

CUARTO INFORME SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN CHILE

CORPORACIÓN

MILES

CORPORACIÓN
MILES

Colaboraron:



Cuarto Informe sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile

www.mileschile.cl
Abril 2022

IV INFORME SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN CHILE

Corporación Miles

Dirección Ejecutiva Corporación Miles:

Javiera Canales Aguilera

Coordinadora Área de Investigación

Corporación Miles:

Stephanie Otth Varnava

Equipo de pasantes Área de Investigación:

Javiera Cuevas Cuevas

Natalia García Canceco

María del Mar Hinojosa Quijada

Francisca Muñoz Agramunt

Francisca Sanhueza Álvarez

Daniela Valenzuela Álvarez

Investigadores colaboradores:

Fede Fuenzalida

Carmen García Núñez

Mariela Paredes Reinoso

Pia Rodríguez Garrido

Katiuska Rojas Rojas

Jaime Romaní Adorni

Edición:

Macarena Gallo Fuenzalida

Diseño y diagramación:

Viviana Díaz Fuica

Primera edición

80 ejemplares

Santiago, Chile

Abril, 2022

Está permitida la reproducción total o parcial, distribución, comunicación pública y la creación de obras derivadas de esta publicación siempre y cuando se cite la fuente.

Contacto:

Stephanie Otth Varnava

sotth@mileschile.cl

www.mileschile.cl

Facebook: Miles Chile

Twitter: @mileschile

Instagram: @mileschile

TABLA DE CONTENIDOS

0. Introducción	8
1. Educación sexual Integral en Chile	12
Estudio «Educar en sexualidad: conocimientos y percepciones de las madres, padres y cuidadores de niños, niñas y adolescentes en Chile»	22
¿Qué piensan lo/as jóvenes sobre la Educación Sexual?	30
2. Niñez Trans y Educación	36
Configuración de procesos de construcción de género e infancia en un espacio educativo dirigido a niñas trans: Estudio de caso de la Escuela Amaranta	38
3. Regulación de la Fertilidad: la situación de los anticonceptivos en pandemia	50
Estudio «Percepción de las usuarias sobre el precio de los anticonceptivos orales vendidos en farmacias durante el 2020»	62
4. Violencia Ginecológica Obstétrica en Chile	72
Colonización de nuestros cuerpos territorios y usurpación de nuestra salud sexual	76
Matronas y Matrones por la erradicación de la violencia gineco-obstétrica en Chile	88
5. La situación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo durante la pandemia	96
Monitoreo a la implementación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Chile durante la Pandemia por Covid-19	112
6. Palabras Finales	126

Introducción

Para todos los países del mundo fue un desafío importante continuar implementando las políticas públicas relacionadas al área de la salud y, simultáneamente, trabajar por erradicar la pandemia del Covid-19. De igual manera, ha sido un tremendo desafío dentro los hogares, respecto de las nuevas dinámicas que se han ido implementando con este nuevo vivir y nuevas formas de relacionarnos.

A dos años de la pandemia, podemos tener un panorama general sobre los costos económicos, sociales, culturales y de acceso a servicios de salud. En este IV Informe Sobre Derechos Sexuales y Reproductivos podremos tener una visión sobre la educación sexual integral, la niñez transexual, la regulación de la fertilidad y el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en pandemia y los distintos tipos formas de la violencia ginecológica y obstétrica en nuestro país.

El objetivo del trabajo de Corporación Miles ha sido siempre develar aquellas inequidades de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva que tienen las personas y, muy particularmente, mujeres y niñas, que de acuerdo a las conclusiones que podrán llegar las y los lectores se vieron fuertemente agravadas durante la pandemia. Contamos con información relevante de primera fuente respecto de temas contingentes, como es la educación sexual integral desde la mirada de padres, madres y cuidadores de NNNA, la anticoncepción y los errores que detonaron la distribución masiva de anticonceptivos defectuosos en nuestro país, o la ley de interrupción voluntaria del embarazo que se vio afectada durante la pandemia.

La recolección de información de este trabajo, probablemente, genere frustración y rabia. Emociones que son necesarias para exigir los cambios que las personas necesitamos en esta materia. La falta de servicios, que muchas veces puede ser prevista y en otras ocasiones intencional. De acuerdo a la filósofa Judith Butler, en su libro *«sin miedo»* (Taurus), *«la violencia es la reacción frente a los progresos que hemos hecho y eso significa que debemos seguir avanzando y aceptar que se trata de una lucha continua, una lucha en que los principios están de nuestro lado»*.

La colectividad ha sido parte importante de los progresos sociales en los últimos años en nuestro país, principio que permeó nuestro quehacer en Corporación Miles, y quisimos abrir nuestro informe anual a investigadores externos a nuestra institución. Así surgió la iniciativa *«Miles +»*, una convocatoria abierta que realizamos

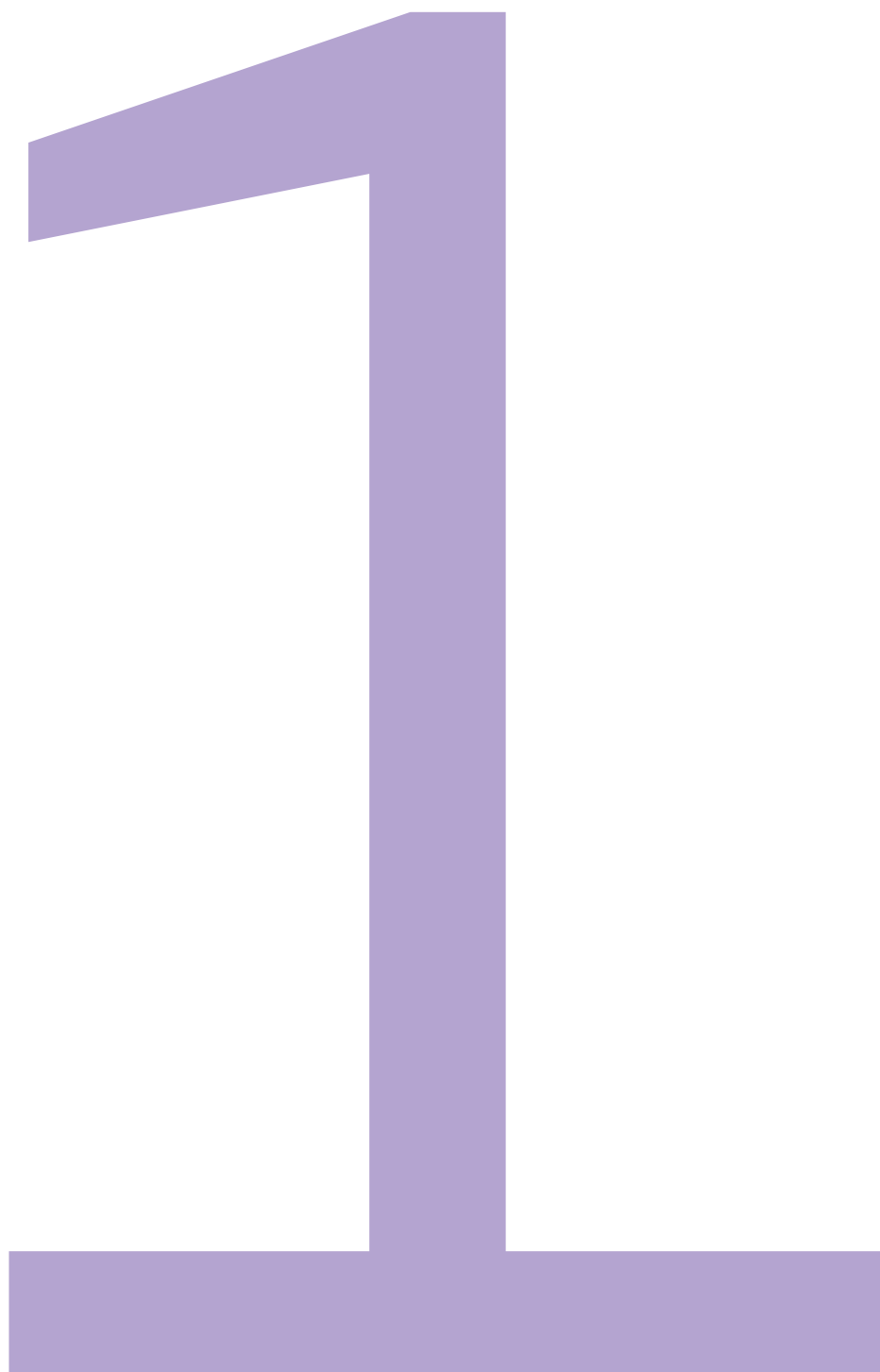
durante el año 2021, para incluir sus investigaciones. Como resultado, ustedes podrán leer dos interesantísimas investigaciones con hallazgos y recomendaciones en materia de violencia obstétrica y ginecológica que apuntan a cambios urgentes y estructurales para erradicar la violencia hacia las mujeres y personas gestantes. Además, encontrarán una presentación y análisis de los efectos que la Escuela Amaranta, primera escuela transgénero en América Latina, ha tenido tanto en les niñas como en toda la comunidad educativa.

Queremos agradecer a todas y todos los que colaboraron a lo largo de este trabajo, a las organizaciones y personas individuales interesadas en el cambio sustantivo en las políticas sobre derechos sexuales y reproductivos. Sus investigaciones contribuyen, sin duda, a la reflexión y sería útil que sean incorporadas en las políticas públicas encaminadas en promocionar los derechos humanos de las personas.

Finalmente, este informe es una invitación a movilizarse, reflexionar y exigir individual y colectivamente nuestros derechos, porque el acceso a la salud sexual y reproductiva es un mínimo ético para cualquier ser humano en el mundo.

Javiera Canales Aguilera

Directora ejecutiva de Corporación Miles



Educación Sexual Integral en Chile

Estudio «*Educación en sexualidad: conocimientos y percepciones de las madres, padres y cuidadores de niños, niñas y adolescentes en Chile*»

¿Qué piensan lo/as jóvenes sobre la Educación Sexual?

Educación Sexual Integral en Chile

Stephanie Otth Varnava¹, Jaime Romaní Adorni², Javiera Cuevas Cuevas³, Natalia García Canceco⁴, María del Mar Hinojosa Quijada⁵, Francisca Sanhueza Álvarez⁶

¹ Stephanie Otth Varnava, MA Gender, Society and Representation UCL, Londres, Psicóloga de la Universidad Católica de Chile. Coordinadora área Investigación y Capacitación Corporación MILES.

² Jaime Romaní Adorni, Sociólogo de la Universidad Católica de Chile. Diplomado en Sexualidad, Etsex. Coordinador de educación y estudios de Fundación Chile Positivo.

³ Javiera Cuevas Cuevas, egresada de Antropología de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano, pasante de investigación de Corporación MILES.

⁴ Natalia García Canceco, socióloga de la Universidad Mayor, pasante de investigación de Corporación MILES.

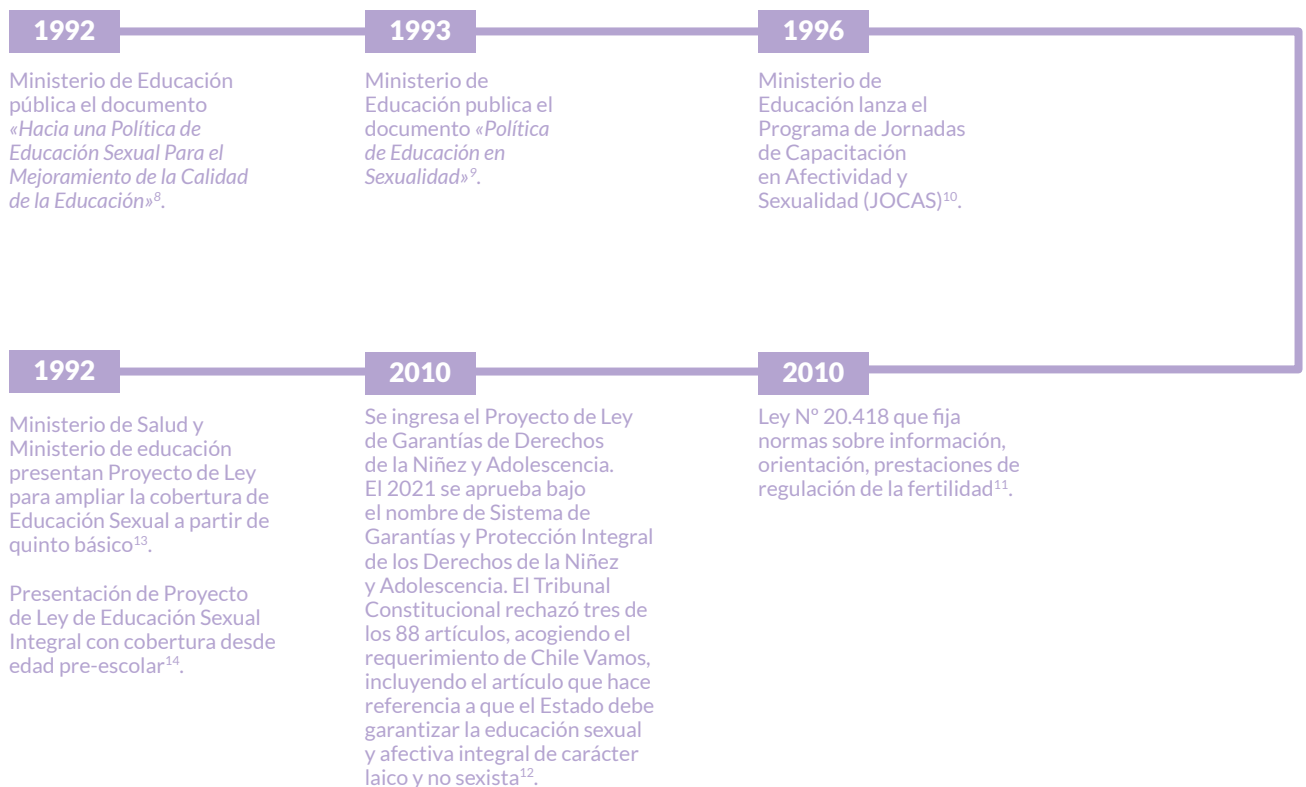
⁵ María del Mar Hinojosa Quijada, Administradora Pública de la Universidad de Chile, pasante de investigación de Corporación MILES.

