

*Magíster en Gestión y Políticas Públicas*

..... **Estudio de Caso N° 15** .....

***Género, salud y políticas públicas.  
Del binomio madre-hijo a la mujer integral.***

***Alejandra Faúndez Meléndez***

*Esta serie de Estudios de Caso ha sido posible gracias al apoyo  
proporcionado por la fundación Andrew W. Mellon de EE.UU.*

***Octubre 1997***



**Universidad de Chile**  
Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas  
Departamento de Ingeniería Industrial

Av. República 701 • Fono: (562) 678 4067 • Fax: (562) 689 4987  
E-mail: [mgpp@dii.uchile.cl](mailto:mgpp@dii.uchile.cl)  
Sitio web: <http://www.dii.uchile.cl/mgpp/>  
Casilla 2777 Santiago - Chile

## **RESUMEN EJECUTIVO**

El propósito del presente estudio es aportar una base conceptual y analizar la situación respecto de la relación género, salud y políticas públicas, a través del análisis del rediseño del Programa Materno-Perinatal del Ministerio de Salud de Chile. Interesa en particular examinar la dinámica del discurso del Estado frente a las temáticas señaladas, con el fin de identificar las razones por las cuales se incorpora la dimensión de género en este ámbito y las repercusiones del diseño y puesta en práctica de dicho programa.

El estudio parte del supuesto que incorporar la variable género en las políticas públicas en salud exige tanto una reformulación conceptual de la relación entre el Estado y las mujeres, como una nueva organización del diseño, planificación y ejecución de las políticas y programas en esta área. En un sentido amplio vincular género y salud implica conceptualizar el problema considerando que la dinámica social se encuentra atravesada por la distinción, construida socialmente, entre hombres y mujeres y por las relaciones jerárquicas que se establecen entre los géneros.

### **Los objetivos específicos del estudio son:**

- Indagar acerca de la concepción de salud y género que están implícitos y explícitos en el diseño de las políticas de salud dirigidas hacia las mujeres, en especial en el Programa de Salud de la Mujer.
- Explorar las fuentes que originan la transformación del actual programa ministerial y su relevancia para la política pública.
- Analizar la pertinencia de los cambios realizados en el nuevo programa en el marco de las reformas del Estado y del sistema sexo-género.
- Analizar el comportamiento institucional del nuevo programa respecto de la dimensión de género
- Sugerir propuestas de acción y mecanismos de evaluación respecto de la incorporación de la dimensión de género en las políticas públicas de salud

El documento se ha ordenado en seis capítulos. El primero entrega una base conceptual resumida para ubicar el debate en torno al género y salud reproductiva, destacando la nueva relación género-salud como un cambio paradigmático. En el segundo se describe la perspectiva de los actores/as involucrados/as en el proceso en torno a la salud de las mujeres. En el tercero se ofrecen elementos que caracterizan críticamente el nuevo Programa de Salud de la

**Mujer del Ministerio de Salud como expresión de política pública. Posteriormente se plantean algunas tareas pendientes e interrogantes con énfasis en el nuevo rol del Estado, la participación de la sociedad civil y recomendaciones y propuestas desde el punto de vista organizativo.**

## **CAPÍTULO I**

### **APROXIMACIONES CONCEPTUALES E HISTÓRICAS**

#### **1.- GÉNERO: CAMBIO EN LA CULTURA**

Concebimos el concepto de género como el «conjunto de relaciones sociales que, basadas en las características biológicas, regula, establece y reproduce las diferencias entre hombres y mujeres. Se trata de una construcción social, de un conjunto de relaciones con intensidades específicas en tiempos y espacios diversos» (Ramos, 1991). Teresita De Barbieri lo define como «...el conjunto de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anátomo-fisiológica y que dan sentido a la satisfacción de impulsos sexuales, a la reproducción de la especie humana y en general al relacionamiento entre las personas.» (De Barbieri, 1992). De esta forma, diversos investigadores/as han conceptualizado la categoría de género como el sexo socialmente construido y éste comienza a entenderse como parte de un complejo sistema de relaciones que se denomina sistema “sexo-género” (Stoller, 1978; Money, 1982; Badinter, 1986; Bourdieu, 1990).

Asimismo, el género se presenta como un fenómeno de representación ideológica (Althusser, 1971) y de esta manera nos remite necesariamente a la problemática del poder. La antropóloga francesa, Françoise Heritier, sugiere que el arraigo de las desigualdades entre los géneros justificadas desde las diferencias corporales y sexuales, pareciera ser uno de los secretos de su eficacia ideológica. Una ideología que se apodera de las diferencias primarias, que expresa una supremacía masculina, y que se extiende a todos los niveles de las relaciones humanas, convirtiéndola en una clasificación binaria, valorizada, de aptitudes, comportamientos y cualidades para cada sexo (Heritier, 1978).

De esta manera, en el pasado y aún en nuestros días, para definir lo femenino y masculino se invoca una “naturaleza” predeterminada. Algunos autores plantean esta ideología de la naturalización transformando a la biología en el fundamento epistemológico de las prescripciones sociales (Lacqueur, 1992). Llevado este planteamiento al extremo, el aparato reproductor definiría para las mujeres la consagración absoluta a la maternidad y el desarrollo de habilidades y comportamientos opuestos al repertorio de los varones. A las mujeres correspondería el mundo de lo privado, de los afectos, de la reproducción y a los hombres el mundo público, de la creación y de la producción (Valdés, 1988).

En las últimas décadas, los estudios han demostrado que la identidad sexual y de género se explican como una unidad sico-socio-biológica (Holla, 1993). Esta concepción incorpora la complejidad de dimensiones que tienen relación con el origen de las diferencias y su despliegue, y asimismo otorga un rol esencial al proceso de socialización, cuyo resultado es la internalización de roles desiguales y la reproducción de las relaciones sociales.

Esta construcción desigual de los géneros se expresa fundamentalmente en cuatro dominios: la relación con el poder; la sexualidad, la familia, el trabajo y la economía. En la actualidad contamos con innumerables estudios que evidencian cómo las diferencias de género en nuestra cultura se han transformado en desigualdades, en discriminación y negación en el ejercicio de determinados derechos.

Desde allí, el fenómeno de la desigualdad de género aparece en el ámbito cultural vinculado a fenómenos de orden político. La legislación y las políticas públicas -como acciones del Estado- son una expresión muy relevante.

Al movernos a la esfera de lo político y considerando que la pluralidad es un requisito indispensable en una sociedad democrática, se requiere abrir y/o generar las posibilidades de desarrollo y de contribución de cada persona a la convivencia social, desde su diferencia. En este contexto el Estado no es neutral en la construcción de las relaciones de género y, precisamente por ello, se encuentra en condiciones de jugar un papel importante como corrector de desigualdades tomando medidas necesarias para garantizar la igualdad de oportunidades.

En algunos países se ha creado la figura del **defensor del pueblo**, se han desarrollado **planes de igualdad de oportunidades**, o se han dictado **leyes de igualdad** con la idea de que el Estado impulse una política activa destinada a asegurar que las oportunidades se abran de forma igualitaria a todas las personas, independientemente de su sexo, etnia, posición social, religión o creencia. En este mismo sentido también han sido importantes las políticas que introducen el elemento de **discriminación positiva**, para intentar compensar diferencias asociadas a factores naturales, como el sexo, la edad, y otros como la constitución física.

La naturaleza de las relaciones con los “otros”, tiene que ver con la lógica de la “igualdad” y la “diferencia”. Cuando se demanda igualdad entre los sexos, surgen preguntas como: ¿se está demandando “elevar” a la mujer a la posición del hombre? o ¿se trata de neutralizar la superioridad masculina?. Tomar conciencia de este “androcentrismo” motiva a reconceptualizar la igualdad desde las relaciones sociales de género. Todorov (1988) sugiere que las formas sociales de percibir y relacionarse con el “otro”, se ven muy influidas por el prejuicio de la superioridad y el prejuicio de la igualdad<sup>1</sup>, y por lo tanto, al querer transformar las relaciones

<sup>1</sup> Desde el prejuicio de la superioridad se plantea que el estado natural e ideal de la sociedad es la jerarquía, reduciendo toda diferencia a lo que no es diferencia. Es decir, toda diferencia aparece en una relación jerárquica del tipo superior/inferior y, por tanto, como una polaridad dentro de una misma escala. Esto hace posible, por ejemplo, que la relación hombre/mujer aparezca como equivalente a otras relaciones jerárquicas: perfección/imperfección, razón/emoción, alma/cuerpo, etc. El resultado final es precisamente la obliteración y la negación de las diferencias en cuanto tales. Curiosamente, el prejuicio de la igualdad, lleva a resultados similares. Suponer que el estado natural e ideal de la sociedad es la igualdad, ha llevado históricamente a privilegiar la “identidad” como concepción de la igualdad, por lo cual también se niega la diferencia, y al desaparecer la diferencia desaparece toda posibilidad de reconocer en el “otro” una identidad humana propia.

de género, se requiere plantear la igualdad sin que eso lleve a la identidad y, a la vez, plantear la diferencia sin que eso degenera en superioridad o inferioridad.

## 2.- GÉNERO Y SALUD: CAMBIO DE PARADIGMA

La vivencia de la salud ha estado históricamente ligada a la práctica cotidiana de las mujeres, ya que su relación con el cuidado de la misma data desde los inicios de la humanidad. En la actualidad estas tareas tradicionales han sido socializadas, profesionalizadas y reunidas en gigantescas organizaciones médicas, como son los sistemas de salud, en los cuales las mujeres siguen siendo una abrumadora mayoría.<sup>2</sup>

Sin embargo, la relación de poder de las mujeres en salud ha ido cambiando con el paso del tiempo, despojándolas de la legitimidad del saber y de la validación de sus prácticas cotidianas. En la actualidad esto se expresa en la organización del sistema médico<sup>3</sup>: las mujeres ocupan los escalones más bajos de la jerarquía médica<sup>4</sup>, están mal remuneradas y tienen poco poder y voz en las organizaciones en que trabajan<sup>5</sup>.

Pese a lo anterior, en estas últimas décadas el tema del **enfoque de género en salud** se ha ido constituyendo, tanto en las ciencias médicas, sociales y en la experiencia del movimiento de mujeres, en un objeto de estudio emergente y en una práctica de diversas instituciones. La problemática de las mujeres en relación con su salud ha comenzado a manifestarse a partir de las demandas políticas y reivindicativas del movimiento de mujeres y de la incorporación de una nueva perspectiva de análisis y acción en diversos programas de investigación y desarrollo, los cuales comenzaron a implementarse en el espacio de las ONG primero, y luego, en menor medida, en algunas esferas gubernamentales.

En este proceso de cambio también ha influido la crisis del mundo médico, el agotamiento de la medicina alópata y la falta de integración de los aspectos sicosociales tanto en la prevención como en el diagnóstico y el proceso de sanación de las personas.

<sup>2</sup> En Chile aproximadamente el 70% del personal de salud del Sistema público está constituido por mujeres, cifra indicada por el Subsecretario de Salud, Fernando Muñoz, en acto de inauguración de la Convención Metropolitana de Salud de las Mujeres, 28 de mayo de 1994.

<sup>3</sup> Un sistema médico consiste en un sistema de teorías de salud/enfermedad: conocimientos, supuestos y modelos culturales sobre las causas, elementos, procesos y tratamientos de las enfermedades, la salud y el malestar; y un sistema de cuidado de la salud social e institucional que desempeña las tareas de diagnosticar, cuidar y curar a los enfermos.

<sup>4</sup> En un estudio realizado por Teresa Valdés y Alejandra Faúndez (1996) muestra cómo al interior del Ministerio de Salud, en 1996, la relación mujer:hombre en los espacios directivos de la institución es de 3:16.

<sup>5</sup> María Soledad Barría, del Ministerio de Salud, nos muestra en su artículo "Condiciones para una democratización del Sistema de Salud", que al revisar cargos de alta responsabilidad, existe en el país una sola mujer SEREMI, una Jefa de Servicio de Salud (de los 26 del país), sólo tres mujeres entre los dirigentes de FENATS Nacional y ninguna en el Regional Santiago del Colegio Médico.

El paradigma<sup>6</sup> biomédico prevalente, que prioriza el tratamiento de la enfermedad, se ha demostrado ineficaz, insuficiente, deshumanizante y de alto costo (Solimano, 1996). Su énfasis respecto del proceso salud/enfermedad ha estado en lo curativo y prescriptivo; su manejo del conocimiento en salud ha sido elitista y subvalorador de otros saberes; su poder de decisión se ha ejercido en forma jerárquica, alcanzando inclusive las decisiones sobre la sexualidad, la reproducción y los cuerpos de las mujeres; se ha reducido a las personas en partes de un cuerpo enajenado y disociado de emociones e historia personal y social y sus resultados en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas todavía son precarios (Rosso, 1995).

La incorporación de género en salud aporta a enriquecer la explicación del comportamiento diferencial de hombres y mujeres en cuanto al perfil epidemiológico, en términos de formas de enfermar o morir, de la cobertura de atención, la prevalencia y el tipo de uso de los recursos de protección de la salud y prevención de daños.

Los distintos enfoques que actúan en el campo de la salud de las mujeres, sus énfasis y alcances se pueden sintetizar -soslayando todas las sutilezas del análisis- en el siguiente cuadro:

---

<sup>6</sup> Entendemos paradigma como lo sugiere Kuhn (1987) en su libro "La tensión esencial": la teoría o marco general con el cual se percibe un orden determinado. La totalidad de valores y técnicas validadas por los/as integrantes de una determinada sociedad.

## Características diferenciales entre los enfoques

Características	Mujer, salud y desarrollo	Género, salud y desarrollo
<b>Enfoque</b>	Concibe los riesgos y daños a la salud de la mujer como el problema. Enfoque centrado en la enfermedad. Se apoya las funciones de la mujer como socializadora y a cargo del cuidado de la salud de los hijos, la familia y la comunidad en su conjunto.	La salud como satisfactor de las necesidades humanas fundamentales; concibe las relaciones de poder-subordinación y la división sexual del trabajo como una causa de la asimetría entre los sexos en el ejercicio de derechos en salud.
<b>Objetivo</b>	Los programas y servicios de salud dirigidos a las mujeres como grupo aislado. Especial énfasis en la salud materna y en las funciones reproductivas tanto biológicas como sociales (cuidadora, socializadora, etc.).	El análisis de las diferencias; asimetría en el acceso y uso de recursos y beneficios de la atención de salud. La mujer en su relación con el sistema de salud y consigo misma, para demandar servicios y ampliar sus opciones de promoción, protección y mantenimiento de su salud.
<b>El problema</b>	Insuficiente cobertura y calidad de los servicios de salud para las mujeres; conocimientos de salud insuficientes para cumplir con eficacia sus funciones como cuidadora de la salud de los hijos, la familia, y la comunidad.	Programas y servicios que reproducen relaciones de poder-subordinación y estereotipos sexistas, y que desconocen las diferencias socialmente construidas y la posición de desventaja de las mujeres para ejercer poder sobre su salud.
<b>La meta</b>	Mejorar la salud de la mujer como inversión en capital humano. Garantizar la salud de su descendencia. Facilitar su inserción en el trabajo. Aumentar la eficiencia en el desempeño de sus funciones productivas y reproductivas tanto biológicas como sociales.	Reducir asimetrías y desbalance de poder en el acceso y uso de los recursos y beneficios de la atención de salud. Desarrollar opciones y la autonomía de la mujer para tomar decisiones sobre su vida, su cuerpo y su sexualidad.
<b>La solución</b>	Integrar a la mujer a los programas de salud en marcha. Elevar sus niveles de conocimientos y prácticas de salud como cuidadora y socializadora.	Desarrollo de la mujer como sujeto de derechos en salud; apropiación, por parte de la mujer, del conocimiento e información sobre su salud. Valorización social y económica de la función reproductiva.
<b>Estrategias</b>	Extender la cobertura de los servicios de salud dirigidos a la mujer y mejorar la calidad; educación para la salud y participación social de la mujer en función de la salud de los hijos, la familia y la comunidad.	Facultar a las mujeres para la promoción, protección y autocuidado de su salud. Mecanismos de diálogo, concertación y negociación entre las instituciones de salud y las mujeres organizadas. programas y servicios de salud con enfoque de género.

Fuente: De los Ríos, Rebecca (1993). *Del integracionismo al enfoque de género en las concepciones sobre salud de la mujer*. Ponencia presentada en el Seminario Internacional Presente y futuro de los estudios de género en América Latina. Universidad del Valle. Cali, Colombia.



