constituye en base al sexo y las experiencias distintas en el mundo social, desprendiéndose de ellas los roles de género<sup>13</sup>, que comprenden tareas y responsabilidades en función de la diferencia sexual: rol productivo y reproductivo. Las mujeres tienen una participación en cada uno de los roles, pero tienen una mayor carga en la reproductividad, impuesto históricamente por una sociedad patriarcal, debido a la capacidad de gestar.

*“Generalmente los trabajadores sociales estamos mucho más cercanos a todas estas temáticas de apertura, de cambio dentro de la sociedad. Entonces nuestro rol desde ahí es propiciar esos espacios también. Creo que siempre es importante ir trabajando en el enfoque de género, en la paridad. Y eso también ir transmitiéndolo a través de las reuniones de equipo, a través de los profesionales y trabajadores sociales que estamos a cargo de programas, que tenemos jefatura de equipos también.” (E3)*

*“Yo creo que eso debería ser dado, según yo, estratégicamente, más en los trabajos de los hombres. Porque los hombres dicen, o en realidad esa es la justificación, “yo no tengo tiempo para ir, no puedo ir a un taller, tengo que trabajar” Todavía está muy instaurado el rol de proveedor.” (E4)*

Las profesionales entrevistadas consideran que la perspectiva de género y la paridad deben estar consideradas dentro de las intervenciones que se realizan respecto de la salud reproductiva, ya que desde su ejercicio han dado cuenta que los hombres no participan de las actividades que se realizan para la promoción de la salud sexual y reproductiva en los centros de salud.

Relacionamos este tema con la Biopolítica planteada por Foucault (2007), quien señala el ejercicio de poder se ejerce sobre las corporalidades por medio de

---

<sup>13</sup> Véase capítulo II: La construcción del género; y Roles de género y diferencia sexual.

instituciones a las que se les ha traspasado el poder de represión y regulación de estos, y se afianza a partir del ejercicio de la cotidianeidad, regulando la actividad de los cuerpos para producir y mantener la economía y la sociedad en funcionamiento y así, mantener el orden social. En este sentido, el rol del Trabajo Social se ve reducido a un agente mediador de las condiciones adecuadas para la intervención de la matrona o gine-obstetra, siendo un reproductor de las relaciones normativas de dominación, donde no incide con perspectiva de género en la intervención comunitaria de educación, siendo así meramente un agente reproductor del orden social al únicamente aplicar la política o el programa de salud.

Una de las entrevistadas identifica como una de las razones que propicia estos sucesos, que aún se encuentra muy arraigado en la sociedad el rol de proveedor de los hombres, por lo que la mayor justificación a su baja participación en la intervención del área de salud reproductiva es que se encuentran trabajando.

En este sentido, y a partir de lo que señala la entrevistada, consideramos que la biopolítica emanada de las instituciones mantiene la responsabilidad de la salud reproductiva y de la planificación familiar en la mujer, para así perpetuar el rol de proveedor del hombre para producir y mantener la economía, y el maternal en la mujer para procrear mano de obra que permita el funcionamiento de la sociedad. Asimismo, anteriormente destacamos que, dentro del neoliberalismo y su estructura, la responsabilidad reproductiva, en un contexto de privatización de la salud, se establece desproporcionadamente como un asunto de mujeres. Esto evidencia la necesidad de intervenciones que innoven y propicien el interés de los hombres en intervenciones sobre salud sexual y reproductiva. Es necesario que sean parte de las actividades que se realicen en esa área de la salud, ya que no pueden quedar ajenos a las políticas de salud reproductiva y en las planificaciones de los programas estatales.



*“Educar sobre el tema de la sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos, el aborto y todo ese tipo de cosas. Que el hombre también sepa, y que de alguna forma ellas entienden que, si no se puede ir por un lugar, que están ahí.” (E3)*

Que el trabajo en salud reproductiva se oriente hacia los hombres es esencial para promover la equidad de género, inclusión y la participación activa de los hombres en la salud reproductiva, por lo que, para lograr eso es necesario que estas estrategias de intervención sean generadas a partir de políticas y programas estatales, para promover la idea de que la responsabilidad de la salud reproductiva y planificación familiar debe ser compartida y que no es exclusivamente de la mujer.

A modo de ejemplo, los programas pueden incluir educación en paternidad responsable y su rol en la salud reproductiva, por ejemplo, promover el apoyo, y responsabilidad en los cuidados prenatales y postnatales o de prevención contra las ITS, educación en anticoncepción femenina, entre otros. Asimismo, la colaboración conjunta con otros profesionales de la salud y la promoción de la igualdad de género son esenciales para lograr un enfoque de inclusión en la salud reproductiva. De igual manera, se debe fomentar la participación de los hombres en las horas de atención a matrona o gineco-obstetra, así como promover la asistencia a los centros de salud familiar para acceder a condones.

### ***Formación feminista***

*“¡Sí! es de suma relevancia y como te decía somos educadores y, pero también somos facilitadores yo diría que somos un enlace entre el usuario y el acceso a la información.” (E2)*

A lo largo del análisis las profesionales entrevistadas hicieron un mayor énfasis en que el rol de los y las trabajadoras sociales corresponde a la promoción, educación y prevención en lo que respecta a la salud reproductiva. Así, consideran que la disciplina es un puente entre la paciente de salud y la información debido a que, mencionan que la mayor parte de las veces no se les entrega la información completa, específicamente en relación a la salud reproductiva.

*“Yo creo que es importante porque para el tema de hacer promoción y prevención también, porque la demanda asistencial de los profesionales que trabajan directamente con el tema de la fertilidad en este caso matronas, médicos, ginecólogas en otros niveles, es insuficiente, entonces los trabajadores sociales ahí podrían cumplir un rol de educación, de promotor.” (E2)*

En este sentido, potenciar el rol educador del Trabajo Social en el ámbito de la salud reproductiva puede ser fundamental para el correcto acceso a la información de una manera íntegra y clara, sobre todo para usuarias de métodos anticonceptivos, o bien, para que los hombres sepan al respecto a través de estrategias de intervención pertinentes al caso que resulten efectivas. Sin embargo, antes de ofrecer educación en salud reproductiva, es importante evaluar las demandas específicas de la población a la que se atiende, ya que, permite orientarla de manera efectiva.

*“Entonces yo creo que nosotros cumplimos un rol ahí de concientizar a la persona e informar de qué se tratan también los métodos anticonceptivos, un poco ahí ayudando también a las matronas, que de repente quizás en su tiempo de atención no tienen, para hacer esta concientización más profunda.” (E4)*

*“Apoyar ya sea a médicos o a matronas con alguna temática que necesiten preocuparse. En cuanto a problemas complejos.” (E4)*

La elección de un método anticonceptivo radica en la conversación que se tiene con el profesional a cargo en ese tema, por lo que el acceso a la información y el tiempo que tiene el profesional para entregarla es importante en la decisión final de la mujer que opta por usarlos. Sin embargo, como menciona Leonor Taboada (1978), los profesionales a cargo de esta tarea están manipulándonos para hacernos creer que los métodos son aliados indispensables en nuestras vidas, inhibiendo otras posibilidades de contracepción como el aborto.

*“Entonces hay un Trabajo Social que ayude a ellas a hacer entender por qué llegó a tomar esa decisión para qué, cuáles son los beneficios y también hay contraindicaciones.” (E1)*

Por otro lado, serviría de apoyo a profesionales del área de la salud reproductiva, debido a que, como mencionó una de las entrevistadas, muchas veces los profesionales cuentan con un tiempo acotado de atención, que no alcanza para presentar la información o resolver las dudas de los y las pacientes de manera adecuada, por lo que, la colaboración se convierte en una necesidad fundamental a la hora de atender, para que resulte de manera efectiva.

De esta manera, Susana García Solard (1998), señala que la profesión interviene en las interacciones sociales, donde incide creando las condiciones adecuadas para el tratamiento especializado de la matrona o gineco-obstetra. En este sentido, para poder generar dichas condiciones las trabajadoras sociales deben atender las necesidades físicas, emocionales y sociales de las personas de manera integral, es decir, asumiendo un rol comunitario en salud. Es por eso, que resulta importante que los y las profesionales del Trabajo Social se mantengan actualizados en el avance y desarrollo de la salud reproductiva en el país, por lo que la formación y capacitación continua es esencial, para así, promover la toma de decisiones informada a partir de la creación y entrega de materiales educativos o herramientas a través de talleres, charlas, entre otros, que resulten informativas sobre salud reproductiva.

Asimismo, a partir del potenciamiento del rol educador del trabajador social en el ámbito de la salud reproductiva, se debe fomentar la autonomía y la capacidad de autogestión de las personas, ayudándoles a desarrollar habilidades que les permitan cuidar de su propia salud reproductiva. Lo anterior, puede desarrollarse a partir de la participación activa de la comunidad que se atiende, en la planificación de los programas educativos sobre el tema, ya que aumenta la relevancia y la efectividad de las iniciativas que se plantean.

Es así que, por medio de las entrevistas podemos señalar que para cumplir con ese rol de educadora que señalan, las profesionales del Trabajo Social requieren formación continua en el tema, habilidades de comunicación efectiva, capacidad de adaptación a las demandas de la comunidad, con un enfoque en la promoción

de la autonomía y la toma de decisiones informadas. También implica interdisciplinariedad y un enfoque abierto y necesariamente con perspectiva de género, para brindar educación de calidad en salud reproductiva.

Lo anterior debe ser esencialmente para construir un rol feminista institucionalizado. Siguiendo a Dominelli y McLeod (1989) para abordar la salud reproductiva en intervenciones educativas, se ha de comprender las cargas emocionales que tienen las usuarias y también las profesionales de otras disciplinas respecto al uso de métodos anticonceptivos. Así como fomentar terapias feministas en los espacios institucionales con las usuarias que se hallan en control de la fertilidad para así fomentar el rol comunitario en salud.

## Conclusiones del Trabajo Final de Graduación

A lo largo del Trabajo Final de Graduación hemos explorado el rol del Trabajo Social respecto a la (des)naturalización de la responsabilidad reproductiva en la mujer cisheterosexual, donde la pregunta de investigación planteada para guiar nuestro trabajo fue cambiada en medida que fuimos desarrollándolo, decidiendo que sería: ¿De qué manera el Trabajo Social contribuye a desafiar y cuestionar la naturalización del rol de la mujer cis-heterosexual en la responsabilidad de la salud reproductiva?

Teniendo en cuenta lo anterior, consideramos que la respuesta a la pregunta de investigación es que la manera en que actualmente no se contribuye a desnaturalizar la responsabilidad en las mujeres cishetero en la práctica del campo de la salud, ejerciendo un rol que reproduce las formas de relacionarse socialmente bajo el parámetro de lo patriarcal y neoliberal, por medio de las prácticas heteronormativas y roles de género. Sin embargo, encontramos discursos que desafían y cuestionan la naturalización de este hecho como opiniones personales y no como un campo que el Trabajo Social aborde como tal, asimismo, las trabajadoras sociales entrevistadas plantean indicios de intervenciones cuyo resultado sería la inclusión de los varones en las responsabilidades de reproducción más que la desnaturalización de la responsabilidad de las mujeres en la salud sexo-reproductiva, como propuestas e ideas propias y no como un asunto que se aborde o lleve a cabo desde las políticas públicas, programas o ellas mismas dentro del rol que cumplen en el centro de salud en que se desempeñan.

De esta manera, damos cuenta de que respondimos efectivamente a nuestro supuesto en el que señalamos que: *las trabajadoras sociales comprenden que las mujeres tienen el deber de controlar la fertilidad porque son quienes tienen la capacidad de gestar y para quienes han estado diseñados los métodos anticonceptivos hormonales, pero que en los centros de salud de nivel primario no hay intervenciones sociales en materia de salud reproductiva que posibiliten una desnaturalización del rol de la mujer en esta área, lo cual a su vez reproduce*

*el sistema binario de roles de género y la heteronormatividad en la responsabilidad*; puesto que las trabajadoras sociales comprenden las razones por las cuáles son las mujeres quienes se hacen responsables de la salud reproductiva, contemplando los factores económicos, culturales y políticos que permean la naturalización, y conciben que el Trabajo Social puede y debe asumir un rol dentro de este campo de intervención social, además, damos cuenta como investigadoras que existe una naturalización de parte de él y las entrevistadas respecto a la responsabilidad reproductiva porque se ven limitadas en su quehacer, lo cual va reproduciendo el sistema binario de roles de género y la normatividad en relaciones heterosexuales.

Por otro lado, consideramos que el marco teórico fue pertinente para contextualizar el problema de investigación, ya que plantea las distintas dimensiones que permean la evolución y desarrollo equitativo de la responsabilidad reproductiva, acorde al avance y surgimiento de nuevas demandas en la población general, a partir de las dimensiones económica, política, psicosocial y cultural en que se debe desenvolver el Trabajo Social para generar contribuciones al cuestionamiento y desafío a la naturalización de la responsabilidad de la salud reproductiva como un asunto exclusivo de mujeres.

Así, destacamos la incorporación de Foucault para plantear una categoría de biomedicina como expresión de una biopolítica que controla las corporalidades de las mujeres. También fueron fundamental para el desarrollo del trabajo Carme Valls Llobet, con quien pudimos dar cuenta de la histórica construcción de la salud patriarcal, asimismo, las autoras Wendy Brown y Javiera Cubillos, quienes propiciaron las claves de las políticas neoliberal que impiden los avances de los derechos sexuales y reproductivos. Las tres autoras nos permitieron crear las articulaciones teóricas con las categorías del objetivo número dos: salud heteropatriarcal, intervención neoliberal y patriarcal y recursos limitados. De igual manera, para comprender el rol del Trabajo Social incluimos a Susana García Solard, quien creemos es fundamental para comprender las (i)limitaciones profesionales y las autoras Lena Dominelli y Eileen McLeod, quienes hace

bastante tiempo dieron indicios para generar un Trabajo Social Feminista institucionalizado y que debíamos considerar para nuestro contexto investigativo; así también, las tres autoras nos posibilitaron mirar hacia posibles intervenciones sociales de carácter feminista.

Respecto al objetivo general, que corresponde a: *Conocer el rol actual del Trabajo Social en algunos centros de salud de nivel primario de la Región Metropolitana, respecto a la (des)naturalización de la responsabilidad reproductiva en las mujeres cis-hetero*. Pudimos concretarlo por medio de los objetivos específicos, dado que las categorías elaboradas a partir del análisis son: Biomedicina asistencial; Vulneración de derechos reproductivos; Intervención neoliberal y patriarcal; Salud heteropatriarcal; Recursos limitados; Intervenciones innovadoras; Intervención en salud a hombres cishetero; y Formación feminista posibilitaron concluir acerca del estado actual del rol de la profesión en determinados centros de salud, donde se percibe que sus funciones son limitadas, generalmente a los roles que ya cumple transversalmente en todas las áreas de salud, que es de ser promotor de educación y gestor de las condiciones adecuadas para llevar a cabo un tratamiento del paciente para otras disciplinas.

Específicamente en la salud reproductiva, el Trabajo Social se involucra como un agente supervisor y gestor de las condiciones adecuadas para que las mujeres que estén viviendo en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, violencia de terceros y drogadicción puedan llevar a cabo sus tratamientos como lo estima la normativa programática, es decir, las y los trabajadores sociales son agentes de derivación, a las profesionales se les llama cuando se necesita supervisar una situación irregular bajo la sospecha de la profesional de obstetricia y/o ginecología.

Queda en evidencia que la naturalización está relacionada a características sociales que resultan sistemáticas y perpetúan la internalización de la responsabilidad reproductiva como un asunto meramente de mujeres, como la heteronormatividad, los lineamientos ministeriales que acotan las acciones a llevar

a cabo para la captación efectiva de los varones en la salud reproductiva, porque en primera instancia no existen programas de salud orientados a la salud sexo-reproductiva de los hombres.

Dicho esto, los hallazgos desprendidos del análisis resultan importantes para nuestra disciplina, ya que queda en evidencia que existe una naturalización de la responsabilidad en salud reproductiva desde el quehacer profesional, pero que sin duda es un posible campo de intervención que debe asumirse desde el Trabajo Social, ya que sabemos que actualmente se halla en los centros educacionales, pero debe hacerse efectivo en los centros de salud para desestructurar los roles que perpetúan esta focalización desproporcionada de la regulación de la fertilidad como responsabilidad de la mujer y proveer como agente activo de responsabilidad a los varones.

Así, desde este Trabajo de Fin de Grado es posible realizar valiosos aportes al campo de estudio al abordar la temática de la responsabilidad reproductiva de las mujeres, desde una mirada disciplinar centrada en los derechos sexuales y reproductivos, los cuales son inherentes a cada ser humano, pero que pareciera focalizarse en las mujeres al hacerlas agentes activos y principales de la reproductividad, mientras que a los varones se les fomenta el descuido desde las instituciones, y por tanto, desde la práctica profesional.

Es por ello, que este trabajo es una invitación para que se contemple la salud reproductiva como un posible campo de intervención que hay que abordar, puesto que debemos saber qué es lo que hacen las y los profesionales respecto a las formas en las que se ejerce la responsabilidad reproductiva para poder construir una salud comunitaria, donde la reproducción deje de ser un “asunto de mujeres”. Más aún, considerando que no se contempla al Trabajo Social en el código sanitario, dado que vemos cómo la profesión se encarga de ejercer un rol no constitutivo para la salud de las comunidades según la política y desde la sociedad, pero esto se debe a que como disciplina no hemos sido capaces de



relevante el rol más allá de la formación curricular dado que no tenemos un gremio profesional que defina insoslayablemente las posibilidades del campo.

De esta manera, esperamos que este trabajo incite un interés a profesionales y futuros profesionales para elaborar más investigaciones acerca del rol en la salud reproductiva.