⁶ Francisca Sanhueza Álvarez, Licenciada en Antropología con mención social de la Universidad de Chile, pasante investigación de Corporación MILES.

Antecedentes de la educación sexual en Chile

La historia de la educación sexual en Chile —y la garantía de derechos sexuales y reproductivos para toda la población— ha estado atravesada por la oposición de grupos conservadores que priorizan una mirada moral en particular por sobre una perspectiva educacional laica. A su vez, se ha preferido un abordaje sanitario de la sexualidad separando de esta su dimensión relacional y afectiva.

Actualmente, nos encontramos frente al debate sobre cuál es y debería ser el rol del Estado y de las familias en relación a la educación sexual de niños, niñas y adolescentes⁷ y si acaso esto es una temática de la esfera pública o privada. No obstante, la pregunta por cómo y dónde conducir una educación en sexualidad no es nueva. Durante los últimos 30 años se ha observado distintos intentos por institucionalizar la educación sexual en Chile:



⁷ En adelante NNA

⁸ Educación sexual en Chile, breve historia. Programa de educación sexual CESOLAA. Universidad de Chile. <http://educacionsexual.uchile.cl/index.php/hablando-de-sexo/la-educacion-sexual/educacion-sexual-con-referencia-a-chile>

⁹ *Ibidem*

¹⁰ *Ibidem*

¹¹ Ley 20.148 (2010) Biblioteca del Congreso Nacional <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1010482&idParte=8860563&idVersion=2010-02-02>

¹² Asociaciones defensoras de la niñez critican al TC por acoger requerimiento impuesto por Chile Vamos (2021) <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/chile/2021/07/16/asociaciones-defensoras-de-la-ninez-critican-al-tc-por-acoger-requerimiento-impuesto-por-chile-vamos.shtml>

¹³ Minsal y Mineduc presentan proyecto de ley que amplía educación sexual a partir de quinto año básico (2019) <https://www.minsal.cl/minsal-y-mineduc-presentan-proyecto-de-ley-que-amplia-educacion-sexual-a-partir-de-quinto-ano-basico/>

¹⁴ Camila Rojas presenta proyecto de ley para impartir educación sexual desde la edad preescolar. Radio Universidad de Chile, 2019. <https://radio.uchile.cl/2019/09/12/camila-rojas-presenta-proyecto-de-ley-para-impartir-educacion-sexual-desde-la-edad-preescolar/>

La última iniciativa, presentada en el año 2019 por la diputada Camila Rojas, contempla un proyecto de ley que establece normas generales en materia de educación sobre sexualidad y afectividad, aborda la educación sexual desde una perspectiva laica e integral, supera la legislación actual enfocada en fertilidad y prevención de ITS, y brinda herramientas que permitan que niños, niñas y adolescentes (en adelante NNA) se desarrollen de forma integral, con respeto de la diversidad y con conocimientos adecuados que permitan, además, la detección y prevención de abuso sexual infantil¹⁵.

Asimismo, el Estado de Chile se ha suscrito a indicaciones como las establecidas en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo y en las cuales se menciona la resolución 2012/1 del 45º período de sesiones de la Comisión de Población y Desarrollo de las Naciones Unidas y la Declaración de Bali del Foro Mundial de la Juventud, aprobada en diciembre de 2012, en que se «insta a los gobiernos a proteger los derechos humanos de adolescentes y jóvenes a tener el control y decidir libre y responsablemente en asuntos relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva, sin coerción, discriminación ni violencia y les exhorta a proveerles una educación integral para la sexualidad, los derechos humanos y la igualdad de género». Finalmente, el Acuerdo 11 de esta reunión señala el compromiso de «Asegurar la efectiva implementación de programas de educación integral para la sexualidad, reconociendo la afectividad, desde la primera infancia, respetando la autonomía progresiva del niño y de la niña y las decisiones informadas de adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos¹⁷».

¿Qué dice la UNESCO sobre la educación sexual?

El objetivo de la UNESCO «es preparar a los niños, niñas y jóvenes con conocimientos, habilidades, actitudes y valores que los empoderarán para: realizar su salud, bienestar y dignidad; desarrollar relaciones sociales y sexuales respetuosas; considerar cómo sus elecciones afectan su propio bienestar y el de los demás; y entender cuáles son sus derechos a lo largo de la vida y asegurarse de protegerlos»¹⁶.

¹⁵ Proyecto de ley que establece bases generales para la educación afectiva y sexual de niños, niñas y adolescentes en los establecimientos educacionales. 2019. <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTipo=SIAL&prmID=50620&formato=p#:~:text=Esta%20ley%20tiene%20por%20objeto,pleno%20de%20este%20derecho%20humano.>

¹⁶ Directrices Internacionales de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO (2018)

¹⁷ Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. CEPAL. 2013

¿En qué estamos hoy?

El 15 de octubre de 2020, el Proyecto de Ley de Educación Sexual Integral ya mencionado, fue rechazado en la Cámara de Diputados al no alcanzar el quórum requerido para su aprobación. En la actualidad, se encuentra a la espera que se cumpla el plazo de un año desde su rechazo para realizar modificaciones al proyecto y que ingrese nuevamente a discusión en el Congreso¹⁸.

Desde la puesta en marcha de la Ley N° 21.418, y del Programa de Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet, es que el Ministerio de Educación apoya y orienta a los establecimientos educacionales para que puedan abordar la formación en sexualidad, afectividad y género con sus estudiantes, a través del proceso de enseñanza y aprendizaje, en las diversas etapas de su desarrollo. Es por ello, que este programa debe asegurar el acceso a una educación de calidad, que les brinde información sin prejuicios, clara y veraz, favoreciendo la aceptación de sí mismo y de los demás, garantizando, a la vez, la autonomía de los establecimientos educacionales y la coherencia con su Proyecto Educativo Institucional (PEI) y con el Plan de Mejoramiento Educativo (PME)¹⁹.

Actualmente, el Ministerio de Educación posee cuatro programas que se pueden implementar en los establecimientos educacionales del país, vinculados al plan de «Sexualidad, Afectividad y Género», los que se detallan a continuación:

- **Programa CESI:** Programa de Educación en Sexualidad, Afectividad e Inteligencia Emocional del Centro de Educación Sexual Integral Limitada. El objetivo de este programa es *«además de la educación preventiva de abusos sexuales, infecciones de transmisión sexual y embarazos no planificados, educamos la sexualidad en el contexto de la afectividad y el manejo conjunto del impulso agresivo y adictivo, demostrando a los estudiantes*

y a sus padres el rol que tienen estos impulsos en el desarrollo mental, en el propio cuidado corporal y psíquico, en la construcción de una identidad interesante y atractiva, en definitiva, en el crecimiento en inteligencia emocional». Además, está dirigido a alumnos, docentes y apoderados de los establecimientos educacionales²⁰.

- **Programa PAS:** Programa de Educación en Valores, Afectividad y Sexualidad de la Universidad San Sebastián. Este plan busca educar en valores, afectividad y sexualidad a los estudiantes con el objetivo de que se valoren como personas humanas y que a través de ello incrementen su calidad de vida dentro de la sociedad. Los contenidos que se trabajan tienen relación con la antropología (persona humana y educación para el amor), biología (anatomía, fisiología de la persona humana, fertilidad masculina y femenina, paternidad responsable, enfermedades (sic) de transmisión sexual y embarazo adolescente), psicología (formación de la identidad sexual, autorregulación v/s impulsividad, desarrollo de la sexualidad y la afectividad, adolescencia y factores de riesgo), el ámbito social, educacional (cómo enseñar sexualidad), valóricos y afectivos relacionados con el niño o adolescente, y van desde 1° básico a IV medio. Este programa está dirigido a directivos, orientadores, profesores y personal paraprofesional de educación básica y media de establecimientos educacionales del país²¹.
- **Programa TEEN STAR:** Es un programa internacional de educación en afectividad y sexualidad que acompaña a niños, adolescentes, jóvenes y adultos desde su realidad personal y familiar. Además, se encuentra diseñado para estudiantes desde primero básico a cuarto año medio y jóvenes de educación superior. Se implementa

¹⁸ Los escenarios tras el rechazo al proyecto de ley de Educación Sexual Integral (2020). El Mostrador. <https://www.elmostrador.cl/braga/2020/10/28/que-pasara-con-el-proyecto-de-ley-de-educacion-sexual-integral-luego-de-haber-sido-rechazado-y-archivado/>

¹⁹ Ministerio de Educación, División de Educación General Equipo de Unidad de Transversalidad Educativa (2017). Educación en Sexualidad, Afectividad y Género. Orientaciones para el diseño e implementación de un programa en Sexualidad, Afectividad y Género. <https://convivenciaescolar.mineduc.cl/wp-content/uploads/2019/04/Educaci%C3%B3n-en-Sexualidad-Afectividad-y-G%C3%A9nero.-Mineduc-2017.pdf>

²⁰ Fundación Centro de Educación Sexual Integral (s.f.) Educación en sexualidad, afectividad e inteligencia emocional. <https://convivenciaescolar.mineduc.cl/wp-content/uploads/2019/04/Educaci%C3%B3n-en-sexualidad-afectividad-e-inteligencia-emocional.-CESI-1.pdf>

²¹ Programa de Educación en Valores, Afectividad y Sexualidad de la Universidad San Sebastián. <https://convivenciaescolar.mineduc.cl/wp-content/uploads/2020/11/PAS.pdf>

en cada establecimiento, a través de sus educadores, quienes son acreditados por Teen STAR luego de la participación y aprobación del Seminario de Formación de Monitores. Los contenidos del programa Teen STAR son modelos educativos en educación afectivo sexual, desarrollo físico y emocional del niño y del adolescente, neuroeducación y cerebro adolescente, fertilidad femenina y masculina, reconocimiento de la fertilidad, amor humano, identidad, orientación sexual y género, mitos y realidades de la sexualidad, actualizaciones en Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), métodos de planificación familiar, consejería y acompañamiento²².

- **Programa Aprendiendo a Querer:** Es un programa de la Corporación Renovatio Educa el cual se basa en dos ejes, por un lado está la aproximación al proceso de aprendizaje y por otro las áreas de desarrollo humanos; ambos aspectos parten de una visión del hombre como un ser integral, y de la sexualidad como parte de esa totalidad. Los contenidos que aborda este plan de trabajo están basados en los valores y virtudes humanas. Busca que niños y adolescentes desarrollen su mente, corazón y su acción a través de la integración entre el conocimiento y desarrollo físico, psíquico, espiritual y social para que logren diseñar su propio proyecto de vida, valorando la belleza y la grandeza del matrimonio, las uniones estables y la familia²³.

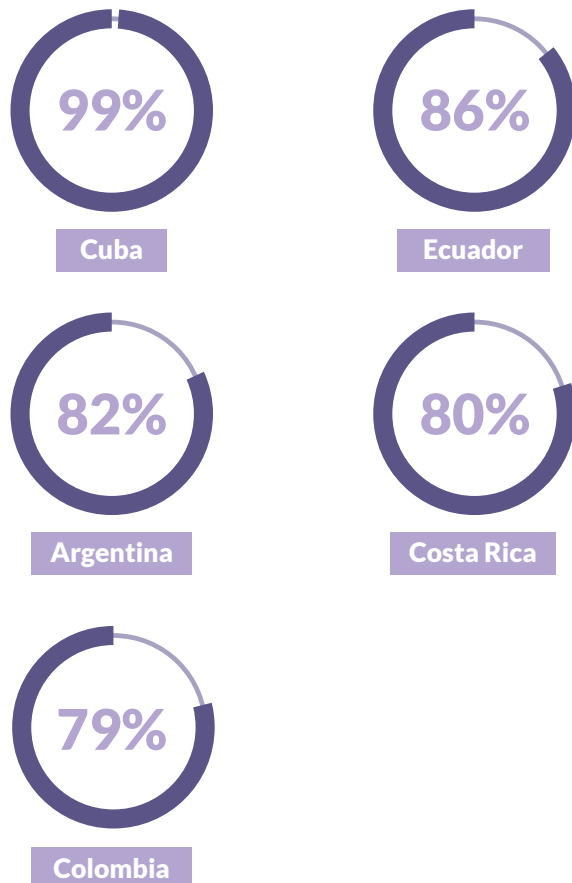
Panorama Regional de la Educación Sexual Integral

En el año 2010 se presentó la Declaración Ministerial (DM) «Prevenir con Educación», como resultado de la Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH en Latinoamérica y el Caribe, realizada en la Ciudad de México el año 2008.

En este documento, los Ministerios de Salud y de Educación de 19 países²⁴, acordaron como metas para

el año 2015: 1) reducir en un 75% la brecha en el número de escuelas bajo la jurisdicción de los Ministerios de Educación que no han institucionalizado la educación integral en sexualidad; y 2) reducir en un 50% la brecha en el número de adolescentes y jóvenes sin cobertura de servicios de salud que atiendan apropiadamente sus necesidades de salud sexual y reproductiva²⁵.