Otra investigadora, Caroline Moser (1989), sugiere que las estrategias en torno a las necesidades de las mujeres -incluidas las de salud- han coincidido históricamente con el reconocimiento del papel que las mujeres desempeñan en el desarrollo. Coincidiendo Moser con Rebecca De los Ríos, plantea que las distintas estrategias que han desarrollado los gobiernos para aproximarse a la situación de las mujeres, se han sintetizado en una sola categoría: **“Mujer en el Desarrollo”** pero reconoce que teniendo un origen común no deben confundirse entre ellas.<sup>7</sup>

Según la teoría de un nuevo modelo de realidad, del físico David Bohm, se muestra la dualidad existente para nuestra percepción, ya que debajo del orden explicado o desplegado, que es el de la realidad ordinaria, hay otro orden implicado en el cual no se da ninguna separación, puesto que el mundo es “un todo continuo” (Bohm, 1992). En este sentido, se genera un nuevo marco conceptual, que tiene gran impacto en las ciencias de la salud y que permite otra forma de ver la vida, el nacimiento, la salud, la enfermedad, la muerte; es decir, la iniciación de una nueva cultura de la salud, correspondiente a una realidad multidimensional. Por ello, ha sido necesario avanzar en la construcción de propuestas contenedoras, que pueda dar cuenta de todas las dimensiones de la salud y comprender que están cruzadas por la construcción de los roles femeninos y masculinos en la sociedad y atravesadas, también, por la pertenencia a etnias, estratos sociales y opciones diversas. La comprensión del bienestar y la salud desde otro paradigma nos permite aceptar lo interconectados que estamos con todo (Londoño, 1996).

En este marco, entendemos la salud como un proceso dinámico, continuo, multidimensional de bienestar, realización, igualdad de oportunidades y armonía con el entorno. Como expresión subjetiva tiene que ver con el sistema de valores, la flexibilidad para asumir cambios y transiciones; con el poder personal y la propia capacidad de autocuración. Como fenómeno humano no está separada del mundo exterior, es un efecto social que trasciende el ámbito individual y un resultado de la asociación con las/os otros (Londoño, 1996).

En la práctica, producto de los condicionamientos de género, la salud de las mujeres ha estado de forma permanente y privilegiada referida a aspectos de salud reproductiva. Hacia fines del siglo XIX, la grave problemática de mortalidad materna y la pobreza se constituyeron en dos poderosas razones para la intervención del Estado en materia de reproducción y regulación de la fecundidad. Desde entonces, la gran mayoría de las políticas en salud para mujeres ha estado reducida a este ámbito a través de programas de salud materno-perinatal.

<sup>7</sup> Este tema se desarrolla más extensamente en el siguiente acápite: *Género y Políticas Públicas*.

Sin embargo, en este campo se han estado desarrollando profundos cambios, y la vieja discusión se inscribe en la actualidad en el marco más amplio de **la salud integral y los derechos reproductivos**.

Esto trae aparejadas múltiples consecuencias. Desde esta nueva mirada conceptual se trata de considerar: el conjunto de la vida de las mujeres, no sólo la edad fértil; la fecundidad vinculada al ejercicio de la sexualidad; los métodos anticonceptivos; la morbilidad y mortalidad asociadas; el tipo y calidad de los servicios que ofrece el Estado en esta área. También implica considerar la distribución de estos fenómenos en la población, de modo de caracterizar las diferencias y las desigualdades sociales al interior del país y la posición de legitimidad y poder que ocupan las mujeres en este campo.

### 3.- GÉNERO Y POLÍTICAS PÚBLICAS: ENTRE LA CONDICIÓN Y LA POSICIÓN DE LAS MUJERES

La incorporación de la dimensión de género en las políticas públicas ha tenido expresiones diversas en su breve desarrollo. Cada una de estas propuestas muestra diferentes alternativas de encarar el problema a la luz de recomendaciones e influencias de organismos multinacionales como la AID, el Banco Mundial y el sistema de Naciones Unidas, entre otros. Desde la década del '50 surgen diferentes vías para el desarrollo que, a partir de la constatación de las limitaciones que el sistema sexo-género le impone a las mujeres, intentan con mayor o menor éxito identificarlas, reconocerlas, visibilizarlas e integrarlas como grupo específico.

En primer lugar aparecen los programas asociados con las **Estrategias del Bienestar Social**, que tuvieron durante décadas expresión en políticas y proyectos que consideran a las mujeres bajo tres supuestos (Moser, 1989)<sup>8</sup>: son receptoras pasivas del desarrollo, la maternidad es su rol más importante, y que la crianza y socialización de los hijos así como el cuidado de los miembros de la familia, es el rol más efectivo en todos los aspectos del desarrollo.

<sup>8</sup> De manera sintética Caroline Moser (1989) plantea que las estrategias para abordar la situación de las mujeres se pueden ordenar históricamente y resumir en:

*Estrategias de Bienestar: identifica a las mujeres como parte de los "grupos vulnerables" y desarrolla programas dirigidos al bienestar familiar, concentrándose en las mujeres y los niños. Las críticas a este enfoque dieron origen al surgimiento de otros enfoques.*

*Estrategias de Equidad: su preocupación fundamental es la desigualdad entre hombres y mujeres tanto en la esfera pública como privada. Obtuvo su máximo respaldo en 1975 con el inicio de la década de la mujer de Naciones Unidas.*

*Estrategia Antipobreza: su eje está en el rol productivo de la mujer. Plantea que el origen de la desigualdad está en la falta de acceso a la propiedad privada de la tierra y el capital, y en la discriminación sexual en el mercado laboral. Propone fundamentalmente aumentar las oportunidades de la mujer de escasos recursos.*

*Estrategia de la Eficiencia: argumenta que un aumento de la participación económica femenina dará lugar a un desarrollo simultáneamente eficiente y equitativo. Este enfoque se desarrolla en pleno período de ajuste estructural, y refleja un reconocimiento de la subutilización del 50% de los recursos, se plantea la necesidad de aprovechar esos recursos y de disminuir el impacto diferencial de género de las políticas de ajuste.*

*Estrategia de generación de poder para las mujeres: es producto de la experiencia de las organizaciones de mujeres del Tercer Mundo y del feminismo. Sostiene que las mujeres enfrentan diferenciadamente la discriminación de acuerdo a su raza, su condición económica y su posición social. Destaca la importancia del poder para las mujeres no sólo en cuanto a las posibilidades de cambio y equidad, sino también en cuanto al desarrollo de la capacidad de las mujeres para aumentar su confianza y fortaleza colectiva.*

Luego, en el contexto de las **Estrategias de Antipobreza** y de las necesidades básicas, las políticas dirigidas a las mujeres (madres) comenzaron a priorizarlas como un grupo de riesgo o grupo vulnerable las cuales, “...junto a los niños, los discapacitados y los ancianos, fueron consideradas grupos socialmente ‘débiles’ o ‘vulnerables’, desprovistos de toda la capacidad para decidir y aportar conscientemente a cualquier proyecto de desarrollo....” (De los Ríos, 1993).

Más tarde el enfoque de **Mujeres en el Desarrollo** (MED) privilegió la teoría de los roles frente a la teoría de la división sexual del trabajo y las relaciones de poder, como marco explicativo de la condición de desventaja y la situación de discriminación. Este enfoque procuraba dotar a las mujeres de recursos -jurídicos, educativos y de salud reproductiva- para incorporarse como agentes activos del desarrollo (Rico, 1993).

Durante toda esta etapa inicial, la definición de políticas públicas dirigidas a las mujeres, estuvo fuertemente condicionada por la producción de conocimiento sobre la mujer, que para entonces se circunscribió fundamentalmente a la comprensión de su rol en la familia y vinculado a políticas sociales de protección a la familia popular o de escasos recursos.

Es sólo a partir de los ‘60 que empieza un serio cuestionamiento en los países desarrollados acerca del rol histórico de la mujer y se inicia un proceso, tanto de elaboración teórica desde el feminismo -que cuestiona los principales paradigmas- como de diagnósticos e investigaciones que mostraran una realidad hasta entonces oculta.

En Chile este nuevo marco conceptual aparece a partir de la segunda mitad de los años ‘70. Se desarrollan una serie de investigaciones, estudios y análisis que emergen en un contexto social y político autoritario, similar a otros países latinoamericanos<sup>9</sup>.

Durante la década de los ‘90 se gesta un pensamiento renovador sobre el desarrollo, al cual se incorporan nuevas categorías como el desarrollo sustentable, la equidad, el poder, la modernización, la democracia, la descentralización, etc. Desde este nuevo enfoque surge la nueva perspectiva de **Género en el Desarrollo** (GED) que intenta contar con un potencial explicativo propio y sugiere repensar las políticas públicas en su proceso de gestación, de ejecución y de evaluación, así como en las prioridades de cambio, y centra el análisis no sólo en las condiciones de vida de las mujeres<sup>10</sup> sino en su posición, entendida como la ubicación

<sup>9</sup> Ver entre otras, Hola, Eugenia. «Mujer, dominación y crisis. En: Mundo de mujer. continuidad y cambio. Ediciones CEM. Santiago. 1988. Arteaga, Ana M. y Largo, Eliana. “Las ONG en el área de la mujer y la cooperación al desarrollo». En: Taller de cooperación al desarrollo. Una puerta que se abre. Los organismos no gubernamentales en la cooperación al desarrollo. Servicio Editorial. Santiago. 1989.

<sup>10</sup> Adoptaremos la distinción de Kate Young en su artículo “Reflexiones sobre como enfrentar las necesidades de las mujeres”, respecto de condición de la mujer, entendiéndola como el estado actual material en que se encuentra la mujer: su pobreza, su falta de educación y capacitación, su carga de trabajo, su falta de acceso a la tecnología moderna, habilidades para el trabajo, etc.

social y económica con respecto a los hombres (Young, 1991).

Esta nueva postura podría contribuir, según Rebecca de los Ríos, a superar la visión dicotómica que sugieren las teorías “clásicas” de planificación de género, al diferenciar las necesidades prácticas<sup>11</sup> con las necesidades estratégicas. “Permitiría concentrar la atención en el desarrollo de las opciones que faciliten la realización armónica de las necesidades humanas fundamentales de hombres y mujeres, dando origen a un desarrollo sano, autoindependiente y participativo, capaz de crear los fundamentos para un orden social no jerarquizado genéricamente, donde se pueda conciliar crecimiento económico, solidaridad social y crecimiento de las personas como sujetos del desarrollo” (De los Ríos, 1993).

Podemos distinguir cuatro elementos que se incorporan conceptualmente en esta nueva mirada del desarrollo y que tienen enorme relevancia para las políticas públicas: **la valorización de la democracia**: Se plantea que no podemos seguir pensando en que “alguien” (del aparato estatal) “sabe”, “define” y decide” lo que es mejor para los otros (fuera del aparato estatal). Esto nos lleva a plantear un segundo elemento: **ampliar la noción de ciudadanía** y redefinir el proceso de formulación y desarrollo de las políticas públicas.<sup>12</sup>

El otro tema relevante está vinculado a la temática de **la igualdad de oportunidades**. Se trata de definir qué oportunidades y para qué, puesto que la evidencia de los últimos 20 años muestra que las mujeres han mejorado sustancialmente sus indicadores de capacidades<sup>13</sup>. Sin embargo, al mirar indicadores de empoderamiento, se comprueba que se han mantenido enormes disparidades. Es decir, se ha avanzado en reducir las diferencias entre hombres y mujeres respecto del acceso a la salud, a la educación, al trabajo, lo que no ha estado acompañado de oportunidades para desplegar esas capacidades en un sentido amplio y particularmente en las esferas de poder.

Con estos antecedentes, los programas o planes de igualdad de oportunidades debieran tener varios niveles. Uno es la igualdad de oportunidades para obtener ciertas capacidades básicas, es decir, mejorar la condición de las mujeres respecto de los hombres; y por otra parte, desarrollar planes para el ejercicio de las capacidades adquiridas, ampliación de las

<sup>11</sup> Por necesidades prácticas de género se entienden aquellas que derivan de las funciones sociales adscritas a las mujeres por la división sexual del trabajo y que tiene relación con la sobrevivencia y protección (acceso a la tierra, agua, servicios, tecnología, trabajo, etc.). Por necesidades estratégicas en contraposición, se entienden aquellas que derivan de la posición de subordinación de las mujeres y que se orientan a revertirla (eliminación de formas institucionales de discriminación, control y libre decisión sobre la maternidad, etc.)

<sup>12</sup> Jelin, Elizabeth. Ponencia presentada en el Seminario Internacional “Políticas públicas para la mujer” organizado por Sernam en septiembre de 1996.

<sup>13</sup> Según el Informe de desarrollo humano de Naciones Unidas, las mujeres han mejorado sustancialmente en la mayoría de los países en cuanto a las capacidades adquiridas para moverse en el mundo: educación, salud y trabajo (ingresos).

opciones y de las libertades colectivas e individuales que abran las posibilidades a las mujeres para ser “sujetas” del desarrollo.

Finalmente, y quizás uno de los temas emergentes más nuevos respecto de las políticas dirigidas hacia las mujeres, refiere a la necesidad de profundizar -más bien explorar en la mayoría de nuestros países- acerca del **aporte económico de las mujeres al desarrollo**. Existen escasos estudios en América Latina acerca del impacto de la contribución de las mujeres en los equilibrios macroeconómicos en épocas de ajuste estructural y en el crecimiento económico en general<sup>14</sup>. Recién en estos últimos años se están realizando esfuerzos que intentan valorar económicamente el trabajo doméstico, el trabajo informal y otras contribuciones específicas de las mujeres para incorporarlo en las cuentas nacionales y orientar de mejor manera las políticas.

En síntesis, el esfuerzo de incorporar «género» en la salud en la esfera pública procura incidir en las causas que estructuran la discriminación y que dan origen a un acceso, control y ejercicio inequitativo de las formas de satisfacer una de las necesidades humanas fundamentales. Conocer esta situación y transformarla obliga a incidir en las esferas macro y microsociales del Estado y la sociedad civil, en la cultura, en el ordenamiento jerarquizado del sistema médico, en la concepción de la beneficiaria-usuaria-clienta-ciudadana, en actitudes y comportamientos de prestadores/as y usuarios/as, en las capacidades organizativas del Estado democrático y descentralizado, en la planificación estratégica de los servicios, en el diseño de programas específicos, en la puesta en práctica de acciones de promoción, de prevención, y de curación de la salud, entre otras. En este contexto a la política pública le cabe un rol fundamental e ineludible.

---

<sup>14</sup> Existe un estudio realizado por María Angélica Faune respecto del aporte económico de las mujeres en el sector agropecuario en Centroamérica y los impactos de esos trabajos productivos en las condiciones de vida de esas mujeres. Un esbozo de esta investigación fue presentado por la autora en el Seminario Internacional “Políticas públicas para la mujer” realizado en Santiago de Chile el 9 y 10 de septiembre de 1996.

## **CAPÍTULO II**

### **LOS ACTORES/AS INVOLUCRADOS/AS**

#### **1. LA MIRADA Y ACCIÓN DEL ESTADO: ALGO DE HISTORIA**

##### **1.1. Período 1925-1973**

Institucionalizar la acción del Estado en el campo de la salud de las mujeres data de principios de siglo. En 1925 imperaba en Chile un modelo de Estado de Bienestar, caracterizado por la presencia de un aparato acoplado -el Ministerio de Higiene, Asistencia Social, Previsión Social y Trabajo- encargado de llevar a cabo grandes transformaciones en el plano legal, social y asistencial. Su propósito era “la preservación de la raza y la mantención y resguardo de la paz social” (Illanes, 1993).

El Frente Popular como proyecto político realizó esfuerzos por cambiar el carácter del Estado y de la política social para lograr el bienestar popular. Sin embargo, en los años ‘30 al evaluar el modelo, sus resultados habían sido aún muy precarios.

Esta primera etapa se caracterizó porque la generación de políticas sociales estaba disociada en buena medida de las económicas. El nivel del gasto social era creciente y se articulaba desde una administración central y vertical. El énfasis estaba puesto en programas universales que buscaron ampliar los niveles de cobertura. Los elementos que fundaron las políticas sociales en esta etapa fueron la universalidad, la gratuidad y el control predominante del sector público.

Sin embargo, surgieron problemas que se fueron acumulando a través del tiempo y que dieron lugar a un desbalance progresivo entre gastos e ingresos con las crecientes presiones inflacionarias, coexistencia de múltiples instituciones públicas y privadas con mínima coordinación entre ellas, inequidades profundas en los aportes al sistema así como en los beneficios recibidos, excesivo énfasis en los programas urbanos y metropolitanos e insatisfacción de las demandas de atención y beneficios.

En este contexto, se desencadenaron las primeras acciones dirigidas a las mujeres de sectores populares, en tanto miembros de la familia obrera. La primera acción institucionalizada, atención del parto en el domicilio para las esposas de trabajadores, estaba garantizada en la Ley 4.054, que crea la Caja del Seguro Obrero en 1924. Más tarde en 1936, se crea la sección Madre y Niño del mismo Seguro.

En 1939 asumió el Ministerio de Salubridad el Dr. Salvador Allende, quien ese mismo año publicó un crudo diagnóstico de la situación de salud de la población chilena: la mortalidad equivalía al 50,5% de los nacidos vivos, la tasa de mortalidad infantil era de 250 por cada 1.000 nacidos vivos. Por cada 10 nacidos vivos, moría uno antes del primer mes

de vida, el 25% antes del primer año y cerca del 50% antes de cumplir 9 años.<sup>15</sup>

En este marco, se produjo una priorización de los/as niños/as como “objetos” de política pública, transformación que reconfigura el Estado con el nuevo énfasis en el “Compromiso Social”, para lo cual se incorporaron otros principios de acción pública como la unidad de lo civil y lo técnico; la integralidad de lo privado y lo público en materia social y la coordinación centralizada (Illanes, 1993).