Además, a continuación propiciamos sobre la base del análisis de las entrevistas, posibles escenarios de intervención que podrían dar indicios de un emergente campo de acción: a) formación en derechos sexuales y reproductivos a la comunidad, con el fin de garantizar la entrega de información a la población se debe promover la educación dentro de los CESFAM, pero también b) generar las conexiones con las instituciones públicas y privadas de la comunidad para abarcar mayor población trabajadora, posibilitando charlas de educación sexual integral y operativos sociosanitarios, donde se busque socializar la información de acceso a atención en salud sexual y reproductiva; así como c) instancias resolutorias de dudas, en donde la profesional del TS pueda ofrecer consejerías dentro de los establecimientos de salud sobre salud reproductiva a la población en general, lo que ofrecería un espacio y apoyo integral a la salud de las usuarias; d) terapia feminista, las cuales deberían efectuarse dentro de los espacios institucionales o en convenios con la institución de salud, con el fin de fomentar el rol comunitario en salud en torno al control de la fertilidad de usuarias; y e) capacitaciones a equipos de salud en temas incipientes de salud reproductiva y DDSSYRR.

Por otro lado, para llevar a cabo este tipo de intervenciones, considerando que el enfoque de género es una herramienta transversal a todas las políticas públicas y programas, es necesario generar constante formación profesional, en tanto es fundamental una formación de tipo feminista sobre la salud y políticas públicas que permitan cuestionar los dispositivos biopolíticos. Si bien la formación profesional a la que apuntamos principalmente dado el contexto neoliberal y patriarcal autónomo; es preciso que dentro de las escuelas de TS, comprendiendo que aquellas son las bases de los gremios, sea posible flexibilizar la construcción

de las mallas curriculares tanto para incorporar ramos referentes a salud (más allá de la salud mental), como para integrar a la co-construcción, a las y los estudiantes, con el fin de socializar los posibles futuros conocimientos y ampliar los límites del campo profesional.

Así, llenas de esperanzas finalizamos esta investigación a sabiendas de que las trabajadoras sociales están capacitadas para repensar un nuevo rol en la salud reproductiva, que abordará las barreras y desafíos de lo que implica una estructura neoliberal y patriarcal.

## Bibliografía

- Anderson, P. (1999). Neoliberalismo: balance provisorio. En E. Sader & P. Gentill, (Comps), *La trama del Neoliberalismo: mercado, crisis, y exclusión social*. (1ª ed., pp. 13-28). <https://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/se/20100609030645/latrama.pdf>
- BBC NEWS MUNDO. (2021, 21 de marzo). ¿Por qué no existe una píldora anticonceptiva para el hombre? *T13*. <https://www.t13.cl/noticia/tendencias/bbc/pildora-anticonceptiva-hombre-21-03-2021>
- Betto, F. (2010). Qué es neoliberalismo. *Archipiélago. Revista Cultural De Nuestra América*, 13(49). <https://revistas.unam.mx/index.php/archipelago/article/view/19778>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2010). Ley 20.418: Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad.
- Blázquez, N. (2012). Investigación feminista. Epistemología, Metodología y Representaciones Sociales. [http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/ceiich-unam/20170428032751/pdf\\_1307.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/ceiich-unam/20170428032751/pdf_1307.pdf)
- Brown, Wendy (2006). American Nightmare. Neoliberalism, Neoconservatism, and De-Democratization. *Political Theory*, 34(6), 690.
- Brown, W. (2021). *En las ruinas del neoliberalismo. El ascenso de las políticas antidemocráticas en Occidente*. (C. Palmeiro, trad.). (Traficantes de Sueños, Futuro Anterior y Tinta Limón, ed.).
- Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Carballeda, A. (2022). La subjetividad como terreno en disputa. *Margen N°94*. pp. 71-84.

- Cardemil, M. (2022). Estado de la Atención Primaria de Salud en Chile. Serie Minutas N° 34-22. [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/33350/1/N\\_34\\_22\\_Estado\\_de\\_la\\_Atencion Primaria de Salud en Chile.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/33350/1/N_34_22_Estado_de_la_Atencion Primaria de Salud en Chile.pdf)
- Castañeda, P. & Salamé, A. (2015). 90 años de Trabajo Social en Chile. Apuntes para una cronología. *Cuaderno de Trabajo Social n°7*. <https://cuadernots.utem.cl/articulos/90-anos-de-trabajo-social-en-chile-apuntes-para-una-cronologia/>
- Cubillos, J. (2019, 31 de mayo). Continuidades y rupturas: La política de salud sexual y reproductiva chilena en cuatro gobiernos. *Polis Revista Latinoamericana*, 18(53). [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-65682019000200140](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682019000200140)
- Departamento de Estudio y Desarrollo. (2021). Documento de Trabajo Regulación Profesional en Salud: Análisis de normas regulatorias en América del Sur. [https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-20859\\_recurso\\_1.pdf](https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-20859_recurso_1.pdf)
- Duarte, A. & Fernández, R. (2006). *Preceptos de la ideología patriarcal asignados al género femenino y masculino, y su refracción en ocho cuentos utilizados en el tercer ciclo de la educación general básica del sistema educativo costarricense en el año 2005*. Educación, vol. 30 núm 2. Universidad de Costa Rica. San Pedro, Montes de Oca, Costa Rica. (pp. 145-162). <https://www.redalyc.org/pdf/440/44030210.pdf>
- Duarte, C. (2020). Contribuciones desde los feminismos a la discusión disciplinar del trabajo social. [Video]. Red de Investigadores en Trabajo Social. <https://redinvestigaciontrabajosocial.cl/portfolio-items/contribuciones-desde-los-feminismos-a-la-discusion-disciplinar-del-trabajo-social-cory-duarte/>

- Eisenstein, Z. (1980). *Patriarcado Capitalista y Feminismo Socialista*. Editorial Siglo Veintiuno. España.  
[https://www.legisver.gob.mx/equidadNotas/publicacionLXIII/Zillah%20Eisenstein%20\(Comp.\)%20-%20Patriarcado%20capitalista%20y%20feminismo%20socialista.pdf](https://www.legisver.gob.mx/equidadNotas/publicacionLXIII/Zillah%20Eisenstein%20(Comp.)%20-%20Patriarcado%20capitalista%20y%20feminismo%20socialista.pdf)
- Escudero, C., & Cortez, L. (2018). *Técnicas y métodos cualitativos para la investigación científica*. Ediciones UTMACH. Colección REDES 2017.
- El Mostrador (12 de Junio 2023). Más de 350 embarazadas por falla de anticonceptivo: Aún no hay reparación y buscan demandar. *El Mostrador Braga*. <https://www.elmostrador.cl/braga/2023/06/12/mas-de-350-mujeres-embarazadas-por-falla-de-anticonceptivo-aun-no-hay-reparacion-y-buscan-demandar/#:~:text=La%20falla%20del%20anticonceptivo%20Anulette,bu sca%20de%20representaci%C3%B3n%20y%20acompa%C3%Blamiento>
- Etchezahar, E. (2014, 28 de agosto). La construcción social del género desde la perspectiva de la Teoría de la Identidad Social. *Ciencia, docencia y tecnología*, 25(49).  
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-17162014000200005](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17162014000200005)
- Fabbri, L. (2019). Género, masculinidad(es) y salud de los varones. Politizar las miradas. En Fundación Soberanía Sanitaria (ed.), *Salud feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. (pp. 92-123.) Tinta Limón.
- Federici, S. (2016). *Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid, España: Traficantes de Sueños.
- Foucault, M. (2019) *Microfísica del poder*. Siglo Veintiuno: Editores Argentina.

- Foucault, M. (2007) *El nacimiento de la biopolítica: Curso en el Collège de France*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, (p. 218)
- Foucault, M. (1999) *El nacimiento de la medicina social*. En estrategias de Poder, Obras esenciales, Volumen II. Barcelona, (pp. 365-366)
- Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS).(2015).Herramientas para la aplicación del Enfoque Territorial a escala intracomunal. <https://repositorio.fosis.gob.cl/bitstream/handle/20.500.13034/1731/Herramientas%20para%20la%20aplicaci%3bn%20del%20Enfoque%20Territorial%20a%20escala%20intracomunal.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fundación Friedrich Ebert. (2019). Lecturas sobre feminismo y neoliberalismo. Nueva Sociedad, (290). <https://library.fes.de/pdf-files/nuso/nuso-290.pdf>
- Gallardo, C. & Jara, C. (1999). Una aproximación a la historia del Trabajo Social en Chile de la década del '50 hasta la actualidad...Desde una perspectiva de género [Seminario para optar al Grado Académico de Licenciada en Trabajo Social y al Título Profesional de Asistente Social, Universidad Católica Silva Henríquez]. Biblioteca UCSH.
- Gallegos, C., & Rosales, G. (2012.). Epistemología crítica. Ponencia central del evento. *Itinerario Educativo*, n.º 59. (pp. 15-29)
- García, S. (1998). *Especificidad y rol en Trabajo Social: Currículo, saber, formación*.
- Gattini, C. (2022). Gestión de centros de nivel primario de atención: Sistema Nacional de Servicios de Salud Chile.
- Goldstein, E. (2018). El sistema de salud en Chile y la Atención Primaria de Salud municipal: Marco para un debate sobre desmunicipalización. [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/26811/2/BCN\\_Gobernanza\\_salud\\_y\\_demunicipip\\_para\\_reposit\\_final.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/26811/2/BCN_Gobernanza_salud_y_demunicipip_para_reposit_final.pdf)

- González, M. (ed.) *Historias del Trabajo Social en Chile, 1925 - 2008. Contribución para nuevos relatos. Santiago: Universidad Santo Tomás.*
- González, R (s. f). Economía política de la industria farmacéutica global: una aproximación historiográfica. <https://ciss-bienestar.org/wp-content/uploads/2020/12/n12-economia-politica-de-la-industria-farmaceutica-global.pdf>
- Haraway, D. (1984). *Manifiesto Cyborg: El sueño irónico de un lenguaje común para las mujeres en el circuito integrado.* Traducción de Manuel Talens con pequeños cambios de David Ugarte.
- Hardy, E. & Jiménez, A. (2001). Masculinidad y Género. *Rev. Cubana Salud Pública* 27(2):77-88. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v27n2/spu01201.pdf>
- Herrera, J., & Sánchez, J. (2020). Economía política de la industria farmacéutica global. *CISS-Bienestar*, (12), <https://ciss-bienestar.org/wp-content/uploads/2020/12/n12-economia-politica-de-la-industria-farmacutica-global.pdf>
- INMUJERES, Instituto Nacional de las Mujeres. (2023). *Roles de género. Roles de Género - Glosario para en línea (inmujeres.gob.mx)*
- Instituto Nacional de los Derechos Humanos. (2015) Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). <http://bibliotecadigital.indh.cl/handle/123456789/898>
- Katayama, R. (2014). *Introducción a la Investigación Cualitativa: Fundamentos, métodos, estrategias y técnicas.* Fondo Editorial de la UIGV.
- Lagarde, M. (1996) “El género”, fragmento literal: ‘La perspectiva de género’, en *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia.* Ed. horas y HORAS. España. (pp. 13-38.)

- Larralde, C. (1993). La Biomedicina ¿qué, quién y para qué? Instituto de Investigaciones Biomédicas UNAM. (pp. 19- 22) <https://revistacienciasunam.com/images/stories/Articles/30/CNS03003.pdf>
- Llebadot, L. (2022). *Mi herida existía antes que yo: Feminismo y crítica de la diferencia sexual*. (1ª. ed.). Tusquets Editores, S.A.
- Mayan, M.(2001). Una introducción a los métodos cualitativos: Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesores. <https://sites.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf>
- McLeod, E. & Dominelli, L. (1989). Trabajo Social Feminista.
- Ministerio de Desarrollo. (2015). Manual de Herramientas para la aplicación del Enfoque Territorial a escala intracomunal. <https://repositorio.fosis.gob.cl/handle/20.500.13034/1731>
- Ministerio de Salud (2018). Anexo 9 Glosario de Actividades Clínicas: Orientaciones para la Planificación y Programación en Red. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/09/ANEXO-9-GLOSARIO-DE-ACTIVIDADES-CL%C3%8DNICAS.pdf>
- Ministerio de Salud (s.f.). Programa Nacional de Salud de la Mujer: Objetivos generales. <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/programa-nacional-de-salud-de-la-mujer/>
- Ministerio de Salud Pública. (2023, 17 de marzo). DFL 725 Código Sanitario. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=5595&idVersion=2023-03-17&idParte=>
- Mouffe C. & Laclau. (1985). *Hegemonía y estrategia socialista: Hacia una radicalización de la democracia*. Letra e. Madrid, España.
- Naciones Unidas. (1995). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994.



[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63048/WHO\\_HRP\\_EPID\\_96.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63048/WHO_HRP_EPID_96.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organización Mundial de la Salud. (2018). Educación integral en sexualidad: recomendaciones para la educación integral en sexualidad en los países de la región de las Américas. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (s. f.) Salud y Derechos Sexuales. <https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>

Paz, A. & Ramírez, C. (2019). Riesgo(s) en disputa: el poder de definir el futuro deseable. En Fundación Soberanía Sanitaria (ed.), *Salud feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. (pp. 89-100.) Tinta Limón.

Planned Parenthood Federation of America. (2012, enero). *Historia de los métodos anticonceptivos*. [https://www.plannedparenthood.org/files/9913/9978/2156/bchistory\\_Spanish\\_2012.pdf](https://www.plannedparenthood.org/files/9913/9978/2156/bchistory_Spanish_2012.pdf)

Radi, B. (2019). Injusticia reproductiva: entre el derecho a la identidad de género y los derechos sexuales y reproductivos. En Fundación Soberanía Sanitaria (ed.), *Salud feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. (pp. 125-143.). Tinta Limón.

Ramos, M. (2006). La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública*, 23(3). [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342006000300010](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000300010)

Red de Salud Familiar Lo Prado, (2022, 10 de septiembre). ¿Qué es la ficha clap o “historia del adolescente”? <https://corporacionloprado.cl/que-es-la-ficha-clap-o-historia-del->

[adolescente/#:~:text=La%20ficha%20CLAP%20eval%C3%BAa%20de,los%20ve%20como%20un%20todo.](#)

Rocha, V. (s. f.). Las Mujeres en la Construcción del Estado Benefactor: Las Visitadoras Sociales y los Frentes Populares (1938-1948). <https://web.uchile.cl/publicaciones/cyber/19/vrocha.html>

SaludResponde MINSAL. (2023, 08 de septiembre). Establecimiento de salud. <https://saludresponde.minsal.cl/establecimientos-de-salud/>

Scott, J. (2013). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas (ed.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. (pp 265-302.).

Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Ciclo Vital (2018). Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2018. [https://www.google.com/url?client=internal-element-cse&cx=018141868008021088873:b76mw5lz6vo&q=https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2018/03/POLITICA-NACIONAL-DE-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-..pdf&sa=U&ved=2ahUKEwivsLmB5OKCAxUxqJUCHUQGBlOQFnoECAgQA&usg=AOvVaw0P8dYfMkgOX1bAxqN3CIXU](https://www.google.com/url?client=internal-element-cse&cx=018141868008021088873:b76mw5lz6vo&q=https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/03/POLITICA-NACIONAL-DE-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-..pdf&sa=U&ved=2ahUKEwivsLmB5OKCAxUxqJUCHUQGBlOQFnoECAgQA&usg=AOvVaw0P8dYfMkgOX1bAxqN3CIXU)

Tinoco, N., Cajas, M., & Santos, O. (2018). Capítulo III: Diseño de Investigación Cualitativa. Sánchez, C. & Cortéz, L. (Ed.) Técnicas y métodos cualitativos para la investigación científica.

Traslaviña, E.U. Y. (2015). Protocolo Selección de la Demanda: CESFAM Juan Pablo II <https://www.scoquimbo.cl/gob-cl/mais/files/06-12-2017/calidad/PROTOCOLO%20SELECCION%20DE%20LA%20DEMANDA%20JPII.pdf>

Valls, C. (2020). *Mujeres invisibles para la medicina*. Capitán Swing.

- Mendizabal, N., & Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Editorial Gedisa. Barcelona, España.
- Vergara, C. (2020, 30 de abril). Reflexiones sobre heteronormatividad: Los modelos y representaciones de familia en una Web de salud desde la multimodalidad. *Perspectivas de la Comunicación*, 13(1). [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48672020000100085](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48672020000100085)
- Vázquez, O. (1998). Pensar la epistemología del Trabajo Social. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*.
- Wittig, M. (2006). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. (J. Sáez y P. Vidarte, trad.). Editorial EGALES, S.L.
- Zavala, A. (s. f.). *La hermenéutica desde el trabajo social*. (pp. 62-67)

**Anexos:**

**Preguntas para las entrevistas**

Nombre:

Profesión:

Centro de atención de salud primaria:

Comuna:

1. ¿Qué opinión tiene acerca de la salud reproductiva?
2. ¿Qué opina de la política de salud reproductiva?
3. ¿Cuál es la participación del trabajo social en temas de salud reproductiva?
4. ¿Considera relevante que la profesión se involucre en la salud reproductiva? ¿por qué?
5. ¿De qué manera se verían afectadas las intervenciones que se realizan desde el Trabajo Social en la salud por la política pública y el carácter neoliberal de estas?
6. Dentro de la institución, ¿existe una articulación con otros programas y profesionales en temas de salud reproductiva?
7. ¿Cuál es el rol que debería tener los y las trabajadoras o/y o asistentes sociales para promover una desnaturalización del rol de la mujer como responsable de la salud reproductiva?

## Transcripción de entrevistas

### Entrevista N° 1

**I:** Son 7 preguntas.

**E1:** Ya dime no más.

**I:** ¿Qué opinión tiene sobre la salud reproductiva?

**E1:** Bueno mira, si bien como sociedad hemos trabajado en la salud reproductiva, de hecho hay programa SERNAMEG servicios que lo presenta, aún es desconocido para la comunidad, así, que tiene derecho a la salud reproductiva al acceso a información, ¿cachai? lo que es acceso a los métodos de manera gratuita, y los mismo centro de salud no le dan la información que requiere. Por ejemplo, no le dicen todos los métodos disponibles, donde no le dicen todos los métodos anticonceptivos, como los que están disponibles en realidad, como ejemplo la T ecológica, poco conocida y es muy buena porque tiene muy pocas contraindicaciones, pero esas cosas son desconocidas para la... o por ejemplo, que está el examen el PAP, que todos los conocen, pero también hay otro examen que se llama el VDRL y el VDRL es un examen más exhaustivo del virus del papiloma humano, como potencial o un pre cáncer.