En una primera evaluación²⁶ al progreso de «Prevenir con Educación» realizada el 2012, se reportó un promedio de avance regional en la implementación de la declaración de un 58%. Sin embargo, Chile registró un avance por debajo del promedio, con apenas un 39% de avance de implementación respecto de la declaratoria, posicionándose —en ese entonces— en el lugar número 15 del Ránking de Educación Sexual por debajo de países como Venezuela, Bolivia y Panamá. Los países que lograron mayores avances fueron:



²² Teen Star Chile. Programa Teen Star. <https://convivenciaescolar.mineduc.cl/wp-content/uploads/2019/04/Programa-Teen-STAR.pdf>

²³ Programa Aprendiendo a Querer (s.f.). Estructura de trabajo del Programa Aprendiendo a Querer. https://convivenciaescolar.mineduc.cl/wp-content/uploads/2020/11/Aprendiendo-a-Querer_MINEDUC-1.pdf

²⁴ Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay, Venezuela.

²⁵ Declaración Ministerial “Prevenir con Educación” (2010). OREALC/UNESCO Santiago. Disponible en <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/declaracion-prevenir-educacion-espanol.pdf>

²⁶ Evaluación de la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación” (2013). IPPF, Red Democracia y Sexualidad. Disponible en <https://es.slideshare.net/INPPARESinforma/evaluacin-de-la-declaracin-ministerial-prevenir-con-educacin>

Entre las tendencias regionales descritas en esta evaluación, que contribuyeron a estos resultados, señala: Se evidencia un incremento positivo en la implementación de las estrategias estipuladas en la Declaración Ministerial, gracias a las acciones programáticas en el sector salud y educación, los cambios legislativos y fallos constitucionales, los que favorecieron la ESI y la ampliación de los Servicios Amigables para Jóvenes (SAJ). Pero, a pesar de esos avances, se observó una marcada asimetría en el desempeño de los Ministerios de Educación (49%) y de Salud (66%)²⁷.

Este informe, además de presentar la evaluación de la implementación de la Declaración Ministerial, entrega recomendaciones a los países para lograr las metas acordadas, recomendando al Ministerio de Educación de Chile: «Reglamentar la Ley N° 20.418, en lo que respecta a Educación Sexual (artículo 1°), pues su interpretación depende de cada establecimiento educacional, lo cual ha generado sesgos y exclusión de ciertos contenidos. La ley debe establecer: tiempo, forma y contenidos mínimos de Educación Integral en Sexualidad.»

En otras regiones del mundo, como Europa, la educación sexual sujeta a planes de estudios formales lleva más de 50 años de implementación, siendo la más antigua en el mundo. Se inició oficialmente en Suecia y se han desarrollado más avances en aquellos países de Europa Occidental que aquellos de la zona central y oriental del continente. A pesar de que muchos de estos países forman parte de la Unión Europea, no existe intercambio de normas y políticas entre los países que permitan un avance en conjunto en materia de Educación Sexual²⁸.

¿Qué resultado ha tenido la Educación Sexual Integral en Europa?

Las investigaciones efectuadas en Europa revelan que los jóvenes holandeses comparativamente muestran un comportamiento sexual más reflexivo, consciente y maduro que sus pares de la región, debido a que, por ejemplo, inician su vida sexual de manera más tardía, usan regularmente métodos anticonceptivos y manifiestan que disfrutan del sexo²⁹.

²⁷ Ibidem

²⁸ Standards for Sexuality education in Europe. WHO regional office for Europe y BZgA. 2010. Disponible en https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/Standards_for_sexuality_education_Spanish.pdf

²⁹ Idem cita anterior.

¿Cuáles serían las dificultades para implementar una ESI en Chile?

Uno de los principales desafíos para implementar una educación sexual integral en Chile está relacionada, en primera instancia, con la autonomía que poseen los establecimientos educacionales para elegir y ejecutar los programas que dispone el Ministerio de Educación. La actual normativa *«resguarda la autonomía de los establecimientos educacionales y la libertad de enseñanza, respetando los proyectos educativos y creencias de los apoderados y padres»*³⁰.

Junto con los argumentos anteriormente presentados, que aluden a las garantías constitucionales actuales en torno a la libertad de educación y al derecho preferente de padres y madres en la educación de sus hijos e hijas, muchas organizaciones contrarias a la educación sexual también se valen de otras razones que tienden a la desinformación por sobre la entrega de argumentos veraces. Entre ellos, se encuentra que se trata de un proyecto que solo busca un *«adoctrinamiento en la Ideología del Género»*³¹, que la *«ESI es igual a pedofilia y busca la hipersexualización, la erotización, la genitalización de nuestros niños, a los cuales no se les va a enseñar a ser ni hombres ni mujeres»*³².

Respecto de los contenidos de cada programa, en estos siguen prevaleciendo fuertes sesgos morales que malinterpretan la información entregada a los estudiantes, transmitiendo de esta manera contenidos morales sin base científica y no siempre en línea con los derechos sexuales y reproductivos de las personas. Un ejemplo de lo anterior es lo relacionado a las formas de abordar, por ejemplo, las relaciones afectivas que, según el programa PAS, serían solo entre un hombre y una mujer, dejando de lado toda la diversidad sexual. Asimismo, el programa enseña sobre la fertilidad masculina y femenina, los períodos de fertilidad e infertilidad de las parejas y los métodos de regulación artificiales y

naturales. Lo anterior, refuerza la idea de los estereotipos heterosexuales hegemónicos implantados en la sociedad chilena³³.

Por otro lado, se observa que los programas actuales tienen como contenidos centrales la reproducción, la vinculación afectiva, promoción y planificación familiar presentando vacíos relacionados al género, identidad, orientación sexual, goce y placer, y otros ámbitos excluidos³⁴, debido a la presión de grupos conservadores y falta de voluntad política de los distintos gobiernos de turno por trabajar en pos de garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las y los estudiantes. Es así como se demuestra que la educación sexual en Chile ha sido enseñada desde un enfoque biologicista, basado en los procesos fisiológicos y anatómicos de las personas, además de abordar ámbitos centrados en la genitalidad y las prácticas sexuales.

Frente a esto, Corporación Miles y Fundación Chile Positivo decidieron preguntar ¿qué piensan las madres, padres y cuidadores sobre educar en sexualidad?

³⁰ Informe en Políticas públicas: Educación Sexual Integral.

Fundación Jaime Guzmán (2020) <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTipo=DOCASEXTERNA&prmlid=49793#:~:text=La%20educaci%C3%B3n%20sexual%20en%20Chile,de%20regulaci%C3%B3n%20de%20la%20fertilidad.&text=Tiene%20un%20fuerte%20car%C3%A1cter%20biol%C3%B3gico,sexual%20radicar%20la%20violencia%20sexual>.

³¹ Camilo Cammas: El peligro de la Educación Sexual Integral <https://ellibero.cl/opinion/camilo-cammas-el-peligro-de-la-educacion-sexual-integral/>

³² ONG “Padres Objetores” se manifiestan contra la Ley de Educación Sexual Integral (2020) <http://www.diarioeldia.cl/region/ong-padres-objetores-se-manifiestan-contra-ley-educacion-sexual-integral>

³³ Programa de Educación en Valores, Afectividad y Sexualidad de la Universidad San Sebastián. <https://convivenciascolar.mineduc.cl/wp-content/uploads/2020/11/PAS.pdf>

³⁴ Ibidem



Estudio

«Educar en sexualidad: conocimientos y percepciones de las madres, padres y cuidadores de niños, niñas y adolescentes en Chile»

Frente a este escenario, desde la Corporación Miles, en conjunto con Fundación Chile Positivo, nace el propósito de identificar las impresiones, experiencias y conocimientos de los padres, madres y cuidadores de niños, niñas y adolescentes (NNA) de 5 a 18 años, sobre la educación sexual en Chile.

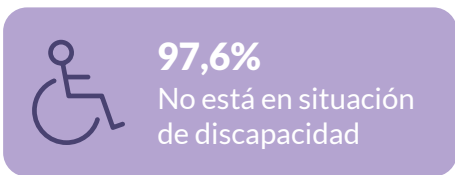
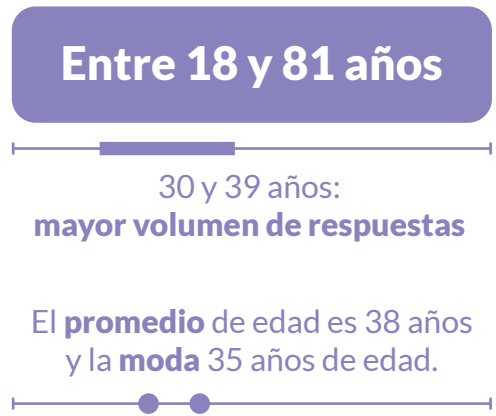
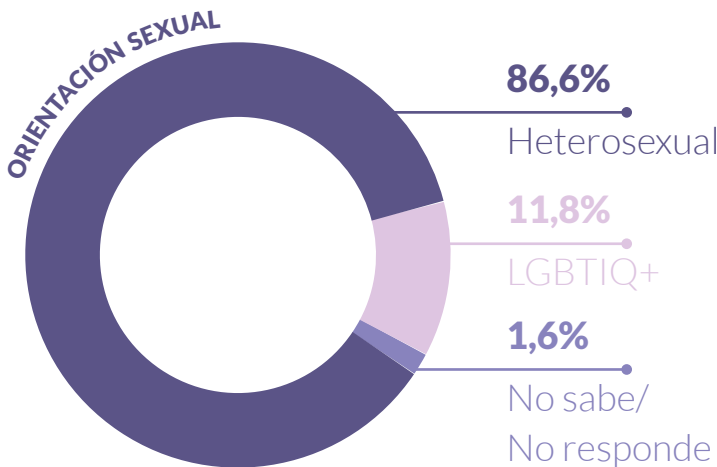
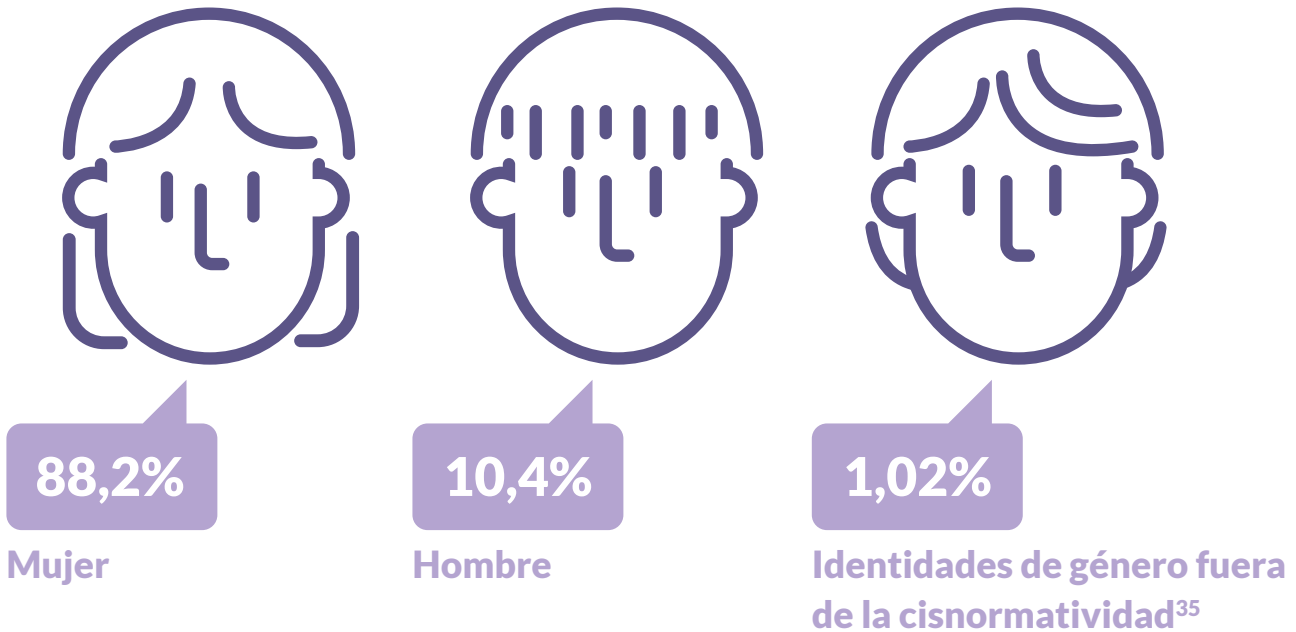
¿Cómo se realizó el estudio y cuál fue su objetivo?

Con el objetivo de identificar los recursos, conocimientos, impresiones, carencias y necesidades que poseen las madres, padres y cuidadores en Chile respecto a la educación en sexualidad de sus hijos e hijas se utilizó una metodología mixta que contempló la elaboración de dos instrumentos de aplicación:

- Se aplicó una encuesta online, difundida en redes sociales de Corporación Miles y Chile Positivo, grupos de Facebook de apoderados, vía correo electrónico y con ayuda de organizaciones no gubernamentales colaboradoras. El objetivo de la encuesta fue identificar los recursos y necesidades que las madres, padres y/o cuidadores en Chile tienen respecto a la educación sexual de los niños, niñas y adolescentes.
- Se realizaron cuatro focus group entre quienes contestaron la encuesta. El propósito fue analizar las experiencias, carencias y vivencias de madres, padres y cuidadores en torno al enseñar sobre sexualidad a sus hijos e hijas.

¿Quiénes contestaron?

La encuesta «Educar en sexualidad» fue respondida por 923 personas. Se consideraron como válidas 879 respuestas, equivalente a un 95,2% del total.



54,6% Cuenta con formación universitaria

21,3% Estudios de postgrado

13,2% Formación técnica

10,4% Enseñanza media

0,6% Enseñanza básica

³⁵ “Basado en presunciones arraigadas de que todas las personas son femeninas o masculinas y que este elemento define el sexo, el género, la identidad de género y la orientación sexual de cada persona” Bauer, G. et al. 2009. ‘I don’t think this is theoretical; this is our lives’: How erasure impacts health care for transgender people. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 20(5): 348–61, cited in <https://cisnormativity.wordpress.com/2011/08/23/harmful-ubiquity-introducing-cisnormativity/#more-26>. Global Rights: Partners for Justice, Demanding Credibility and Sustaining Activism: A Guide to Sexuality-Based Advocacy, Washington, United States, 2010, p. 95.