Producto de este planteamiento surgieron tres comisiones técnicas coordinadas para elaborar un proyecto de ley tendiente a crear un organismo directivo y fiscalizador de todas las actividades relacionadas con la protección materno-infantil. Este organismo público se denominaría más tarde “Consejo Superior de Protección a la Maternidad, a la Infancia y a la Adolescencia”.

Asistimos de esta manera a la génesis del binomio madre-hijo como objeto de acción preferencial del Estado en salud debido a que existían evidencias empíricas de que era una eficaz y factible política pública.

La creación del SNS<sup>16</sup>, en 1952, incorporó la atención gratuita a la esposa del asegurado y sus hijos hasta los 15 años, cubriendo al 70% de la población chilena de la época. Así se homogeneizó la estructura de atención de salud a nivel nacional, siendo prioritaria la atención del “binomio madre-hijo”, para lo cual el equipo mínimo de atención era una enfermera y una matrona.

Un elemento importante de las políticas de salud se introdujo en la década del ‘60 con los programas de planificación familiar al amparo de la Alianza para el Progreso<sup>17</sup>. Esta política fue apoyada de forma decidida por los médicos, quienes vieron en estos métodos una posibilidad de disminuir la mortalidad y morbilidad materna, en especial porque proveían un sistema más seguro de regulación de la fertilidad que los tradicionales y porque favorecerían la disminución de la práctica del aborto. Es importante destacar que esta preocupación médica había llevado al desarrollo en nuestro país de métodos intrauterinos con anterioridad a la aplicación de los programas estatales de planificación familiar.

<sup>15</sup> Allende, Salvador. “Realidad médico social chilena”, 1939. En: Illanes María Angélica. (1993). *Historia Social de la Salud Pública. Colectivo de atención primaria*. Chile. p. 314

<sup>16</sup> El Servicio Nacional de Salud agrupó en una sola institución a las principales entidades que cubrían la atención de salud del país en sus aspectos preventivos y curativos: el Departamento Médico de la Caja de Seguro Obrero y de la Beneficencia, que tenían a su cargo la medicina curativa; la Dirección General de Sanidad, Protinfa, y el Instituto Bacteriológico, que tenían a su cargo la medicina preventiva y el Departamento de Medicina del Trabajo del Ministerio del Trabajo. No se integran al SNS el Sermena, las instituciones de las FFAA y de Orden y otras. En: Valdés, T.; Gomáriz, E. (coordinadores). (1991). *Mujeres Latinoamericanas en cifras*. Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer de España/Flasco-Chile.

<sup>17</sup> Desde 1966 hasta 1993, los anticonceptivos utilizados en los servicios estatales han sido donados por la vía de un convenio renovado periódicamente entre el gobierno y Aprofá. Mediante este convenio, Aprofá -con financiamiento de la AID- entregaba en forma gratuita el 100% de los anticonceptivos requeridos en el sistema de salud estatal.

Para el decenio 1966-1975 se elaboró el Plan Nacional de Salud de Chile, que mostró como resultado la reducción considerable de la mortalidad general, dada casi en su totalidad por la reducción de la mortalidad materna y de los niños.<sup>18</sup>

Ya en la década del '70 durante el gobierno de la Unidad Popular se formuló una nueva política de salud denominada "Atención integral a la mujer". Se intensificó la distribución de anticonceptivos, y se buscó asegurar la atención profesional de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. También se reforzó el programa "Vida familiar y educación sexual" al incorporar, a través del Ministerio de Educación, la educación sexual a todos los establecimientos educacionales del país. En suma, durante este período, el énfasis se puso en la paternidad responsable, la prevención y la información, considerando la planificación familiar como un derecho de la mujer y la pareja.<sup>19</sup>

## 1.2. Período 1973-1989

El golpe militar de 1973 abrió un nuevo período en materia de política públicas. Se redujeron los recursos para inversión social; se inició una reforma del Estado hacia uno "subsidiario" para reducir sus dimensiones, transferir funciones al sector privado y descentralizar ministerios y servicios; se introdujeron mecanismos de mercado para evaluar la asignación de recursos públicos y se buscó focalizar el gasto en los sectores más pobres de la población. Las políticas sociales fueron subordinadas casi íntegramente al mantenimiento de equilibrios macroeconómicos.

Respecto de la situación específica de las mujeres, el avance registrado en la aplicación de programas y en el debate sobre salud reproductiva en el país en los '60 y comienzos de los '70, prácticamente se revirtió. Aunque no se detuvo la aplicación de los programas de planificación familiar en los consultorios para las mujeres que los demandaban, sí se suspendió la campaña de información pública.

Hay tres medidas del gobierno militar particularmente relevantes en relación con la temática que nos ocupa. La primera corresponde a las restricciones en 1975 sobre esterilizaciones; la formulación, en 1978, de una «política de población» desde Odeplan<sup>20</sup>, basada en criterios natalistas y con objetivos de "seguridad nacional" y en 1989 la derogación del artículo 119 del Código Sanitario que autorizaba el aborto terapéutico cuando la vida de la madre se encontraba en riesgo o cuando la vida futura del embrión o feto no era viable.

<sup>18</sup> Morales, Eduardo. (1991). *Sistema político, planificación y políticas públicas. La política de salud, Chile 1964-1978. Documento de Trabajo. Flacso N° 110. Chile.*

<sup>19</sup> Valdés, Teresa y otras. (1995). *Género y políticas de población en Chile. Documento de Trabajo. Flacso-Sernam. No publicado. Chile.*

<sup>20</sup> Odeplan. (1979). *Política de población, Odeplan, Presidencia de la República, Chile.*



En los diseños, nombres e implementación de los programas no sólo estuvo ausente la mujer como sujeto, sino que además se la redujo a cuerpo-instrumento-reproductor de la especie, susceptible de ser controlado a partir de dos elementos excluyentes. Por un lado, si la especie está en peligro a propósito de la falta de alimentos y pobreza, se implementan acciones de control de natalidad y por otra parte, las acciones pronatalistas con el fin de reproducir mano de obra barata para el sistema productivo, o bien la reproducción vista desde la perspectiva de la seguridad nacional.

### **1.3. Desde 1990 a 1996**

La restauración democrática ha dado vida a un tercer período de políticas públicas. El rol del Estado sufre una nueva transformación, de “subsidiario” pasa a entenderse como “regulador”<sup>21</sup>. Se enfatiza la preocupación por las diversas realidades socioeconómicas, culturales y geográficas que conviven en el país, las que pasan a ser consideradas como parte de un todo, y además sugiere que las políticas económicas y las sociales se entiendan como complementarias.

El gasto social aumenta considerablemente, aun cuando sujeto a la mantención de los equilibrios macroeconómicos, y se profundiza la descentralización. La focalización del gasto social en los primeros cuatro años de gobierno democrático se mantiene como una definición importante si bien ya no como la central. Por último, se convierte en prioridad político social la calidad de los servicios que se brindan a la población, así como la inversión en capital humano.

En la actualidad se han hecho nuevas consideraciones en el sentido de que no existe crecimiento económico y estabilidad política sin equidad y sin justicia social; se ha valorado el dinamismo del sector privado y simultáneamente se intenta legitimar, en el discurso, la necesidad de contar con un sector público fuerte, eficiente, descentralizado y con capacidad para involucrar a la sociedad civil en su gestión.

Se intenta relacionar economía y salud con el objeto de producir un “círculo virtuoso” que incremente la calidad del capital humano, mejore la productividad y la competitividad, genere empleo, aliente la investigación y la innovación tecnológica. Además se considera que la salud es una condición indispensable para que exista una auténtica igualdad de oportunidades.

---

<sup>21</sup> Algunos lo denominan “integrador” en cuanto a su rol en políticas sociales.

## 2. EL CONTEXTO ACTUAL: ACCIONES ESTATALES DIRIGIDAS A LAS MUJERES

### 2.1. Del binomio madre-hijo a la salud de la mujer

Los antecedentes del actual programa de salud de la mujer se encuentran en el programa de salud materna y perinatal<sup>22</sup>, uno de los principales instrumentos de atención del Ministerio de Salud dirigido a las mujeres destinado a atenderlas en su esfera gineco-obstétrica, y a los niños hasta los 42 días después de su nacimiento.

Existen dos factores determinantes para la preocupación desde el Estado de la salud de la mujer: por su actividad reproductiva está en una situación de mayor fragilidad, tanto física como social, y el parto es el momento de mayor riesgo en la vida de un ser humano.

Las medidas que se toman para atender la salud de la mujer en este programa son fundamentalmente control del embarazo; atención del parto en hospitales; y atención del embarazo, parto y recién nacido a cargo de recursos profesionales calificados. Por otro lado, se asumen medidas destinadas al control de la fecundidad a través de un programa de planificación familiar puesto en marcha desde 1965.

En la percepción de las necesidades de salud de las mujeres, el Estado las ve íntimamente conectadas con la función de reproductora de la especie y de la sociedad. Por este motivo la mujer es percibida como un binomio madre-hijo.

El enfoque privilegiado históricamente en este programa (salvo excepciones que no han prosperado en el tiempo) ha sido el biomédico<sup>23</sup> que apunta a resolver problemas y situaciones de salud específicas de la mujer restringidas al ámbito gineco-obstétrico.

El programa tuvo una amplia cobertura a nivel nacional y su eficacia estuvo dada justamente por la gran cantidad de consultas que podía atender un/a funcionario/a mediante la detección de situaciones y problemas claramente definidos y dentro de parámetros muy establecidos. Al mismo tiempo, este enfoque requería, para su puesta en práctica, de una formación técnica específica que reducía al máximo la cantidad de variables a ser considerada y examinada.

---

<sup>22</sup> En relación con este programa, se ha utilizado como fuente principal de información el documento programa de salud materna y perinatal. Chile (Ministerio de Salud, 1991).

<sup>23</sup> El enfoque biomédico se presenta como opuesto a un modelo de intervención integral y participativo, en el cual se aborda la situación y problema de salud de la mujer, considerando las variables psicosociales intervinientes y dando al conocimiento que la usuaria tiene de su propio cuerpo y salud un espacio de consideración y legitimidad.

### 3- ENTRA EN ESCENA EL SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER, SERNAM

A partir del período de transición a la democracia en Chile (1990-1993), por primera vez las políticas gubernamentales incorporaron dentro de sus objetivos la equidad de género. Desde entonces se han puesto en marcha diferentes programas estatales y reformas dirigidos a las mujeres que recogen nuevas orientaciones y desafíos. Se trata de políticas públicas enfocadas hacia áreas temáticas y materias extremadamente sensibles desde el punto de vista de la desigualdad de género, como hemos visto anteriormente: la salud reproductiva, la violencia doméstica y el trabajo remunerado femenino, entre otras.

La creación del Sernam es un hito en el proceso. Institución con rango ministerial está encargada de promover la igualdad de derechos y oportunidades para las mujeres, expresando un cambio estructural en la concepción del Estado y en el rol que le cabe respecto de este sector específico de la sociedad.

#### 3.1. La salud de las mujeres vista desde el Sernam

Los proyectos impulsados desde el Sernam abordan distintas situaciones relativas a las condiciones de salud de las mujeres. En el caso del **programa nacional de violencia intrafamiliar**, considerada como un problema social y de derechos humanos, se visualiza a la mujer como una víctima potencial dada su ubicación desmedrada en el sistema social. Se constata, además que para ella, la vivencia de la violencia intrafamiliar incide en el deterioro de su autoestima, falta de motivación, temor, neurosis, predisposición al consumo de tranquilizantes, falta de concentración, etc. Por otro lado, en el caso de los hijos/as, la violencia intrafamiliar marca las relaciones futuras de los niños/as que crecen en un ambiente donde ella está presente cotidianamente.

El **programa embarazo en adolescentes** del Sernam, en su diagnóstico, resalta el hecho de que uno de cada 7 niños es hijo de una madre adolescente. El programa incorpora un conjunto de acciones de prevención y formación dirigido a padres y apoderados, estudiantes de enseñanza básica y media, profesionales de la salud, funcionarios municipales, monitores juveniles y organizaciones comunales de base. Asimismo busca promover la atención y apoyo a las madres y padres adolescentes a través de la incorporación privilegiada a programas de capacitación laboral, a oficinas de colocaciones municipales y creación de clubes o casas para jóvenes.

El **plan nacional de apoyo a mujeres jefas de hogar de escasos recursos** constata que uno de cada cinco hogares tiene a una mujer como jefa de hogar y el 60% de estos

hogares se ubica en sectores pobres y de extrema pobreza. Se percibe la existencia de una relación entre jefatura femenina y pobreza, asociada al bajo nivel educacional, precaria inserción laboral y doble jornada de trabajo. Dichas condiciones de vida inciden en una inestabilidad familiar y son catalogados como hogares expuestos a una mayor vulnerabilidad.

El **programa unidad móvil ginecológica** releva el hecho de que el cáncer cérvico-uterino y mamario constituye la tercera causa de mortalidad femenina en Chile, que el examen de PAP tiene una baja cobertura (30%) y el de mamas es altamente desconocido. El Sernam en conjunto con el Ministerio de Salud y los servicios de salud Metropolitano Sur y Central, implementó este programa como experiencia piloto. Consistió en una unidad móvil que realizó control ginecológico, examen de PAP (con seguimiento para PAP positivo) y entregó capacitación en auto-examen de mamas en siete comunas de Santiago.

En el caso de las acciones y programas impulsados desde el Sernam, encontramos que uno de los aspectos que entra en juego es el enfoque que opera detrás de la acción. En general, los programas y acciones privilegian un enfoque multidisciplinario, integral, comunitario, tendiente a la sensibilización de temas emergentes, a la prevención, a través de los medios de comunicación, educación formal y legislación, como es el caso de la violencia intrafamiliar; a una respuesta integral e intersectorial frente a la presencia de embarazo adolescente; y a una respuesta integral a la situación de pobreza de las mujeres jefas de hogar, abordando sus problemáticas de salud como una parte del conjunto de situaciones que se intentan resolver.

El enfoque privilegiado desde el Sernam para el caso de la violencia, embarazo adolescente y salud de las jefas de hogar, tiene un punto de dificultad que requiere de tiempo y experiencia resolver: no existe una real experiencia en trabajo multidisciplinario e intersectorial en el país. Esta realidad, unido a la condición del Sernam como institución nueva, ha hecho que en sus inicios se haya hecho visible el desconocimiento que este servicio tenía de la forma de operar del Ministerio en que está inserto (Díaz y Hurtado, 1993).

### **3.2. El plan de igualdad de oportunidades: una nueva estrategia**

En 1994 el Sernam formuló el primer plan nacional de igualdad de oportunidades para las mujeres, fruto de la experiencia de cuatro años de gobierno, que propone metas y mecanismos para el avance en el desarrollo con equidad.

A través de este plan se convoca a distintos organismos de gobierno a adquirir compromisos para lograr la plena igualdad entre ambos sexos, definiendo objetivos y acciones

específicas en el ámbito de salud de las mujeres. Sin embargo, a esta entidad pública sólo le cabe un rol orientador respecto de otras instancias y/o programas gubernamentales, por lo cual las políticas específicas en torno a la salud de las mujeres se han desarrollado fundamentalmente desde el Ministerio de Salud.

Uno de los objetivos estratégicos es “Mejorar la situación de salud de las mujeres” y se desglosa en los siguientes objetivos específicos:

1. Mejorar el conocimiento sobre la situación de salud de las mujeres.
2. Mejorar la calidad de la atención de salud a las mujeres, incorporando los factores biosociales en la programación, planificación y entrega de servicios.
3. Mejorar el acceso a los servicios de atención en salud, manteniendo la perspectiva de un enfoque integral.
4. Incorporar a la formación y perfeccionamiento de profesionales de la salud una perspectiva integral de la medicina, que considere las necesidades y problemas específicos de las mujeres de acuerdo a sus diferencias psicológicas, sociales, culturales y de edad.
5. Impulsar programas de lucha contra el cáncer en la población femenina.
6. Asegurar el derecho a una sexualidad libre de riesgos para la salud física y mental de las mujeres.
7. Asegurar el ejercicio de los derechos reproductivos y el acceso a la libre decisión sobre el número y espaciamiento de los hijos.
8. Impulsar programas de prevención y tratamiento integral del embarazo en adolescentes.
9. Mejorar la prevención de muerte y salud materna en los procesos perinatales.
10. Impulsar cambios en los enfoques tradicionales de la atención en salud mental, incorporando el enfoque de género.
11. Desarrollar programas focalizados en las mujeres trabajadoras.
12. Promover la creación de consultorios privados de programas de salud orientados a mujeres adultas mayores.
13. Promover programas de educación en salud sobre cuestiones que afectan específicamente a mujeres, orientados a desarrollar el autocuidado como actitud de las mujeres en su relación con su cuerpo y mejorar su calidad de vida

Estos objetivos se traducen a su vez en acciones específicas a impulsar por el Sernam, pero que pretenden incentivar a otros organismos del Estado y de la sociedad civil en su ejecución. Si estas políticas de igualdad de oportunidades logran transformar la desigualdad

de género y la discriminación, es un asunto que está por verse, puesto que el balance actual muestra niveles de desarrollo muy desiguales en los distintos sectores.<sup>24</sup>

Por otra parte, desde el punto de vista operacional, este plan aborda problemas sectoriales junto a temas transversales y no aparece una priorización de objetivos en sus ámbitos generales. Existe entonces una diversidad de alcances y efectos.