**I:** Claro, el otro es cuando solo tienes cáncer te lo detecta.

**E1:** claro, y ese tampoco se lo presenta a la comunidad obviamente en menor cantidad y también saca la misma cantidad del PAP, y aun así es super desconocido por la comunidad tiene derecho a tener acceso a la información. Lo que pasa es que no se lo dan y esa es la diferencia.

**I:** ¿Y en el servicio de salud como ve el tema de salud reproductiva?

**E1:** Hoy a diferencia de Santiago, aunque muchos no lo crean aun así está al debe y los profesionales igual, por ejemplo, cuando yo trabajaba en el servicio y en la otra comuna tenían profesionales de Santiago, pucha las chiquillas eran activistas, feministas, entonces nosotros trabajamos en una especie de un círculo más

conservador, de hecho, es el único programa que tratan esta problemática, los derechos reproductivos entonces como comuna los profesionales estamos muy al debe en ese sentido

**I:** ¿Tiene restricciones en cada programa?

**E1:** Lo que pasa es que cada programa tiene sus lineamientos, no te puedes saltar de un lineamiento a otro y por ejemplo acá en SERNAMEG, que trabajamos la prevención del consumo de alcohol y drogas yo puedo al lado de salud reproductiva, yo puedo como profesional, pero no lo trabajo. cachai, pero si viene una consulta netamente derivar a otros programas entonces ante eso hallan más institución o más programas, porque la institución esta que es el servicio nacional mujer equidad de género, pero faltan más programas que se dediquen a esto, acá en colina hay 2 y este programa es desconocido pero el que es más desconocido es el de violencia hacia la mujer, que está en el centro de la mujer que ese también es de SernamEG, entonces yo como profesional nos queda abarcar el profundidad eso y trabajar como en si una ley, porque ni siquiera lo trabajan como derechos, lo trabajan como en general. y de hecho sería muy bueno, que Espacio mujer, una vez lo propuse, pero también podría ser una política de eso también pero también, son cosas que no se abarcan en la comuna. De hecho yo cuando hacía charlas todavía había mujeres ¡Ay! pero cuando yo voy la matrona escoge qué método me coloco, y no es su derecho a elegir en conjunto con ella, ella le da el lado científico pero usted le da el lado que le acomoda más, que le gusta entonces, ah ella me dijo , entonces nos centramos y todavía que la matrona nos pregunte: si, si y la única vez que decimos que no es a tenido más parejas, ahí es lo único, entonces ese como ehh seguimos siendo una comuna muy criolla.

**I:** ¿Usted cree que existe un sesgo patriarcal o machista en los profesionales?

**E1:** Sí totalmente, de hecho, ellos vulneran día a día las mujeres

**I:** ¿principalmente de las mujeres?

**E1:** Sí, principalmente de las mujeres en edad fértil entonces, ellos, porque de hecho yo recibí mucho... se trató de hacer muchas cosas, trabajo con ellos x en realidad porque en realidad como mucho de los principales enfoques era trabajar con los trabajadores de salud pública porque de repente, por ejemplo, no son los jóvenes que necesitan la información, son los profesores.

**I:** Los adultos más que nada.

**E1:** Eso cachay porque claro, uno se dedica a hacer el trabajo y decir cómo yo hago mi trabajo me dedico a esto y nada más, pero que paso con lo que tú te debes como profesional, bueno tú que estás estudiando es como uyy es un sueño, pero en la práctica es difícil porque es difícil complementarlo con tu vida po no sé, por lo que es si eres mamá y todo eso

**I:** ¿Qué rol cree que deberían tener los Trabajadores sociales, en el área de salud reproductiva?

**E1:** Siempre educativa, siempre desde el rol de la educación porque al final nosotros somos quienes educamos y quienes informados a través, a lo mejor facilitadores, facilitador de la información, no solo tener este perfil que te da el lineamiento de cada programa si no que tu puedas expandirte cachai y no como por ejemplo a mí no, ya yo tenía que de los exámenes preventivos y de los métodos pero era cosa mía si no se lo hacían en el consultorio, porque no tenían hora o sobre cupo ,eh en el colina salud salía cinco mil el pap, cachai esas cosas son que el compromiso debería tener el profesional que en cada instancia puedas dar una respuesta porque nosotros ya sabemos que no ayudamos, pero si facilitamos la información para que ellos empiecen a tomar herramientas cachai.

**I:** como una decisión propia, no como la que decía la matrona me da estos anticonceptivos y lo tomó solamente.

**E1:** Claro, si imagínate que ya voy yo y me siento una mujer informada y me dice: ya miré con la inyección como usted tiene mucho dolor de cabeza la trimestral porque así no se tiene que inyectar todos los días y yo le puedo decir no

sabes que no me quiero poner esa porque me va hacer peor, porque tiene dos hormonas porque me vas a inyectar en una dosis la cantidad de tres hormonas en tres mes va hacer peor mi contraindicaciones, me entiendes si uno va informada . Esa es la diferencia que hace de un profesional que solo hace su trabajo a uno que está comprometido con el trabajo.

**I:** ¿Usted cree que las farmacias o la industria influye sobre la creación de métodos anticonceptivos para las mujeres?

**E1:** Sabes que la farmacia, y de hecho cuando una va y consulta, me acuerdo una vez que fui a ver el tema de la copa menstrual porque queríamos comprar eh entregar y fue como dijeron: ya si la copa menstrual, la media luna es la más conocida me dijo, pero es más cara me dijo esta esta otra marca si tu lo lees tiene otros componentes mismos ingredientes y es más económica y dijo entonces yo siempre le recomiendo está a las chiquillas. Entonces ya están, más informadas, incluso que los consultorios por que los consultorios como la copa menstrual no es un tema que lo integran a la salud menstrual por que recuerda que la salud menstrual no solo son métodos anticonceptivos, métodos de menstruación, período, o sea , gestación , también tiene que ver con la menopausia, el climaterio, es todo en realidad integra toda la vida de la mujer, por ejemplo no se en la etapa del climaterio o menopausia no entregan lubricante, que es algo para ellas es super, es fundamental no para todas, porque todos los cuerpos son distintos y todas tenemos diferentes reacciones y hay gente que ni siquiera sienten climaterio y menopausia, eso.

**I:** ¿Entonces hay que tener una política más integral?, centrándose en cada individuo, como en los en lo preservativos que se lo entregan a la mujer solamente

**E1:** Si, mira eso es lo otro, el preservativo femenino, no llega en gran cantidad al consultorio y de hecho el que se entrega a nivel masivo es el masculino.

**I:** Y los femeninos no tienen látex.



**E1:** Son super buenos, porque es un látex ecológico es un, te lo puedes colocar horas antes de la penetración y ni siquiera es como el del hombre de hecho es mas efectivo más resistente y lo puedes abrir con cuidado, todo tiene un método y lo puedes hacer una barrera protectora que también es para relaciones lesbianas

**E:** Eso es lo otro que se centran en relaciones heterosexuales, no es su diversidad

**E1:** De hecho, este no se llama ni femenino, ni masculino, se llama preservativo interno y el otro es externo

**I:** ¿Cuándo trabajó en el consultorio, observó límites con otros profesionales?

**E1:** Sipo, por ejemplo, cuando venía una joven, nos pedía una hora, así como urgente, nosotros teníamos, así como ya por programa nosotros derivábamos. lo que yo hacía con mi compromiso era contactarme con la matrona del consultorio y ella me decía ya mira sabi que, ya si ahora te puedo conseguir una hora y me decía que tenía que venir los últimos días y que pasa en ese trayecto la joven queda embarazada o se pega una ETS o desiste de un método anticonceptivo y en ese periodo perdemos a la joven a la consultante cachai, eso es como a nosotros abarca , son estos lineamientos tan estrechos que tienen los programas que hasta aquí tu llegas y después no avanzas. O cuando teníamos un caso de urgencia de violencia, por ejemplo, derivábamos al centro de la mujer después de tres días hacíamos un seguimiento, levantábamos el teléfono, si la atendieron, si la atendieron y ahí acabamos nuestra intervención. Claro va todo esto del programa de preventivo, focalizado, de intervención de reparación, pero igual nosotros tendríamos que tener, por ejemplo un programa especialmente este programa como derecho sexual reproductivo, contacto directo con el tema con las matronas, incluso debería haber un ginecólogo por que los hombres un urólogo también, por que los hombres también consultan y para ellos también es difícil por eso el gran cantidad de los ETS son contagiadas por los hombres , y los hombres se los contagian a las mujeres, pero es porque ellos si nosotras no tenemos apoyo menos ellos, tener esta educación preventiva sexual, cachai. En los colegios hay un manual, y a raíz de eso y los colegios están muy reacios con el tema de la

educación sexual, porque eh por los protocolos por la enseñanza, que igual este, manual que presentan fue igual horrible, porque recordemos que cada niño tiene una etapa de desarrollo o sea cognitivamente de entender, no te va a recepcionar la información un niño de 5 años a un joven de 15 años. En entonces nuestro vocabulario, nuestra forma de educarlo o de concientizar es diferente y esto es importante educarlo desde casa, porque todavía seguimos escuchando es que mi en mi casa no se habla de salud sexual, no se habla de sexo, y el sexo es una parte de nuestra sexualidad, el consentimiento sexual, nuestra orientación sexual, nuestro enfoque, ehh la diversidad sexual, como me expreso vivo, experimentó mi sexualidad, todo eso conlleva mi sexualidad y obviamente mi sexualidad, está involucrada mi cultura, la sociedad, en como me voy a expresar y enfocar, porque por ejemplo nuestra comuna es conservadora, nuestros padres, nuestros .. mi mama, yo tengo 32 mi mama tampoco me hablo de sexualidad, menos de sexo, menos de sexualidad, me hablaba de higiene y esa es una parte pequeña de la salud sexual. Hay unos videos super buenos en temas de salud, higiene y cultura, es un reportaje de la India.

**E:** Muchas gracias lo voy a buscar, siguiendo lo anterior ¿considera importante que la profesión se involucre en temas de salud reproductiva?

**E1:** ¡Sí! es de suma relevancia y como te decía somos educadores y pero también somos facilitadores yo diría que somos un enlace entre el usuario y el acceso a la información, porque que pasa, nosotros podemos atender más usuarios que la matrona en el día. La matrona le pone 5, 10 pacientes al día y a término y ella ehh tampoco la, la atención se automatiza y no va a tener el mismo periodo de información que le va a dar. En cambio, nosotras, tenemos esa facilidad de llegar a más usuarias y podemos abarcar más y dar mejor información. Especialmente en esta área que no es específicamente de salud, sino que es social, cultural, educacional

**I:** Se piensa que solo es del área de salud, pero integra a todas las disciplinas

**E1:** Y sabes que la de la salud está más endeble con el tema de los derechos sexuales y reproductivos, porque son ellos principalmente que aun vulneran, o sea antes era como más gables las vulneraciones, por el tema de hasta vida, hay mujeres que no se habían enterado que le habían sacado el útero pero ahora está el hecho que no le den la hora, de que solo le den los anticonceptivos disponibles, de que no le den esta información de las contraindicaciones de los anticonceptivos, porque uno se va informando con las amigas ahh yo subes de peso, ya ya todas sabemos que subimos de peso, pero tú sabes que te puede dar náuseas vértigo, que potencialmente quistes miomas, que vienen porque, recordemos que esto no es algo natural que produce nuestro cuerpo es algo que estamos introduciendo, también se ha viralizado lo de la pastilla del día después, ya tómenos la pastilla del día después, pero la pastilla del día después son 10 veces más la porción mensual, o sea el desorden hormonal que uno tiene y después porque dicen que la mujer es más llorona, las mujeres son más sensibles.

**I:** Por las contradicciones.

**E1:** Las hormonas nos suben y nos bajan, y entonces si nosotras damos esta buena información que pasa una chica va a decir: me voy a poner un preservativo que puedo tener 3 horas antes puesto y yo no sé si lo voy a usar pero lo voy a tener ahí y en vez de tomarme una pastilla que me va a tener uff quizás cuánto o con un derrame, porque hay mujeres que le dan derrames, ehh menstruales y es no es como, si tú tienes la información haces como un clip que esto lo hago por mi cachai para mí, por mí, porque no es lo mismo tener una relación sexual que te provoca todo esto malestar a una relación que diga ya ohh boto el condón y listo pum se acabó.

**I:** Claro y mayormente están dirigidos a la mujer, como no hay una industria especializada en los hombres y recién ahora se está investigando

**E1:** Es que sabes que, también yo busque una investigación que no me acuerdo pero la puedes buscar por internet, entonces se trataba que el preservativo externo no son tan efectivo porque también todo el acceso, recuerda que puede haber una

contaminación o un contagio de una ETS con una rajadura que tenga alterador, entonces recuerda que el preservativo externo, solamente cubre el pene, el miembro que le dicen, pero no cubre la zona púbica, ni los testículos y eso también rose con nuestros labios. Si hay algo, una llaga que pueda entrar a tus labios también hay una infección, tampoco es 100 por ciento segura, a diferencia del de mujer, que el de la mujer te cubre los labios. Entonces, esa es la diferencia grande, también es la educación sexual en la mujer porque es mucho mejor es más efectiva es 100 por ciento efectiva. De hecho, esto se demostró, que el de los hombres que es 98 por ciento efectivo, pero también es por la utilización, el almacenamiento, la billetera, ya sabemos que no se debe llevar, o como esta uña larga que lo pasan a rasgar, entonces la mujer no siempre vamos a tener ese cuidado y a parte que es mucho más grueso el material, entonces no por ende más sensible, lo que pasa que es un látex ecológico, es diferente la sensación, yo lo he utilizado y son super buenos.

**I:** Entonces, ¿usted cree que la responsabilidad reproductiva recae sobre la mujer?

**E1:** No, siempre es compartido recuerda que las relaciones sexuales son de dos, al menos que obviamente cuando ocurre una violación no vamos a esperar una responsabilidad. Pero si educamos a los jóvenes desde edad temprana, nosotros le vamos a dar a entender que ellos tienen su grado de responsabilidad. Yo tengo un niño de 13 años y él sabe y dice: no mami como voy a hacer papá joven, y a tener que trabajar. Y ya tiene una conciencia y una responsabilidad en todo en torno a salud, no solamente en embarazo, sino en el contagio de ETS. A lo mejor eso mismo de la vasectomía para que tu polola no tome anticonceptivos, que la vasectomía no tiene contradicciones, se puede revertir, no tiene malestar, no produce nada, y la ligadura de trompas igual, que ahora no la están haciendo que es amarrar, pero o lo están haciendo porque se ha visto que no es efectivo y la ligadura de trompas recordemos que por algo son nuestros órganos y por algo están ahí, cumplen una función de hecho el más eh, eh el más invasivo es cuando te sacan el útero, no recuerdo ahora, pero cuando hacen eso hay mujeres que, lo que dijo siempre somos todas iguales, mujeres que reaccionan ah no es que no

me paso nada, pero hay mujeres que dañan psicológicamente después de esa operación no hay un acompañamiento psicológico , entonces una contención. Entonces ahí un Trabajo Social que donde ayude a ellas a hacer entender por qué llegó a tomar esa decisión para que, cuáles son los beneficios y también hay contraindicaciones, porque recordemos nuestro cuerpo es completo, si falta algo es por algo o sea no es normal, tampoco es normal que tómenos hormonas. Entonces todas esas cosas hay que ir analizando y si lo analizas en pareja en conjunto, por ejemplo, yo no tomo anticonceptivos porque mi pareja tiene la vasectomía, pero es porque uno se informa y uno empezó a estudiar de todo de todo y dije los anticonceptivos son una mierda y de hecho nosotros somos unos conejillos de indias, para ver el efecto de un remedio tiene que ser a largo plazo. La primera mujer que tomó anticonceptivos tuvieron que hacerle un estudio hasta que ella falleciera y ver qué provoca todo eso.

**I:** Esas serían las preguntas, muchas gracias por su tiempo.

## Entrevista N° 2

**I:** ¿Usted lleva años acá?

**E2:** Sí, 12 años

**I:** ¿En el mismo sector?

**E2:** Trabaje en el cómo se llama, en esmeralda partí por ahí desarrollando el rol de Trabajador Social y como se llama y después se dio la posibilidad de cambiarme y llegue acá, pero partí allá ejerciendo el rol de Trabajador social

**I:** ¿Entonces conoce todo el teje maneje de acá?

**E2:** ¡Claro! igual siempre hay cambios, ósea acá siempre y más con el tema de la pandemia, ha habido muchos muchos, muchos cambios. Entonces es mucha la información que se maneja, que hay que manejar acá en AP (atención primaria), pero sipo gran parte de la información si la tenemos que manejar. Partamos con las preguntas

**I:** ¿Cuál es su opinión que tiene sobre la salud reproductiva? Su opinión

**E2:** Mi opinión personal y profesional es que: ha habido grandes cambios en favor a la mujer para respetar su derecho, con respecto a su condición de género y de mujer de poder decidir en sí, bueno yo partí trabajando acá y bueno cuando era interno, hice mi práctica acá, en esos tiempos la mujer si quería acceder a esterilización tenía que pedir el consentimiento del marido y hoy eso no ocurre, eso no está ocurriendo. Siento que, habido un gran avance a favor de la mujer, ósea que hoy se debe considerar el derecho de ella de poder de si va a ser madre o no, con respecto a eso, si, si ha habido grandes cambios

**I:** ¿Y qué piensa de la política actual de salud reproductiva? ¿Tiene que mejorar alguna cosa?

**E2:** ¡Claro! yo siempre creo que todas las políticas deben ir en avance en desarrollo que van sosteniendo todas las comunidades, ósea principalmente la

política reproductiva, generalmente en salud primaria o en salud en general siempre se enfoca en la mujer, aquí podemos ver quien más se atiende, siempre es la mujer, entonces yo creo que las políticas deben irse enfocándose también en pro de cómo la sociedad va evolucionando y cambiando

**I:** ¿Y usted cree que la responsabilidad ahí recae sobre la mujer?

**E2:** eh no es un tema de 2, o sea los dos deben tomar la decisión del tema de la procreación y si obviamente no se quiere procrear también es de dos la responsabilidad de dos de cuidarse, claramente hoy el hombre tiene la posibilidad de acceder a temas de cirugía para poder, como se llama para no ser papa y esa cirugía también se puede revertir, entonces siento que hay un avance, pero claramente mucho menos en el género femenino.