92,8%

Habita en zonas urbanas

7,2%

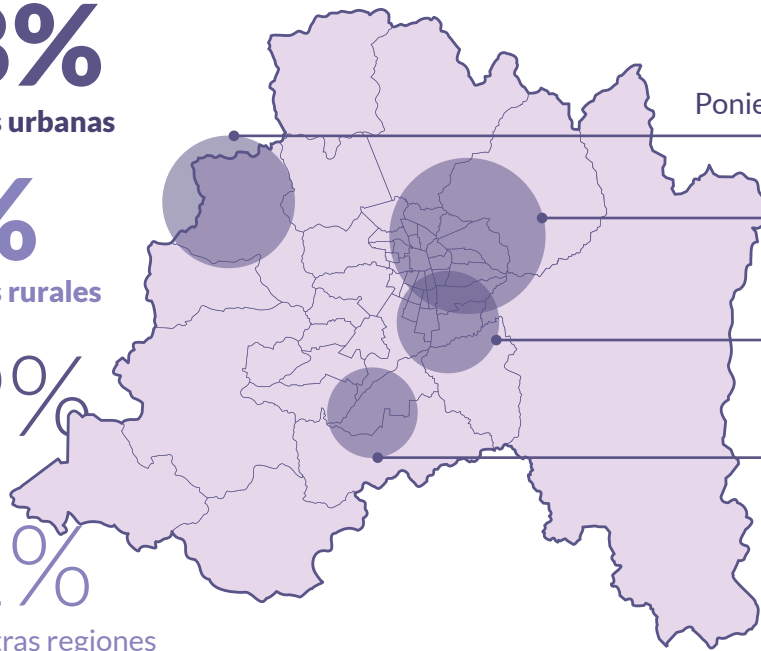
Habita en zonas rurales

63,9%

Residente RM

36,1%

Residentes en otras regiones



29%
Poniente³⁹, Norte⁴⁰ y Centro⁴¹

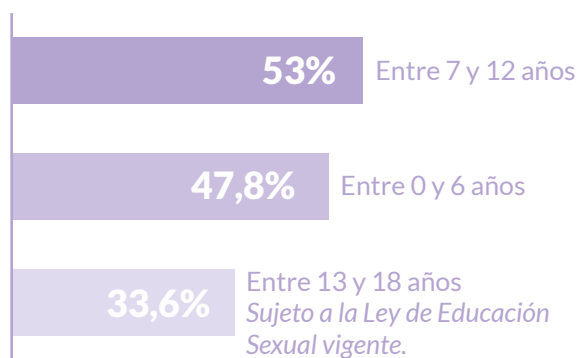
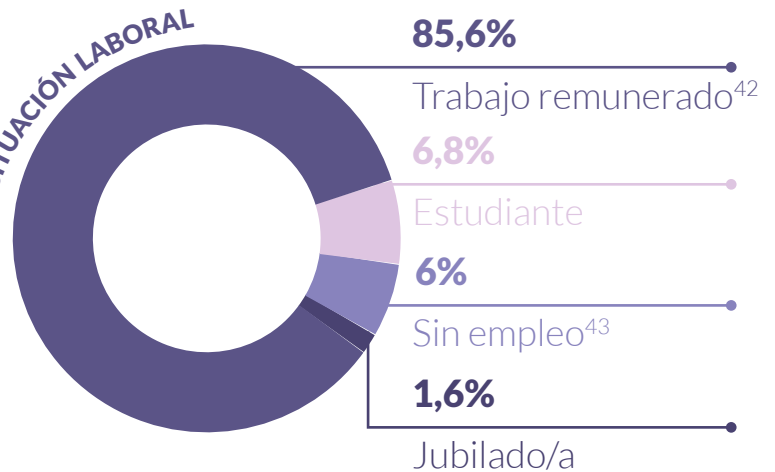
40,2%
Cordillera Oriente³⁶

17,3%
Cordillera Sur³⁷

13,5%
Zona Sur³⁸



SITUACIÓN LABORAL



³⁶ Cordillera oriente: Lo Barnechea, Vitacura, Las Condes, Providencia, La Reina, Ñuñoa.

³⁷ Cordillera sur: La Florida, Macul, Peñalolén, Puente Alto.

³⁸ Sur: Buin, Calera de tango, El Bosque, El Monte, Isla de Maipo, La Cisterna, La Granja, La Pintana, Lo Espejo, María Pinto, Melipilla, Pedro Aguirre Cerda, Peñaflo, San Bernardo, San Joaquín, San Miguel, San Ramón, Talagante.

³⁹ Poniente: Cerrillos, Lo Prado, Maipú, Padre Hurtado, Pudahuel.

⁴⁰ Norte: Cerro Navía, Colina, Conchalí, Curacaví, Huechuraba, Independencia, Lampa, Quilicura, Quinta Normal, Recoleta, Renca.

⁴¹ Centro: Estación central, Santiago.

⁴² Ocupado remunerado, no remunerado y trabajo doméstico y de cuidados no remunerado.

⁴³ Sin empleo, considerando aquellos en búsqueda activa de trabajo y quienes no.

Presentación de resultados

Al conversar con las/os madres, padres y cuidadores sobre cómo fue su experiencia aprendiendo sobre sexualidad se observa una realidad similar independiente de su género, la edad, dónde viven, sus identidades y orientaciones sexuales y nivel educacional. **De manera transversal comentan que en sus escuelas la información que recibieron era incompleta y limitada en sus contenidos, y que era transmitida con vergüenza e incomodidad.** Independientemente si estaban en colegios laicos o religiosos, los padres comentan que la educación en sexualidad se restringía casi exclusivamente a enseñar los procesos reproductivos, centrados en la biología y la anatomía de los cuerpos. **En ninguna de las experiencias de aprendizaje de los padres y madres aparece una visión integral donde se haya conversado sobre el autocuidado, el placer y la dimensión afectiva en general.**

Ante este escenario ellos/as nos cuentan que **«la calle», «los amigos» y «los vecinos» emergieron como alternativas, no necesariamente buscadas, para conversar y aprender sobre sexualidad.** Esto, muchas veces, suponía aprender *«las malas palabras»* y encontrar en el porno una *«realidad»* sobre cómo debe ser la sexualidad. Andrés, un participante de la investigación, cuenta que esto construyó en él una imagen particular de lo que significaba ser mujer y cómo relacionarse con ellas: *«La imagen que te hacías de la mujer era super objetivada, era como un elemento para ser conquistado, ningún tipo de vinculación afectiva con la sexualidad. La pornografía también está ahí, siempre rondando y, claro, lo que dicen los demás, siempre la sexualidad desvinculada, por lo menos en mi caso, de lo afectivo».*

Por su parte, **para las mujeres aprender sobre sexualidad en la calle traía aparejada muchas veces sensaciones de riesgo, miedo e incredulidad.** Las mujeres con quienes hablamos nos comentaban de la ausencia de adultos que respondieran oportunamente a sus preguntas más básicas en torno a la menstruación y cómo ocurrían, por ejemplo, los embarazos. En sus relatos aparecen palabras como *«era catastrófico»* y *«vergüenza»*, sensaciones que fueron instalando secretos y con ellos la culpa. Así, para las mujeres su sexualidad, también en relación al descubrimiento y entendimiento de su propio cuerpo, era algo que había que esconder y callar.

Los conocimientos que manejan madres, padres y

cuidadores/as en materia de educación sexual es fundamental para el desarrollo de una sexualidad saludable en sus hijos/as. En general, madres, padres y cuidadores/as perciben estar preparados/as para transmitir los contenidos de sexualidad a sus hijos/as, en donde solo un 17% se considera insuficientemente preparado/a para transmitir estos temas. Asimismo, sólo un 9% de madres, padres y/o cuidadores/as considera que sus conocimientos en sexualidad son escasos o deficientes. En general, madres, padres y cuidadores/as con mayores niveles de educación suelen sentirse más preparados/as para poder abordar las temáticas de sexualidad con sus hijos/as. En ese sentido, madres y padres que trabajan en temáticas relacionadas con las ciencias naturales y educación sexual, también sienten mayor preparación y perciben tener más herramientas para educar en sexualidad.

Asimismo, la mayoría de madres, padres y cuidadores/as se sienten preparados/as para abordar las temáticas del género, como también, hablar sobre valores y derechos sexuales. En ese sentido, muchas madres y padres mencionan la importancia de enseñar críticamente en torno a los roles y estereotipos de género. Es así como Catalina comenta: *«También sobre todo romper estereotipos de género. Como que ya ir rompiendo desde que era guagua, desde antes que naciera, que el rosado es un color más, que puede jugar con todos los juguetes que él quiera, que también se puede tener amistades diversas».*

Por otra parte, las madres, padres y/o cuidadores/as también están preparados/as para hablar sobre el cuerpo humano y su desarrollo con sus hijos/as, como también sobre las conductas sexuales y su salud sexual y reproductiva. En estos casos, las madres suelen sentirse más preparadas para hablar de estas temáticas que los padres. En algunos casos, los padres, madres y/o cuidadores/as plantean que si bien tienen conocimientos y herramientas para educar en sexualidad a sus hijos/as, son los establecimientos educacionales los que no van en sintonía con la información o la forma de enseñar en sexualidad.

Es así como **las madres, padres y cuidadores dicen buscar información, principalmente, en los profesionales de la salud y consultan en libros y revistas especializadas sobre sexualidad. Llama la atención cómo se prioriza el uso de recursos técnicos, informativos y pedagógicos en lugar de tener conversaciones con sus propios amigos y familiares.** Pareciera que hoy los adultos, desde la propia experiencia de su

juventud, no tienen estas conversaciones en sus relaciones con pares. **Así, la sexualidad continúa replegándose y saliendo de las conversaciones cotidianas, perdiendo el carácter simple y, quizás, cargándose de contenidos técnicos y formales, muchas veces difíciles de transmitir a los hijos/as.** Pareciera entonces que el reconocer los sesgos en su propia educación sexual los lleva a buscar activamente información y conocimientos, sin que esto necesariamente les permita sentirse «preparados o habilitados» para conversar desde su propia experiencia y saber.

Aún así, con la intención de «hacer todo distinto a lo que hicieron conmigo», los padres, madres y cuidadores buscan actualmente romper los esquemas de su propia crianza. Para ello, han tenido que desmarcarse de lo recibido, un ejercicio complejo que significa educar y conversar sobre temas que muchas veces ellos desconocen. En algunos casos, esto se traduce en una disposición de apertura o descubrimiento en los padres respecto de lo sexual, algo que supone para ellos un constante aprendizaje: «Como una no tuvo educación sexual, una también está redescubriendo y aprendiendo sobre la sexualidad y es ahí donde surge la duda de cómo hablarlo y plantearlo sin sesgos».

Parte del cambio que esto supone es hacer de la familia, ahora propia, el lugar donde se habla de sexualidad. Con este propósito, **padres, madres y cuidadores con quienes conversamos buscan mantener una disposición abierta, honesta y respetuosa a los tiempos de las preguntas de sus hijos/as.** Es así cómo esta interacción produce y reproduce cambios en las generaciones. Por ejemplo, las transformaciones apuntan a una apertura al diálogo sobre lo sexual y la ruptura de tabús que, dicen las/os participantes, antes eran rígidos⁴⁴. Alejandra, quien participó del estudio, nos comparte que la forma de acercarse a su hijo es reconocer incluso su propio no-saber: «le digo que si yo no sé algo, él puede confiar en mí y yo puedo averiguar y lo aprenderemos juntos. Entonces, ahí estoy, aprendiendo con él (ríe)».

Esta apertura a concebir la sexualidad como algo abierto y en lo que se está en constante aprendizaje se encuentra más presente entre padres, madres y cuidadores menores de 40 años. Si bien los padres sobre 40 años, igualmente evalúan de manera crítica

cómo ellos/as aprendieron sobre sexualidad, se encuentran más capturados por la vergüenza, el pudor, el miedo y la sensación de no contar con las herramientas necesarias para conversar adecuadamente de esto con sus hijos/as. En la misma línea, se observa que es más difícil para quienes tienen sobre 40 años, desmarcarse de los estereotipos de género aún cuando, racionalmente, los cuestionen. Roberto, padre con más de 60 años de edad, cuenta que «cuando tuve a mi hija me aferré demasiado a sobreprotegerla. No sé qué hubiese pasado con un hijo varón, pero con ella no conversamos nunca de nada. Hasta hoy es un tabú, no converso nada... me da vergüenza y se lo he dejado a la mamá. Es complicado para un padre hablar con una hija, no sé si esto está bien o mal».

Aún cuando padres, madres y cuidadores pretenden hacer las cosas distintas, en las conversaciones sostenidas con ellos/as se observa, de manera transversal, la percepción de que todavía existe una deuda con el lugar en el que ponemos la sexualidad en nuestra vida cotidiana. Esta deuda pareciera tener relación con la persistencia de una visión limitada o restrictiva de lo que supone la sexualidad. La resistencia a integrar su dimensión afectiva dificulta la posibilidad de promover relaciones respetuosas y cuidadosas en otro tipo de vínculos, más allá de con quién se sostiene la actividad sexual.

En otro sentido, la deuda aparece como la persistencia de mandatos sociales respecto a cómo se es y se ve un hombre o una mujer, así como en la perpetuación de los «castigos», muchas veces traducidos en discriminaciones, cuando no se cumple con ello. Estas preocupaciones aparecen mucho más claramente en los grupos de padres de la comunidad LGTBQ+. Una de las madres con quienes conversamos nos comenta que «La Susi se cortó el pelo muy corto, en un proceso de autodescubrimiento, si se sube a la micro o Uber le dicen «el niño» y se enoja. Eso, al final, es frustrante. No se puede hacer mucho, porque la sociedad no acompaña y empeora las cosas».