Las principales dificultades en la implementación del plan estarían -de acuerdo a la evaluación del Sernam<sup>25</sup>- vinculadas a:

- Planificación estratégica del propio Sernam en proceso, lo que dificulta la operacionalización de la misión institucional.
- Escasos años de existencia institucional para facilitar la coordinación interinstitucional.
- Insuficiente apropiación y manejo de la gestión presupuestaria, en especial el traspaso de fondos a otros sectores. (*trade off* entre innovación y burocracia estatal).
- Predominio de lógicas sectoriales por sobre la integralidad y funcionamiento intersectorial, en especial en niveles medios y locales.
- Insuficiente conocimiento e institucionalización del plan.
- Insuficiente sensibilidad, comprensión y conocimiento de áreas del Estado y de la opinión pública en general frente a la problemática de género.

#### 4. LA MIRADA Y ACCIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL

##### 4.1. Antecedentes generales

Para abordar el análisis de la participación social de las mujeres en salud es preciso hacer algunas consideraciones previas. En primer lugar, remitirse a la noción de ciudadanía social en el contexto latinoamericano, y en segundo lugar, definir quiénes son las actoras que participan del proceso y cuáles son sus principales estrategias de acción. Es preciso señalar además que este análisis está fuertemente relacionado con la noción de salud concebida como un derecho. Se parte de un doble supuesto: existe tanto el derecho a la salud, como la posibilidad de las organizaciones sociales de reivindicarlo. Sin embargo, esta idea no es inmutable; se ha ido transformando a lo largo de la historia y se han producido transformaciones respecto de quienes tienen derecho y qué tipo de derecho.

---

<sup>24</sup> Rodríguez, Teresa. Ponencia presentada en la mesa "Institucionalidad, implementación, coordinación sectorial" en el Seminario Internacional "Políticas públicas para la mujer" organizado por Sernam en septiembre de 1996.

## 4.2. La ciudadanía social

En América Latina a partir de 1930 emerge la presencia del Estado moderno junto con el enorme impacto del poblamiento urbano acelerado. Esto implicó que desde entonces -y soslayando todas las diferencias entre países y regiones- los espacios fueron predominantemente urbanos y muchas organizaciones sociales y sus demandas se constituyeron desde este nuevo espacio.

Jelin (1992) plantea que este fenómeno produjo cambios radicales en las formas de vida ligadas a los derechos suprafamiliares. Por una parte, la actividad económica y el manejo del dinero monetariza la cotidianidad y, por otra, la presencia de burocracias formaliza las relaciones y los trámites, determinando la manifestación social de obligaciones y derechos.

Respecto de la evolución de los derechos, la misma autora sugiere dividirla en tres etapas:

- La primera fue un período de lucha por la ampliación de la ciudadanía social y de las alternativas de derechos, principalmente económico-sociales.
- Una segunda etapa corresponde a una ampliación de los servicios del Estado y “la necesidad de crear clientelas políticas por parte de los nuevos partidos”. Esto implicó otro cambio radical al establecerse los partidos políticos como mediadores en la relación Estado/sociedad civil.
- Un tercer momento lo encontramos por la década de los 70’ en que aparecen en el escenario urbano movimientos sociales de base cuyo eje temático está puesto principalmente en las condiciones de vida de las personas más que en proyectos ideológicos globales. Se plantea así una nueva forma de expresar identidades colectivas y se buscan nuevos caminos de expresión de esas demandas.

En este contexto entenderemos la ciudadanía como un proceso de lucha por la expansión del derecho a tener derechos (Jelin, 1992). Desde esta perspectiva, los respectivos procesos de conformación de ciudadanía social son originales y expresan los resultados de las modalidades de lucha social y política en contextos históricos determinados.

En la idea de derechos se puede distinguir una peculiaridad muy significativa en nuestros países: hay historias específicas en cuanto a qué consumos han sido incorporados como derechos y cuáles han sido definidos como bienes y servicios de mercado. Esto se expresa, por ejemplo, cuando comparamos a la región con otros países del mundo desarrollado y percibimos algunos aspectos del consumo (en un sentido amplio) que no constituyen para el caso latinoamericano reivindicaciones o demandas, o surgen más tardíamente.

### **4.3. El movimiento de salud de las mujeres en Chile**

El siguiente acápite muestra tres experiencias de organizaciones de mujeres de Chile, desplegadas en contextos históricos diferentes, con estrategias de acción y énfasis particulares en torno a sus demandas y capacidades instaladas, lo que representa posibilidades y alternativas diversas de construir movimiento y acción desde la sociedad civil.

#### **4.3.1. El MEMCH y la emancipación femenina de principios de siglo**

La experiencia de organizaciones con carácter sociopolítico surgió fundamentalmente en la década del '30 con las acciones desplegadas por el MEMCH<sup>26</sup> en pro de liberar a la mujer chilena de la “maternidad obligada”. Desde el momento de su fundación sus luchas se encaminaron a la emancipación jurídica, social y “**biológica**” de la mujer.<sup>27</sup> Más tarde implementaría un conjunto de acciones políticas encaminado a mejorar la condición de las mujeres en diversos ámbitos y fue un movimiento fundamental en el derecho a voto de las mujeres en Chile, junto a otras organizaciones sufragistas. En el campo de la salud, los temas prioritarios fueron el problema denominado maternidad obligada, el aborto, la educación sexual, la divulgación de anticonceptivos, el “fuero maternal” y permiso pre y post natal, los seguros para mujeres trabajadoras y la “higiene sexual”.

Pese a los enormes esfuerzos de miles de mujeres que se unieron a esta organización durante su larga historia, los temas frente a los cuales fueron pioneras en su mayoría permanecen aún en tela de juicio como derechos de las mujeres en salud, en especial en el plano de los derechos sexuales y reproductivos.

Posterior a la labor del MEMCH se inició un período de silencio de las organizaciones femeninas, que dan paso a un despliegue más activo de los partidos políticos en la luchas por algunas de las reivindicaciones de las mujeres, sumándolas a las de otros actores sociales en un clima de gran efervescencia y disputa ideológico-política.

#### **4.3.2. Las organizaciones de salud durante la dictadura<sup>28</sup>**

Son expresión de un fenómeno predominantemente urbano que tienen su origen en situaciones de emergencia vinculadas a la represión política o a catástrofes naturales. Desempeñaron una labor

<sup>25</sup> Rodríguez, Teresa. *Op. cit.*

<sup>26</sup> Movimiento Pro Emancipación Femenina. *Organización feminista militante, integrada por mujeres de todas las clases sociales y con una larga trayectoria de lucha político-social.*

<sup>27</sup> Entrevista a Elena Caffarena, fundadora del Memch. En: Jiles, Ximena. (1992). *De la miel a los implantes. Historia de las políticas de regulación de la fecundidad en Chile.* Corsaps. Chile.

<sup>28</sup> La principal fuente de información de este acápite es el libro “Participación en salud: lecciones y desafíos” de Corsaps. 1990.



de carácter solidario en la atención de problemas menores de salud de la población y se instalaron poco a poco de manera sistemática en el quehacer organizacional de las comunidades, realizando tareas fundamentalmente en el campo promocional y preventivo.<sup>29</sup>

Estas organizaciones son una respuesta a las crecientes necesidades no satisfechas de la población en cuanto al acceso a la salud pública o la violación de los derechos humanos. Sin embargo, son capaces de prolongar su acción en el tiempo, realizando importantes acciones en el ámbito de la educación para la salud. Tienen un cierto protagonismo en el quehacer comunal con un claro sentido de organización que busca espacios de legitimación de su quehacer.

Estos grupos de salud fueron muy heterogéneos en su carácter, objetivos, capacitación, su distribución geográfica y alcance territorial, producto principalmente de las condiciones en que se generan. Su desarrollo se potenció en especial en aquellas poblaciones urbanas con mayor trayectoria de organización y movilización social. En general, sus integrantes son mujeres que ven sentido a la participación social vinculada a la vocación de servicio para el cuidado de los otros, en particular de los necesitados y los enfermos. Algunos grupos desarrollan un carácter más político y reivindicativo en su labor, aunque los otros sentidos se mantienen vigentes.

Sus principales aportes son la valoración de la solidaridad y la asistencia humanitaria, el rescate de valores de identidad histórico-cultural de sus comunidades y la experiencia de acciones educativas en el campo de la salud. Las principales dificultades se relacionan con su desarticulación en el período de reconstrucción democrática, su falta de capacidad para proponer e influir respecto de cuestiones importantes de la salud de su comunidad, la reproducción de relaciones de poder medicalizadas y asimétricas con sus “beneficiarios”, relativa dependencia con sus organizaciones de apoyo y dificultad para liderar procesos de participación más amplia de la comunidad en el ámbito de la salud.

#### **4.3.3. Foro abierto de salud y derechos reproductivos en Chile con su estrategia de empoderamiento**

El sentido de esta organización está dado por su voluntad y capacidad de impulsar cambios desde diversos ámbitos que subviertan el sistema establecido. Se trata de un grupo que apuesta

---

<sup>29</sup> Es preciso considerar que existe un tipo de agrupaciones vinculadas a una lógica asistencialista en salud, que se expresa en el voluntariado comunitario que desempeña trabajos de apoyo y acompañamiento de enfermos, y otro tipo de grupos de autocuidado, que fueron promovidos desde los consultorios de atención primaria como respuesta a algunas necesidades específicas de enfermos crónicos (hipertensión, diabetes, etc.); el énfasis de este acápite está en organizaciones de otro carácter y trayectoria.

a una compenetración profunda de las variables sociales, económicas, psicológicas, ecológicas, ideológicas, culturales, biológicas y políticas que condicionan la realidad de vida de las mujeres.

El Foro se ha ido constituyendo en una expresión política del movimiento de salud de las mujeres en Chile y al mismo tiempo, en parte del movimiento de mujeres. En su especificidad en las temáticas de salud y derechos humanos de las mujeres y al mismo tiempo, en instrumento de su estrategia.

Su propósito fundamental es lograr el “empoderamiento”, es decir, la capacidad de intervenir para producir determinados efectos en la sociedad por parte de las mujeres, en este caso particular desde y en los espacios de la salud. Lo que equivale a hacer política feminista en salud.

Se entiende a sí mismo como integrante de la sociedad civil y promueve el ejercicio de ciudadanía en lo individual y colectivo. Este tiene su base en el desarrollo de procesos de conocimiento que desmitifiquen y desconstruyan los condicionamientos de género desde la información, la autovaloración y la conciencia de derechos, la recuperación para sí de las decisiones sobre el propio cuerpo, la propia sexualidad y la fecundidad. Y además, asumir un rol relevante en las decisiones acerca de las políticas públicas que atañen a la salud y a la vida de las mujeres.

Son objetivos del Foro instalar y mantener en el debate público los temas de salud reproductiva y sexual y derechos sexuales y reproductivos; sensibilizar a la sociedad en los aspectos centrales de esta temática, identificando los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos de enorme gravitación política; contribuir a la conceptualización y a la experiencia práctica en derechos sexuales y reproductivos; promover, impulsar y proponer cambios culturales y legales que favorezcan la salud integral de las mujeres, en especial en sus aspectos sexual y reproductivo; intervenir en la gestación y formulación de políticas públicas en salud de la mujer y convocar a mujeres y hombres para la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos.

En la actualidad el Foro coordina cerca de 300 organizaciones del país, producto de un proceso de articulación generado a partir de un proyecto denominado “Convención Nacional de Salud de las Mujeres”, en el cual se desarrollaron diagnósticos y propuestas en salud en ocho regiones del país. Esta experiencia fortaleció su estrategia de hacer política desde lo social, ejerciendo ciudadanía como mujeres en la perspectiva de la equidad.

#### 4.4. El espacio académico

Consideramos el espacio académico como aquel en donde se desarrolla investigación social<sup>30</sup> en salud reproductiva, que incluye a las ONG, pero en donde las universidades o centros de estudios vinculados a ellas juegan un rol protagónico.

Es importante señalar que en Chile, los estudios exclusivamente académicos son escasos y que muchas de las investigaciones son de aplicación o se vinculan a la acción en proyectos más amplios de intervención social, ya sea en el campo de la salud o la educación.

En primer lugar en nuestro país no existe una clara identidad entre aquellas instituciones y personas que realizan estudios en salud reproductiva, es un campo nuevo y emergente. No hay tampoco centros especializados en esta materia, ni información centralizada o contactos institucionalizados entre los esfuerzos que se desarrollan en esta área.

Pese a lo anterior, en los años recientes han emergido con fuerza algunas investigaciones, motivadas principalmente por la influencia de algunas agencias de financiamiento y los debates a nivel internacional, pero su permanencia no está del todo asegurada.

De acuerdo a los datos de Gysling<sup>31</sup> en su sistematización de las investigaciones sociales en salud reproductiva realizadas en Chile entre 1985-1993, se pueden distinguir al menos tres diferentes contextos institucionales y enfoques de investigación: por un lado están aquellas derivadas de ampliaciones de la mirada biomédica con un enfoque epidemiológico y de salud pública; por otro, las basadas en enfoques teóricos estrictamente disciplinarios que se desarrollan en centros de investigación en ciencias sociales, y finalmente, las que se desarrollan desde una perspectiva de género y tienen una orientación feminista.

Por otra parte, debido a los avances en la reconceptualización de las ciencias sociales y el cambio de paradigma en salud del cual hablamos al comienzo de este estudio, los límites entre la investigación propiamente biomédica y la propiamente social son cada vez más difusos, integrándose ambas, ya sea a través de investigaciones interdisciplinarias, o a través de enfoques cada vez más “integrales”.

<sup>30</sup> Definiremos la investigación social como aquellos estudios que se abocan a la comprensión social y cultural de los fenómenos y procesos relativos a la salud reproductiva, o que se ocupan de identificar y/o analizar los factores sociales y culturales que afectan la salud reproductiva.

<sup>31</sup> Gysling, Jacqueline. (1995). *La investigación social en salud reproductiva en Chile: panorama al inicio de los '90*. PIEG-Flaco. Chile.

De acuerdo al trabajo citado de Gysling, las instituciones que llevan a cabo estudios en salud reproductiva son principalmente universidades (58.2%) y ONG (33.7%), en menor proporción aparecen instituciones médicas (6.1%), hospitales (1.2%), y en última instancia, profesionales independientes (0.4%) y el Sernam (0.4%).<sup>32</sup>

Las universidades desarrollan fundamentalmente investigaciones del tipo aplicadas, trabajos documentales y publicación especializada en revistas nacionales. Respecto de las temáticas de investigación podemos mencionar que se concentran fundamentalmente en: “embarazo adolescente”, “jóvenes y sexualidad”, “educación sexual” y “aborto”, mientras que las ONG cubren un ámbito de temas más diversos y menos explorado en el país, incluyendo temas de maternidad, sexualidad, cáncer, ETS, derechos reproductivos, entre otras.

#### **4.5. Las organizaciones no gubernamentales, ONG**

En 1990 se realizó un catastro<sup>33</sup> que llegó a distinguir 212 ONG que realizaban programas de salud, en especial para poblaciones pobres. Estas organizaciones son muy diversas en tamaño, composición profesional, recursos e infraestructura, vinculación con iglesias y relación con fuentes de financiamiento de la cooperación internacional.

La gran mayoría de ellas surgió como respuesta a necesidades socioeconómicas deterioradas de la población, en un contexto de autoritarismo político y de un Estado disminuido en su función social. En gran medida sus líneas de acción se determinaron por el afán de suplir algunas de las deficiencias del sistema público de salud (Bertoni y otros, 1991).

Esta situación marcó profundamente sus experiencias, incrementando su acervo en aspectos de participación social, promoción, prevención, educación participativa y atención médica digna y humanizada. Manejaron, en su mayoría, un concepto de salud integral y de responsabilidad de la sociedad civil, lo que las fue constituyendo en una forma alternativa de acción en salud. El eje estuvo en el mejoramiento de la calidad de vida considerando la interdisciplina y el trabajo en equipo. De esta manera se constituyen en espacios de aplicación

---

<sup>32</sup> Al interior de las universidades, gran parte de las investigaciones se realiza en las facultades de medicina, sólo 4 de 34 trabajos del estudio mencionado se desarrollan en facultades de Ciencias Sociales.

<sup>33</sup> Bertoni, Nora y otros. (1991). *Las ONGs de Salud en Chile. Una contribución a la estrategia de atención primaria*. Prosaps-Corsaps. Chile.

de un concepto más amplio de atención primaria, que integra el aporte del trabajo solidario, la tradición de la salud pública y una opción por el cambio social.

Sus principales obstáculos han sido la inestabilidad y precariedad económica; la articulación entre ellas; la proyección y elaboración a partir de su práctica; y la replicabilidad de su experiencia debido a la dimensión local de su quehacer (Marshall y otras, 1990).