**I:** ¿Cree importante que el trabajo social se involucre en temas de salud reproductiva?

**E2:** Eh sí, yo creo que es importante porque para el tema de hacer promoción y prevención también, porque la demanda asistencial de los profesionales que trabajan directamente con el tema de la fertilidad en este caso matronas, médicos ginecólogas en otros niveles, es insuficiente, entonces el trabajador social ahí podría cumplir un rol de educación de promotor

**I:** Y existen otros programas que se vinculen con ustedes, por ser atención primaria, en temas de salud reproductiva, ¿que se articulen con ustedes?

**E2:** Sí, con el nivel terciario, si, está la articulación

**I:** Me puede explicar un poco

**E2:** Nosotros somos la puerta de entrada, siempre que quieren acceder a cirugías o otros tratamientos, claramente está el nivel terciario, para poder llegar a ellos tiene que ser evaluados por el médico matrona y ahí ellos de acuerdo al perfil ellos hacen la derivación y la conexión con el nivel terciario, con el hospital.

**I:** ¿Y el Trabajo Social que hace ahí?

**E2:** Ahí no es mucho la verdad con el tema de las derivaciones a no ser que el profesional que antes de hacer la derivación requiera que la persona que el usuario que demanda la atención con otros niveles de atención uno puede explicar en qué consiste la derivación y cuál es el proceso, en eso más que nada

**I:** ¿Acá son varios los trabajadores sociales? Qué se tiene la idea que es uno por CESFAM

**E2:** Nosotros acá hoy somos cinco , y estamos dividido en 3 sectores ABC y cada sector tiene su equipo multidisciplinario y una Trabajadora Social nueva que está en un programa nuevo que se está insertado en atención primaria que es para trabajar con niños SENAME y una Trabajadora Social que ella hace trabajos más administrativos también que trabaja en satisfacción de usuarias en temas de agresiones que hoy en día con el tema de salud mental, que por el tema de la pandemia han aumentado mucho las agresiones con las usuarias, ella está a cargo de eso también y nosotros bueno también de tener atención clínica , trabajamos en comunidad, trabajamos con las organizaciones sociales del territorio .

**I:** ¿Usted en el sector que está, ve a los recién nacidos? Me comentaba

**E2:** Mira nosotros estamos en el programa CHILE CRECE CONTIGO, trabajamos haciendo pesquisas o haciendo algún tipo de intervención, cuando se requiere, pero si, se ve mucho a las embarazadas y primer gesta con algún riesgo, siempre viene con Asistente Social, para una entrevista para orientación respecto al tema del beneficio del embarazo el pack de recién nacido u otro beneficio que esté ligado a la laboral o también a lo social a través de los beneficios que entrega el gobierno

**I:** ¿Y cualquier consulta lo derivan a usted?

**E2:** Claro sí tenemos mucha derivación como te digo de embarazada, pero vemos todo el ciclo, ciclo vital lo terminamos viendo cómo asistente social y las visitas domiciliarias en el ciclo vital



**I:** ¿Usted cree que la industria farmacéutica cumple un rol en la responsabilidad reproductiva de la mujer?

**E2:** sea o sea que lamentablemente lo farmacéutico es visto como la única forma de intervenir no sé para mejorar algún problema de salud como para un método anticonceptivo pero como la demanda están asistencial a veces el tiempo para hacer prevención o promoción no alcanza , y más que a la gente le cuesta entender esta lógica de anticiparse a no sé a un embarazo a una enfermedad y siempre está ahí todavía también es la lógica de salud y enfermedad y que la salud está en el otro . No integra a la persona no integra a la familia, voy a buscar la salud en un otro, en una institución, es importante que cada persona se empodere y aprenda a como que a veces no se hay métodos anticonceptivos naturales no sólo está pastilla porque la pastillas podría fallar , entonces siento que falta eso que la gente sientan la necesidad de aprender otro método de cómo cuidarse de cómo cuidar una enfermedad o de cómo o qué hacer para no enfermarse o no embarazarse

**I:** ¿Quizás ahí el trabajo social juega un rol de difusión, de educador?

**E2:** Claro sí o sea tiene que ser una agente de cambio y tanto como usuarios internos como externos para ir rompiendo esa lógica de todavía de lo biomédicos, que lo biomédico se asocia mucho a lo asistencial.

**I:** Esas serían las preguntas, muchas gracias por su tiempo .

### Entrevista N° 3

**I:** ¿Profesión?

**E3:** Trabajadora social.

**I:** ¿El centro de atención se llama?

**E3:** Este se llama Cesfam Matta sur.

**I:** Matta sur. ¿Y esto es de la comuna de Santiago?

**E3:** Santiago.

**I:** Super. Emm, la primera pregunta es acerca de ¿qué opinión tiene acerca de la salud reproductiva? ¿en general?

**E3:** Ya, un poco como lo que decía anteriormente que lo voy a repetir para que lo grabe.

**I:** Gracias.

**E3:** Creo que la salud sexual y reproductiva, tenemos todavía una brecha importante en términos de paridad de género. Ya, creo que está muy enfocada, y más que enfocada, como lo que te decía, que otorga una responsabilidad a las mujeres en los cuidados, ya sea de los recién nacidos, en el caso de las embarazadas, y también en esta responsabilidad de cuidarse, por ejemplo, para no quedar a la embarazada, en el fondo de la planificación familiar, ya, cuando son tareas que obviamente también involucran a un otro, en este caso las parejas, pero todavía está muy enfocado en la mujer, ya. Y esto tiene que ver porque las orientaciones desde, bueno, yo creo que desde nuestra visión como sociedad, pero también las orientaciones que vienen desde el ministerio están todavía muy enfocadas en eso, a pesar de que hay esfuerzo, de que se está incorporando también otras miradas, en ampliar, por ejemplo, la perspectiva de género, pero todavía viene muy establecido, por ejemplo, el programa de salud de la mujer, o sea, de hecho se llama así, y ya haciendo eso dejamos fuera toda la otra variedad

de población que nosotros tenemos, pero de a poco creo que se han ido intencionando algunas acciones, ya, por ejemplo, en, como te decía, los controles de adolescentes, salud adolescente, entregar métodos anticonceptivos, ya sea a hombres y mujeres, ya no solamente a las mujeres, en incorporar en la meta de control y regulación de fecundidad, también a la población masculina, porque también antes solamente nos contabilizaba la población femenina. Creo que falta mucho todavía por capacitar a los equipos de salud en esta mirada, porque los funcionarios de salud muchas veces están muy insertos en el hacer, en la asistencialidad, entonces queda poco espacio para la capacitación, como para poder actualizarnos respecto a estas concepciones, y también estos cambios que está sufriendo la sociedad en temas de género, pero todavía nos falta mucho, falta mucha socialización, falta mucho transmitir información, compartir experiencia entre los mismos equipos, también falta que hayan orientaciones programáticas direccionadas hacia poder ampliar la mirada en esta área, ya que venga algo como del Ministerio de Guía Estructurado, cómo lo podemos trabajar, falta eso, y creo que eso es muy importante, porque nosotros nuestro hacer viene desde una lógica de salud pública, que es donde se estructura la política, se bajan las orientaciones, se consideran las metas y los objetivos sanitarios, y desde ahí nosotros como establecimiento de salud, nuestras acciones van a enfocarse a cumplir todo eso de arriba, entonces si desde arriba no viene tan bien como esta concepción, es difícil que los equipos lo instalen.

I: Claro, esto que usted comentaba sobre los objetivos ministeriales, que tiene que ver un poco con estos lineamientos que hacen, también tiene que ver con la segunda pregunta, que dice, ¿qué opina de la política de salud reproductiva? Entonces ahí entraría un poco lo que usted dice y lo que falta por hacer, por los objetivos ministeriales

E3: Falta mucho, por ejemplo, nosotros tenemos un abanico de métodos anticonceptivos que se ofrecen a la población, pero la mayoría están dirigidos a la población femenina, ya y el uso y la entrega de preservativos sería como lo único que tal vez está más enfocado a lo masculino. Y alguna que otra profesional,

generalmente del área de la matrona, porque ellos son quienes ejercen más estas acciones en estas áreas, algunas, yo diría, entregan orientación respecto a la vasectomía u otros métodos de prevención de embarazos que sean más dirigidos a los hombres. Entonces, también en eso estamos súper desbalanceados, si todo el arsenal de insumos que nosotros disponemos están orientados hacia las mujeres, es más difícil, a pesar de que, por ejemplo, igual se intenciona que las mujeres puedan venir a acompañar sus controles, por ejemplo, siempre que obviamente ella quiera, porque a veces también nos pasa que llegan a acompañar, pero es porque también el hombre se impone sobre las decisiones que pueda tomar la mujer, o sea, como que también hay que tener cuidado con eso. Pero hay instancias en que, por ejemplo, pueden venir a acompañar a los talleres prenatales, donde a los hombres también se les fortalece el rol parental dentro del cuidado de los niños, por ejemplo, de los bebés, y dentro también de los controles de salud sexual, también está abierta a la población masculina, aunque muy poca la que accede. Generalmente a esos controles acceden las mujeres. Entonces, sí hay muchas brechas todavía, pero que tiene que ver con lo mismo que te decía, que es con la concepción también de sociedad y de cómo se están estructurando las políticas de salud. Vemos que hay avances, pero los avances son lentos y a veces no van en concordancia con la realidad que nosotros estamos viviendo en los establecimientos de salud.

I: Claro. ¿Y en ese sentido, este establecimiento de salud viene población masculina, por ejemplo, a buscar condones?

E3: Vienen. Vienen generalmente, son más adolescentes. Generalmente son más adolescentes, vienen y aprovechan de solicitarlos como en el control de adolescentes, que se hacen una vez al año, pero tampoco es una población que viene habitualmente a buscar el método anticonceptivo. Entonces, no estamos llegando mucho en ese sentido a la población masculina.

I: Y... O sea, si pudiera decirme cómo un rango, un promedio.

E3: Mira, en verdad es que no sé cuánto será, pero si uno mira las cifras, será un 10% versus un 90% mujeres. Generalmente los hombres cuando vienen al cesfam vienen por otras cosas.

Vienen porque tienen una consulta médica, porque tienen algún problema de salud cardiovascular y necesitan controlarse. Vienen por el tema de salud mental porque están pasando por alguna depresión o algún problema de salud de esa índole. Pero en general son pocos los que vienen por algún tema como sexual y reproductivo. Son pocos los que consultan por eso. Y cuando lo hacen, generalmente le consultan al médico, no consultan con la matrona.

I: ¿Pero pueden consultar a la matrona?

E3: Pueden consultar a la matrona.

I: Aah, y respecto a las mujeres, la edad en la que comienzan a venir, en la adolescencia, ¿qué tipo de edad sería?

E3: Nosotros estamos estructurados con respecto a las edades. Por ejemplo, de los 0 a los 9 años son niños. De los 10 a los 19 son adolescentes. De los 20 a los 60 son adultos. Y de los 60 y más son adultos mayores. La mayor cantidad de mujeres que viene está en la edad adulta. Ya, son mujeres adultas, que son muchas veces más mujeres trabajadoras. Ese es como el mayor volumen de pacientes que tenemos. Hartos migrantes. Ya, por ejemplo, un dato que es importante es que el 50% de nuestras embarazadas

I: ¿ya?

E3: Son migrantes. Entonces tenemos harta población migrante.

I: Claro ¿Y ahí cómo se trabaja la política? ¿Hay barreras de comunicación?

E3: Sí, pero generalmente, más que de lingüística, es la comunicación que tiene que ver con las concepciones culturales de cada nacionalidad. Por ejemplo, hay choques muchas veces. Por ejemplo, acá los niños parten comiendo a los 6 meses. Y eso está estructurado por el calendario de los controles y el control del quinto

mes, que es con el nutricionista. El nutricionista ahí recién le da la pauta de alimentación para que empiecen. Pero hay países en que los niños empiezan a comer a los 3 meses o les empiezan a dar alimento a los 3 meses. Entonces, a veces se provocan choques, sobre todo por parte de los profesionales. Porque los profesionales a veces no saben muy bien cómo abordar esas situaciones. O también, por ejemplo, la población venezolana. Ellos pueden acceder, así como no existe la atención primaria, al parecer. Porque ellos acceden inmediatamente a los especialistas, entonces llegan aquí preguntando por el cardiólogo, por el traumatólogo, porque nosotros en la atención primaria no tenemos esas especialidades. Tenemos medicina familiar. Y desde ahí, si se determina algún riesgo que tiene que ver con una especialidad, se deriva a nivel secundario. Entonces eso también viene con muchas expectativas buscando un especialista acá, que no encuentre. Porque no funciona así.

I: Ya pasando a la parte de la profesión ¿Considera que es relevante que la profesión se involucre en la salud reproductiva? ¿Y por qué?

E3: Sí, yo creo que el trabajo social es una disciplina que afortunadamente es bien transversal. Nosotros estamos presentes en todo el nivel del ciclo vital, con distintas acciones.

Y la salud reproductiva no es algo que no nos compe... o sea no es algo que sea ajeno a nuestra profesión. Ya, dentro de esto mismo, ir también haciendo un trabajo con nuestros propios compañeros, con el equipo de salud. Generalmente los trabajadores sociales estamos mucho más cercanos a todas estas temáticas de apertura, de cambio dentro de la sociedad. Entonces nuestro rol desde ahí es propiciar esos espacios también. Creo que siempre es importante ir trabajando en el enfoque de género, en la paridad. Y eso también ir transmitiéndolo a través de las reuniones de equipo, a través de los profesionales y trabajadores sociales que estamos a cargo de programas, que tenemos jefatura de equipos también.

I: Entonces, en ese sentido ¿el trabajo social vendría a ser un propiciador de las condiciones para que se efectúen estos cambios, estas intervenciones.?

E3: Sí, totalmente.

I: Super. Y hablando de intervenciones, la siguiente pregunta es, ¿de qué manera se verían afectadas estas intervenciones sociales que se realizan en el ámbito de la salud reproductiva y por qué?

E3: ¿Cómo...?

I: Como usted, ¿qué limitantes ve, tanto a nivel de política pública, quizás también el permeo que se hace del sistema económico, quizás también dentro de las mismas instituciones, las limitantes que tiene usted como desde la misma disciplina?

E3: Sí. Desde salud, como te decía, en temas de género hay orientaciones poco claras a poder llevar a cabo como intervenciones más integrales. Creo que también el contexto siempre es una limitante. Nosotros como trabajadores sociales no podemos trabajar solos, siempre dependemos de un otro, siempre dependemos del contacto, de la coordinación con otro sector.

Y salud a veces trabaja muy aisladamente, entonces necesitamos siempre coordinarnos con otras redes comunales. Por ejemplo, con distintos departamentos municipales, con organizaciones sin fines de lucro, por ejemplo, con organizaciones de la sociedad civil que trabajan en temas de género. Tenemos que hacer esos contactos como para poder incorporar estas miradas también dentro del equipo salud. Yo creo que ahí nos falta un poco. Acá en este centro somos hartos los trabajadores sociales que estamos a cargo de, tenemos responsabilidades aparte solamente de atender a los usuarios o de hacer más trabajo comunitario, tenemos muchas actividades de gestión, entonces eso nos lleva harto tiempo y dejamos un poco de lado esas otras actividades que también tenemos que realizar. Por ejemplo, acá nos falta más contacto con organizaciones feministas, no sabemos si existen, por ejemplo, en nuestro territorio, no tenemos actualizados los catastros, no hemos intencionado tampoco espacios de encuentro con la sociedad civil para abordar específicamente estos temas. Sí tenemos contacto, por ejemplo, con las juntas de vecinos, pero es como para ver temas en general, no es tan

específico. Creo que eso también es una limitante, es una limitante porque en el fondo no tenemos el tiempo para hacerlo, pero también es un espacio en el que estemos, por ejemplo, en más actividades de gestión los trabajadores sociales, también es algo que fortalece nuestra profesional. Porque desde ahí se pueden tomar más decisiones, son espacios donde nosotros podemos dar a conocer nuestros puntos de vista,

incorporar esta mirada dentro de las acciones, entonces eso por ese lado es un plus, pero claro, nos atrapa en actividades que a lo mejor tenemos que dejar de lado estas otras como más de trabajo con la comunidad y atención así también de usuarios.

I: Claro, en ese sentido, ustedes como trabajadores sociales y en su caso trabajadora social, ¿cuál es la cobertura que tienen de población?

E3: Mira, este cesfam es un cesfam nuevo, este cesfam lleva dos años, cumplimos ahora dos.

Antes era un cesfam que tenía como la población disgregada en estaciones médicas y en un cesfam que se llamaba Benjamín Viel. Entonces, las condiciones de infraestructura eran muy precarias de su establecimiento, entonces se creó este cesfam y se reagrupó a la población y nos vinimos para acá. Entonces este cesfam está pensado para 30.000 inscritos, actualmente inscritos validados por FONASA hay alrededor de 28.000 y algo, entonces nos queda muy poquito para cumplir los 30.000 en dos años. Eso sin considerar a la población que no está per capitada porque en el fondo FONASA lo que hace es considerar solamente a la población que nosotros tenemos que hacer un procedimiento administrativo a través de la página de FONASA y inscribir también como a las personas que queden como ligadas a este centro. Y esas son en el fondo las poblaciones que FONASA contempla. Pero hay muchos pacientes que no tienen ese proceso hecho por distintas razones, porque no tienen Rut y hay que pedir un Rut especial de FONASA para nosotros poder percapitarlos como paciente perteneciente a este cesfam. Y son todas aquellas personas extranjeras que pasan por pasos no



regulares y no tienen cédula de identidad. Hay muchos de ellos que también hay problemas, por ejemplo, con el número de cédula, hay problemas administrativos y por distintas razones no están asociados pero igual se atienden. Ya, entonces como que en el fondo se atienden pero FONASA no nos tiene reconocidos, por ende no nos están mandando recursos para las atenciones de esas personas. Entonces en rigor tenemos 28.000 y tantos inscritos pero puede que sean más.