En una línea similar, los padres, madres y cuidadores refieren su preocupación frente a un entorno social que no es capaz a veces de interpretar la sexualidad infantil desde el ángulo de la infancia. En las conversaciones entre padres y madres aparece más bien una mirada del mundo sexual y afectivo de los niños/as desde la adultez, interpretando sus preguntas y gestos desde otro lugar sin poder finalmente acoger y responder lo que allí se está desplegando. Esto queda reflejado cuando padres, madres y cuidadores refieren que otros adul-

⁴⁴ Bustamante, G. (2020). Significados otorgados por adultas/os emergentes heterosexuales de nivel socioeconómico medio de la región metropolitana a los discursos sobre las prácticas sexuales que recibieron de sus madres y/o padres. Universidad Finis Terrae.

tos «sexualizan» las relaciones afectivas de los niños/as «¿quién es tu compañerito con quien tanto juegas, te gusta?» «¿cuántas pololas tienes en el colegio?».

En otros momentos, **el adultocentrismo aparece en la sanción o negación de los adultos respecto de las actitudes y prácticas de los niños/as al descubrir y explorar su propio cuerpo.** La preocupación de los padres, madres y cuidadores se relaciona con cómo atender y acompañar dichos momentos, para acoger la sexualidad infantil sin recriminaciones. En ese sentido, padres, madres y cuidadores refieren que el problema no radica en conversar de sexualidad con los niños/as desde edades tempranas (casi el 90% está de acuerdo con que es importante hacerlo), sino en cómo hablarlo sin adultizar la conversación, sin «decir más de lo que ellos están preguntando».

Finalmente, se infiere que **sostener esta deuda se relaciona con desestimar la importancia de lo sexual en nuestras vidas desde temprana edad y junto a eso abordarla como algo irrelevante.** Desde la visión de los padres, la pornografía y otros materiales audiovisuales perpetúan una única lectura de lo sexual, fijando modos vinculares objetivantes y prácticas centradas únicamente en cierto placer masculino (cisheteronormado). Esta predeterminación de lo sexual restringe y sesga el autodescubrimiento de las múltiples formas de vivir la sexualidad en cada uno/a.

Frente a estas preocupaciones, los padres, madres y cuidadores reconocen que es necesario realizar un trabajo interno de «*irnos sacando las trancas*». Muchos refieren que **es importante desmitificar la sexualidad, lo que en cierto sentido implica un proceso de «desaprendizaje», donde se pone en entredicho la semejanza entre sexualidad y tabú,** sexualidad y morbo, y sexualidad y genitalidad.

Desaprender para los padres, madres y cuidadores, puede significar también permitirse ser guiado por las experiencias y situaciones que se presentan en la vida de los/as niños/as. En este sentido, ello/as señalan cuán positivo es para ellos, y para la relación con sus hijo/as, ponerse en sintonía, entendiendo que a veces es necesario entregar estructuras, respuestas y encuadres y en otros, permitir el autodescubrimiento y una visión dinámica de la sexualidad. De este modo, se navega esta tensión entre enseñar (entregando respuestas e información) y acompañar desmarcándose de la propia historia. Al respecto, Lucas, señala: «*Mi hija tiene una amiga que ya no es amiga, sino que amigo porque es trans.*

Ella está en octavo básico y para ella es de una naturalidad impresionante. Y para mí es distinto, yo me estoy acostumbrando y eso me ha ayudado a mí a desmontar cualquier tipo de prejuicio, cualquier tipo de estereotipo prohibido. Ella misma me ha llevado con sus conversaciones y la confianza generada, a ir desmontando prejuicios que en algún momento pude haber tenido».

Junto al trabajo personal que los padres, madres y cuidadores nos relatan en las conversaciones, también aparece la necesidad de contar con herramientas para tratar estos temas con sus hijo/as. Por un lado, refieren que necesitan «*encontrar la terminología para aterrizar los discursos*» y saber dónde obtener información actualizada y que sea adecuada para las distintas edades y situaciones que enfrentan con sus hijo/as. **De manera más específica, aparece también la necesidad de conocer más sobre el autocuidado y cómo incorporar la contención a lo largo de este proceso,** para entregarles herramientas a los niño/as (como información y el respeto) y puedan desenvolverse en un mundo que continúa perpetuando estereotipos y visiones limitadas de la sexualidad.

En función de lo anterior, **los padres, madres y cuidadores indican cuán importante es que el entorno, tanto el familiar como el escolar, se encuentren en sintonía con el trabajo que ellos están realizando.** De manera transversal, padres, madres y cuidadores refieren que en las escuelas la sexualidad aún se trata con liviandad y que falta un abordaje integral y multidisciplinario instalado en el currículum escolar. Padres, madres y cuidadores consideran que la educación sexual en los colegios es «*fría y objetiva*», en el sentido que abarca solamente aspectos biológicos, dejando afuera las dimensiones emocionales presentes en distintos tipos de relaciones, por ejemplo, de amistad. La visión de que la educación sexual es «*objetiva*» dice relación a que se promueve una lectura universal y estándar, omitiendo las particularidades de la experiencia sexual. También se observa que padres, madres y cuidadores consideran que en muchos casos predominan los sesgos de género en la educación de sus hijos e hijas, perpetuando lecturas sexistas. Una de las madres nos cuenta: «*Una de mis principales preocupaciones es que se pueda abordar la educación no sexista. Se sigue privilegiando que los niños son buenos en matemáticas y las niñas en lenguaje, y cosas así que se dan en los colegios*».

Si bien esta crítica aparece de manera transversal en los padres, madres y cuidadores, se observan énfasis

sis particulares a partir de las características sociales y biográficas de los cuidadores. **Por ejemplo, los padres que pertenecen a la comunidad LGTBQ+ hacen especial hincapié en la importancia de instalar temas que aborden las identidades y el reconocimiento por las diversas expresiones y orientaciones sexuales. Las madres, por su parte, señalan la necesidad de hablar sobre el autocuidado y cómo promover un uso seguro de las tecnologías y redes sociales. Finalmente, los cuidadores sobre 50 años hablan de la importancia de usar un lenguaje adecuado y asertivo para nombrar y referir las experiencias tal y como son.**

Los padres, madres y cuidadores con quienes trabajamos en esta investigación parecen entonces tener una percepción positiva de lo que significa la educación sexual integral para los niños/as. **El 98% de lo/as participantes están de acuerdo con promover valores como el respeto, la diversidad, la equidad de género, la empatía y la reciprocidad como aspectos centrales de la educación sexual.** Además, consideran que es importante tratar estos temas desde edades tempranas, pues ello no se traduciría en una iniciación de la actividad sexual de manera precoz ni privar a los niños/as de «*su inocencia*». Asimismo, sin importar el contexto, los cuidadores refieren que la educación sexual no va en contra de sus creencias culturales y/o religiosas.

Si bien la gran mayoría de las personas consultadas mantenía esta postura, se observa que los padres, madres y/o cuidadores que cuentan con menos años de escolaridad (enseñanza básica y/o media como último nivel completado) y quienes tienen sobre 50 años, poseen una visión más tradicional sobre la educación sexual para niños/as y adolescentes. Es decir, se inclinarían más a pensar que la educación sexual interfiere en la «*inocencia*» de los niños/as, que es una responsabilidad exclusiva de los padres y que podría ir en desmedro de los menores de 13 años.

Finalmente, es relevante destacar que tres de cada cuatro participantes piensan que los profesores estarían dispuestos a enseñar sobre educación de manera integral, pero carecen de las herramientas para educar en sexualidad. En este sentido, padres, madres y cuidadores también nos compartieron sus expectativas respecto del sistema educacional, dando cuenta de la necesidad de contar con espacios donde sea posible obtener información a la vez de compartir experiencias e inquietudes con otros padres, madres y cuidadores, de manera segura y respetuosa. También refieren el de-

seo de sostener una relación abierta y dialogante con la comunidad escolar completa: «*Me gustaría que el liceo tuviera esta conversación donde se puedan definir términos y aclarar ciertas dudas, que exista un material donde se pueda generar un diálogo con los papás, mamás y cuidadores y hablarlo con nuestros hijos, para saber qué opinan (...) si existiese la ESI sería ideal que hubiese un real involucramiento en temas educativos sexuales, emocionales y psicosociales*». Algunos padres, madres y cuidadores materializan sus expectativas en la creación de «*escuelas para padres*», otros en el anhelo de que los programas de educación sexual sean construidos desde un enfoque interdisciplinario. Por ejemplo, con la participación de profesionales del área de la salud, de la educación, con enfoque de género y de derechos.

¿Qué piensan lo/ as jóvenes sobre la Educación Sexual?

Fede Fuenzalida y Liliana Mera⁴⁶

⁴⁵ Esta investigación se realizó con la colaboración voluntaria de 10 estudiantes de enseñanza media que formaron parte del curso “Escuela Gratuita de Verano. Género y Sexualidad: Una Mirada Crítica desde la Psicología”, impartido desde el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile (en adelante, Curso Escuela de Verano o CEV). Se trata de un curso de Educación Sexual Integral de orientación no adultocentrista, con perspectiva de género y diversidad.

⁴⁶ Fede Fuenzalida Muñoz, Psicóloga, Universidad de Chile, Escuela Educación Sexual para Chile. Liliana Mera Adasme, Psicóloga, Magíster en Psicología Clínica, Universidad de Chile.

Para conocer las experiencias y las visiones de lo/as jóvenes en relación a la educación sexual se realizaron dos sesiones de conversación en formato grupo de discusión, dispositivo orientado hacia la comprensión de procesos sociales (Gordo y Serrano, 2008). El objetivo del dispositivo consistió en explorar las siguientes dimensiones:

1. Experiencias de educación sexual en la familia.
2. Experiencias de educación sexual en la escuela/colegio.
3. Experiencias de educación sexual en el CVE.
4. Experiencias de educación sexual en otros contextos.

Las instancias de conversación se realizaron con una semana de diferencia: la primera al inicio y la segunda cuando el curso se acercaba a su fin. Un elemento epistemológico/metodológico relevante para la investigación fue la implementación de prácticas no adultocéntricas en el desarrollo del grupo de discusión. Esto permitió la configuración de un espacio de diálogo donde el tránsito entre las dimensiones previstas ocurrió en gran parte de manera espontánea, además de favorecer la aparición de otros emergentes que fueron incluidos en el análisis. El material obtenido fue abordado mediante un análisis narrativo; así, los relatos construidos en las conversaciones grupales narrativos fueron explorados y procesados para producir a su vez historias que articulen relatos personales, significados culturales y elementos contextuales (Sparkes y Devís, 2018).

Los resultados dan cuenta de la experiencia de lo/as participantes con instancias de educación sexual marcadas por la relación de poder entre adulto y adolescente, asimetría que define no solo la convivencia escolar, sino también las interacciones familiares. Se observa que, aunque ese esquema les es presentado como natural desde muy temprana edad, lxs adolescentes levantan narrativas críticas respecto de esta matriz de subordinación generacional donde sus experiencias son subvaloradas y las normativas y pautas relacionales se establecen exclusivamente desde las expectativas y comprensiones adultas. **Uno de los principales puntos problemáticos es la presencia/ausencia forzada de contenidos decidida desde una autoridad adulta.** En concordancia con lo señalado por Morgade (2014), los adolescentes señalan una sobre presencia de aspectos biológicos de la sexualidad, en contraste con la exclusión de temas como la diversidad sexual y de género, el placer, las expectativas sobre el rendimiento sexual o la apariencia, el amor romántico, el consentimiento, etc. Estos contenidos forman parte de su mundo cotidiano y su marginación de la educación sexual formal o familiar solo significa que accederán a ellos por otros medios.

Internet se menciona como la herramienta predilecta: varios relatos mencionan Youtube e *influencers*, pero la pornografía heterosexual parece estar establecida como uno de los primeros acercamientos a algún tipo de información sobre sexualidad para los varones (incluso antes de la adolescencia). Lo/as participantes problematizan este rol de la pornografía como «edu-

cadora», asociándola con desconocimiento del cuerpo propio y de sus parejas y con la adquisición de expectativas poco realistas que resultan dañinas para el desarrollo sexual, relacional y psicológico de las personas.

Otra de las fuentes de aprendizaje relatadas es la experiencia, ya sea propia o de pares. **La curiosidad y la necesidad de información también lleva a lo/as jóvenes a investigar por su cuenta, buscando perfiles de organizaciones educativas/activistas en redes sociales** o inscribiéndose en cursos y talleres sobre lo que no se muestra en las instancias tradicionales, como diversidad sexual/de género y feminismo; el conocimiento ahí obtenido, al igual que en el caso de las experiencias propias o de amigos, es más valorado por los jóvenes que el que pueda haber entregado la familia o el sistema de educación formal.

Finalmente, también aparece en las narrativas la influencia indirecta del cine, la televisión, las artes, la literatura, la publicidad y el contenido recreativo de redes sociales. Por una parte, **existe una valoración positiva respecto de la variedad de la información disponible en estas plataformas:** por ejemplo, se mencionan determinadas series de televisión, la música y algunos influencers como el primer acercamiento de algunos a la de la diversidad sexual/de género, a distintos aspectos de las relaciones sexoafectivas y otros temas. Por otro lado, los jóvenes son críticos respecto de los mitos, estereotipos y desinformación que se reproducen en estos medios.