## CAPÍTULO III

### ¿QUÉ TENEMOS POR RESULTADO? ... PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER

#### 1.- LOS ORÍGENES

En julio de 1994 el programa de salud materna y perinatal dio paso al **programa de salud de la mujer**. Formulado en el contexto del proceso de reorganización del Ministerio de Salud y aplicado a partir de esa fecha, implica en la práctica una actualización del programa materno-perinatal. De acuerdo a la fórmula actual, además de los aspectos reproductivos incluidos en el programa original, se incorporan otros aspectos ligados con la salud de las mujeres en las distintas etapas de su ciclo de vida.

De acuerdo a lo planteado por el responsable del nuevo programa a nivel ministerial<sup>34</sup>, los cambios en las orientaciones programáticas se producen asumiendo criterios de tipo técnico. Se plantea, por un lado, que la tendencia en el campo de la salud de la mujer en el próximo período es que el Estado mejore la calidad de atención en sus servicios y amplíe la oferta, influido por los cambios epidemiológicos y demográficos de la población que se expresan en la reducción de la fecundidad en el país. Ello disminuye el peso de la demanda en aspectos reproductivos y por lo tanto permite que se desvíen recursos hacia acciones de salud en otros ámbitos. Desde este punto de vista, el nuevo programa tiene su origen en los siguientes fenómenos:

- Aumento de la expectativa de vida femenina (75 años)
- Desplazamiento de la mortalidad femenina hacia grupos de mayor edad (sobre 65 años)
- Estabilización de la mortalidad perinatal en especial en su componente de mortalidad fetal tardía.
- Persistencia del aborto inducido, tanto a nivel de egresos hospitalarios como de ser responsable de 30-40% de muertes maternas en el país.
- Marcado incremento de embarazadas obesas, según clasificación vigente (1987: 12.9%; 1992: 22%).
- Alta mortalidad por cánceres ginecológicos considerados “prevenibles” (cérvico uterino-mama).
- Baja prevalencia en lactancia natural prolongada.
- Alta prevalencia de embarazo no deseado en adolescentes (13,8% del total de los nacimientos).
- Participación creciente de las mujeres en el mercado laboral (32%).

<sup>34</sup> Castro, René. Entrevista realizada el 13 de agosto de 1996.

Otra razón se sitúa en aquellos aspectos de carácter político-estratégico, pero restringidos a las influencias de la comunidad internacional vinculada a la salud, la cual presiona a los gobiernos para que adopten aquellas medidas tendientes a asegurar acceso a la salud por parte de las mujeres con el fin de lograr mayor equidad entre los géneros respecto de indicadores de salud específicos.

En este contexto, para el nuevo programa adquieren especial relevancia -en sus aspectos formales- los **aspectos sicosociales** en grupos de mayor vulnerabilidad (sectores más pobres, jefas de hogar); los riesgos asociados a la **condición laboral**; la atención integral de la mujer en el período **post-reproductivo**; prevención, pesquisa precoz y tratamiento oportuno de **cánceres femeninos** y aspectos de la calidad de vida tales como el **autocuidado** y fomento de hábitos de vida saludable (alimentación, descanso, ejercicio, etc.).

En el origen de las transformaciones se reconoce además la influencia del diálogo permanente con el Sernam -"como mujeres en el Estado"- e intenta recoger los planteamientos del plan de igualdad de oportunidades. Esto último queda de algún modo expresado a nivel conceptual, sin embargo no tiene una traducción concreta en actividades programáticas.

En cuanto a las transformaciones en marcha, no se plantea -desde el Ministerio- ningún rol específico de la sociedad civil en tanto organizaciones sociales, organismos no gubernamentales u organizaciones académicas.

## 2.- EL DISEÑO

Desde el punto de vista organizativo y de gestión, existe en la base un problema de compleja resolución -que por cierto no es objeto de este estudio profundizar- cual es la estructura general del sistema de salud en Chile, cuyo modelo es similar en la mayoría de los países de América Latina. En ella conviven concepciones diferentes respecto a las maneras de organizar y asignar los recursos. En un primer momento se desarrolló una estructura orientada a la **patología**, más tarde y principalmente a raíz de los aportes de la Conferencia de Alma Ata, se implementaron los denominados **niveles de atención** (primaria, secundaria y terciaria), y sus correspondientes enfoques promocional, preventivo y curativo de la salud. Desde hace algunos años, se incorporó otra lógica denominada **segmental**, que diferencia grupos poblacionales específicos hacia los cuales se orienta la acción. En la actualidad estas tres lógicas conviven en el sistema, en ocasiones se superponen y se disputan sujetos de atención, con lo cual se agrega una dificultad adicional a las propuestas de cambio.

## 2.1. Los objetivos

Los objetivos de este nuevo programa del Ministerio de Salud son :

1. Favorecer la incorporación de una visión integral de las necesidades de las mujeres a lo largo de su ciclo de vida, en el equipo de salud, considerando la perspectiva de género en las actividades programáticas.
2. Desarrollar sistemas de registros de información desagregados por sexo.
3. Determinar las necesidades de salud de las mujeres en las distintas etapas de su ciclo de vida y las condiciones que puedan afectarla.
4. Privilegiar un enfoque promocional y preventivo, priorizando en las condiciones asociadas al proceso reproductivo.
5. Mejorar la calidad de atención en los distintos niveles asistenciales.
6. Identificar las necesidades de salud fuera del ámbito reproductivo, especialmente en salud mental, sexual y laboral.
7. Estimular el autocuidado de la mujer.
8. Desarrollar trabajo intersectorial.

En líneas generales se observa que los objetivos tienen como eje cuatro aspectos:

- Incorporar cuestiones conceptuales como: género, integralidad de la salud y ciclo de vida.
- Actualización del recurso humano.
- Actividades promocionales y preventivas.
- Investigación y diagnóstico de la salud de las mujeres.

El gran ausente, sin embargo, es la participación de las mujeres. No se especifica ningún objetivo ni actividad que fomente, promueva o fortalezca la acción organizada de las mujeres en salud.

Por otra parte, se espera que las actividades del nuevo programa sean coherentes con la propuesta general, cuestión que aparece débilmente reflejada o en algunos casos no se expresa en actividades específicas.

En el siguiente cuadro se resume el programa por tipo de usuarias y tipo de actividad del programa de manera de distinguir las usuarias preferenciales y los servicios ofrecidos por el mismo.



### Servicios ofrecidos por el programa de la mujer

Tipo de usuaria	Salud general	Salud sexual	Salud reproductiva	Salud psicológica	Salud laboral	Educación para la salud	Total
Mujer en general	2	3	1	1	-	4	11
Mujer en edad fértil	4		10	2	1	8	25
Mujer y su pareja	-	2	2	-	-	1	5
Adolescentes	-	1	1	-	-	1	3
Mujer de la tercera edad	-	1	-	-	-	1	2
Recién nacido	3	-	-	-	-	-	3
Mujeres que ejercen el comercio sexual	-	1	1	-	-	1	3
Total	9	8	15	3	1	16	52

**Fuente:** Elaboración propia sobre la base del programa de salud de la mujer. Minsal, 1995.

Al observar el cuadro se aprecia que el énfasis está puesto en la salud reproductiva, la que continúa siendo una política dirigida a las mujeres (en primer término) y a su pareja (en segundo término) en edad fértil (ésta se delimita arbitrariamente entre los 15 y 49 años). A los hombres no se los considera como destinatarios de políticas específicas en este campo, y sólo se les menciona a propósito de actividades en el contexto familiar. En definitiva los hombres solteros no juegan un rol significativo en la planificación familiar.

Las actividades básicas tendientes al logro de las estrategias definidas, se realizan junto con otras actividades complementarias, dentro de las cuales está la **Educación para la Salud** que se define como “un proceso de interacción educativa que ocurre durante la atención, entre el integrante del equipo de salud y la mujer que recibe la atención”. De esta manera, dichas actividades aparecen abultadas en el cuadro anterior, en términos de su importancia relativa, al estar integradas como parte del quehacer de las/os prestadoras/os en los 15 minutos en que se produce el encuentro cara a cara con las mujeres usuarias.

Las mujeres trabajadoras y de la tercera edad son las más “desprotegidas” por el nuevo programa. Esto puede llamar a equívocos en el sentido de generar falsas expectativas en estas mujeres y, luego, encontrarse con un servicio extremadamente pobre para atender a sus necesidades específicas.

En definitiva, desde 1995 en adelante el programa redefine formalmente algunos elementos de su diseño organizacional incorporando nuevas actividades. Sin embargo, los lineamientos básicos desde el punto de vista de género y su expresión práctica a través de aspectos

organizativos son una actualización de los programas tradicionales que se han implementado en Chile en las últimas décadas.

## 2.2. La misión del programa

De acuerdo a los aportes de la teoría de gestión estratégica, en el siguiente cuadro se propone una definición tentativa de pares clientes-servicios del programa:

<b>Pares clientes-servicios del programa de salud de la mujer</b>	
<b>Clientes</b>	<b>Clientes    Servicios</b>
Directivos del Ministerio de Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño de estrategias y programas dirigidos a las mujeres para ser ejecutados a nivel del sistema público de salud.</li> <li>• Elaboración de normas y estándares respecto de programas e indicadores de salud para mujeres.</li> <li>• Supervisión y control del cumplimiento de normas técnicas.</li> <li>• Coordinación intrasectorial al interior del Minsal y extrasectorial con Educación, Trabajo, Sernam, INJ.</li> <li>• Estudios e investigaciones acerca de la situación de salud de las mujeres.</li> </ul>
Directivos de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas específicos para cumplir las estrategias definidas a nivel central.</li> <li>• Asesoría técnica para la implementación de programas.</li> <li>• Capacitación específica a funcionarios de nivel regional acerca de género y salud, y de gestión del programa.</li> <li>• Coordinación horizontal y vertical entre servicios y con el Minsal.</li> </ul>
Organismos no gubernamentales y centros académicos y de investigación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiamiento de investigaciones y estudios relacionados con los objetivos del programa.</li> <li>• Información actualizada de la situación de salud de las mujeres y de sus estrategias, políticas y actividades programáticas.</li> </ul>
Otras dependencias del Estado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información, asesoría y coordinación de programas transversales.</li> </ul>

Pese a las limitaciones enunciadas anteriormente, la planificación estratégica como instrumento de gestión, tiene la ventaja de situar el análisis de las instituciones en un horizonte de mediano y largo plazo, y por lo tanto anticiparse a eventuales transformaciones estratégicas y programáticas. Principalmente por esta razón, nos parece necesario avanzar en definir con

claridad, flexibilidad y amplitud la misión institucional del programa, teniendo en consideración que es una propuesta de elaboración propia, y que una misión definitiva requiere de la interacción de los distintos actores involucrados, tanto de la sociedad civil como del Estado.

Proponemos la misión del programa como **definir un modelo general e integral de atención de salud para mujeres, que sea consecuente con la realidad demográfica, epidemiológica, sociocultural, y económica del país, así como con las necesidades y expectativas de las mujeres, grupos y comunidades.**

Se entiende el modelo general e integral de atención como un marco referencial en el cual se organizan y relacionan los distintos componentes del programa, intra y extrasectorialmente, con el propósito de garantizar determinados estándares de salud para las mujeres usuarias, y de esta manera mejorar la calidad de vida de la población y el ejercicio de la ciudadanía.

### 3.- ANÁLISIS DEL PROGRAMA

#### 3.1. Las oportunidades

- En temáticas sensibles como es la salud de las mujeres a nivel de la política pública, el plano de los acontecimientos a nivel internacional ha generado un conjunto de cambios en las últimas décadas, por lo cual, los avances recientes en el escenario internacional (Conferencias de El Cairo y Beijing por ejemplo) aparecen como una oportunidad para mejorar la condición y posición de las mujeres en la sociedad.
- En este mismo sentido, los países adoptan acuerdos que implican a la larga, cambios legislativos vinculados a la temática de la mujer en general y particularmente en el campo de la salud.
- Otra oportunidad es el amplio reconocimiento de la ciudadanía de la importancia de programas de salud dirigidos hacia las mujeres.
- La creación y existencia del Sernam como organismo estatal, que pone en la agenda pública las temáticas relevantes para las mujeres.
- La incorporación de mayor tecnología al diagnóstico y tratamiento porque asegura una reducción de costos para el sistema y una herramienta a la hora de asignar recursos.

- La reforma de salud, en sus aspectos de descentralización y participación de usuarios, es una oportunidad en la medida que los consejos locales de usuarios incorporados en el modelo de participación social en salud, se conviertan en una realidad y realicen aportes respecto del seguimiento de los programas a nivel local.
- La acumulación de conocimientos y experiencia por parte de organismos no gubernamentales que investigan y actúan en el campo de la salud de las mujeres podría favorecer la toma de decisiones de políticas públicas en salud a los directivos del programa.
- La experiencia y trayectoria de las comunidades indígenas, de las organizaciones de salud y de las propias mujeres en el cuidado y promoción de la salud.

### **3.2. Las amenazas**

- Los factores socioculturales que limitan o entorpecen la formulación de nuevos conceptos y la respuesta del sistema a innovaciones o acciones no tradicionales en el campo de salud de las mujeres. Esto tiene expresión tanto en algunos sectores de la sociedad civil, como en las distintas instancias al interior del Ministerio y del sistema de salud. Ejemplo: la incorporación del concepto de género y el de derechos reproductivos.
- Los factores socioculturales en el sentido del impacto de los condicionamientos de género, la posición de subordinación y aislamiento de las mujeres que ha dañado su autoestima y les dificulta desarrollar destrezas para la autoafirmación en la vida cotidiana y política, así como para el autocuidado. Sus prioridades en salud, por lo general, son los otros miembros de su grupo familiar, postergando muchas veces dolencias y/o enfermedades propias.
- El uso de nuevas tecnologías y procesos de producción genera incertidumbre acerca de su impacto en nuevas enfermedades emergentes y en la situación de salud de la población. Ejemplo: el amplio uso de agrotóxicos trae como consecuencia nuevas enfermedades a las mujeres embarazadas frente a las cuales el sistema está obligado responder.
- Los hábitos de vida de las mujeres en estos últimos años generan condiciones para que se desarrollen algunas enfermedades que demandan la atención y recursos del Estado como el sedentarismo, el tabaquismo, la obesidad, etc.
- Creciente reducción del gasto público que genera incertidumbre respecto de la viabilidad presupuestaria del programa, debido a que los tomadores de decisiones de financiamiento no conocen necesariamente el alcance de los cambios propuestos.

### 3.3. Las fortalezas

- De acuerdo a los énfasis actuales del programa, una fortaleza está en contar con recursos humanos calificados (matronas) que son un soporte técnico-profesional para la ejecución del programa, principalmente en el ámbito de la salud reproductiva.
- El proceso de modernización y descentralización que está en marcha en el Minsal.
- La experiencia y conocimientos acumulados de los funcionarios responsables del programa en el Minsal.
- La larga trayectoria de la intervención del Estado en el campo de la salud de las mujeres que sitúa a Chile entre los países con buenos indicadores de salud materna.
- La creación de consejos consultivos a nivel de los servicios regionales que favorecen la participación de las comunidades locales y el *accountability* del sector público.

### 3.4. Las debilidades

- La estructura rígida, burocrática y medicalizada del sistema de atención que entorpece la incorporación de innovaciones pertinentes para los nuevos tiempos.
- La falta de un liderazgo político para llevar a cabo reformas más radicales en el diseño de estrategias y políticas y negociar recursos y articulación con otras dependencias ministeriales.
- Deficiencias en la gestión en los distintos niveles del sistema de salud. Esto se relaciona principalmente con aspectos de la cultura organizacional, con las limitaciones de definición de indicadores de gestión y control para la evaluación, y con las crecientes expectativas de las usuarias que no siempre son posibles de satisfacer por parte del programa.
- Deficiente integración entre los distintos niveles de gestión que se expresa en problemas de coordinación y comunicación entre las distintas entidades.
- Falta de mecanismos sistemáticos y eficientes de vinculación y coordinación entre el programa y otros actores que se desenvuelven en el campo de la salud de las mujeres.
- Falta de recursos para investigación y actualización de la información respecto de la situación de salud de las mujeres.
- Se carece de programas comunicacionales masivos de información que permitan dar a conocer en forma clara y sencilla sus objetivos y acciones específicas.

Después de haber analizado el programa de salud de la mujer del Minsal, a partir de elementos como la misión, los pares clientes-servicios, los escenarios, el diagnóstico interno, se observa que se ha estado desarrollando en un contexto de imprecisiones y falta de visión de largo plazo, lo que ha implicado que sus acciones no siempre respondan a las expectativas y demandas de sus clientes y de las mujeres, que son las usuarias finales del mismo.

Por otra parte, el liderazgo al interior del programa se organiza<sup>35</sup> en sus aspectos relevantes de acuerdo a un modelo de decisiones que tiene elementos burocráticos y al mismo tiempo racionales, ya que frente a las diferentes alternativas que se presentan en torno a la toma de decisiones, analiza las consecuencias en función de sus objetivos de mediano plazo, pero asimismo, es un liderazgo con deficiencias al momento de negociar y tomar decisiones innovadoras y coherentes con las políticas definidas. Por otra parte, la falta de control e indicadores de gestión ha llevado a una inercia institucional difícil de alterar.