I: Harto. En ese sentido lo que comentaba sobre los pacientes que tienen este problema de validación con FONASA...Em, me llama la atención en realidad el tema de la población migrante. ¿Cómo se aborda la salud reproductiva y esta barrera cultural de la que usted hablaba antes? ¿Se ven quizás problemas asociados a la salud reproductiva... quizás a los métodos anticonceptivos?

E3: Sí puede ser, no tenemos un diagnóstico acerca de eso, tampoco tenemos investigaciones

y eso es un tema que puede ser que estamos muy al debe como equipo, ya porque nosotros como equipo salud debiéramos tener esos insumos para poder también crear nuestra estrategia y poder llegar a toda la población. Sí tenemos algunas cifras como te decía que por ejemplo el 50% de las embarazadas son migrantes, el 40% de la población que tenemos inscrita es migrante, que es un alto porcentaje. Sí vemos que se ve afectada porque como son personas que no todas tienen y conocen que pueden acceder igual al CESFAM independiente que estén en situación irregular de migración, entonces no asisten, no asisten porque les da miedo que los puedan deportar, que los puedan acusar de que están haciendo uso de servicios y están en una situación irregular. Entonces ahí el acceso, si bien es cierto tenemos alta población, pero todavía hay mucha población que no llega a los establecimientos de salud, por ende, no se están controlando, no se están haciendo los exámenes preventivos, mamografía o Papanicolau, no tienen métodos de regulación de fertilidad. Entonces sí hay brecha, sí hay brecha en la población inmigrante, sobre todo en aquella población que no está regularizada y que es la mayor cantidad de los que nosotros atendemos, porque son muy pocos

los que ya vienen por ejemplo como turistas o que vienen con una visa o que tienen su cédula de identidad para extranjeros. La mayor cantidad son personas que están de manera irregular en el país.

I: oh, que preocupante

E3: Sí, es un tema que hay que investigar mucho más.

I: Claro. Y respecto a lo que usted mencionaba sobre estas jefaturas que tienen, se hacen cargo de los equipos, ¿no? ¿Y esos equipos cómo los dividen?

E3: Ya, perdón, de nuevo, ¿cómo era la pregunta?

I: No se preocupe. Sobre las jefaturas, ¿cómo dividen los equipos? ¿De cuántos profesionales se hacen cargo? ¿Y cuáles son estos programas de los que se hacen cargo también?

E3: Mira, hay varios tipos de jefatura. Las primeras jefaturas son las jefaturas de sectores, ya, que son como las jefaturas de equipo, de equipo multidisciplinario. Acá en el CESFAM tenemos tres sectores, el verde, el naranja y el morado. El verde y el morado tienen jefatura trabajadores sociales. Y acá tenemos los programas. Ah, bueno, y el equipo transversal, que es como el equipo donde están las atenciones de enfermería, de tratamiento, curación, toma de muestra. Todas esas unidades conforman como el equipo transversal y ahí está cargo una enfermera. Después están las jefaturas de programa, que son como los encargados de programa. Y ahí tenemos el programa infantil, el programa adolescente, el programa de la mujer, el programa de salud mental, el programa cardiovascular, el programa de adulto mayor, el programa de alimentación complementaria, el programa de calidad. Eso

I: Y ya personalmente usted, ¿cuánta gente atiende?

E3: ¿Yo? Bueno, este sector tiene aproximadamente...este, no me acuerdo del número exacto, pero creo que son como 9.000 y tantos inscritos en este sector, en el morado. Emm, Entonces, ese como nuestra población... porque en el fondo

nosotros atendemos a toda la población y como estamos divididos por sectores, cada sector tiene un territorio social. Entonces más o menos es como esa es la población que yo atiendo. Ahora, también existen para organización del recurso humano algunos estándares por los cuales se apoya la Dirección de Salud. Por ejemplo, una trabajadora social está considerada para atender 7.000 inscritos. Un médico para 3.500 pacientes, una enfermera para 3.500 pacientes. Son diferentes estándares. Y eso es uno de los factores por el cual se planifica el recurso humano.

I: Y esta planificación de recurso humano va dependiendo del cesfam, ¿no?

E3: Sí.

I: Esa información específica, ¿dónde la puedo encontrar?

E3: Mira, no... Yo creo que hay que pedirla por transparencia. Con la página de Transparencia de la muni y tú puedes pedir como la dotación del recurso humano de la red de salud.

I: Ay, super, gracias. Y también de manera personal, ¿Usted encuentra que está como saturada en la atención de población?

E3: Lo que pasa es que estos estándares yo creo que no están ajustados a la complejidad de la población. Entonces, porque en eso, por ejemplo, en esos 7.000 inscritos que nosotros deberíamos atender, hay personas que requieren más intervención y hay otras que requieren menos intervención. Entonces, la población que requiere más intervención y que es más vulnerable, estamos en un barrio que es altamente vulnerable, con harta población migrante, así como harta población dependiente severa. Nosotros en nuestro sector, morado, tenemos hartos pacientes que están en el programa de dependencia severa. Son pacientes que requieren de muchas atenciones nuestras y en domicilio, que además implican mayor tiempo. Ya entonces, por ejemplo, implican atenciones médicas en domicilio, de enfermera, todo se hace en domicilio. Y eso es como el doble del rendimiento que uno ocupa como paciente en el box. Entonces, no se miran todas esas realidades, sino que solamente como que se saca un estándar. Pero ese

estándar, como te digo, no está ajustado. Han subido los casos, por ejemplo, de problemas de salud mental a todo nivel sobre todo en población adolescente. Entonces, es población que está requiriendo más atenciones, que está requiriendo más atenciones, más intervención, y que muchas veces nos damos abasto por eso. Porque la forma como se está planificando el recurso humano solamente se mira desde un punto de vista numérico, pero no desde la complejidad de la persona.

I: Claro, entonces faltaría. Mm, con lo que comentaba usted sobre la articulación que tienen, nosotras también tenemos una pregunta respecto a eso. Y me gustaría que la pudiera especificar. La pregunta dice, dentro de la institución, dentro de este cesfam, ¿existe una articulación con otros programas profesionales en temas de salud reproductiva? ¿Y cuáles son?

E3: Perdón. ¿Cómo era la pregunta?

I: No se preocupe. ¿Existe una articulación con otros programas profesionales en temas de salud reproductiva? ¿Y cuáles son?

E3: O sea, en todos los temas. No solamente en salud reproductiva, pero obviamente con los matrones sí en el tema de salud reproductiva tenemos más relación, porque ellos son quienes hacen esas atenciones.

I: Claro.

E3: Ya. Nosotros como trabajadores sociales tenemos mucho más como cercanía con los psicólogos. Hacemos duplas psicosociales para atender al paciente. En general nos tenemos que vincular con todos los profesionales. De hecho los profesionales también, cuando pesquisan algún riesgo social, nos derivan los casos, los conversamos, nos coordinamos, hacemos planes de intervención, presentamos los casos en salud familiar. Nosotros estamos relacionados con todo el equipo. Somos una de las profesiones que tiene que estar vinculada, porque además, el modelo de salud que nosotros tenemos tiene mucho de social. Ya, tenemos determinantes sociales de la salud que en el fondo, siempre tienen que estar presentes y considerados dentro de una atención. Por ejemplo, si el paciente

está cesante, si el paciente tiene bajo ingreso económico, si el paciente tiene un nivel de educación bajo, si pertenece a una población inmigrante, si vive en condición de hacinamiento, si tiene factores estresores como violencia, maltrato dentro de la familia. Entonces, es población que viene con todos esos factores, y nosotros desde nuestro modelo de salud los tenemos que abordar. Entonces, el trabajador social está siempre en coordinación con todas las otras profesiones.

I: Claro. Y específicamente con el sector de matrones y matronas, ¿cuál es el trabajo que se hace ahí? ¿O se hace efectivamente un trabajo?

E3: Sí, sí se hace. Se hace, pero también, como en el fondo desde los riesgos sociales visualizados en la situación. Por ejemplo, no sé, la matrona en el control de embarazo, la persona le refiere de una situación de violencia. Inmediatamente la matrona se contacta con nosotros. O se da cuenta que, no sé, está en una situación precaria económicamente. Estamos más en trabajo desde eso, desde como la visualización de los riesgos que pueden estar asociados y que tienen que ver con el área social.

I: Ya. Entonces, ¿en cuanto a eso habría o no habría, por ejemplo, talleres de educación sexual donde se haga este trabajo de generar responsabilidad compartida?

E3: Yo creo que en los talleres prenatales se trabaja eso. Se trabaja un poco más como con la responsabilidad compartida en el cuidado del embarazo, desde el embarazo hasta el nacimiento del niño, cuál es el rol también de la pareja, del apoyo. Creo que es el único taller o como actividad educativa que se realiza con mujeres y que es como más constante y donde se toca más el tema como de la responsabilidad compartida.

I: Y ahí hay efectivamente trabajadores sociales, ¿o no?

E3: Sí, sí. Nosotros estamos, pero generalmente, y abordamos esos temas, pero a nosotros nos piden que hablemos más sobre, por ejemplo, los derechos laborales, el tema del fuero, los beneficios sociales que existen para las mujeres que están

gestando. Como ese tipo de problemáticas nos piden que abordemos en los talleres de embarazada. Pero sí también apoyamos el tema de la responsabilidad, en la corresponsabilidad parental.

I: Entonces, el rol que se estaría cumpliendo o la función sería como de educador social.

E3: Sí, educativo.

I: Super, y ya la última pregunta, como general, ¿cuál es el rol que deberían tener las profesionales del trabajo social para promover una desnaturalización del rol de la mujer como responsable de la salud reproductiva?

E3: Yo creo que es, como te decía en el inicio, proponiendo también desde nuestro rol y desde los conocimientos que tenemos de la comunidad, porque nuestra producción también tiene un acercamiento mayor con la comunidad. Entonces, aprovechando ese conocimiento, hacer propuestas para poder desarrollar estos temas en el interior del equipo. Podemos liderar este trabajo y podemos capacitar a nuestros compañeros y podemos solicitar también a nuestras jefaturas que nos apliquen capacitación más en estos temas como para ir instalándolo con acciones más concretas. Nuestro rol ahí es la abogacía, es la gestión, es la capacitación, es la propuesta en la innovación. Probablemente también el poder proponer estrategias innovadoras respecto a este tema, también es algo que nos compete a nosotros como trabajadores sociales desde nuestro quehacer.

I: Eso sería la entrevista a grandes rasgos, muchas gracias

#### **Entrevista N° 4**

J: Bueno, yo soy Janis, la persona con la que se estuvo contactando. Es un gusto vernos las caras. La compañera que está por el otro lado con la cámara prendida es Renata, también parte de la investigación.

R: Hola

J: Y bueno, comentarle que yo voy a estar dirigiendo las preguntas, pero las chiquillas van a poder intervenir cuando crean que es necesario para hacerle algunas preguntas. ¿Le parece bien?

E4 Sí, me parece bien.

J: Lo otro que le voy a consultar antes de dar inicio a la entrevista es si podemos grabar la conversación. No la pantalla, sino la conversación.

E4: Sí, está bien.

J: Muchas gracias. Voy a empezar a dar inicio a la grabación. Renata, si tú también puedes, por favor.

R: Sí.

J: Ahí está iniciando, el trabajo es en torno al rol de las trabajadoras y trabajadores sociales respecto a la desnaturalización de la salud reproductiva en las mujeres cis heterosexuales. Lo estamos viendo desde el uso de métodos anticonceptivos, como la mujer históricamente se ha hecho cargo de este plan de vida, esta planificación familiar. Eso, más que nada.

E4: Disculpa, ¿te entendí? ¿De las mujeres transexuales? ¿Transexuales?

J: No, cis heterosexuales.

E4: ¿Heterosexuales?

J: Cis heterosexuales, claro. Bueno, preguntarle primero ¿en qué sector estuvo trabajando usted?

E4: Bueno, yo estuve en el PS, en el CESFAM Cristo Vive, en Recoleta.

J: En Recoleta. Ah, ya. Ya, super.

R: Hay una fundación igual de Cristo Vive, ¿no?

E4: Sí, la Fundación Cristo Vive, lo primero que nace allí es el CESFAM, en la época de la dictadura. Vino a dar respuesta a las necesidades de la gente. Entonces, desde ahí ya se arma la fundación y ya tienen, abarcan distintas áreas también, monumentales, específicas. Yo estuve en APS.

J: APS. Ya, super. ¿Y nos podría contar un poquito qué hacía allí en APS?

E4: Todo lo que tiene que ver con el rol de las trabajadoras, estaba en el programa Chile crece contigo, ahí las embarazadas que pueden tener algún riesgo o tienen que estudiar. Hay que trabajar con adultos mayores también, atención al público general. De todo, en realidad, todo eso sucedió con respecto a los sectores. Yo tenía el sector amarillo y el sector rosado. Yo me compartía la mitad de mi jornada y luego se dieron cuenta que faltaban más trabajadoras sociales y que era solo en el sector amarillo jornada completa. Ahí, bueno, yo estuve en tiempo de pandemia igual, entonces ahí se hizo mucho acompañamiento también, médicos, mucha intervención en crisis, por el tema de las muertes, ¿verdad?, en pandemia. Y distintas situaciones que se van presentando en APS, entre ellas.

J: Claro.

R: ¿Cuántos años estuvo?

E4: Tres.

R: ¿Y ahora actualmente?

E4: Actualmente estoy en un FAE, un programa de asistencia, Mejor niñez.

R: Bien.

E4: Más especializado.

J: Super. ¿Más consultas, Renata?

R: No, era para contextualizar.



J: Ya, super. Vamos a dar inicio con la primera pregunta. Que dice, ¿qué opinión tiene acerca de la salud reproductiva?

E4: ¿Qué opinión tengo? Que debiese ser deseada.

J: Ya, ¿en qué sentido?

E4: Que yo creo que la madre debiese estar de acuerdo. Si quiere tener un bebé, ya, que pueda decidir sobre su cuerpo, sobre su vida. Porque la madre es una persona completa, la madre tiene recursos, muchas veces son carentes. Y eso pasa mucho en APS, que se combina el tema de la falta de recursos económicos, con la desescolarización y el consumo de drogas. Entonces, muchas veces, esas madres que están en consumo de drogas no desean tener a sus hijos. No tiene sentido, porque realmente no están capacitadas para que estén los cuidados. Entonces, creo yo en que la maternidad debiese ser deseada.

Yo creo que hay que despenalizar el aborto realmente. Hay muchas situaciones que van más allá del querer o no querer a un niño. Sino que tiene que ver con la realidad social de la persona que está esperando al bebé. Creo que también debiese prevenirse, considerando ahí el tema de ese que trabaja mucho la prevención, ¿verdad? De este tipo de personas. Eso era también lo que intentábamos mucho, que las mujeres en el riesgo psicosocial subieran su método anticonceptivo si es que no querían tener un bebé o si no estaban aptas para tener un bebé. Un poco ahí, concientizándolas, haciendo un trabajo de concientización con ellas, de lo que significa tener a una persona a su cargo y de los métodos preventivos que hay en APS. Inyecciones, pastillas, distintos métodos.

J: ¿Y en ese sentido qué opinión tiene acerca de los métodos anticonceptivos en general?

E4: ¿Cómo? ¿En qué sentido?

J: Dentro de las funciones que realizaba usted, comentaba que las mujeres en el riesgo psicosocial, si no querían ser madres, tenían que ocupar métodos anticonceptivos, ¿no?

E4: Yo creo que es ideal, porque tampoco las podíamos obligar. Ya las mujeres en general adultas, con carencias claramente, están con problemas a nivel intelectual y no puedes decidir por ellas. Lo que más puede hacer es orientar a las mujeres, orientarlas en el sentido de qué vas a hacer tú con tu vida, qué va a ser la vida de ese niño. No debes hacerte cargo realmente, eso es lo que quieres para tu vida, o quieres seguir en la que estás, o quieres hacer otro tipo de cosas. Ahí nos metíamos mucho las trabajadoras sociales, porque tenemos esta llegada a las mujeres que de repente no tienen tanto el área de la salud, que no es su especialidad, ¿verdad? Muchas veces ellos se basan en lo médico, en lo biológico, y nosotros ahí cumplimos el rol de también decir, somos sujetos completos, ¿verdad? Mujeres completas, con historias, con carencias, con necesidades, y con cosas positivas también. Entonces yo creo que nosotros cumplimos un rol ahí de concientizar a la persona e informar de qué se tratan también los métodos anticonceptivos, un poco ahí ayudando también a las matronas, que de repente quizás en su tiempo de atención no tienen, para hacer esta concientización más profunda. Y nos pedían mucha ayuda las trabajadoras sociales para poder hablar con ellas después y hacer un trabajo conjunto. Y en muchas oportunidades ellas pedían algo del método anticonceptivo, porque en realidad lo que tenían era desconocimiento. Muchos mitos, que voy a engordar, que no sé qué. Que en realidad comiendo voy a engordar también. ¿Dónde están sus prioridades? Es decir, engordar o realmente tener un hijo, ¿entiendes? Entonces ahí ya nosotras ayudábamos mucho porque teníamos más tiempo también de consulta. Fue algo que pedí mucho, fue el tiempo de consulta y ahí pedía 45 minutos. Porque lo mínimo, lo máximo eran 30. Y yo consideraba que para abrir temas tan grandes y tan... Había muchos temas que trabajar, entonces 30 minutos de repente no te da, una sesión no te da para concientizar a una mujer.