Los resultados apuntan a la necesidad de desarrollar una educación sexual que permita a lo/as adolescentes posicionarse como sujetos de su propio aprendizaje. Como señala Morgade (2014), un punto clave es reconocer que ellos tienen experiencia (corporal, cognitiva, emocional) en sexualidad y afectividad, que deben ser consideradas al abordar el tema. Uno de los puntos levantados por lo/as participantes durante las entrevistas es que sus mejores experiencias aparecen ligadas a instancias donde se sienten seguros, validados y escuchados, algo muchas veces incompatible con las dinámicas jerárquicas de los ambientes escolar y familiar. **Algunos de los problemas que asocian a la asimetría de poder con las figuras adultas son: presencia de discursos patriarcales, y/o violentos, invalidación de su experiencia y conocimientos y la evaluación moral o simplemente la negación de la sexualidad adolescente, entre otros.** Su posición subordinada les impide expresar sus opiniones y/o experiencias con libertad y

les obliga, al menos en apariencia, a acatar el criterio del adulto, pero queda en evidencia que perciben las contradicciones entre su discurso y sus actitudes respecto de lo sexual, así como su ignorancia en temas importantes y la vergüenza que les produce hablar de sexualidad a sus hijo/as/estudiantes.

La posibilidad de **desarrollar instancias de educación sexual desmarcadas de la enseñanza tradicional y la lógica adultocéntrica requiere de una profunda investigación, como parte de la responsabilidad que le cabe a la psicología, la pedagogía y otras disciplinas** en el desarrollo de políticas públicas que cumplan con los deberes contraídos por el Estado al firmar tratados internacionales sobre los derechos de la infancia.

Conclusiones

En la presente investigación se ha levantado información relevante para caracterizar las distintas experiencias que las personas, especialmente, las madres, padres y cuidadores tienen sobre la sexualidad.

Se ha observado, a través de la investigación, que es necesario revisar y analizar la educación sexual que se imparte en las mallas curriculares de los establecimientos educacionales del país.

Como se expuso al inicio, el proyecto de Ley sobre Educación Sexual Integral, presentado por la diputada Camila Rojas, es una medida que permitiría construir una sociedad respetuosa e inclusiva, informada y sensibilizada en temáticas como el autocuidado, la autoestima, el amor y la responsabilidad afectiva, sin distinciones ni discriminaciones por orientación sexual ni identidad o expresión de género.

El propósito de este proyecto educativo es enseñar gradualmente estas materias para contribuir al desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes por medio de la entrega de herramientas que permitan a su vez minimizar el riesgo de sufrir y/o ejercer violencia sexual o de género y fortalecer las relaciones interpersonales desde el respeto.

Los padres, madres y cuidadores expresan que la educación sexual que actualmente se imparte en los establecimientos educacionales del país está enfocada exclusivamente en su dimensión reproductiva y anatómica. Destacan la ausencia de espacios para conversar sobre temáticas distintas, como el consentimiento en las relaciones, la diversidad sexual y la sexualidad, desde un punto de vista afectivo y emocional. A su vez, refieren la falta de un enfoque multidisciplinario para abrir la conversación sobre sexualidad más allá de la salud y la biología.

Por otro lado, padres, madres y cuidadores señalan que para ellos es relevante que exista una sintonía entre el entorno familiar y la comunidad educativa a la hora de transmitir información sobre sexualidad. Ellos refieren que, si bien, se sienten capaces de tratar estos temas con sus hijo/as, estos muchas veces no priorizan el espacio de la familia para conversar sobre sexualidad. La escuela, entonces, aparece como un espacio privilegiado para trabajar estos contenidos, por lo que se vuelve importante que esta pueda acoger las inquietudes de los padres y madres en pro de su participación.

En esta misma línea, el estudio reveló que los padres

reconocen que sus hijos e hijas no ven en el entorno familiar una fuente de información primordial respecto a temáticas sobre sexualidad, puesto que muchas veces prevalecen situaciones de pudor y vergüenza. Asimismo, padres, madres y cuidadores también expresan que poseen vacíos de información, por lo que necesitan formarse integralmente en sexualidad. Es decir, aprender sobre temas relacionados al acoso, el uso seguro de las tecnologías, sobre género, identidad sexual, entre otras materias.

Asimismo, padres, madres y cuidadores sugieren que dentro de los establecimientos se puedan originar espacios donde puedan compartir experiencias educando en torno a la sexualidad, como también poder plantear sus inquietudes y consultas con otros pares.

Por otro lado, y a nivel nacional, se concluye que el trabajo colaborativo y coordinado de las carteras de salud y educación permitirían dar una mejor respuesta a las necesidades de adolescentes en materia de información y educación sexual. Si bien el actual proyecto de ley de la ESI representa un avance, sigue pendiente la incorporación de las voces de adolescentes y sus comunidades, para planificar programas y políticas de educación sexual que se basen en sus experiencias vitales.

Finalmente, se espera que con la regulación de la Ley N° 20.418 en lo que respecta a Educación Sexual (en su artículo 1°), acordada en la Declaración Ministerial del año 2010, se pueda revisar nuevamente el avance que Chile tiene respecto al aumento de escuelas, bajo la jurisdicción del Ministerio de Educación, que hayan institucionalizado la educación integral en sexualidad. A su vez, lograr la reducción en un 50% de la brecha en el número de adolescentes y jóvenes sin cobertura de servicios de salud sexual y reproductiva en el país.

Recomendaciones

Corporación Miles y Fundación Chile Positivo recomiendan la aprobación de una Ley de Educación Sexual Integral que reconozca la importancia de transmitir estos contenidos a lo largo de toda la etapa escolar y desde un enfoque interdisciplinar⁴⁷. Asimismo, se espera que esta ley sea desarrollada y liderada por expertos, que cuente con el apoyo de la sociedad civil y se garanticen los recursos necesarios para su ejecución.

Desde lo anterior, se desprenden las siguientes recomendaciones específicas:

- **Considerar la educación sexual de manera transversal en el currículum escolar**

Es importante que dentro del sistema escolar chileno se integre de manera transversal la educación sexual. En los Países Bajos, se modificaron las leyes de educación y se incluyó por primera vez una educación sexual integral dentro de los objetivos transversales de aprendizaje a lo largo de todo el ciclo educativo, con un enfoque que no solo integra la sexualidad, sino también las relaciones de pareja y la diversidad.

- **Actividades transversales en la comunidad educativa**

Se recomienda implementar actividades abiertas a toda la comunidad educativa (estudiantes, profesores, administrativos, apoderados) en donde, a través de talleres, conversatorios y charlas, se aborden temáticas relacionadas a la afectividad, identidad de género, educación no sexista, placer, sexualidad y violencia de género de manera segura y respetuosa.

- **Incorporar la figura del referente (docente) sobre educación sexual en los establecimientos**

Para implementar de manera integral los contenidos sobre sexualidad, se recomienda que en de los establecimientos educacionales se incluya la figura del «Referente» en educación sexual para que trabaje, de forma transversal, con los

docentes de las diferentes asignaturas, madres, padres, cuidadores y estudiantes los talleres y charlas específicas.

- **Transversalizar la sexualidad en todas las edades**

Asimismo, se sugiere que el concepto de sexualidad debiese abordarse en las escuelas como un concepto integral del ser humano en donde interactúan de manera constante no sólo factores biológicos, sino que también emocionales y sociales. La evidencia muestra que el enseñar sobre educación sexual integral hace que los niños, niñas y adolescentes desarrollen actitudes, habilidades y conocimiento adecuados para cada edad; valores positivos, incluidos el respeto por los derechos humanos, la igualdad y diversidad de género, y las actitudes y habilidades para contribuir a relaciones seguras, saludables y positivas.

- **Enfoque de niñez y juventud en la sexualidad**

Por otro lado, se recomienda que dentro de la Ley de Educación Sexual Integral se reconozcan los derechos, responsabilidades, demandas y necesidades de los NNA como sujetos y sujetas de derechos. Es así como el enfoque debe estar en el respeto a la autonomía de sus decisiones, asegurar el acceso a la salud sexual y salud reproductiva y garantizar el pleno ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

- **Hablar de sexualidad en la vida cotidiana**

Finalmente, se sugiere romper con los esquemas y tabúes tradicionalmente ligados a la sexualidad. Si incorporamos este ejercicio a la vida cotidiana, hablar sobre sexualidad se convertirá en un acto natural y libre que se podrá abordar en la dinámica del hogar y en espacios fuera de este.

⁴⁷ En Chile, la escolaridad es obligatoria desde el segundo nivel de transición "Kinder" (5 años). No obstante, lo/as niño/as pueden ingresar con 4 años al primer nivel de transición "Pre-kinder". Nuestra recomendación es que las temáticas de educación sexual integral se encuentren presentes desde el inicio de la vida escolar, trabajada con la gradualidad que recomiendan los organismos técnicos expertos.

2

Niñez Trans y Educación

*Configuración de procesos de construcción de género e
infancia en un espacio educativo dirigido a niños trans:
Estudio de caso de la Escuela Amaranta*

Infancia, género y educación: Estudio de caso de la Escuela Amaranta, la primera escuela para niños trans de Latinoamérica

*Mariela Paredes Reinoso*⁴⁸

⁴⁸ Socióloga, Universidad de Valparaíso.

En la actualidad, estamos viendo la primera generación de niños trans⁴⁹ que están viviendo su identidad de género abiertamente en Chile. Dado que el bienestar emocional de las niñas, niños y niñas depende del apoyo, afecto y libertad que tengan para expresar libremente su identidad, es crucial que tanto la familia, la escuela y la sociedad en su conjunto les acompañe en el momento presente de sus vidas. Sin embargo, las posibilidades que tienen los niños trans de ser reconocidos, respetados y nombrados de acuerdo a su identidad de género, se ven condicionadas por los obstáculos de un entramado social que estructura a la escuela como un espacio que segrega a las disidencias sexuales. La estructura del sistema educativo y las relaciones basadas en un paradigma sexista y heteronormativo, castiga a los estudiantes de múltiples formas y con distintos niveles de violencia mediante la invisibilización, exclusión y acoso escolar.

Sin embargo, en esta investigación no solo se trata de evaluar cómo la educación tradicional reproduce la cultura transfóbica, sino que se enfoca precisamente en reflexionar cómo la perspectiva y experiencia educativa se cuestiona y transforma.

Esta investigación es un estudio de caso sobre la primera escuela dirigida a niños trans en Latinoamérica. A partir de un enfoque emocional y con perspectiva de género, la Escuela Amaranta, ubicada en la comuna de Ñuñoa de la Región Metropolitana, acompaña a las

infancias trans y potencia su rol de actores sociales a través del protagonismo y visibilización.

Infancia, género y educación

Desde una perspectiva sociohistórica, las interpretaciones sobre la niñez han cambiado considerablemente en Chile. De ser un grupo social escasamente considerado en el ámbito público y concebir su importancia prácticamente solo por ser futuros adultos, hoy los niños son reconocidos como sujetos de derecho y comienzan a tener un rol más relevante en la sociedad. Actualmente, «*la centralidad de la infancia en las sociedades modernas se caracteriza por una dinámica dual: son objetos preferentes de protección, control y estudio (...), pero a la vez niños y adolescentes suelen resultar invisibles u opacos, en cuanto a sus interpretaciones de la realidad y a su capacidad de influir en sus entornos*»⁵⁰. Hay elementos que perduran y otros que han ido transformándose a lo largo del tiempo, envolviendo un carácter político e histórico en la niñez. Siguiendo la perspectiva de los nuevos estudios sociales de la infancia, en esta investigación se concibe a los niños como actores sociales⁵¹.

Desde la infancia las socializaciones de género tradicionales son en términos binarios, totalizadores y

⁴⁹ La variante de género trans se puede comprender como una disconformidad con el género asignado al nacer.

⁵⁰ Vergara, A., Peña, M., Chávez, P., & Vergara, E. (2015). Los niños son sujetos sociales. El aporte de los nuevos estudios sociales de la infancia y el análisis crítico del discurso. *Psicoperspectivas. Individuo y sociedad*. Vol. 14, N°1, 55-65.

⁵¹ Pavez, I. (2012). Sociología de la infancia: las niñas y los niños como actores sociales. *Revista de Sociología* N° 77, 81-102.

excluyentes entre sí a través del aprendizaje de roles y estereotipos omnipresentes en el mundo social⁵². En las construcciones de género de les niñes, quienes ejercen la mayor influencia durante los primeros años de vida son sus padres, y luego son principalmente sus pares (compañeros/as de curso) y otros adultos, como los profesores. Por este motivo, es clave el rol de la escuela en las reinterpretaciones que les niñes producen sobre la identidad y las relaciones de género.

La escuela, en tanto entorno fundamental de socialización para la niñez, se entiende como un espacio generizado y estructurado en una lógica sexista⁵³, manifestado en las filas de niñas y niños, uniformes, baños, contenidos y prácticas asociadas a masculino o femenino, y contenidos curriculares donde el conocimiento producido por mujeres y disidencias está representado marginalmente. Al mismo tiempo, este sistema opera en un privilegio de las y los estudiantes cisgénero⁵⁴ y heterosexuales en desmedro de personas LGTBIQ+, generando una desigualdad al interior de las aulas⁵⁵.

Antecedentes de la niñez y adolescencia trans en el sistema educativo chileno

En el informe anual del INDH correspondiente al año 2017, por primera vez fue publicado un capítulo específico sobre la niñez trans, titulado «*Realidad y desafío: niños, niñas y adolescentes trans e intersex en contextos de salud y educacionales*». En este se entregan antecedentes relevantes sobre tratados internacionales, vinculantes y no vinculantes, relacionados con la identidad de género desde una perspectiva de derechos humanos. Entre estos, se encuentra el informe de cumplimiento realizado por el Estado de Chile en el año 2015 ante el Comité de los Derechos del Niño, donde expresa su preocupación «*por la persistencia de actitudes y prácticas discriminatorias [...] y actitudes negativas respecto de los niños homosexuales, bisexuales, transgénero e*

intersex» y una «*profunda preocupación por los altos niveles de violencia en los entornos educativos, en particular de actos de intimidación homofóbica y transfóbica*⁵⁶» (INDH, 2017, pág. 42)

El informe menciona uno de los primeros estudios en Chile que indaga en antecedentes sobre el estigma asociado al transgenerismo en la niñez y adolescencia, realizado por la fundación Todo Mejora en la «*Encuesta Nacional de clima escolar en Chile 2016*». Los datos producidos señalan lo siguiente:

«*El 52,9% de los y las adolescentes trans ha sido acosado físicamente debido a la forma en que expresa su género. Además, el 88,2% señaló haber sido insultado por sus compañeros debido a su expresión social. Asimismo, el 97,2% declaró escuchar con frecuencia comentarios peyorativos hacia personas LGBT, y el 63,9% señaló que este tipo de discriminación provino del personal del colegio, incluyendo profesores. La totalidad de los y las adolescentes trans encuestados dijo sentirse inseguro en ese espacio*⁵⁷».