La posibilidad de alcanzar la misión propuesta y concretarla en estrategias y programas, debería asimismo estar en función de diseñar controles e instrumentos de gestión que logren medir los avances y dificultades. En la actualidad las formas de evaluación están referidas a mediciones cuantitativas y los indicadores no dan cuenta del conjunto de modificaciones que se quieren producir en el programa.

---

<sup>35</sup> En el sentido que define Allison (1971) a los modelos de toma de decisiones en el ámbito público.

## **CAPÍTULO IV**

### **LAS TAREAS PENDIENTES Y LAS PREGUNTAS NECESARIAS**

#### **1.- COMENTARIOS FINALES**

En la temática de salud de las mujeres el Estado lleva varias décadas de desarrollo de políticas públicas. De acuerdo a los objetivos de este trabajo cabe preguntarse por cuatro aspectos de estas acciones: ¿cuáles son los elementos más importante que otorgaron y otorgan fundamento a ellas?, ¿cuál es la imagen de mujer hacia la cual se dirigen dichas políticas?, ¿cuáles son las implicancias que ello tiene en la actualidad? y ¿cuáles son los desafíos del próximo período?. Estas son algunas de las preguntas que intentaremos abordar en este capítulo y terminaremos realizando un conjunto de recomendaciones prácticas que puedan aportar al mejoramiento del actual programa de salud de la mujer.

#### **1.1. Los fundamentos de las políticas que conocemos**

Respecto de lo primero, es preciso insistir en que la lógica predominante en la atención de las necesidades de salud de las mujeres se ha visto restringida de manera principal a lo reproductivo. Este enfoque cuenta con una larga trayectoria, entiende a las mujeres como un soporte de la salud de la familia y las reduce en la práctica al binomio madre-hijo. Está sustentado en el sistema sexo-género, en el cual intervienen elementos de orden simbólico y práctico que han mediatizado la relación del Estado con las mujeres en el campo de la salud. Algunos de ellos se expresan en:

- La **concepción biomédica unidimensional** predominante, donde el cuerpo de los sujetos aparece como un cuerpo objetivado, fragmentado entre aspectos sicosociales y biológicos, y en el caso de las mujeres además se restringe a sus aspectos reproductivos. Más allá de la categoría biológica específica, como género las mujeres son también el resultado de una serie de condicionantes históricas y culturales que inciden en el proceso de salud-enfermedad. De esta manera, la incorporación de género en salud permite disponer de un instrumento analítico para acceder a una mejor comprensión de su estado de salud.
- La implementación de acciones en salud cuyos ejes son la **asistencialidad y la docilización** de las mujeres.
- **Las relaciones de poder y las asimetrías de información** en la relación médico/a-usuaria. Este es un fenómeno que opera como la sujeción de las mujeres al poder del conocimiento médico y se expresa en la relación médico-paciente en un espacio de relaciones desiguales de dominio y sumisión.

- **La utilización de los roles tradicionales** de las mujeres como recurso gratuito por parte del Estado. Se intenta ocupar la disponibilidad horaria, el lugar desde donde se realizan ciertas prácticas y algunas destrezas específicas de las mujeres producto de sus roles de género, como una herramienta que es funcional a la reproducción del sistema sexo-género dominante. Asimismo el sistema sexo-género se reproduce con las políticas tradicionales, por lo cual merece especial atención su diseño, implementación, evaluación y control en el marco de los cambios necesarios para el desarrollo integral de las mujeres.
- **La formulación de políticas públicas** de cierto modo desvinculadas de la ciudadanía y de otros actores relevantes que desconoce -e incluso a veces teme- la potencialidad del quiebre de la inercia institucional al interactuar con otras organizaciones.
- **La tensión que existe al interior del Estado** por cuanto éste aparece, por una parte como corrector o potencial corrector de inequidades de género, pero que expresa en sí mismo la discriminación y la desigualdad.

En este contexto el peso relativo de las miradas y acciones de los distintos actores involucrados en la salud de las mujeres guarda grandes diferencias. Por una parte, el Estado es sin duda quien interviene más significativamente este campo, ya sea por el lado de las coberturas de atención en salud (atiende a aproximadamente el 70% de las mujeres del país), por la permanencia histórica de programas y acciones y por la proporción de mujeres que son parte del sistema de salud como prestadoras.

Finalmente, la sociedad civil, que luego de un largo periodo de marginación va aprendiendo nuevas formas de interlocución con el Estado, debe pasar de la denuncia y reivindicación a la propuesta y fiscalización, lo cual no resulta fácil ni está libre de conflicto. Se requiere apertura y desarrollo de capacidades por ambas partes como veremos más adelante.

## 1.2. Concepción de las mujeres que maneja el Estado en salud

Tanto en los documentos como en las entrevistas realizadas se aprecia que se manejan diferentes escalas de valores y concepciones acerca de la mujer. Por una parte, tras esta idea de que la identidad femenina se construye en torno a la maternidad<sup>36</sup>, la mujer adquiere

<sup>36</sup> Marcela Lagarde (antropóloga mexicana) sugiere que la identidad de "madresposa" de las mujeres se expresa en amplios dominios de su vida cotidiana y de su vida social. Ver: Lagarde, Marcela. (1990). *Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. UNAM. México.



sentido y es símbolo de poder desde su condición de madre, con todas sus dimensiones, sentidos y significados. La imagen simbólica de la mujer es internalizada como un proceso biológico y natural, convirtiéndose en un modelo, aspiración y a veces utopía para la mayoría de ellas. Esto es asumido por el Estado como una manera de mantener el orden social a través de la estabilidad familiar y de ordenar la realidad social en torno a una concepción única aceptable del ser mujer. Es lo que Provoste<sup>37</sup> denomina la “maternalización de la política social”.

Pese a lo anterior, las nuevas tendencias del Estado están encaminadas a relativizar de modo gradual este modelo hegemónico<sup>38</sup> y los estereotipos que en él se manejan. La redefinición del actual programa es una expresión de ello, al intentar incorporar necesidades emergentes fuera del campo de lo reproductivo. Sin embargo, es preciso considerar que esta ideología dominante tiene un impacto muy poderoso en la conciencia colectiva de las mujeres como sujetos y del país como un todo, por lo tanto deberá ser una consideración importante al momento de diseñar política pública.

### **1.3. Matriz de análisis para la incorporación de género en salud**

Una de las dificultades para evaluar una política pública en su diseño e implementación consiste en contar con los instrumentos analíticos y prácticos para hacerlo. Como hemos analizado en los capítulos anteriores, el programa de salud de la mujer enfrenta serios problemas de evaluación en sus distintas fases y se requiere que éstos sean consistentes con los cambios que se han querido imprimir al mismo.

En relación con la dimensión de género en las políticas públicas nos encontramos frente a un desafío mayor, ya que el tema de por sí incorpora una enorme complejidad de variables que es preciso considerar y medir. Pese a lo anterior, nos ha parecido importante intentar avanzar en tal sentido, con el objeto de facilitar, tanto a funcionarios públicos como a organizaciones sociales, el análisis de las políticas, programas y/o acciones de salud dirigidas a las mujeres, y contar con más elementos para poder evaluar el grado de incorporación de la dimensión de género en ellas.

<sup>37</sup> Provoste, Patricia. (1995). *La construcción de las mujeres en la política social*. Instituto de la Mujer. Santiago de Chile.

<sup>38</sup> Los aportes de la Comisión de la Familia creada bajo la administración de Aylwin, entregan importantes fundamentos para ampliar la visión tradicional de la familia y del rol de las mujeres en ella.

### Matriz de análisis para la incorporación de género en salud

Perfil de género	Concepción de salud	Concepción de mujer	Políticas de salud	Tipo de servicio	Ciudadanía individual	Ciudadanía social	Resultados esperados
<b>NULO</b>	Estrictamente biomédica.	Restringida a su rol de madre. Mujer "objeto" de política.	Centradas en el mejoramiento de la situación de salud del grupo familiar a través del binomio madre-hijo.	Curativo - asistencial.	Mujeres desinformadas. Sin acceso a decisiones.	Mujeres desorganizadas. No existen mecanismos de interlocución con el Estado a ningún nivel.	Mejorar los indicadores de mortalidad y morbilidad materno-infantil.
<b>ESCASO</b>	Considera aspectos biológicos y psicológicos.	Se reconocen rasgos específicos por su trabajo productivo o por la edad.	Centradas en el mejoramiento de la condición de las mujeres con base en indicadores epidemiológicos.	Curativos y preventivos.	Reciben información general si manifiestan interés.	Organizaciones participan en actividades de los servicios a nivel local como voluntarias. Se escuchan sus puntos de vista.	Mejorar indicadores de mortalidad y morbilidad prevenir enfermedades epidémicas y/o infecto-contagiosas.
<b>MODERADO</b>	Considera aspectos biológicos y psicológicos y sociales.	Se amplía el rango y se reconocen tipos o categorías de mujeres definidos centralmente.	Centradas en el mejoramiento de la condición de las mujeres con base en indicadores epidemiológicos y biosociales.	Curativos, preventivos y de promoción.	Reciben información como parte de una política comunicacional. Existen mecanismos formales para conocer opinión de las usuarias.	Existe consulta periódica para el diagnóstico, programación y evaluación en todos los niveles del Estado.	Mejorar indicadores epidemiológicos y demográficos del conjunto de la población y atender de manera focalizada a grupos vulnerables. Mejorar el acceso y la calidad de la atención. Prevenir y tratar patologías específicas de las mujeres.
<b>SIGNIFICATIVO</b>	Concepto integral	Mujeres de cualquier edad, se reconoce la diversidad. Mujer "sujeto" de política.	Centradas en el mejoramiento de la condición y posición de las mujeres.	Curativos, preventivos, promocionales y de fomento del "empowerment".	Mujeres informadas. Existen mecanismos de fomento de la organización. Existen mecanismos para la cuenta pública de las autoridades.	Existen organizaciones visibles y respetadas. Existen demandas agregadas de las organizaciones. Existen mecanismos de deliberación/ concertación permanente para la toma de decisiones. Existen mecanismos de accountability.	Mejorar la calidad de vida de las mujeres a través de políticas transversales y un desarrollo equitativo en el ámbito económico-social. Mejorar la salud de las mujeres reconociendo especificidades geográficas, económico-sociales, culturales, étnicas, generacionales, etc., al interior del universo mujeres. Superar obstáculos sicosociales y culturales que discriminan a las mujeres en el sistema de salud. Mejorar la posición de las mujeres en los espacios de poder del sistema de salud.

Fuente: Elaboración propia (1996).

## **2.- El nuevo rol del Estado**

La temática de la salud de la mujer desde una perspectiva de género surge en el Estado chileno en los inicios de un período refundacional de carácter democrático, junto con otros temas emergentes que favorecen su instalación y que pueden ser oportunidades y potencialidades para la acción estatal en este campo. Entre ellos se cuentan la modernización del sector público; el proceso de descentralización de la salud y el desarrollo de políticas de igualdad de oportunidades para lograr el “crecimiento con equidad”.

Respecto de la modernización, se requiere de una política de gestión de recursos humanos orientada a corregir el deterioro y reconstituir la dignidad y prestigio de la función pública. Aquí el tema de calidad de atención adquiere especial relevancia y exige una definición de instrumentos y medidas tendientes a llevar a la práctica un proceso gradual y sostenido de innovación en la gestión.

Por su parte, la descentralización, entendida como el traspaso de atribuciones, decisiones y responsabilidades a nivel regional y local, requiere dotar a las instancias regionales y locales con los recursos humanos, competencias, capacidades y herramientas técnicas y organizacionales correspondientes. Este proceso intenta acercar las instancias de decisión y gestión a los sectores involucrados y de esta manera facilitar el acceso a la participación y control ciudadanos. En este nuevo contexto el Estado debe responder a la demanda por mayor eficacia y eficiencia y asimismo por mayores canales de interlocución con la ciudadanía.

Finalmente está el tema de la igualdad de oportunidades que se expresa como idea fuerza de las sociedades modernas en las que se busca la superación de toda forma de discriminación y desigualdad por razones étnicas, socioeconómicas, territoriales, de edad, etc., y en el caso que nos ocupa, por razones de género. Este tema alude a la necesidad de superación de las desigualdades que radican en la posición relativa de mujeres y hombres en la sociedad, y cuyos efectos son particularmente negativos para las mujeres. Las políticas en este campo se deben orientar tanto al mejoramiento de las condiciones de vida de las mujeres, como al mejoramiento de su posición en los distintos círculos de poder de la sociedad, y el ejercicio de derechos.

## **2..1. Las tareas pendientes: Los conceptos están bien ... ¿y las prácticas cuándo?**

Una de las tareas es precisar con mayor claridad cuestiones conceptuales que son orientadoras respecto del quehacer. El nuevo programa intenta incorporar nuevas concepciones como salud integral, lo que implica para el Estado ver y relacionarse con las mujeres en relación con su ciclo vital; su estrato social; su género; su sexualidad; su estado psicológico y físico; su función reproductiva biológica, social y cultural; su interacción con el medio ambiente, la historia y la política; con el sistema de cuidado de la salud y la calidad de los servicios. Y también, con la percepción de sí misma como persona sujeto de derecho y con capacidad de decisión. Es evidente que esto supone un desafío de envergadura al momento del diseño de programas específicos y de la dotación de recursos para llevarlos a cabo.

Lo mismo sucede al incorporar género, empoderamiento, calidad de atención, y otras. Por lo tanto, se requiere no sólo realizar transformaciones conceptuales sino también evaluar las acciones que demandan y los efectos y expectativas que se generan con esas nuevas propuestas. La distancia que existe entre los discursos del Estado y las lógicas que subyacen a las prácticas concretas de su acción (que se dan en la relación cotidiana entre el personal de salud que ejecuta el programa y las destinatarias) puede ofrecer una visión engañosa que se transforma en un impedimento para la eficacia del eslogan y los compromisos, y que dificulta aún más los cambios que intenta producir.

### **¿Todas iguales o heterogéneas?**

Otra cuestión importante de considerar es que este programa ignora las diferencias en los patrones culturales y sociales de diversos grupos de mujeres. Para analizar y transformar la realidad de las mujeres no basta con asumir las diferencias entre los sexos. El término “mujer” responde a un universo demasiado amplio y heterogéneo como para ser una herramienta útil por sí sola de política.

Algunos estudios muestran que, además de la edad y el nivel de pobreza, existe un conjunto complejo de condicionantes de la situación de salud de las mujeres que van desde el desempeño de roles tradicionales en distintas etapas de la vida, de las distintas posiciones en un grupo familiar, de su vinculación con redes sociales de apoyo y organizaciones, etc., que inciden de modo diferente en las necesidades, oportunidades y recursos de las mujeres, así como en su receptividad y asertividad respecto de acciones de política.

En definitiva, no es igual diseñar políticas de planificación de los nacimientos con mujeres urbanas que con mujeres rurales de zonas apartadas o desprotegidas. La visibilidad de cada uno de estos grupos<sup>39</sup> es necesaria para una política que aspire a ser más eficiente.

La forma de incorporar esa heterogeneidad en la políticas es un tema a considerar cuidadosamente. Ampliar los denominados “grupos vulnerables” de sexo femenino puede resultar poco práctico. O se multiplican los “grupos-objetivo”, haciendo más difícil -y tal vez más ineficiente- la gestión de programas o, lo más probable, se tenderá a priorizar algunos grupos sobre otros.

En esta línea habría incluso que problematizar la utilidad de los criterios de focalización para la equidad de género. Las mujeres no son definitivamente un grupo prioritario dentro de los pobres, sino que son parte constituyente de todos los grupos de pobreza en su sentido amplio (desempleados, subempleados, pobres del campo o la ciudad, jóvenes, tercera edad, indígenas). En este sentido, el desafío de la heterogeneidad reside en cómo construir objetivos que incorporen a hombres y mujeres en igualdad de condiciones, diseñando herramientas que recojan su diversidad, e involucrando procedimientos que garanticen resultados favorables a todas ellas.

El superar la visión dicotómica entre políticas universales y focalizadas adquiere relevancia para los objetivos de equidad de género. Sabemos que la selectividad puede ser regresiva cuando se inserta en una estrategia de desmantelamiento de políticas que han tenido un impacto progresivo importante. También las políticas universales pueden serlo cuando no consideran adecuadamente ciertas peculiaridades de las sujetas de política.

Es importante además, lograr mediante la política social juegos de suma positiva, vinculando en los programas las necesidades colectivas del universo “mujeres”. Esto último es posible debido a lo que Habermas denomina “intereses generalizables”, que además de lograr ciertos objetivos concretos y de elevar la cohesión social, permiten ampliar la base social de apoyo a las funciones de equidad.