J: Claro. Y cuando usted se refiere a este saber que tienen los médicos como fijándose más en lo biológico, ¿a qué se refiere?

E4: Me refiero a que ellos lo ven más desde la enfermedad, desde que si está bien o no el bebé, de que si está bien o no la madre, si hay consumo, ¿verdad?

Pero hay cosas que son más profundas, por ejemplo, el mismo consumo. La persona no consume porque ella, un día me levanté, voy a consumir por siempre. No es así. Entonces en eso, con el tiempo que los médicos tienen en particular, que son como 15 minutos, 20 minutos, no te da como para hacer una intervención. No te permite hacer una intervención más profunda con esa persona. Entonces, más que contestarla, no tenían tanto tiempo, ¿me entiende? Y tampoco quizás la justicia, ¿ya? Porque si bien ellos también son personas y pueden tratarte como una persona con derechos y todo, quizás no van a saber profundizar, quizás no van a trabajar una línea de vida, quizás no van a trabajar un genograma o motivos del consumo o distintas cosas que lo llevan a estar en situaciones de riesgo.

J: Claro.

E4: Pero es en realidad porque nosotros, como trabajadores sociales, intervenimos ya cuando vemos que hay una dificultad mayor, ¿ya? Independiente que seamos APS, hay muchas problemáticas que llevan, que son de alta complejidad, que llegan a APS y no pueden hacerse la que no entienden y la, bueno, derivamos, no, sino que hay que hacer un trabajo y una derivación asistida de repente cuando el problema es para un sistema secundario, por ejemplo.

J: Claro. Renata, ¿tú tienes alguna consulta?

R: Sí, en ese entonces como... Los profesionales, ¿era bueno el trato con usted? ¿Había como una, ¿cómo se llama? ¿Una articulación entre profesionales de salud y ustedes como trabajadores sociales? ¿Era buena la articulación?

E4: Siempre, porque, a ver, la figura del trabajador social en salud se ve, o sea, la gente lo conoce más, el trabajo social en la muni.

R: Claro.

E4: Entonces, una trabajadora social que realmente está en APS, muchas veces no entienden para qué, porque ellos en la muni lo que piden son recursos, ¿ya? Entonces, como que ellos pedir una consulta con la trabajadora social, muchas veces no se da, sino que van al médico para cuidarse quizás por el tema

anticonceptivo o porque ya no quieren tener al bebé o por distintas cosas, o por cuidar al bebé y cuidarse de ella, pero no saben que está la trabajadora social y para qué. Ya, nosotros articulamos muchas redes ahí, sobre todo cuando hay necesidades múltiples.

R: Y ahí usted siempre recarga que la mujer va como a los controles. ¿Usted piensa que como que la responsabilidad recae sobre la mujer? ¿Como con los métodos reproductivos?

E4: Claro, ya no va más allá. No creo que... Hablo de las mujeres porque son las que consultan, las que se preocupan y en realidad tienes que decirlo, porque ellas son las que gestan. Y por un dejo de la imagen del hombre en realidad en este tema, porque que consulten es difícil. Realmente ellos lo hacen cuando ya tienen una enfermedad sexual, tienen algún problema, pero así como antecede a una situación, a mí no me tocó que un hombre fuese a consultar así. De hecho, hablábamos de la pareja en relación a ella. Tienen una base económica, distintos temas, pero siempre como una figura que no va, que no aparece en las sesiones.

R: Como ausente, ¿no? Como no tan participante.

E4: Por eso yo más bien hablo de las mujeres, porque en realidad eran ellas las que asistían. Los hombres que de repente en visita domiciliaria los pillaban de la casa, trataban ellos también de no hablar mucho, porque todavía yo creo que en este país es un tema que se asocia mucho a las mujeres. Y no se responsabiliza al hombre de la paternidad, no se habla aún de, por ejemplo, ¿estamos embarazados? Se habla de, ¿estás embarazada? ¿No sé si soy el papá? ¿No sé si me quiero hacer cargo? Hay un dejo ahí de los hombres en la salud reproductiva, creo yo. Por lo menos en la clase baja, la clase social que era donde hacíamos el trabajo. Gente que es de FONASA A

J: Y respecto a eso, dentro de la institución de este CESFAM, ¿había trabajo como equipo multidisciplinar en enfocarse en los hombres, quizás?

E4: Lo que pasa es que más que... A ver, yo creo que no, pero es también por esto de la gran carencia que tenían los hombres... Porque un hombre me llevaba para hacer una ficha familiar, o para actualizar ficha en el CESFAM. Pero no me venía a preguntar o a decir, ¿qué es lo anticonceptivo y no queremos ser padres? Eso no. Eso de hecho, yo creo que es algo que no hablan entre ellos... Ya, de hecho el tema de eso de cuidarse ellos más que el condón, creo que ni siquiera lo consideran todavía a nivel de país. Ya, la vasectomía es algo muy raro que lo hablen, ¿no? Sobre todo alguien de barrio. Hay clases más altas, se puede dar, se dan esos temas, pero las clases bajas, casi siempre se adjudica el cuidado a las mujeres en los CESFAM. Y sin contar que ellos igual están susceptibles de tener enfermedades de transmisión sexual, ¿verdad? Pero creo que para ellos es muy tabú el tema, es muy... “Yo ya te dije que tú lo vieras, toma pastillas”, ahí se desliga un poco el tema, porque también de repente dicen, “ ¡ay, es que tú no te tomaste las pastillas!” O sea, en realidad un trabajo como en conjunto no hay, creo yo, falta, ese en el país no hay, no sé si hay, pero falta.

J:Claro. Y en ese sentido, ¿usted cree que la política sexual y reproductiva a nivel nacional está al debe en ese sentido?

E4: O sea, yo creo que no, en realidad no he estudiado mucho el tema en el último tiempo, porque estoy en infancia, ¿verdad? Pero...Pero yo creo que no, que el foco siempre ha sido la mujer.

J: Claro.

R: Quizás que... Eso quizás como profesión, como involucrarse más en informar, con esas charlas que da, como capacitar, no solamente al hombre, sino más bien a la comunidad en sí.

E4: Yo creo que eso debería ser dado, según yo, estratégicamente, más en los trabajos de los hombres. Porque los hombres dicen, o en realidad esa es la justificación, “yo no tengo tiempo para ir, no puedo ir a un taller, tengo que trabajar.” Todavía está muy instaurado el rol de proveedor, que... Que sale, ¿por

qué no? Que tiene que ir. Ah, es verdad, y la mujer, bueno, ella sí puede pedir permiso para ir al psicólogo, por ejemplo, o para ir a las charlas.

Pero un hombre sacarlo de su trabajo para ir a una charla sobre métodos anticonceptivos, por ejemplo, es muy difícil. Ya, es muy difícil porque no lo van a pedir. No lo van a pedir en su trabajo, no lo van a pedir en su trabajo. No lo van a pedir. No lo van a pedir en su trabajo, no lo van a priorizar. Si bien hay un desconocimiento del tema, creen mucho saber, ya sé qué se trata, ¿verdad? Y lo saben en términos generales, yo no creo que sea tan profundo. Y eso, por eso yo te digo, finalmente, a lo que más atendemos son personas que ya vienen enfermas, hombres que ya vienen enfermos, o mujeres. Las mujeres son más preventivas.

J: Claro, cumplen más con ese rol de cuidadora todavía.

E4: Claro, exacto.

J: Y, bueno, usted ya nos comentaba un poco el rol que tenían como trabajadoras sociales,

pero nos gustaría que nos pudiese, que pudiésemos hablar sobre cuál es la participación del trabajo social en estos temas de salud reproductiva.

E4: Yo creo que en salud reproductiva lo que hacemos es apoyar. Apoyar ya sea a médicos o a matronas con alguna temática que necesiten preocuparse. En cuanto a problemas complejos, ¿verdad? O que cuesta comprender. Distintos problemas que puedan tener que generalmente son múltiples. Nunca se da solo un problema, sino un poco de la mano. Ahí es cuando ellos derivan a trabajadoras sociales.

Yo creo que en este tema de la salud reproductiva más sobre derivación. Hay una trabajadora social, ¿verdad? Que se preocupa de promoción. La promoción de la salud.

Entonces, generalmente las trabajadoras sociales que estábamos atendiendo no cumplíamos ese tipo de función. Ya, por ejemplo, ella era la encargada de realizar

talleres, u organizar un taller. Que en ese taller participaran también las matronas y las trabajadoras sociales.

Yo creo que el trabajo social viene a ayudar un poco más a profundizar en lo que es la historia de esa persona. Como el paso a paso. Tú, mujer, con tales características, con tal familia, con tal historia. Es algo mucho más profundo. Más allá de una pauta de una entrevista que puede hacer quizás, que no está mal. Que puede hacer una matrona. ¿Has consumido? ¿No has consumido? ¿Te has cuidado en estos últimos meses? Más que eso, ya ellos detectan que pasa algo. Quieren cambiarlo. Quieren modificar y quieren ayudar a la paciente. Entonces, así es cómo se evalúa el caso. Generalmente en reuniones, ¿verdad? Y hay distintas profesionales que van diciendo que vieron a tal persona y quizás esta persona tampoco tenía los recursos, que tiene cuentas cerradas. Entonces, de alguna forma, es difícil el viajar. Eso es. Y cosas así. Eso pienso yo. Y ya, entonces, desde el trabajo social es, no tanto como promoción y prevención, sino que más de cuando ya está el problema, ¿verdad? Cuando ya tenemos, por ejemplo, una mujer con sida. ¿Cómo lo lleva? ¿Cómo está socialmente? ¿Su salud mental? ¿Sí? Porque realmente uno quisiera, o los profesionales quisieran separar, por ejemplo, la salud mental de los trabajadores sociales. Y no es posible, ya. Porque muchas veces estas depresiones, o estos miedos, o esto creerse menos, se dan también por un tema... Es bien psicosocial. Entonces, creo que hay que tener en cuenta que creo que el apoyo de los trabajadores sociales es como dar un, una todo, una todo. ¿Me entiendes? Por ejemplo, por ejemplo, quizás la matrona va a hacer lo reproductivos, y ellos están viendo que hay otras cosas más que ver, y que ellos no lo pueden abordar por tiempo, o porque no tienen las capacidades. Y ahí ya la trabajadora social toma el caso porque hay algo más productivo, y articula redes, dependiendo de la necesidad.

J: Ya. Y, de casualidad, antes de pasar a la otra pregunta, ¿de casualidad ustedes realizaban charlas comunitarias?

E4: Sí, pero como te digo, generalmente yo, en realidad lo que estuve ahí, yo hice solo una charla, y fue en el pasillo del CESFAM. Pero como te digo, en las charlas generalmente se elige a una persona que está en promoción. Esa es una trabajadora social que quizás hace una cierta cantidad de horas y sus roles son mover. Entonces, ellas van a las charlas, ellas son las que, de alguna forma, están con las matronas, hacen el contacto con las distintas...colegios, porque trabajamos con los colegios, juntas de vecinos del sector. Ya, entonces, muchas veces también trabajábamos durante una semana de eso, como de la salud reproductiva y todo lo que tenía distintos afiches, distintas cosas así, pero en realidad estábamos trabajando constantemente. O sea, si bien yo no...Porque claro, el trabajo ahí de las trabajadoras sociales va a ser técnico, por eso se separan en dos. Por eso dicen, estas son las trabajadoras sociales que van a estar en sector y estas son las que van a trabajar en promoción. Y también se da un trabajo conjunto, porque las del sector siempre te van a preguntar qué es lo que has visto. Porque a uno le llegan más los pasos día a día y ya ellas están trabajando desde lo teórico, más que nada. Teórico y preventivo.

J: Súper. Renata, ¿tienes alguna pregunta?

R:No, entonces, ¿usted cree que la salud reproductiva del trabajo social debería ser como más integral, más que como enfocándose solamente como en la medicina? ¿Cómo entregarle algún método anticonceptivo, quizás? Como todo lo que dijo, como integrando la salud mental, la salud biológica, lo social igual, lo familiar.

E4: Yo creo que sí. Yo creo que un gran avance es el tema de pasar de consultorio a asesoría, que habla ya de la salud familiar, considerando a la familia como un todo, ¿verdad? Como que se articula. Porque separados podemos encontrar muchas quejas, algunas cosas, pero cuando tú ya unes todo y estamos aquí. Estamos todos bajo un sistema y el sistema familiar importa mucho y tiene mucha relevancia. A veces todo eso implica la salud reproductiva, la educación, distintas cosas. Yo creo que el trabajo social es un gran avance que viene a



unificar todo lo que va a decir, todo tiene relación y también lo económico, ¿verdad? Sí, porque creo que la clase más baja tiene menos momentos para hablar de esto, quizás.

Creo que hay más educación en la clase alta con respecto a los métodos anticonceptivos y todo este tipo de cosas. Voy a entrar en lo burdo en el comentario, pero en realidad me pasa que la gente con dinero tiene plata como para irse a otro país y realizarse un aborto. O tratarse de alguna enfermedad. Lo van a hacer más oculto en el sistema privado, quizás. Pero una mujer con bajos recursos puede estar exponiendo su vida.

J: Claro. Y con esto que usted menciona, ¿cree que de alguna manera las intervenciones sociales que se realizan dentro de las instituciones se ven permeadas, se ven afectadas por el modelo económico

E4: Sí, completamente.

J: ¿Sería por esto mismo que dice o no? ¿Como las diferencias entre clases sociales u otros factores también?

E4: Sí, porque no se educa o se educa poco. Además, yo creo que las personas aprendemos más de las personas con quienes vivimos. Por los ejemplos que nos dan las personas que amamos, de repente, que pueden ser nuestros progenitores, nuestros cuidadores y de repente ahí no hay mucha educación, por ejemplo. Entonces, es distinto. Hay mucho menos acceso al conocimiento sobre la salud reproductiva.

J: Claro. Y en esta misma línea ¿Cree o piensa que la política pública con la que se delinear las intervenciones se ve afectada por el modelo?

E4: A ver no de nuevo. ¿Cómo?

J: ¿Cree o piensa que la política pública que delinea estas intervenciones se ve afectada por el modelo económico? o ¿Qué opinión tiene de la política pública? En general.

E4: Pucha, yo creo que la política pública igual se está enfocando en este tema, no creo que esté mal, pero si está muy permeada todavía quizá por creencias religiosas todavía, entonces

R: Quizás el sistema patriarcal igual, ¿no? Como que igual interfiere un poco.

E4: Sí, por supuesto que sí. Por supuesto que sí. Yo creo que como esto mismo que te decía, las mujeres se cuidan. Las mujeres, bueno, tienen que cuidarse. Las mujeres, las mujeres y el hombre no parece, pero nunca. A veces no aparece. Creo que esto ya se tiene que ampliar. Y que de repente impiden que las leyes se ajusten, bajo mi perspectiva ya. Como en este tema de, por ejemplo, el aborto. Considero que está muy religioso todavía y finalmente, según yo el debate es más moral que de necesidad. O sea, ellos no saben la necesidad que está teniendo esa mujer embarazada, los problemas que ellos están teniendo, sino que dicen deja a ese niño porque la iglesia nos dice que los niños son sagrados, son de Dios y listo. Pero ves tú cómo lo cuidas después, ves tú cómo lo crías y después son esas mismas personas las que se quejan de que hay niños drogadictos ¿verdad?, que hay niños robando, pero en realidad todo es de ayudar. No lo hiciste, lo basaste en creencias. Yo creo que esto ya está muy atrasado para la época que estamos. Porque ese medio todavía es político con la religión.

J: Claro.

E4: Entonces podríamos avanzar mucho más, pienso yo, si lo tomaran desde el área social, del área científica, de distintas áreas, más allá de la moral, de lo que la gente cree moral o inmoral. Creo que sería un gran avance para este país, creo yo, pero todavía estamos en pañales.

J:Claro.

E4: Recién el movimiento feminista está tomando como un poco de abirnos un poco el paso, pero antes nada. Antes de eso nada. Toda la norma son todas sus creencias, sus conflictos, las cosas que no sabe también. Sí, hay hartito mito también que hay que desmentir, creo yo.

J:Claro. Todavía falta harto trabajo en ese sentido con la política pública.

E4: Harto.

J: Renata, ¿tienes alguna consulta?

R: ¿Qué rol cree que las trabajadoras sociales pueden hacer como para desnaturalizar esta responsabilidad que recae sobre las mujeres?

E4:Educar sobre el tema de la sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos, el aborto

y todo ese tipo de cosas. Que el hombre también sepa que de alguna forma ellas entienden que si no se puede ir por un lugar, que están ahí, por ejemplo. ¿Qué hacen con esas parejas que realmente no están? Yo pienso que sí, que es la respuesta del trabajo de educar, pero lo que me duele es que somos las mujeres porque no hay estos espacios con los hombres de concientización. No existen. O sea yo no he visto que los trabajadores sociales vayan a los trabajos de los hombres y digan “oye, vamos a hacer una charla de concientización?” Porque finalmente es el lugar donde más están, si tú les preguntas “no puedo porque estoy trabajando, no puedo porque estoy trabajando, estoy trabajando, estoy trabajando, yo salgo a las 6, yo salgo a las 7, el consultorio cierra a las 5 y cómo voy a ir.”

Entonces más que ir a preguntar porque ya están enfermos casi muriendo, no van po, entonces para hacer una charla con ellos, para intervenir ahí, tenemos que también pedirles ayuda nuevamente a las mujeres y que ellas pongan en su familia, en seres queridos, en sus amigas, ¿verdad? Falta, falta ahí que los hombres se involucren, que se involucren, que sientan y yo creo que son tan ajenos, están tan ajenos todavía, que yo creo que todavía piensan que esto es de la mujer. No sé si les parece a ustedes también, que son más jóvenes, pero en lo que he visto yo y en los tiempos yo creo que sí, de hecho en este programa también se busca que participe la familia de origen de los niños, y si participa, participan las

mamás, o sea, de los papás casi ni luces, de 15 casos, voy a decir que tres papás involucrados lo cual ya te dice mucho.