Otro esfuerzo orientado a indagar en las características, vivencias y necesidades de las personas trans fue llevado a cabo por el grupo activista Organizando Trans Diversidades (OTD), mediante la «*1ª Encuesta para personas trans y de género no conforme en Chile*» (Encuesta T), realizada desde una plataforma virtual y publicada en octubre de 2017. Debido a que esta encuesta fue respondida por cerca de 150 personas desde una plataforma online, no se puede sostener que los datos sean necesariamente representativos de la realidad nacional de las personas LGTBIQ+. Sin embargo, permite tener al menos una idea de las características de la población, ante la ausencia de estudios más representativos.

Uno de los resultados de dicho estudio es la tendencia en la edad en que «*las personas trans y género no conforme reconocen que no se adecuaban a lo impuesto, ya que el 41,3% lo reconoce entre los 0 y 5 años, y un 39,4% lo sitúa entre los 6 y 11 años*⁵⁸». En suma, el 80,7% sitúa a la infancia como el período del ciclo vital en el cual identifica su disconformidad con el género asignado, evidenciando la profunda relevancia de la niñez en el proceso de transitar. Sin embargo, los tránsitos se pro-

⁵² Golombok, S. (2006). Modelos de familia ¿Qué es lo que de verdad cuenta? Barcelona: Graó.

⁵³ Sempol, D. (2013). Jóvenes y trans: algunos desafíos para las políticas públicas de juventud. En INJU, Plan de acción de juventudes 2015-2025 (págs. 41-59). Montevideo: MIDES.

⁵⁴ La variante de género Cisgénero se puede comprender como una conformidad con el género asignado al nacer.

⁵⁵ Rojas, M., Stefoni, C., Fernández, M., Salinas, P., Valdebenito, M., & Astudillo, P. (2018). Narrativas, prácticas y experiencias en torno a la identidad LGTB en contextos educativos: Informe final. Encargado por MINEDUC y UNESCO-OREALC, Chile. Santiago: Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación (CIDE), Universidad Alberto Hurtado.

⁵⁶ INDH. (2017). INDH. Obtenido de https://www.indh.cl/bb/wp-content/uploads/2017/12/01_Informe-Anual-2017.pdf

⁵⁷ Ibídem

⁵⁸ Véase: «Encuesta-t» OTD. <http://encuesta-t.cl/resultados/> (Consultado el 10 de Enero de 2017).

ducen en un contexto social de patologización y transfobia que pueden llegar a generar profundos daños en la vida de las personas, pudiendo desencadenar graves consecuencias en los casos más extremos. De acuerdo con los resultados de la Encuesta T, el 56% declara haber intentado suicidarse. De estos, el 9% indica que sus primeros intentos de suicidio fueron al tener entre 1 y 10 años y el 48% indica que fue entre los 11 y los 15 años⁵⁹. Estos antecedentes dan cuenta de la violencia a la que en muchas ocasiones se ve expuesta la niñez trans, y de la importancia de hacernos cargo como sociedad de las transformaciones necesarias para el buen vivir de las personas.

Gracias al trabajo de visibilización, denuncia y propuestas de múltiples organizaciones activistas, se incorporó en el año 2013 la demanda por los derechos de les niñes trans en el proyecto de ley de Identidad de Género, siendo aplazado en el Congreso por objeciones que imponen algunos sectores políticos conservadores y religiosos a la autodeterminación de la identidad de género a partir de la infancia. Finalmente, el 2018 se votó a favor de la inclusión de los mayores de 14 años en esta ley, permitiendo el cambio de nombre en el Registro Civil. La Ley de Identidad de Género entró en vigencia en diciembre de 2019. Actualmente, muchas organizaciones continúan la demanda de inclusión de les niñes trans menores de 14 años en esta ley.

A partir de los antecedentes expuestos, a continuación se presentan los principales resultados y hallazgos del estudio.

Configuración de procesos de construcción de género e infancia en un espacio educativo dirigido a niñes trans: Estudio de caso de la Escuela Amaranta

La presente investigación es cualitativa y corresponde a un estudio de caso de carácter exploratorio. Las técnicas de producción de datos utilizadas fueron entrevistas semiestructuradas y observación participante. El objetivo general del estudio fue comprender cómo se configuran los procesos de construcción de género e infancia en el espacio educativo de la Escuela Amaranta desde los discursos del estudiantado, profesorado y dirección. Es decir, se buscó comprender la relación entre dos procesos (construcción de género e infancia), a partir de la consideración de que la escuela está mediada por elementos simbólicos, dando mayor atención a

la producción de significados a partir de los discursos, prácticas y relaciones sociales entre los miembros de la comunidad educativa. En tanto, el concepto de configuración se entiende como la forma particular en la que se disponen los distintos elementos que intervienen en los procesos de construcción de género e infancia. Esta escuela compuesta por estudiantes y profesoras/es trans y cis, es un espacio donde los discursos, prácticas y relaciones difieren considerablemente de los colegios tradicionales, al potenciar la autonomía de les niñes en la construcción de sus identidades de género, sin limitaciones sexistas ni heteronormativas, y apoyando a que les niñes tengan mejores herramientas de sociabilización y autoestima y sean sus propios portavoces. De esta manera, se busca comprender estas configuraciones en un espacio donde la educación es transformadora y no solo reproductora del orden social.

Muestra

Entrevistas: Seis profesores/as, de las cuales tres son mujeres trans, una mujer cisgénero y dos hombres cisgénero. Coordinadora académica, quien cumple funciones directivas.

Observación Participante: 25 niñes trans y cis, con edades que oscilan entre los siete y 13 años.

Algunas Consideraciones

Se entregaron consentimientos informados a cada una de les entrevistades y uno adicional a la coordinadora académica en tanto representante legal de les niñes, para autorizar la realización de la observación participante. En el caso de les niñes se utilizaron seudónimos, y en las personas adultas se mantuvo su nombre real, debido a que lo solicitaron, puesto que favorece el reconocimiento a su valiosa contribución a esta escuela.

Qué es la Escuela Amaranta

La escuela Amaranta, ubicada en la comuna de Ñuñoa de la Región Metropolitana, se inauguró el 3 de abril de 2018. Un antecedente de la creación de esta escuela es el trabajo conjunto entre la Fundación TranSítar (hoy llamada Fundación Selenna y de la cual surge la Escuela Amaranta) y el Ministerio de Educación del Gobierno de Michelle Bachelet, quienes elaboraron un informe con el fin de proteger a les niñes trans de la discriminación constante en el ámbito académico, la cual conlleva en su mayoría a la exclusión y hasta la deserción escolar. El día 27 de abril del 2017, el Ministerio de Educación envió la

⁵⁹ Ibidem

Circular N° 0768 dirigida a sostenedores, directores y directoras de establecimientos educacionales del país, en materia de “derechos de niñas, niños y estudiantes trans en el ámbito de la educación”. Este documento incorporó una serie de consideraciones que hasta ese momento no estaban respaldadas por un protocolo y quedaban a la voluntad de cada comunidad educativa. En la circular se declaran aspectos como la utilización del nombre social de les niñas en vez del nombre legal, así como la utilización de baños y uniformes de acuerdo con su identidad de género, entre otros. Este protocolo se concibió como un avance en materia de identidad de género para les niñas, sin embargo, su puesta en práctica varía considerablemente de acuerdo con los criterios de cada comunidad educativa.

Dado que los obstáculos en el ejercicio del derecho a educarse persisten para les niñas trans, la Fundación Selenna comenzó a construir el proyecto educativo llamado Escuela Amaranta, que acompaña a les estudiantes en su proceso de aprendizaje. La modalidad de la escuela es guiar a las niñas, niños, niñas y adolescentes en los aprendizajes necesarios para rendir exámenes libres al término del año escolar. Para ello, cuenta con educadores voluntarios de todas las áreas, más profesionales de la salud como psicólogas, fonoaudióloga, enfermera y trabajadores sociales.

El objetivo de la escuela es construir un espacio dirigido a niñas trans e inclusivo con niñas y niños cisgénero, que no pretende ajustarse al currículo oficial, con un énfasis en una educación con perspectiva de género y centrándose en el desarrollo de les estudiantes en términos de una mayor autonomía, socialización y bienestar emocional.

Resultados

A partir del análisis de los datos producidos, se comprende que, en un proceso bidireccional, la escuela opera como un espacio que incide en la configuración de la infancia, y esta, al mismo tiempo, configura la escuela. Este proceso recíproco sucede porque el espacio educativo se está construyendo (en términos curriculares, culturales y simbólicos) para les niñas trans, quienes van transformándose y transformando la escuela en este interesante camino.

Respecto a la infraestructura, la Escuela Amaranta no cuenta con un inmueble propio y utiliza las dependencias de la Junta de Vecinos «Villa Olímpica» de Ñuñoa como salas de clases. A un costado del estableci-

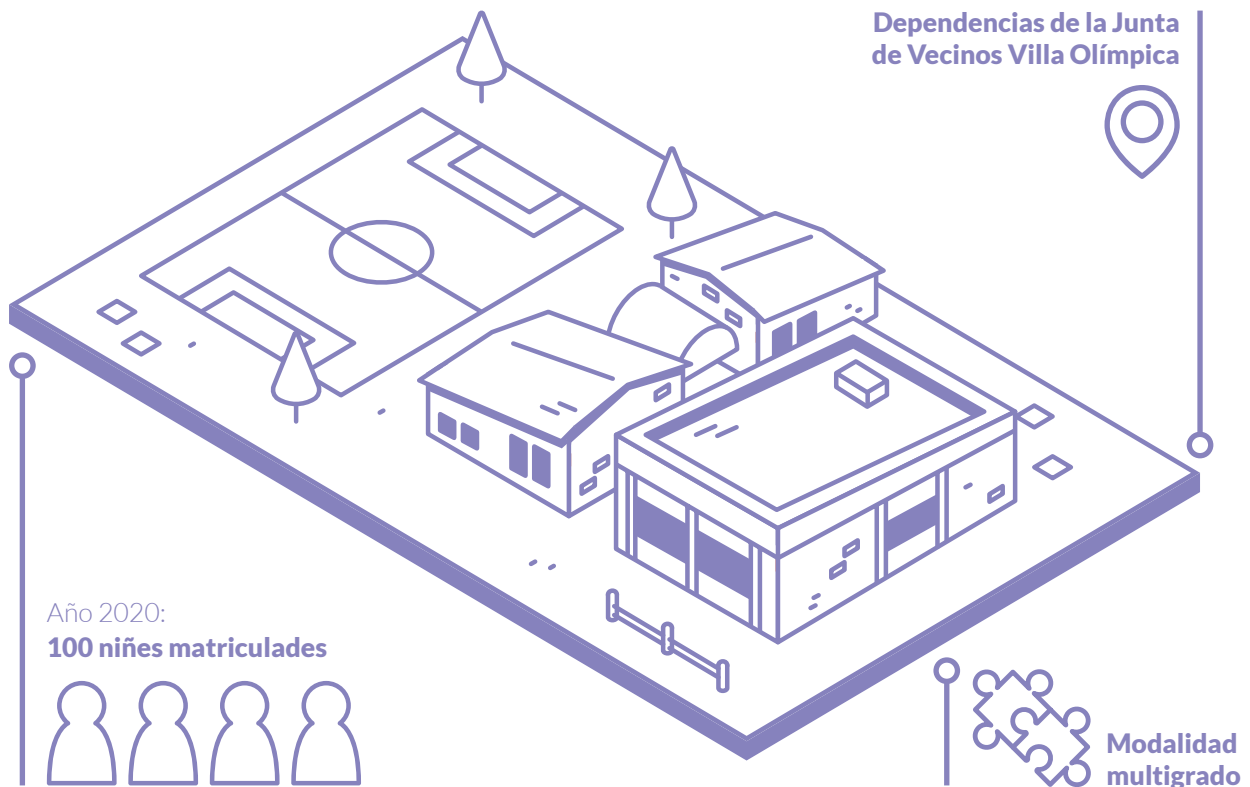
miento hay una plaza con juegos y una cancha que se usan para la recreación de les niñas y adolescentes. En relación con el financiamiento, la escuela no recibe subvención del Estado y las y los apoderados pagan una pequeña mensualidad. La directiva junto a sus colaboradores está en búsqueda de financiamiento a través de la postulación a fondos nacionales e internacionales. La directiva está conformada por Evelyn Silva y Ximena Maturana, directora y coordinadora académica de la escuela respectivamente, quienes son madres de chicas trans, motivo principal que las llevó a movilizarse y crear espacios para les niñas y adolescentes trans. En este proceso, han politizado tanto la maternidad como las infancias.

Los elementos que componen la dimensión material representan los principales obstáculos para el desarrollo del proyecto educativo identificados por Ximena Maturana. Las problemáticas que emergen a partir de las condiciones materiales con las que opera la escuela son variadas. Por un lado, el hecho de no contar con un establecimiento propio limita las posibilidades de transformar el espacio y adaptarlo específicamente para el uso de les niñas, quienes, además, van aumentando exponencialmente en poco tiempo. La escuela comenzó con 7 niñas y aumentó a 50 en un año, y para el año 2020 hubo 100 niñas matriculadas. La ausencia de un financiamiento externo y la escasez de recursos provenientes de particulares es la principal causa de no contar con un espacio propio.