### **Integralidad y equipos multidisciplinarios**

El concepto de integralidad en salud demanda entender a la mujer como una unidad biosicosocial y trascender los marcos estrechos del enfoque al que nos hemos referido. Para ello se requiere la adecuada competencia profesional, que no sólo debe entenderse en sus

<sup>39</sup> Actualmente quienes han recibido una atención específica diferenciada por parte del Estado en salud son las jefas de hogar y las adolescentes.

aspectos técnicos-biomédicos, sino en su capacidad de comprender todas las determinantes que pone en juego la dimensión transversal del género (entre otras, la subjetividad, la relación entre dominación y afectividad, etc.). Por consiguiente, el cumplir con este requisito de calidad y competencia, supone reformular curriculum docentes a todo nivel que aseguren la adecuada formación de recursos humanos para abordar la salud de las mujeres.

### **¿Le interesan las mujeres a la democracia?**

La manera por la cual las mujeres han actualizado y representado la experiencia de su discriminación, ensanchado el espacio político de la sociedad, ha variado históricamente. Tales variaciones han ocurrido, como hemos visto anteriormente, tanto en el nivel de las temáticas y prácticas elegidas, cuanto en el plan de las relaciones entre el movimiento social, la estructura partidaria y el Estado.

El reconocer a las mujeres como sujetos de derechos, implica crear espacios donde puedan ejercer una actuación protagónica en la gestión individual, colectiva e institucional de los asuntos que competen a su vida, a su salud, su cuerpo y su sexualidad. Comprende además, la participación y representación en todos los niveles del sistema de salud y la democratización del saber médico, a través de la información y educación oportuna y completa acerca de los procesos salud-enfermedad en los niveles institucionales, comunitario y doméstico.

### **3.- Participación de la sociedad civil...¿dónde están las ciudadanas?**

“El ejercicio de la plena ciudadanía por parte de las mujeres -es decir, el desarrollo de la capacidad de autodeterminación, de expresión y representación de intereses y demandas, y de pleno ejercicio de los derechos políticos individuales y colectivos- aún está pendiente en América Latina y el Caribe”<sup>40</sup>. Con esta frase recoge la Cepal el tema de la participación y la ciudadanía en la región, lo que sin duda expresa también las limitaciones de nuestro país. El desafío entonces de avanzar en la equidad de género en la política pública en salud, es un tarea vigente, urgente y necesaria, no sólo desde la perspectiva de justicia e igualdad para las propias mujeres, sino también porque es un objetivo en sí mismo de la política social y a la vez un instrumento para democratizar la relación del Estado con la ciudadanía.

---

<sup>40</sup> Cepal. (1995). programa de Acción Regional para las Mujeres de América Latina y el Caribe, 1995-2001. Cepal- Unifem. Santiago de Chile.

Para avanzar en este sentido es preciso determinar criterios que permitan hacer efectivos estos principios en cada situación y contexto:

- La política social sustentada en la noción de derechos requiere que se incorporen formalmente nuevas distinciones en cuanto a los mismos, tales como los derechos reproductivos, el derecho a la integridad física y mental, la no discriminación, etc.
- La política social democrática requiere de ciudadanas que puedan interlocutar, proponer y fiscalizar al Estado. Este es un proceso recientemente desencadenado en nuestra democracia, por lo cual las mujeres requieren, en un primer momento, de una acción estatal decidida que facilite el ejercicio de este nuevo rol, que rompa con la invisibilidad de sus organizaciones y que abra espacios y mecanismos de interlocución sistemática y eficaz.
- La política social requiere además dar respuesta eficiente y eficaz a los problemas concretos y necesidades de las mujeres en situación de pobreza o mayor vulnerabilidad por lo cual deberá desarrollar instrumentos que mejoren la capacidad de los servicios de recoger sus opiniones y problemas en el espacio en que se desarrolla el vínculo o la acción de salud, y de establecer formas de evaluación de la gestión más democráticas y participativas.
- El fomento de la ciudadanía social es una tarea prioritaria del Estado, toda vez que la ciudadanía individual y el ejercicio de derechos individuales se desenvuelve en el marco de la economía de libre mercado, y la convivencia de un sistema mixto que permite a algunos grupos de mujeres acceder al sistema de prestaciones privadas de salud y asumir responsabilidades y ciudadanía en ese espacio específico.
- Las estrategias de fomento de la participación de las mujeres en salud deben dar cuenta de la multiplicidad de necesidades y experiencias en este campo: la movilización de recursos comunitarios para cumplir determinadas metas en salud, la contribución clásica del voluntariado, los compromisos compartidos de carácter promocional, las demandas reivindicativas y políticas, etc.

Como un esfuerzo de sintetizar y exponer claramente algunas consideraciones importantes en este punto, me parece particularmente relevante relevar algunos principios de discernimiento abordados en distintos capítulos de este trabajo. Ellos otorgan un marco general consensuado y pueden orientar la actuación de todos los actores en relación con cualquier estrategia de participación, los actores relevantes del proceso y la evaluación permanente de las condiciones favorables para el ejercicio de participación social en salud:

Principios de discernimiento	Actores	Condiciones favorables
Democracia	Estado (Lo político y administrativo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voluntad política nacional y local. Una legislación pertinente y favorable a la participación democrática.</li> <li>• Sistema político-administrativo descentralizado que favorezca la autonomía y el acercamiento de las políticas a las ciudadanas.</li> <li>• Contexto sociocultural y político que apoye la conciencia pública respecto de los principios de discernimiento.</li> <li>• Partidos políticos que incorporen los principios de discernimiento y sean capaces de procesar las demandas de la sociedad civil en su mediación con el Estado.</li> </ul>
Equidad de género		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flexibilidad y compromiso institucional que favorezca la programación y la capacidad operativa local.</li> <li>• Servicios que satisfagan, en un nivel aceptable, las necesidades básicas de salud de la población.</li> <li>• Equipos de salud abiertos y dispuestos al intercambio y colaboración tanto al interior del servicio como con la comunidad. Valoración de la participación social en salud.</li> <li>• Autoridades que asuman el <i>accountability</i> como un instrumento democrático permanente en la gestión.</li> </ul>
Salud integral	El Estado (Sistema de Salud)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas conscientes y motivadas respecto de la importancia del fomento de la salud.</li> <li>• Agregación de demandas por parte de comunidades. Redes de asociaciones, organizaciones y movimientos que desarrollen iniciativas y acciones en el campo de la salud.</li> <li>• Experiencias exitosas de participación.</li> <li>• Respeto y mutuo apoyo entre organizaciones y con el resto de los actores del proceso.</li> </ul>
Igualdad de oportunidades	La Sociedad Civil	

**Fuente:** Elaboración propia, adaptación de propuesta de Salinas, J.; Marshall, T. y Sáez, M.(1990). *Participación en Salud: lecciones y desafíos*. Corsaps. Santiago de Chile



Se ha señalado la importancia de tomar iniciativa en el plano de la participación social en salud, en particular por parte de las mujeres. Sin embargo, es preciso hacer una consideración respecto de una de las formas de participación que ha fomentado con más ahínco el Estado a través de décadas, cual es la actividad voluntaria de las mujeres como monitora o auxiliar de salud. Reconociendo y valorando este aporte en su sentido práctico, y el hecho que se enmarca en el rol de servicio público que asumen muchas mujeres en el espacio local y a nivel de la atención primaria, este rol puede tener un efecto perverso en la perspectiva del cambio global de la situación de las mujeres, fundamentalmente porque reproduce y profesionaliza el rol tradicional de las mujeres en el campo de doméstico que pasa a ser público, se generan incentivos para un cierto clientelismo, se crean condiciones para que el sector público aproveche y maneje interesadamente un recurso humano gratuito y porque en general, se puede anular el rol negociador y crítico de las mujeres respecto del sistema de salud.

#### **4.- Proceso de institucionalización de la política y aspectos organizativos**

Entendiendo que los cambios programáticos ya están en marcha y que se ha iniciado un lento proceso de institucionalización al interior del sistema de salud con la instalación del programa de salud de la mujer, este nuevo momento requiere de la difusión de las propuestas y su desarrollo en los sistemas locales de salud.

La creación de programas de salud para mujeres era una tendencia difusa a comienzos de la década, sin embargo, ya es una nueva realidad en varios países de América Latina. Por ello, a continuación se proponen 13 medidas agrupadas en cuatro estrategias destinadas a mejorar el desarrollo de este proceso en nuestro país. Para su formulación se han tomado en consideración el conjunto de antecedentes proporcionados en el presente estudio y la adaptación de algunas experiencias exitosas en otras latitudes del continente<sup>41</sup>.

#### **Estrategias de acción**

Para hacer realidad la misión del programa se proponen un conjunto de estrategias y programas, dirigidos a configurar herramientas concretas para mejorar su ejecución. La relación entre estrategias y programas no es unívoca, por cuanto unas y otras se afectan y/o

<sup>41</sup> Los programas de salud de la mujer y sus recientes evaluaciones que se han tomado como base para este capítulo provienen especialmente de las experiencias mexicana, colombiana y brasileña.

potencian simultánea y recíprocamente. Un programa puede servir a varias estrategias, y éstas, a su vez, pueden concurrir al logro de varios propósitos. Cabe insistir en que se trata de una propuesta y no pretende, por tanto, convertirse en la única opción para producir los mejoramientos necesarios, ya se ha dicho anteriormente que ello es posible a través de un proceso interactivo al interior del programa y sus vinculaciones regionales y locales, y con organizaciones de la sociedad civil.

### **Gestión para el proceso de concertación**

Conjunto de acciones que enmarcan el proceso que permite interlocutar, dialogar y concertarse para la ejecución de los programas y proyectos con los distintos actores involucrados e interesados en este proceso, lo que enriquece la política y facilita el acercamiento entre técnicos y necesidades concretas de las mujeres. Algunas herramientas concretas sugeridas son:

**a) Conformación de consejo técnico consultivo:** Este proceso de concertación podría apoyarse en un consejo técnico consultivo a nivel del programa conformado por distintos actores que a nivel nacional desarrollan su acción en el campo de salud de las mujeres. Se sugiere que el Consejo esté conformado por tres representantes del Minsal, tres representantes de las ONG, dos representantes de centros académicos y universidades, tres representantes de servicios de salud regionales y dos representantes de organizaciones sociales de salud de las mujeres.

**b) Compromisos intersectoriales y Carta de Derechos de Salud de la Mujer:** Configurar una política integral de salud de las mujeres con compromisos intersectoriales que apoyen las estrategias y proyectos específicos de salud en cada sector involucrado y al mismo tiempo desencadenen un conjunto de compromisos locales del sector salud expresados en una Carta de Derechos, como un gesto simbólico y práctico que permita la evaluación posterior.

### **Gestión institucional**

Es el proceso técnico y administrativo mediante el cual se espera mejorar el desarrollo institucional frente al nuevo marco de la modernización del sector salud. Comprende la potenciación del recurso humano del programa que optimice la eficiencia en el campo de salud de las mujeres, centrado en las usuarias, alcanzando niveles de excelencia en la calidad de atención e incorporando la perspectiva de género en su desarrollo. Algunas acciones específicas:

**a) Implementación de programas de capacitación de funcionarios en dos áreas relevantes.** Gestión de los servicios y calidad de atención de salud con incorporación de la perspectiva de género.

**b) Talleres de profundización de la política.** Talleres amplios a nivel local destinados a profundizar en áreas específicas, confrontar la información con la realidad local, proponer alternativas viables para enfrentar los problemas, identificar acciones relevantes, definir prioridades programáticas y promover la evaluación de los servicios.

**c) Política de recursos humanos acorde con la necesidad de atención integral.** Se requiere rediseñar los equipos de trabajo del programa en función de las nuevas necesidades y la ampliación de las acciones. Por una parte, la necesidad de actualizar el curriculum de los profesionales del área de la salud, pero también rediseñar la utilización del recursos humano escaso (en salud mental por ejemplo) para la atención integral que se espera abordar.

**d) Programa de “Encuentro Nacional para la Difusión de las Innovaciones en Salud de las Mujeres”.** Abrir espacios de encuentro y de intercambio del conjunto de actores involucrados en la salud de las mujeres para difundir y promover experiencias innovadoras en este campo y asimismo contar con información para la entrega de incentivos a la mejor gestión innovativa en los servicios de salud.

**e) Premio anual a la excelencia profesional e institucional.** Para generar un incentivo al mejoramiento de la calidad de atención, se sugiere la creación de este premio anual al cual se harán acreedores las matronas, los médicos, otros profesionales de la salud, las instituciones, las comunidades y los municipios que se destaquen en la realización de innovaciones, investigaciones y experimentación en el programa de salud de la mujer, así como en el logro de resultados en términos de eficiencia y gestión del servicio.

**f) Expedición Nacional de Intercambio en Salud de las Mujeres.** La expedición entendida como una misión de profesionales que se desplaza de sus lugares habituales de trabajo para tomar contacto con instituciones de la sociedad civil (ONG y centros académicos) y organizaciones sociales y/o comunidades y municipios, tiene también por objetivo conocer en forma sistemática las innovaciones y experiencias de investigación y experimentación con los propios protagonistas, para visualizar nuevas alternativas de gestión o acciones locales específicas y relevantes para el programa.

**g) Programa de medios de comunicación y recursos telemáticos.** Su objetivo es incentivar y apoyar la utilización de los medios masivos de comunicación, en especial la radio, la televisión, la informática y las redes telemáticas. Su uso será indispensable para el aprendizaje,

el flujo e intercambio de información y conocimientos y para el mejoramiento permanente de la eficiencia y la calidad de la gestión de las entidades responsables del programa de salud de la mujer. Esto a su vez, genera condiciones para un mejor ejercicio de control ciudadano de la gestión pública en salud.

Igualmente se estimulará la creación de centros de recursos teleinformáticos en cada servicio de salud abiertos a la comunidad. Asimismo dará la posibilidad de compartir programas de salud y compartir bancos de información nacional y mundial. A través de redes como Internet se tendrá la oportunidad de conformar grupos de discusión acerca de las temáticas relevantes del programa.

**h) Difusión masiva de información relevante y campañas educativas promocionales y/o preventivas.** Difundir resultados de investigaciones, campañas hacia la opinión pública, convocatorias a actividades y propuestas generales del programa a través de diversos medios de comunicación.

### **Gestión para el logro de la autonomía**

A partir del programa de salud de la mujer se establecen los estándares y normas básicas necesarias de considerar en su ejecución. En el marco del proceso de descentralización del sector salud, se apoyará, fortalecerá y agilizará una gestión autónoma en el ámbito de la salud de las mujeres que, apoyado en los estándares nacionales, pueda dar respuesta a las necesidades de las localidades reconociendo y validando sus especificidades.

**a) Validación y reconocimiento de saberes.** En lo relacionado con las prácticas tradicionales y ancestrales de promoción, prevención y recuperación de la salud, se hace necesario conocer y respetar los usos y costumbres de comunidades indígenas o grupos específicos que actúan en el campo no institucional de la salud. Se trata de fomentar la investigación, la difusión y el intercambio de tales prácticas<sup>42</sup>.

**b) Instituciones amigas de la Salud de la Mujer.** Se tratará de establecer convenios e intercambios con aquellas instituciones autónomas que actúan en el campo de la salud y que pueden aportar desde sus propias prácticas al mejoramiento de la salud de las mujeres manteniendo su autonomía respecto de los recursos y estrategias estatales.

<sup>42</sup> Una experiencia interesante ocurrió hace algunos años (1993) en la Región de la Araucanía: a partir de las demandas de las mujeres mapuches que solicitaban al servicio de salud su placenta luego del parto de sus hijos, los/as profesionales accedieron a entregárselas para que ellas pudieran realizar sus rituales. Esto no significó ningún costo adicional para el servicio y la práctica representaba el respeto a la diversidad de creencias y prácticas en un caso puntual. Se desconoce si en la actualidad se mantiene esta estrategia por parte del servicio y si se ha reproducido en otras zonas del país.