J: Claro.

E4: No se involucran en la salud reproductiva ni después cuando ya tienen al hijo. Entonces es algo que se le da como un rol a la mujer y estamos un poco estancados como les digo, yo creo que quizá el tema de las casas, debieran ser como lugares de trabajo también tomadas desde ahí, ¿me entiendes? Como ya desde una política pública que diga “bueno, vamos a involucrar también a los hombres en esto” pero ¿qué pasa? Que muchas veces no están creadas por mujeres, muchas veces las políticas son creadas por los hombres que no van a parir, entonces desde ahí baja mal, siempre tenemos que tener la impresión de las dos partes.

J: Claro, nosotras opinamos igual, ya saliendo más de un poco de la entrevista porque ya finalizamos con la última pregunta, bueno, comentarle que nosotras este tema nos surge como tema personal, algo que nos atraviesa, porque somos nosotras quienes nos hacemos cargo de la sociedad, nosotras tenemos que adquirir esos efectos secundarios que no lo estamos viendo ahora, pero sí todo este proceso que es educar a la pareja, educar a la familia y es algo que está tan naturalizado que nosotras vemos esa necesidad de saber qué es lo que se está haciendo y ver si es una futura línea de intervención.

E4: Claro que sí, pero desde, tiene nacer de la política pública tiene que ser casi como una obligación porque si no, no creo que le toque a ellos ir a ver cómo decir “oye, me interesa este tema, voy a la matrona” sino que lo ven en el internet y no creo que se orienten mucho. Ahí, con la cultura patriarcal, como dice Renata, estamos...

R: Igual estamos insertos como en una sociedad heteronormada y las disidencias tampoco son como incluidas en los programas, ahora recién hay como una evolución, pero antes como muy nula.

E4: Sí estamos en pañales, chiquillas, todavía, pero pienso que tenemos posibilidad de entrar y cuando tenemos una pequeña posibilidad con las masculinidades hay que tomarla, tomarla y no soltarla, tenerlo ahí y hacerlo parte porque se mueve uno y se empiezan a mover varios más, empiezan a conversar, porque mientras no haya una política pública que no de la base para poder intervenir con los hombres y que de la obligatoriedad porque desde ellos, como que el interés de ellos no veo que nazca, o sea están tan cómodos con una sociedad patriarcal que haga que la mujer cumpla la responsabilidad.

Creo que para variar vamos a ser nosotras las que hagamos esto, entonces muy bien lo que están haciendo. Las felicito porque considero que es una carencia.

J: Muchas gracias. Rena, no sé si tienes alguna otra consulta

R: No

J: Yo tampoco, así que damos por finalizada...

## Tablas de tratamiento de la información

### Tabla para el tratamiento de información objetivo específico n° 1

<p><b>Objetivo 1:</b> Identificar argumentos de las trabajadoras sociales de los centros de salud de nivel primario de algunas comunas de la Región Metropolitana que indiquen un cuestionamiento al sistema biomédico.</p>		
Cita textual	Nueva categoría	Comentario conceptual
<p>“Claro sí o sea tiene que ser un agente de cambio (el trabajador social) y tanto como usuarios internos como externos para ir rompiendo <u>esa lógica de todavía de lo biomédicos</u>, que lo biomédico se asocia mucho a lo <u>asistencial</u>”</p> <p>“Creo que también el contexto siempre es una limitante. Nosotros como trabajadores sociales no podemos trabajar solos, siempre dependemos de un otro, siempre dependemos del contacto, de la coordinación con otro sector. <u>Y salud a veces trabaja muy</u></p>	<p>Biomedicina asistencialista.</p>	<p>El modelo biomédico que señala uno de los entrevistados da cuenta de un modelo de atención que se basa en el diagnóstico y tratamiento del paciente por medio del uso de farmacología, como los métodos anticonceptivos, dado los principios de la fisiología y la bioquímica. Por lo que podríamos decir que es asistencialista debido a que solo trata la enfermedad y los síntomas, dejando de lado factores biopsicosociales.</p> <p>Así, se puede criticar que este sistema presenta limitaciones al enfocarse en el uso y entrega de los métodos anticonceptivos a mujeres, no buscan incidir en las comunidades para promover su uso como una responsabilidad</p>

<p><u>aisladamente</u>”</p> <p>Una de las entrevistadas hace referencia a cómo el sistema biomédico percibe a las usuarias en situaciones críticas, como la drogadicción “Me refiero a que ellos lo ven más <u>desde la enfermedad</u>, desde que si está bien o no el bebé, de que si está bien o no la madre, si hay consumo, ¿verdad? Pero hay cosas que son más profundas, por ejemplo, el mismo consumo. La persona no consume porque ella, un día me levanté, voy a consumir por siempre. No es así. Entonces, en eso con el tiempo que los médicos tienen en particular, que son como 15 minutos, 20 minutos, no te da como para hacer una intervención”</p>		<p>compartida y por consiguiente, no promover el bienestar social al no subsanar las cargas psicosociales presentes en el rol de la mujer.</p> <p>Así, además, las instituciones de salud podrían tener tendencias a trabajar de manera aislada en comparación a otras entidades, lo que genera limitaciones dentro de los equipos al abordar la salud reproductiva. Inclusive, poniendo barreras en el trabajo en conjunto al delimitar el tratamiento de pacientes, inclúyase aquí las orientaciones e informaciones sobre métodos y focalización del público objetivo, como funciones de las profesionales de obstetricia y puericultura.</p>
<p>Acerca de la difusión de la información sobre métodos anticonceptivos y exámenes de salud sexual y reproductiva: “Es super</p>	<p>Vulneración del derecho humano a la salud sexual y reproductiva.</p>	<p>Desde que emerge el reconocimiento de la noción acerca de la salud reproductiva como parte esencial e intrínseca de cada etapa del ser humano, así como</p>

<p>desconocido por la comunidad, tiene <u>derecho</u> a tener acceso a la información. Lo que pasa es que no se lo dan y esa es la diferencia”</p> <p>Relacionado a la falta de entrega de la información y falta de profesionales en salud sexual y reproductiva: “La de la salud está más endeble con el tema de los <u>derechos sexuales y reproductivos, porque son ellos (profesionales de la salud) principalmente los que aún vulneran”</u></p> <p>La persona entrevistada considera que existe un sesgo patriarcal y machista en los profesionales y que por ende vulneran a las mujeres: “Sí, principalmente de las mujeres en edad fértil entonces, ellos, porque de hecho yo recibí mucho... Se trato de hacer muchas cosas, trabajo con ellos porque en realidad como mucho de los</p>		<p>fundamental para el desarrollo de las comunidades, familias y personas, se percibe que el disfrute de la sexualidad es capaz de vivirse sin riesgos de transmisión de enfermedades e infecciones, de igual manera, de posponer y evitar embarazos no deseados. Lo que permitió poner en la palestra que la procreación puede separarse del disfrute sexual por medio del uso de métodos anticonceptivos, posibilitando y fortaleciendo la necesidad de generar políticas públicas que resguarden principalmente a las mujeres, entendiendo que son ellas quienes tienen la capacidad de gestar.</p> <p>En este sentido, cumplir el proceso de regulación de la fertilidad conlleva el derecho a la información y el acceso a métodos anticonceptivos legales. De esta manera, hay artículos dentro de los marcos normativos internacionales como el CEDAW que especifica el derecho a educación informativa que garantice el asesoramiento y planificación familiar (art.10), así como el libre derecho a decidir el</p>
--	--	---



<p>principales <u>enfoques</u> era <u>trabajar con los trabajadores de salud pública porque de repente, por ejemplo, no son los jóvenes que necesitan la información, son los profesionales”</u></p> <p>Una de las entrevistas señala, que en sus experiencias vinculadas a otras instituciones como SERNAMEG, da cuenta de cómo abordan la salud reproductiva: “entonces yo como profesional nos queda abarcar el profundidad eso y trabajar como en si una ley, porque ni siquiera lo trabajan como derechos, lo trabajan como en general”</p> <p>“SERNAMEG servicios que lo presenta aún es desconocido para la comunidad aun así que tiene derecho a la salud reproductiva a la del acceso a información, <u>cachai lo que acceso a los métodos de manera gratuita y lo mismo</u></p>		<p>número de hijos y la frecuencia (art.16). Así como normativas nacionales acotadas como la Ley N°20.418, donde se explícitamente desde su artículo primero pone el foco en el derecho a recibir información, orientación y educación en torno a la regulación de fertilidad, de manera completa y sin sesgos. Integrando, por cierto, las opciones disponibles con el porcentaje de efectividad y accesibilidad, para evitar embarazos, violencias y los propios efectos de los métodos.</p> <p>Entonces, lo que indican las entrevistadas desde su experiencia como trabajadoras en instituciones de salud, es que existen situaciones dadas dentro del sistema biomédico que dan cuenta de vulneraciones a los derechos vinculados a la entrega de información adecuada y pertinente respecto a las alternativas de métodos anticonceptivos, donde recalcan que los métodos gratuitos que no son accesibles a la comunidad en tanto se omite su difusión.</p>
---	--	---

<p><u>centro de salud no le dan la información que requiere”</u></p> <p>“Hay mujeres que no se habían enterado que le habían sacado el útero pero ahora está el hecho que no le den la hora, de que sólo le den los anticonceptivos disponibles, de que no le den esta información de las contraindicaciones de los anticonceptivos”</p>		<p>Inclusive, se reconoce que se trata de un derecho vulnerado en las consultas y que son perpetuados por los funcionarios de la salud, asumimos aquí, que han de ser los profesionales de obstetricia y puericultura que se hallan en los cesfam. No sólo por la omisión de información que se ha de entregar por ley, sino por los sesgos que, según ellas, está incorporado individualmente en estos profesionales, donde se hace evidente la falta de preparación en temas de salud reproductiva, especialmente, en el hacer activa la participación masculina.</p> <p>Esto evidencia, por tanto, un servicio público que es de baja calidad para las usuarias y comunidades, lo cual es, también, una forma en la que se vulneran los derechos referentes a la salud pública.</p>
--	--	--

**Tabla para el tratamiento de la información objetivo específico n° 2**

<p><b>Objetivo 2:</b> Identificar discursos neoliberales en torno a la salud patriarcal, de las trabajadoras sociales de los centros de salud de algunas comunas de la Región Metropolitana.</p>		
<b>Cita textual</b>	<b>Nueva categoría</b>	<b>Comentario conceptual</b>
<p>“Por ejemplo, cuando yo trabajaba en el servicio y en la otra comuna tenían profesionales de Santiago, pucha las chiquillas eran activistas, feministas, entonces <u>nosotros trabajamos en una especie de un círculo más conservador</u>, de hecho, es el único programa que tratan esta problemática, los derechos reproductivos entonces como comuna los profesionales estamos muy al debe en ese sentido.”</p> <p>“Entonces ya como profesional nos queda abarcar el profundidad eso y trabajar como en si una ley, porque ni siquiera lo trabajan</p>	<p>Intervención neoliberal y patriarcal</p>	<p>En los discursos neoliberales que se enmarca la entrevista se da cuenta que la responsabilidad reproductiva se destaca por ser individual y centrada en la mujer, lo que se evidencia en cómo se ratifican los estereotipos de género, ya que se reduce la salud reproductiva a una materia exclusivamente de las mujeres, perpetuando roles tradicionalmente impuestos, limitado la autonomía y toma de decisiones sobre sus cuerpos. Por lo que, siguiendo a Brown (2021), esto tendría una relación directa con los valores conservadores asociados al neoliberalismo, uno de los cuales sería el rechazo a los “cuestionamientos a las desigualdades” entendiéndose</p>

<p>como derechos, <u>lo trabajan como en general</u> y de hecho sería muy bueno, que Espacio mujer, una vez lo propuse, <u>pero también podría ser una política de eso también</u>, pero también son cosas que no se abarcan en la comuna.”</p> <p>“Por ejemplo, el programa de salud de la mujer, o sea, de hecho se llama así, y ya haciendo eso dejamos fuera toda la otra variedad de población que nosotros tenemos, pero de a poco creo que se han ido intencionando algunas acciones.”</p> <p>“Voy a entrar en lo burdo en el comentario, pero en realidad me pasa que la gente con dinero tiene plata como para irse a otro país y realizarse un aborto. O tratarse de alguna enfermedad. Lo van a hacer más oculto en el sistema privado, quizás. Pero una mujer con bajos recursos</p>		<p>como parte de fomentar una visión tradicional y conservadora de las relaciones de pareja, ya que estas refuerzan estereotipos de género preestablecidos, así como perpetuar la reducción de los servicios y programas de salud especializados en la reproducción y la procreación, limitando el acceso a servicios esenciales sobre educación sexual integral, ya que según Frei Betto (2009) el neoliberalismo lo refuerza, mercantilizando servicios esenciales como los sistemas de salud y educación, el abastecimiento de agua y energía, promoviendo la privatización y comercialización de la salud reproductiva afectando principalmente a aquellos más vulnerados y de poca solvencia monetaria derivando en barreras económicas significativas , como por ejemplo son la desigualdad en acceso ya que los centros de salud suelen centrarse en áreas urbanas de las principales ciudades.</p>
--	--	--

<p>puede estar exponiendo su vida.”</p> <p>“Pucha, yo creo que la política pública igual se está enfocando en este tema, no creo que esté mal, pero si está muy permeada todavía quizá por creencias religiosas todavía”</p>		
<p>“Mira, en verdad es que no sé cuánto será, pero si uno mira las cifras, será un 10% versus un 90% mujeres. Generalmente los hombres cuando vienen al cesfam vienen por otras cosas. Vienen porque tienen una consulta médica, porque tienen algún problema de salud cardiovascular y necesitan controlarse. Vienen por el tema de salud mental porque están pasando por alguna depresión o algún problema de salud de esa índole. Pero en general son pocos los que vienen por algún tema como sexual y reproductivo. Son pocos los</p>	<p>Salud heteropatriarcal</p>	<p>Se expresa una internalización de la salud reproductiva como asunto particular de la mujer por medio de las prácticas normativas en las relaciones heterosexuales, lo cual al darse en las trabajadoras sociales de instituciones biomédicas es el reflejo de una sociedad neoliberal y patriarcal. Esto en relación de que se manifiestan ciertas tendencias dentro de los establecimientos que señalan a la mujer como responsable de la salud reproductiva.</p> <p>Se releva que las mujeres son quienes asisten a los centros de salud familiar, lo que se puede apreciar como un comportamiento aceptable dentro de una sociedad</p>

<p>que consultan por eso. Y cuando lo hacen, generalmente le consultan al médico, no consultan con la matrona.” (E2)</p> <p>“Entonces, también en eso estamos súper desbalanceados, si todo el arsenal de insumos que nosotros disponemos están orientados hacia las mujeres, es más difícil, a pesar de que, por ejemplo, igual se intenciona que las mujeres puedan venir acompañadas a sus controles, por ejemplo, siempre que obviamente ella quiera, porque a veces también nos pasa que llegan a acompañar, pero es porque también el hombre se impone sobre las decisiones que pueda tomar la mujer, o sea, como que también hay que tener cuidado con eso.” (E2)</p> <p>“Creo que es el único taller o como actividad educativa que se realiza con mujeres y</p>		<p>patriarcal que estima que las mujeres deben acceder a ciertas libertades, en este caso la sexual, pero deben hacerse cargo de la totalidad de los cuidados. De esta manera, dentro de los centros de salud donde se hallan las ts hay variedades de mujeres, pero la tendencia es que son mujeres de sectores empobrecidos o vulnerados por el E°, de modo que, hay factores que inciden en el uso de los métodos y las tendencias significativas de mujeres que asisten, dichos factores están vinculados a la educación que recibe la población en términos de acceso. Lo que destaca las diferencias entre clases sociales, donde la población más empobrecida se ve afectada y, por ende, las mujeres se ven mayormente impactadas pues se ven comprometidas a hacerse responsables del proyecto de vida individual de ellas, así como del de sus parejas, evitando así embarazos no deseados que puedan interferir con sus vidas actuales. Esto, pues los varones no asisten a los centros</p>
--	--	--

<p>que es como más constante y donde se toca más el tema como de la responsabilidad compartida.” (E2)</p> <p>“Por eso el gran cantidad de los ETS son contagiadas por los hombres, y los hombres se lo contagian a las mujeres, <u>pero es porque ellos si nosotras no tenemos apoyo menos ellos, tener esta educación preventiva sexual,</u> cachai.” (E1)</p> <p>“Claro, ya no va más allá. No creo que... Hablo de las mujeres porque son las que consultan, las que se preocupan y en realidad tienes que decirlo, porque ellas son las que gestan. Y por un dejo de la imagen del hombre en realidad en este tema, porque que consulten es difícil. Realmente ellos lo hacen cuando ya tienen una enfermedad sexual, tienen algún problema, pero así como antecede a una situación” (E4)</p>		<p>de atención de salud por factores económicos, desconocimiento y, a nuestro parecer, por comodidad.</p> <p>El primer factor está dado por los límites neoliberales de producción capitalista que interfiere con la satisfacción de necesidades, como la salud reproductiva; pero que intercede en la participación activa en conjunto con las mujeres. Puesto que se les relega a los varones a un rol productivo, aquí se hace el cruce con el patriarcado, puesto que las mujeres han asumido roles productivos, pero no se han desvinculado de los reproductivos como aún lo efectúan los hombres. Por ello, las instituciones biomédicas tienen participación en esta desvinculación pues existe una negligencia basada en la diferencia sexual y que perpetúa la heteronorma.</p> <p>El segundo, tiene que ver con el acceso a la educación propio de un sistema neoliberal, pero que se acentúa en la diferencia sexual, donde los hombres no asisten a los centros de salud y tampoco son</p>
---	--	--

<p>“Hay un dejo ahí de los hombres en la salud reproductiva, creo yo. Por lo menos en la clase baja, la clase social que era donde hacíamos el trabajo.” (E4)</p> <p>“Hay clases más altas, se puede dar, se dan esos temas, pero las clases bajas, casi siempre se adjudica el cuidado a las mujeres en los CESFAM. Y sin contar que ellos igual están susceptibles de tener enfermedades de transmisión sexual, ¿verdad? Pero creo que para ellos es muy tabú el tema, es muy... “Yo ya te dije que tú lo vieras, toma pastillas”, ahí se desliga un poco el tema, porque también de repente dicen, “¡ay, es que tú no te tomaste las pastillas!” O sea, en realidad un trabajo como en conjunto no hay, creo yo, falta, ese en el país no hay, no sé si hay, pero falta.” (E4)</p> <p>“Pero un hombre sacarlo de su trabajo para ir a una</p>		<p>considerados como sujetos de intervención urgente con los cuales trabajar en promoción de métodos anticonceptivos, entrega de condones, etc.</p> <p>Finalmente, la comodidad está dada por la naturalización que se ha generado en la internalización del uso de los métodos anticonceptivos dentro de la normatividad de las relaciones heterosexuales, donde la mujer se hace cargo de los asuntos reproductivos de manera individual y sus parejas no asumen de manera autónoma ser partícipes de la responsabilidad compartida, ya sea asistiendo a charlas, a citas de atención con la matrona o gineco-obstetra, etc. Por lo tanto, se visualiza una comodidad de la normatividad en la que se hallan, lo que reproduce no sólo la norma en sí misma, sino que acepta y reproduce el neoliberalismo al no hacerse responsable y dejar esta situación como un asunto individual, lo que es propio de los valores conservadores que impregnan el neoliberalismo en Chile, y reafirma el patriarcado que</p>
--	--	--



<p>charla sobre métodos anticonceptivos, por ejemplo, es muy difícil.” (E4)</p> <p>“Y eso, por eso yo te digo, finalmente, a lo que más atendemos son personas que ya vienen enfermas, hombres que ya vienen enfermos, o mujeres. Las mujeres son más preventivas.”(E4)</p>		<p>incide en las formas de relacionarse sexoafectivamente.</p>
<p>“Ya si la copa menstrual, la media luna es la más conocida me dijo, pero es más cara me dijo esta esta otra marca si tu lo lees tiene otros componentes mismos ingredientes y es más económica y dijo entonces yo siempre le recomiendo está a las chiquillas. (...) porque los consultorios como la copa menstrual no es un tema que lo integran a la salud menstrual por que recuerda que la salud menstrual no solo son métodos anticonceptivos, métodos de menstruación,</p>	<p>Recursos limitados</p>	<p>Las entrevistadas hacen referencia al personal de salud, donde se da cuenta de cómo existe un plan comunal que debe abarcar las necesidades de la población y que está anejado a las expectativas de funcionamiento, así como de cobertura por cada profesional. De esta manera, se manifiesta cómo las trabajadoras sociales dentro de los centros de salud son significativamente menores en número en comparación a otros profesionales, puesto que se hacen cargo de determinados asuntos como de promover y gestionar recursos para adecuar las intervenciones de otros</p>

<p>período, o sea gestación, también tiene que ver con la menopausia, el climaterio, es todo en realidad integra toda la vida de la mujer, por ejemplo no se en la etapa del climaterio o menopausia no entregan lubricante, que es algo para ellas es super, es fundamental, no para todas”(E1)</p> <p>“Si, mira eso es lo otro, el preservativo femenino, no llega en gran cantidad al consultorio y de hecho el que se entrega a nivel masivo es el masculino.” (E1)</p> <p>“Incluso debería haber un ginecólogo por que los hombres un urólogo también, por que los hombres también consultan y para ellos también es difícil” (E1)</p> <p>“Claramente hoy el hombre tiene la posibilidad de acceder a temas de cirugía para poder, cómo se llama...para no ser papá y esa cirugía también se puede</p>		<p>profesionales con las pacientes. En este sentido, las trabajadoras tienen una alta demanda, pero manifiestan cómo el sistema de salud pone límites de atención difíciles de cambiar, esto en tanto hay pacientes que requieren mayor atención en una intervención a diferencia de otros, así como dentro de las sesiones no se pueden abordar integralmente las necesidades de las usuarias porque cuentan con tiempos muy acotados.</p> <p>Además, se da cuenta de cómo se requieren ciertos profesionales dentro de los establecimientos para “equiparar” la corresponsabilidad de la salud reproductiva, así como de la sexual, pero que es imposible llegar a esa meta puesto que no hay una inversión en profesionales para abordar la salud de manera integral.</p> <p>Esto implica que dentro de los centros de salud de nivel primario hay reducciones de costo que imposibilitan lograr una desnaturalización de la salud reproductiva como un asunto de mujeres, pues los programas de</p>
---	--	---

<p>revertir, entonces siento que hay un avance, pero claramente mucho menos que en el género femenino.”</p> <p>E2</p> <p>“No hemos intencionado tampoco espacios de encuentro con la sociedad civil para abordar específicamente estos temas. Sí tenemos contacto, por ejemplo, con las juntas de vecinos, pero es como para ver temas en general, no es tan específico. Creo que eso también es una limitante, es una limitante porque en el fondo no tenemos el tiempo para hacerlo, pero también es un espacio en el que estemos, por ejemplo, en más actividades de gestión los trabajadores sociales, también es algo que fortalece nuestra profesional.” (E2)</p> <p>“Ahora, también existen para organización del recurso humano algunos estándares por los cuales se apoya la</p>		<p>salud no contemplan los cuidados de varones y eso afecta doblemente a las mujeres.</p> <p>Por otro lado, la entrega de métodos anticonceptivos refleja la gestión de los recursos materiales, donde se visualiza una existencia de un factor económico que sobrepone el uso de métodos anticonceptivos hormonales por sobre otros métodos como los condones internos, en tanto no se hace entrega de este tipo de condones, los cuales son bastante difíciles de adquirir de manera individual.</p> <p>Ambos recursos demuestran cómo se busca hacer una maximización de ellos y poder efectuar una reducción de los gastos públicos, lo que es claramente un reflejo de una política neoliberal que va propiciando un cansancio de las y los profesionales al sobreestimarlos.</p>
---	--	--

<p>Dirección de Salud. Por ejemplo, una trabajadora social está considerada para atender 7.000 inscritos. Un médico para 3.500 pacientes, una enfermera para 3.500 pacientes. Son diferentes estándares. Y eso es uno de los factores por el cual se planifica el recurso humano.” (E2)</p> <p>“Sí, porque no se educa o se educa poco. Además, yo creo que las personas aprendemos más de las personas con quienes vivimos. Por los ejemplos que nos dan las personas que amamos, de repente, que pueden ser nuestros progenitores, nuestros cuidadores y de repente ahí no hay mucha educación, por ejemplo. Entonces, es distinto. Hay mucho menos acceso al conocimiento sobre la salud reproductiva.” (E4)</p>		
---	--	--

**Tabla para el tratamiento de la información objetivo específico n° 3**

<b>Objetivo 3:</b> Reflexionar respecto al rol de las trabajadoras sociales en relación con la responsabilidad de la salud reproductiva que posibiliten escenarios de intervención social.		
<b>Cita textual</b>	<b>Nueva categoría</b>	<b>Comentario conceptual</b>
<p>En cuanto a la política reproductiva, los profesionales de trabajo social entrevistados mencionaron lo siguiente:</p> <p><u>“Todas las políticas deben ir en avance, en desarrollo que van sosteniendo todas las comunidades.”</u></p> <p>“Podemos liderar este trabajo y podemos capacitar a nuestros compañeros y podemos solicitar también a nuestras jefaturas que nos apliquen capacitación más en estos temas como para ir instalándolo con acciones más concretas. <u>Nuestro rol ahí es la abogacía, es la</u></p>	<p>Intervenciones innovadoras</p>	<p>Los y las trabajadoras sociales generan estrategias de intervención en relación a las políticas y programas que emergen desde los estamentos gubernamentales, en este caso, desde las políticas públicas y programas relacionados a la salud sexual y reproductiva. En este sentido, los y las profesionales entrevistadas, anteriormente dieron cuenta de que los programas estatales y políticas están focalizados en la salud reproductiva como un asunto de mujeres.</p> <p>Asimismo, dieron cuenta de que, si bien se han generado avances relacionados a la salud sexual y reproductiva de los hombres, estos no se han generado en la misma medida como se hace para estrategias</p>

<p><u>gestión, es la capacitación, es la propuesta en la innovación. Probablemente también el poder proponer estrategias innovadoras respecto a este tema,</u> también es algo que nos compete a nosotros como trabajadores sociales desde nuestro quehacer.”</p> <p>“Entonces <u>podríamos avanzar mucho más, pienso yo, si lo tomaran desde el área social, del área científica, de distintas áreas, más allá de la moral,</u> de lo que la gente cree moral o inmoral. Creo que sería un gran avance para este país, creo yo, pero todavía estamos en pañales.”</p>		<p>educativas dirigidas a mujeres en el mismo ámbito.</p> <p>Es por lo anterior, que los trabajadores sociales entrevistados coinciden en que la salud sexual y reproductiva es un tema que le compete trabajar a nuestra disciplina generando propuestas innovadoras que permitan un avance y desarrollo en la política de salud reproductiva.</p> <p>Esto evidencia que se trabaja poco en temas relacionados a la salud reproductiva, manteniéndose estancados y no adecuándose a la evolución de la sociedad y los cambios y demandas que se generan a partir de la población en general en distintas perspectivas.</p> <p>El trabajo social desempeña un papel fundamental abordando determinantes sociales, brindando apoyo a individuos y comunidades en general, sin embargo, en relación a la salud reproductiva no se involucra mayormente, es así que las intervenciones innovadoras pueden aprovechar diversas herramientas como la tecnología, la colaboración con profesionales del área de la salud</p>
--	--	--

		<p>reproductiva, como matrones o gineco obstetras, entre otros, para mejorarla de manera efectiva.</p>
<p>En cuanto a cómo se involucra el trabajo social en la salud sexual y reproductiva de los <u>hombres</u>, las personas entrevistadas dijeron lo siguiente:</p> <p>“Generalmente los trabajadores sociales estamos mucho más cercanos a todas estas temáticas de apertura, de cambio dentro de la sociedad. Entonces <u>nuestro rol desde ahí es propiciar esos espacios también</u>. Creo que siempre es importante ir <u>trabajando en el enfoque de género, en la paridad</u>. Y eso también ir transmitiéndolo a través de las reuniones de equipo, a través de los profesionales y trabajadores sociales que estamos a</p>	<p>Intervención en salud con hombres cishetero</p>	<p>La perspectiva de género es fundamental en cualquier intervención dentro de nuestra disciplina, sobre todo en temas relacionados a la salud reproductiva, ya que no solo se trata de las mujeres. El enfoque de género se centra en comprender y abordar las inequidades de género, los roles y normas sociales que influyen en la toma de decisiones, por lo que se trata también de involucrar a los hombres en la toma de decisiones y la planificación familiar. Además, como hemos dado cuenta a lo largo de nuestra investigación, la salud reproductiva aún está muy orientada a la responsabilidad de la mujer.</p> <p>Los y las profesionales del trabajo social entrevistados, consideran que la perspectiva de género y la paridad deben estar consideradas dentro de las intervenciones que se realizan respecto de la salud reproductiva, ya</p>

<p>cargo de programas, que tenemos jefatura de equipos también.”</p> <p><u>“Yo creo que eso debería ser dado, según yo, estratégicamente, más en los trabajos de los hombres.</u> Porque los hombres dicen, o en realidad esa es la justificación, <i>“yo no tengo tiempo para ir, no puedo ir a un taller, tengo que trabajar”</i>. <u>Todavía está muy instaurado el rol de proveedor.”</u></p> <p><u>“Educar sobre el tema de la sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos, el aborto y todo ese tipo de cosas. Que el hombre también sepa, y que de alguna forma ellas entienden que si no se puede ir por un lugar, que están ahí.”</u></p>		<p>que en ejercicio han dado cuenta de que los hombres no participan de las actividades que se realizan para la promoción de la salud sexual y reproductiva en los centros de salud. Una de las entrevistadas identifica como una de las razones que propicia estos sucesos, que aún se encuentra muy arraigado en la sociedad el rol de proveedor de los hombres, por lo que la mayor justificación a su baja participación en las intervenciones del área de salud reproductiva es que se encuentran trabajando.</p> <p>Esto evidencia la necesidad de intervenciones que innoven y propicien el interés de los hombres en participar de intervenciones sobre salud sexual y reproductiva. Es necesario que sean parte de las actividades que se realicen en ese área de la salud, no pueden quedar ajenos a las políticas de salud reproductiva y en las planificaciones de los programas estatales, ya que estas acciones perpetúan y acentúan los roles de género de cuidadoras y proveedores, enajenando al hombre de su responsabilidad en el cuidado y</p>
---	--	--



		<p>por sobre todo, la salud reproductiva.</p> <p>Que el trabajo en salud reproductiva se oriente hacia los hombres es esencial para promover la equidad de género, inclusión y la participación activa de los hombres en la salud reproductiva, por lo que, para lograr eso, es necesario que estas estrategias de intervención sean generadas a partir de políticas y programas estatales, para promover la idea de que la responsabilidad de la salud reproductiva y planificación familiar debe ser compartida y que no es exclusivamente de la mujer.</p> <p>A modo de propuesta, los programas pueden incluir educación en paternidad responsable y su rol en la salud reproductiva, por ejemplo, cómo ser un apoyo en los cuidados prenatales y postnatales o de prevención contra las ITS, entre otros.</p> <p>La colaboración conjunta con otros profesionales de la salud y la promoción de la igualdad de género son esenciales para lograr un enfoque de inclusión en la salud reproductiva.</p>
--	--	---

<p>En cuanto a la importancia de que la disciplina del trabajo social se involucre en las temáticas de salud reproductiva, las personas entrevistadas dijeron lo siguiente:</p> <p>“Yo creo que es importante porque para el tema de <u>hacer promoción y prevención</u> también, porque la demanda asistencial de los profesionales que trabajan directamente con el tema de la fertilidad en este caso matronas, médicos, ginecólogas en otros niveles, es insuficiente, entonces <u>los trabajadores sociales ahí podría cumplir un rol de educación, de promotor.</u>”</p> <p>“Entonces yo creo que nosotros <u>cumplimos un rol ahí de concientizar a la persona e informar</u> de qué se tratan también los métodos anticonceptivos, un poco ahí ayudando</p>	<p>Formación feminista.</p>	<p>Los y las profesionales entrevistadas hicieron un mayor énfasis en que el rol de los y las trabajadoras sociales corresponde a la promoción, educación y prevención en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva. Consideran que la disciplina es un puente entre el o la paciente de salud y la información, debido a que, mencionan que la mayor parte de las veces no se les entrega la información completa, específicamente en relación a la salud reproductiva y las mujeres.</p> <p>En este sentido, potenciar el rol educador del Trabajo Social en el ámbito de la salud reproductiva puede ser fundamental para el correcto acceso a la información completa y clara, sobre todo para usuarias de métodos anticonceptivos, o bien, para que los hombres sepan al respecto a través de estrategias de intervención pertinentes al caso y que resulten efectivas. Sin embargo, antes de ofrecer educación en salud reproductiva, es importante evaluar las demandas específicas de la población a la que se atiende, ya que, permite orientarla de manera</p>
---	-----------------------------	---

<p>también a las matronas, que de repente quizás en su tiempo de atención no tienen, para hacer esta concientización más profunda.”</p> <p>“<u>Apoyar ya sea a médicos o a matronas</u> con alguna temática que necesiten preocuparse. En cuanto a problemas complejos.”</p> <p>“¡Sí! es de suma relevancia y como te decía <u>somos educadores y pero también somos facilitadores yo diría que somos un enlace entre el usuario y el acceso a la información.</u>”</p> <p>“Entonces ahí <u>un Trabajo Social que ayude a ellas a hacer entender</u> por qué llegó a tomar esa decisión para que, cuáles son los beneficios y también hay contraindicaciones.”</p>		<p>efectiva.</p> <p>Por otro lado, serviría de apoyo a profesionales del área de la salud reproductiva, debido a que, como mencionó una de las entrevistadas, muchas veces los profesionales cuentan con un tiempo acotado de atención, que no alcanza para presentar la información o resolver las dudas de los y las pacientes manera adecuada, por lo que la colaboración se convierte en una necesidad fundamental a la hora de atender, para que resulte de manera efectiva.</p> <p>Los y las trabajadoras sociales deben atender las necesidades físicas, emocionales y sociales de las personas de manera integral. Es por eso, que resulta imperante que los y las trabajadoras sociales se mantengan actualizados en el avance y desarrollo de la salud reproductiva en el país, por lo que la formación y capacitación continua es esencial, para así, promover la toma de decisiones informada a partir de la creación y entrega de materiales educativos o herramientas a través de</p>
--	--	---

		<p>talleres, charlas, entre otros, que resulten informativas sobre salud reproductiva.</p> <p>Asimismo, a partir del potenciamiento al rol educador del trabajador social en el ámbito de la salud reproductiva y la planificación familiar, se debe fomentar la autonomía y la capacidad de autogestión de las personas, ayudándoles a desarrollar habilidades que les permitan cuidar de su propia salud reproductiva.</p> <p>Lo anterior, puede desarrollarse a partir de la participación activa de la comunidad que se atiende, en la planificación de los programas educativos sobre el tema, ya que aumenta la relevancia y la efectividad de las iniciativas que se plantean.</p> <p>Los y las profesionales del Trabajo Social, deben tener la capacidad de escucha activa, expresarse de manera que permita a las personas entender el mensaje y, por último, debe tener la capacidad de adaptar la forma de comunicarse al público objetivo.</p>
--	--	---

		<p>En otras palabras, potenciar el rol de educador del trabajador social en salud reproductiva, requiere formación continua, habilidades de comunicación efectiva, capacidad de adaptación a las demandas de la comunidad, con un enfoque en la promoción de la autonomía y la toma de decisiones informadas. También implica interdisciplinariedad y un enfoque abierto y necesariamente con perspectiva de género, para brindar educación de calidad en salud reproductiva.</p>
--	--	---