Fomento de la investigación en salud de las mujeres desde la perspectiva de género

**a) Fondo de recursos para la investigación.** En este contexto es preciso estimular la investigación del impacto de estas transformaciones en los aspectos epidemiológicos, demográficos, socioculturales, en los hábitos de vida, -entre otros- de las mujeres, para contar con un programa que dé cuenta de las nuevas realidades y plantee soluciones pertinentes, oportunas, adecuadas y eficientes como acciones de política desde el Estado. Se trata de reconocer asimismo la diversidad al interior del universo de mujeres usuarias para diseñar políticas focalizadas, diferenciadas y acordes a las necesidades específicas de las usuarias. Este fondo debería ser concursable y contar con normas transparentes y amplias de licitación de las propuestas y de selección de los postulantes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Abarca, Humberto (1995)**. Entre Apolo y Dionisos: masculinidad en el discurso homosexual urbano. Tesis para optar al título de sociólogo. Universidad de Chile. Santiago de Chile.
2. **Althusser, Louis (1971)**. Ideología y aparatos ideológicos de Estado (Notas para una investigación). En: Zúñiga, Ricardo. Psicología social Nº 11. La influencia social masiva. Ediciones Universitarias. Universidad Católica de Valparaíso. Santiago de Chile.
3. **Allison, G. (1971)**. Essence of decision. Little Brown and Co. EE.UU.
4. **Anderson, Jeanine (1991)**. Reproducción social/Políticas sociales. SUMBI. Lima. Perú.
5. **Arteaga, Ana M. y Largo, Eliana (1989)**. “Las ONG en el área de la mujer y la cooperación al desarrollo”. En Taller de cooperación al desarrollo, una puerta que se abre. Los organismos no gubernamentales de cooperación al desarrollo. Servicio Editorial. Santiago de Chile.
6. **Azeredo y Stolcke (1993)**. En: Jelin, Elizabeth. ¿Ante, de, en, y? Mujeres, derechos humanos. Red Entre Mujeres. Diálogo Sur-Norte. Perú.
7. **Badinter, E. (1981)**. Mother love. Myth and reality. (Motherhood in modern history). MacMillan. New York. EE.UU.
8. **Badinter, E. (1986)**. L'un est l'autre. Odile Jacobs. París. En: Sharim, Dariela (1995). Responsabilidades familiares compartidas: sistematización y análisis. Documento Nº 41. Sernam. Santiago de Chile.
9. **Bertoni, Nora (1991)**. Las ONG de salud en Chile. Una contribución a la estrategia de atención primaria. Prosaps-Corsaps. Santiago de Chile.
10. **Bohm, David (1992)**. La totalidad del orden implicado. Editorial Kairos. Barcelona. España.
11. **Bourdieu (1990)**. “La domination masculine”. Actes de la recherche en Sciences Sociales. Nº 48. París. En: Sharim, Dariela (1995), op. cit.
12. **Buvinic, Mayra; Lycette, Margaret; Otero, María y White, Karen (1988)**. Integrando a la mujer en proyectos de desarrollo; guía práctica para América Latina y El Caribe. International Center for Research on Women. Washington, Estados Unidos.
13. **Cepal (1995)**. Programa de acción regional para las mujeres de América Latina y el Caribe, 1995-2001. Cepal-Unifem. Santiago de Chile.
14. **Cobo, Juan Manuel (1993)**. Contribución a la crítica de la política social. Universidad Pontificia Comillas-UPCO. Madrid, España.

15. **De Barbieri, Teresita (1991).** Género y políticas de población. Una reflexión. Documento presentado a la Conferencia Centroamericana de El Caribe y México sobre políticas de población. Antigua.
16. **De Barbieri, Teresita (1992).** “Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica”. Revista Interamericana de Sociología. Año VI, Nº 2-3. México.
17. **De Barbieri, Teresita (1995).** Certezas y malos entendidos sobre la categoría género. En Estudios básicos de derechos humanos IV. Instituto Interamericano de Derechos Humanos-Comisión de la Unión Europea. Costa Rica.
18. **De Lauretis, Teresa (1991).** La Tecnología del género. En: Ramos, Carmen. El género en perspectiva: De la dominación universal a la representación múltiple. Universidad Autónoma Metropolitana. México.
19. **De los Ríos, Rebecca (1993).** Del integracionismo al enfoque de género en las concepciones sobre la salud de la mujer. Ponencia presentada en el Seminario internacional presente y futuro de los estudios de género en América Latina. Centro de Estudios de Género, Mujer y Sociedad. Universidad del Valle. Cali. Colombia.
20. **De los Ríos, Rebecca (1993).** Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción. En: Género, mujer y salud en las Américas. OPS. Washington. EEUU.
21. **Díaz, Marcela y Hurtado, Josefina (1993).** Acciones y programas estatales en salud dirigidos a las mujeres. 1990-1993. Documento de Trabajo. Serie Estudios Sociales Nº 56. Flacso. Santiago de Chile.
22. **Dirección de Estadística y Censos. (1964).** Asistencia social Año 1960. Ministerio de Economía, Fomento y Reconstrucción. Santiago de Chile.
23. **Faúndez, Alejandra y otras (1995).** Convención Nacional de Salud de las Mujeres. Región Metropolitana. Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos. Santiago de Chile.
24. **Faune, María Angélica (1996).** Aporte económico de las mujeres en el sector agropecuario en Costa Rica. Ponencia presentada en Seminario Internacional: Mujer y políticas públicas, 9 y 10 de septiembre de 1996. Sernam. Santiago de Chile.
25. **Fee, Elizabeth (1987).** Las mujeres y la atención de salud: una comparación de teorías. En: Cómo son las cosas...Mujeres y medicina. Universidad Autónoma Metropolitana-UAM. México.
26. **FHI's Women's Studies Division. (1995).** The Women's studies project newsletter. En Valdés, Teresa y otras. Género y políticas de población en Chile 1995. Flacso-

- Sernam. No publicado. Santiago de Chile.
27. **Germain, A. y Ordway, J (1989)**. Control de población y salud de las mujeres. Equilibrando la balanza. IWHC - ODC. New York. EEUU.
  28. **González, Gerardo y Ramírez, Valeria (1979)**. Las políticas relativas a fecundidad. En Cuadernos del Celade N° 1. Santiago de Chile.
  29. **Guzmán, Virginia; Lerda, Sandra y Salazar, Rebeca (1994)**. La dimensión de género en el quehacer del Estado. Centro de Estudios de la Mujer. CEM. Santiago de Chile.
  30. **Guzmán, Virginia; Portocarrero, Patricia y Vargas, Virginia, compiladoras (1991)**. Una nueva lectura: Género en el desarrollo. Flora Tristán. Lima. Perú.
  31. **Gysling, Jacqueline (1993)**. Salud y derechos reproductivos: Conceptos en construcción. Documento de Trabajo. Serie Estudios Sociales N° 54. Flacso. Santiago de Chile.
  32. **Gysling, Jacqueline (1994)**. La investigación en salud reproductiva en Chile: panorama al inicio de los noventa, Programa Interdisciplinario de Estudios de Género. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Santiago de Chile.
  33. **Hardy, Ellen; Duarte, María José y Rodrigues, Evely (1995)**. Ciências Sociais e Medicina: atualidades e perspectivas Latinoamericanas. Campinas. Brasil.
  34. **Heritier, Françoise (1978)**. “La femme dans les systèmes de représentation”. Sullerot, E. Le fait féminin. Fayard. París. En: Sharim, Dariela (1995), op. cit.
  35. **Hola, Eugenia (1989)**. Mujer, dominación y crisis. En: Mundo de mujer. Continuidad y cambio. Ediciones CEM. Santiago de Chile.
  36. **Horwitz, Nina; Bedregal, Paula; Padilla, Claudia y Lamadrid, Silvia (1995)**. Salud y Estado en Chile: organización social de la salud pública-Período del Servicio Nacional de Salud. Santiago de Chile.
  37. **IBAM-Unicef (1991)**. Mulher e políticas públicas. Río de Janeiro, Brasil.
  38. **Illanes, María Angélica (1993)**. En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia. Historia de la salud pública en Chile. Chile 1880-1973. Colectivo de Atención Primaria. Santiago de Chile.
  39. **Instituto Nacional de Estadísticas-Centro Latinoamericano de Demografía (1987)**. Proyecciones de población por sexo y edad. Total país y regiones. 1950-2025. Santiago de Chile.
  40. **International Women’s Health Coalition (1993)**. Women’s Voices ’94, Women’s



- declaration on population policies. IWHC. New York. EEUU.
41. **Jelin, Elizabeth (1996)**. Mujer, políticas públicas y desarrollo. Ponencia presentada en Seminario internacional: Mujer y políticas públicas, 9 y 10 de septiembre de 1996. Sernam. Santiago de Chile.
  42. **Jiles, Ximena (1992)**. De la miel a los implantes. Historia de las políticas de regulación de la fertilidad en Chile. Corsaps. Santiago de Chile.
  43. **Jiménez de la Jara, J (1990)**. Ministro de Salud. Discurso pronunciado en el XXV Aniversario de la Asociación Chilena de Protección a la Familia. Santiago de Chile.
  44. **Kaufman, Michael y Pineda, Magaly (1991)**. La paradoja del poder. Centro de Investigación Para la Acción Femenina, CIPAF, República Dominicana.
  45. **Klinger, Irene (1994)**. Discurso pronunciado el 25 de octubre de 1994 con motivo de la finalización de proyectos convenio MINSAL-ONG. Santiago de Chile.
  46. **Klinger, Irene (1995)**. Iniciativa OPS: Fomento de la relación ONG-Gobierno. En: Mujer, salud y desarrollo. OPS, Ministerio de Salud, Sernam. Santiago de Chile.
  47. **Kuhn, Thomas (1987)**. “La tensión esencial”. En: Londoño, Mari Ladi (1996) Género y salud un nuevo paradigma. Ponencia presentada en el VII Congreso de Sexología “El género un proceso cultural”. Medellín. Colombia.
  48. **Lacqueur. (1992)** “La fabrique du sexe”. Badinter, E. XY de l’identité masculine. Odile Jacobs. Paris. En: Sharim, Dariela (1995), op. cit.
  49. **Lagarde, Marcela (1990)**. Cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas. UNAM. México.
  50. **Lahera, Eugenio (1993)**. Cómo mejorar la gestión pública. Cieplan, Flacso, Foro 90. Santiago de Chile.
  51. **Londoño, Mari Ladi (1996)** Género y salud un nuevo paradigma. Ponencia presentada en el VII Congreso de Sexología “El género un proceso cultural”. Medellín. Colombia.
  52. **Marcel, Mario (1995)**. “Salud y Hacienda tienen que adecuarse a un escenario distinto”. En El seguro público de salud en Chile. Una reforma en marcha. Fonasa. Santiago de Chile.
  53. **Marshall, Teresa y otras (1990)**. Participación en salud: lecciones y desafíos. Corsaps. Santiago de Chile.
  54. **Masters, W.H.; Johnson, V. E. (1967)** Respuesta sexual humana. Intermédica Editorial. Buenos Aires. Argentina.

55. **Matamala, María Isabel (1993).** La estrategia del Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos en Chile. Ponencia presentada en Conferencia internacional de planificación familiar. México.
56. **Matamala, María Isabel; Berlagosky, Fanny; Salazar, Gloria y Nuñez, Lorena (1995).** Calidad de la atención, género ¿salud reproductiva de las mujeres? Santiago de Chile.
57. **Max-Neef, Manfred.** Desarrollo a Escala Humana. Cepaur. Fundación Dag Hammarskjold. Número especial. Santiago de Chile.
58. **Ministerio de Hacienda. (1995).** Modernización de la gestión pública. Experiencias internacionales y su relevancia para Chile. Editorial Dolmen y Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda. Santiago de Chile.
59. **Ministerio de Salud, Departamento de Coordinación e Informática y OPS (1989).** Características causales de la mortalidad materna en Chile y rol de la atención de salud en su prevención. Santiago de Chile.
60. **Ministerio de Salud (1990).** Indicadores biodemográficos, Chile 1989. Departamento de Coordinación e Informática. Santiago de Chile.
61. **Ministerio de Salud (1990).** Mortalidad materna en Chile, años 1987, 1988 y 1989. Departamento. de Coordinación e Informática y Departamento de Programación. Santiago de Chile.
62. **Ministerio de Salud (1991).** Programa Minsal-ONG 1991-1993. Resultados de una evaluación. Unidad de Participación Social, División de Programas de Salud, Departamento de Atención Primaria. Minsal. Santiago de Chile.
63. **Ministerio de Salud (1991).** Programa de Salud Materna y Perinatal. Minsal. Santiago de Chile.
64. **Ministerio de Salud (1995).** Programa de Salud de la Mujer. Minsal. Santiago de Chile.
65. **Molina, Natacha (1993).** La acción de las mujeres de cara al desarrollo. Instituto de la Mujer. Santiago de Chile.
66. **Money, J. (1982).** Desarrollo de la sexualidad humana. Morata. Madrid, España.
67. **Morales, Eduardo (1991).** Sistema político, planificación y políticas públicas. La política de salud, Chile 1964-1978. Documento de trabajo. Serie Estudios Sociales N° 110. Flacso. Santiago de Chile.
68. **Moser, Caroline (1989).** Las mujeres en la planificación del desarrollo: necesidades

- prácticas y estratégicas de género. Trabajo presentado para Puntos de Encuentros en Nicaragua.
69. **Naciones Unidas, Cepal/Celade (1993)**. Población, equidad y transformación productiva, Cepal, Santiago de Chile.
  70. **Nonaka, Y. y Takeuchi, H. (1995)**. La organización creadora de conocimiento. Parte I. Oxford University Press. New York. EE.UU.
  71. **Odeplan (1979)**. Política de población. Presidencia de la República. Santiago de Chile.
  72. **OPS, Ministerio de Salud y Sernam (1995)** Mujer, salud y desarrollo. Santiago de Chile.
  73. **OPS (1990)**. Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 1990, Volumen I, OPS, Washington D.C., EE.UU.
  74. **OPS (1990)**. Perfil epidemiológico de la salud de la mujer en la región de las Américas, OPS/OMS, Washington D.C., EE.UU.
  75. **Pitanguy, Jacqueline (1990)**. Políticas públicas y ciudadanía. En Ediciones de las Mujeres, Isis Internacional Nº 13. Santiago de Chile.
  76. **Pozo, Hernán (1991)**. Mujeres latinoamericanas en cifras. Avances de Investigación. Chile. VI. Situación jurídica de la mujer. Documento de trabajo, Serie Estudios Sociales Nº 16. Santiago de Chile.
  77. **Preston, Lewis (1994)**. Slowing population growth and accelerating sustainable development. IDOC Internazionale. Vol. 25, Nº 3. EE.UU.
  78. **Provoste, Patricia (1995)**. La construcción de las mujeres en la política social. Instituto de la Mujer. Santiago de Chile.
  79. **Ramos, Carmen (1991)**. El género en perspectiva: de la dominación universal a la representación múltiple. En El género en perspectiva: de la dominación universal a la representación múltiple; Ramos, Carmen (Compiladora), Universidad Autónoma Metropolitana, México.
  80. **Rico, María Nieves (1993)**. Desarrollo y equidad de género: una tarea pendiente. Serie Mujer y Desarrollo Nº 13. Unidad Mujer y Desarrollo. Cepal. Santiago de Chile.
  81. **Rodríguez, Teresa**. Institucionalidad, implementación, coordinación sectorial. Ponencia presentada en Seminario internacional: Mujer y políticas públicas, 9 y 10 de septiembre de 1996. Sernam. Santiago de Chile.
  82. **Rosso, Pedro (1995)**. “Hacia una medicina centrada en la persona”. Mimeo.

- Decanato, Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile.
- 83. Salinas, Cecilia (1994).** Las chilenas de la colonia. Virtud sumisa, amor rebelde. Ediciones LOM. Santiago de Chile.
  - 84. Santa Cruz, Guadalupe y Hurtado, Victoria.** Samaritanas, mediadoras y guardianas. Poder y ciudadanía de las mujeres en salud. Seminario-Taller. Instituto de la Mujer. Santiago de Chile.
  - 85. Schkolnik, Mariana (1991).** Evolución de las políticas sociales en Chile 1920-1991. Mideplan. Santiago de Chile.
  - 86. Sernam (1994).** Plan de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres 1994-1999. Santiago de Chile.
  - 87. Solimano, Giorgio (1996).** “Presentación”. En El aborto en Chile: elementos para el debate. Corsaps. Santiago de Chile.
  - 88. Stoller, Robert (1978).** Reserches sur l’idéntité sexuelle. Gallimard, París. En: Sharim, Dariela. (1995), op.cit.
  - 89. Todorov, T. (1988).** La conquista de México. La cuestión del otro. Editorial Siglo XXI. México.
  - 90. Valdés, Teresa y Faúndez, Alejandra (1996)** “Seguimiento de los acuerdos de El Cairo. Aproximación diagnóstica. El caso de Chile”. Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos. No publicado. Santiago de Chile.
  - 91. Valdés, Teresa y otras (1993).** “Mujer popular y Estado”. Documento de trabajo, Serie Estudios Sociales N° 52. Flacso. Santiago de Chile.
  - 92. Valdés, Teresa y otras (1995).** “Género y políticas de población en Chile”. Flacso-Sernam. No publicado. Santiago de Chile.
  - 93. Valdés, Teresa y Weinstein, Marisa (1993).** Mujeres que sueñan. Las organizaciones de pobladoras en Chile: 1973-1989. Flacso. Santiago de Chile.
  - 94. Valdés, Teresa (1988).** Venid, benditas de mi padre. Flacso. Santiago de Chile.
  - 95. Valdés, Teresa (1991).** “Mujer y derechos humanos: ‘Menos tu vientre’”. Documento de trabajo, Serie Estudios Sociales N° 8, Flacso, Santiago de Chile.
  - 96. Valdés, Teresa; Gomáriz, Enrique y otros (1992).** Mujeres latinoamericanas en cifras-Chile. Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer de España-Flacso. Santiago de Chile.
  - 97. Weeks, Jeffrey (1993).** El malestar de la sexualidad: Significados, mitos y

sexualidades modernas; Talasa Ediciones SL; Madrid, España.

- 98. Young, Kate (1991).** “Reflexiones sobre cómo enfrentar las necesidades de las mujeres”. En Guzmán, Virginia y otras (Compiladoras). Una nueva lectura: género en el desarrollo. Lima, Perú.

**Entrevistas:**

**Verónica Baéz.** Santiago, Chile. 7 de agosto de 1996.

**René Castro.** Santiago, Chile. 2 de agosto de 1996.

**René Castro.** Santiago, Chile. 26 de agosto de 1996.