La escuela tiene una modalidad multigrado, como sucede frecuentemente en las escuelas rurales. El grupo 1 lo componen niñas de 6 a 13 años, es decir, concentra a niñas cuyos niveles varían entre primero y octavo básico. Las y los profesores señalan que van buscando diversas herramientas para hacer clases a todo el curso de forma simultánea, representando un desafío, pero siendo capaces de realizarlo.

Por otro lado, un factor importante es que la Escuela Amaranta ha tenido una amplia cobertura mediática en medios nacionales e internacionales. Al respecto de las entrevistas y reportajes sobre la escuela, las profesoras valoran su función mediática porque permiten una mayor visibilización, un concepto fundamental para el proyecto educativo que busca transformaciones culturales.

ESCUELA AMARANTA



Violencia transfóbica en los colegios

Se destaca la identificación de una alta valoración de la Escuela Amaranta por parte de los niños, a quienes les gusta esta escuela, lo que contrasta con sus opiniones más negativas sobre los colegios anteriores. Cuando los niños responden qué les gusta de Amaranta, su respuesta adquiere una particular importancia considerando que su llegada a este colegio se debe a que anteriormente fueron acosados sistemáticamente por su identidad de género, siendo la razón por la cual desertaron del sistema educativo formal.

El bullying transfóbico manifestado en burlas o insultos sistemáticos por su identidad de género da cuenta de un problema en la convivencia escolar mal gestionado por la comunidad educativa. La solución individual de retirarse del colegio, en lugar de una respuesta colectiva e institucional de mejorar la convivencia escolar, normaliza y, por tanto, profundiza la discriminación, sin modificar la violencia estructural. Por lo tanto, el colegio se vivencia como un espacio poco seguro.

«Conversé con Pablo, un niño de 6 años que suele hacer las tareas muy rápido y de forma autónoma. Le pregunté por la escuela, si le gustaba, y dijo que sí. Después pregunté por su escuela anterior y me dijo que se fue de ahí porque lo molestaban, cuando le pregunté por qué, me dijo «porque antes yo era Vanesa»»

Registro de la autora 17/06/2019

Para Gabriel (10 años), Amaranta «es la única escuela en Chile donde no hacen bullying»

Registro de la autora 9/07/2019

Por otro lado, respecto al rol de los profesores de los colegios tradicionales, la profesora Antonella enfatiza en que son los docentes de educación básica quienes deben ampliar sus estereotipos de género, porque influyen directamente en la violencia que ejercen unos estudiantes sobre otros. La profesora advierte que esto es, particularmente, importante al constatar las altas tasas de suicidio en adolescentes trans, quienes viven discriminación desde pequeños. Al enunciar comentarios homofóbicos y transfóbicos a estudiantes trans, las

y los profesores legitiman el bullying por parte de sus compañeros, generando graves efectos nocivos en niñas y adolescentes.

«...Las mayores tasas de suicidios son en esa edad, con esos profes. Entonces, el trabajo no es posible hacerlo con los profes de media, son los de básica, sacarles esa idea de niño, niña, azul y rosa. No, si ellos son los que están dejando posibles agresores, o potenciando lo que ya viene en la casa, «el hombre es el que manda». (...) De hecho, yo hice charlas, en la Academia, una profe me pidió hacer una charla a dos cursos, uno que era pa' profes de básica y otro pa' profes de media. Y yo les decía lo mismo, ustedes tienen el poder de salvarles la vida a los cabros. Si ustedes le dicen «ay mariquita», aunque sueñe muy inocente, o «afeminado», o «juanita tres cocos», le destruiste la vida. Abriste la puerta al bullying, legitimaste que otros niños le hagan bullying a ella porque el profe lo dijo»

Antonella, profesora trans

«Estos niños que están acá les mandaban a pegar, había profes que decían «péguele a ese por maricón»»

Berni, profesora trans

Esta violencia ejercida por parte de las y los profesores la mayoría de las veces no es sancionada por las instituciones educativas, reproduciendo una cultura transfóbica en los colegios. La discriminación por razones de género entre pares y desde las/los profesores hacia los estudiantes es una injusticia social que desborda la institucionalidad educativa, y pese a los intentos gubernamentales de resolverlo, las experiencias de los niños evidencian que estas han fracasado.

Por este motivo, las profesoras trans enfatizan en la importancia de que los profesores, sobre todo de enseñanza básica, se formen en materias de género e identifiquen el poder que tienen de frenar la violencia o ser cómplices de ella.

Educación y reparación emocional

Frente a este daño generado en los colegios tradicionales al reproducir una cultura transfóbica, los profesores y coordinadora académica sostienen que la Escuela Amaranta se orienta al bienestar de la infancia, a través de la reparación y expresión de sí mismos, educando y acompañando a los niños. La coordinadora académica de la escuela señala que se prioriza una orientación emocional en la educación antes que los contenidos

curriculares, lo que confirman los profesores. De esta manera, el rol de las y los profesores se adscribe a una educación emocional, muy necesaria para acompañar el desarrollo de los estudiantes⁶⁰, y una educación con perspectiva de género. Gracias al acompañamiento de los niños, se observan transformaciones positivas a lo largo de su experiencia en la escuela. Por ejemplo, varios niños han mejorado la gestión de sus emociones con una mayor autoestima, autocontrol, así como las relaciones con sus pares de la escuela y su dedicación a los estudios, como se muestra en las siguientes citas:

«Creo que el hecho de participar y trabajar en clases sí tiene que ver con algo emocional. En el fondo, si un estudiante no está bien emocionalmente es muy difícil que ponga atención, que genere aprendizaje significativo, que se interese, ¿cachai? Entonces, yo sí he visto cambios muy radicales en algunos estudiantes que al principio costaba mucho que se interesaran, que participaran, y que hoy día sí lo están haciendo y que, incluso, muestran mucho entusiasmo por lo que uno propone. Entonces, encuentro eso muy bacán. Muy bacán que finalmente están reparando como ese trauma que le generó la escuela formal»

Pedro, profesor cisgénero

«A mayor autoestima empiezan a participar de mayor forma en las clases, se interesan por las diferentes temáticas»

Rodrigo, profesor cisgénero

Estos cambios son descritos por los profesores en las entrevistas y pude constatarlos mediante mis visitas a la escuela desde sus inicios hasta el trabajo de campo en el invierno de 2019. Por su parte, todos los estudiantes con los que conversé manifiestan sentir agrado y un mayor bienestar actual. Aprecian que en esta escuela «se puede ser» y expresar libremente su identidad de género.

Esto va en total concordancia con lo señalado por Miller (2015)⁶¹ sobre la necesidad de otorgar un Marco de Referencia Queer (QLF por sus siglas en inglés) a los profesores que les permita comprender y acompañar

⁶⁰ Jiménez, E. (2016). La sociología de las emociones en el aula: Hacia una formación emocional real de los futuros y futuras maestras de educación infantil. XII Congreso Español de Sociología. Sesión de comunicaciones orales franja 2: Emociones en la estructura y en los procesos sociales, (págs. 1-19). Madrid.

⁶¹ Miller, S. (2015). A Queer Literacy Framework Promoting (A) Gender and (A)Sexuality Self-Determination and Justice. English Journal 104.5, 37-44.

los diferentes procesos identitarios de los estudiantes. La autora señala que, con un QLF, tal como sucede en la Escuela Amaranta, las, los y les profesores tienen mayores herramientas y los niños, a su vez, pueden contar con un apoyo que les permitiría experimentar una seguridad interna, ser mejor comprendidos por ellos mismos y los demás, favoreciendo, además, su conexión con el aprendizaje. La Escuela Amaranta es una evidencia de que lo postulado por Miller funciona efectivamente en la práctica, mediante un cambio de paradigma de género que necesitan los profesores para acompañar a los estudiantes en sus procesos identitarios.

Un hallazgo de suma relevancia es que no solo los niños se han visto beneficiados en esta escuela. Para las profesoras trans tiene un significado muy importante y marca un hito en sus vidas al ser el primer espacio educativo donde pueden hacer clases con su identidad de género. Manifiestan sentir seguridad y un profundo sentido de coherencia entre su vocación, su identidad y su lucha política.

«El significado para mí, yo siento que se alinean los planetas, no sé, sí se alinea todo, tanto para los estudiantes como para mí. Nos da sentido, le da sentido a mi vida, le da sentido a mi lucha, le da sentido a mi pasado, a mi presente, a mi futuro. Le da sentido a mi vocación docente. Le otorga y la empapa de una mayor identidad todavía y también a seguir en la lucha desde la educación, lo que hoy día hablamos también de interseccionalidad, hacer la lucha desde ahí, desde la educación. Y ampliarlo también, porque esta lucha no es solamente para los niños trans, la comunidad LGTB, sino que pa' la sociedad completa»

Romina, profesora trans

Los profesores coinciden en manifestar un sentido crítico del sistema educativo tradicional y destacan el carácter político de este espacio educativo. Con su trabajo, los profesores de Amaranta están cuestionando las relaciones hegemónicas entre saber, identidad y poder, y proponiendo interpretaciones de la realidad alternativas que hagan más sentido a las infancias trans. En este sentido, se puede sostener que el espacio escolar se configura en función de las infancias trans, quienes están al centro de las transformaciones que guían a la escuela, configurando a su vez al espacio educativo. En este sentido, en la Escuela Amaranta se disminuye la brecha de desigualdad social por razones de género entre estudiantes cisgénero y estudiantes trans producida en el sistema educativo. La justicia social también

se relaciona con las diferentes oportunidades que tienen los estudiantes LGTBQ+ de estudiar en un entorno seguro que les permita conectarse con el aprendizaje, otorgando mejores oportunidades de desarrollo personal y educativo que impacta en el momento presente de sus vidas y en su futuro⁶².

En un contexto en el que el sexismo está arraigado en la estructura social permeando el sistema educativo, para los estudiantes LGTBQ+ en general y particularmente para las infancias trans, la interacción con pares que estén viviendo transiciones de género, así como pares cisgénero que sean aliados en este proceso es un aporte importante para su desarrollo personal, dado que hay referentes directos con quienes compartir experiencias desde su niñez. Para muchos de los niños y adolescentes de Amaranta, esta escuela significa el primer espacio en el que coinciden con otros estudiantes trans, el primer espacio donde constituyen una mayoría en una escuela. Allí conforman un grupo social heterogéneo y diverso con un fuerte sentido de comunidad. Es decir, de un proceso de configuración de una identidad individual pasan a ser parte también de una identidad colectiva, que está en constante transformación. El contar con pares y profesores trans constituye también un soporte importante para sobrellevar las resistencias al interior de sus familias, así como de la sociedad en su conjunto. Un soporte emocional, de acompañamiento y de colectivización de las experiencias de transición. No están solos.

El espacio educativo es identificado como necesario y enriquecedor tanto para el profesorado como para los niños bidireccionalmente, a quienes han acompañado en su proceso desde un sentido educativo integral, afectivo y comprometido con la transformación social donde lo personal es político.

⁶² Rojas, M., Stefoni, C., Fernandez, M., Salinas, P., Valdebenito, M., & Astudillo, P. (2018). Narrativas, prácticas y experiencias en torno a la identidad LGTB en contextos educativos: Informe final. Encargado por MINEDUC y UNESCO-OREALC, Chile. Santiago: Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación (CIDE), Universidad Alberto Hurtado.

Construcciones de género en les niñas y profesorado

Dentro de las principales dimensiones de la construcción de género identificadas por el estudiantado, sobresale una atención o vigilancia al respeto del lenguaje inclusivo y sus nombres sociales: ambos son elementos identitarios fundamentales. Por otro lado, la dimensión corporal también fue mencionada con frecuencia, denotando ser relevante porque implica una adecuación de su expresión de género a su identidad. Se observa una diferencia en el foco de les niñas y adolescentes. Por su parte, les niñas manifiestan un interés mayor por la estética (largo del pelo, color y tipos de prendas de ropa, accesorios), mientras que les adolescentes, están más atentas a las características morfológicas de sus cuerpos; mencionando aspectos como, un deseo de tener mayor musculatura, tener más cintura, etc. En este sentido, el foco de atención respecto al cuerpo pareciera ir variando dependiendo de la etapa en el ciclo vital.

Uno de los hallazgos relevantes es que en muchos niñas se observa una interesante reinterpretación del género que está lejos de ser rígida, donde puede identificarse que niñas, niños y niñas tienen más cosas en común que diferencias. Por otro lado, también advertí, a partir del trabajo etnográfico, que una de las dimensiones relevantes identificadas en el estudiantado son los estereotipos de género, y su reinterpretación personal varía mucho en cada una, manifestando diferentes expresiones de género, algunas más y otras menos hegemónicas que otras. Esto va en concordancia con lo planteado por Susan Golombok sobre la importancia de los estereotipos omnipresentes en la sociedad a los cuales les niñas están expuestas constantemente. Por ende, no porque sean trans se les debe cargar la responsabilidad de romper con los estereotipos, estos están inmersos profundamente en la cultura, las personas cis en general tampoco nos salimos de ese marco, y finalmente, es decisión de cada persona cómo construye su expresión de género.

Puede interpretarse que, del mismo modo que sostienen las profesoras trans, los estereotipos de género sirven de referencia para la construcción personal y les niñas, y todas las personas, los utilizan para moldear tanto sus corporalidades como sus comportamientos.

Como indica Judith Butler (2000)⁶³, el género no tiene una preexistencia y se imita a sí mismo para validarse, conformándose como un recurso de legitimación dentro de los parámetros definidos socialmente como femeninos y masculinos. Por su parte, les profesores, la coordinadora académica y les adolescentes, cuestionan más explícitamente las expresiones de género estereotípicas, pero al mismo tiempo las entienden. Señalan que los estereotipos sirven como un recurso de validación social, el problema es que se impone un «*deber ser*» de lo femenino y masculino. Dado que el género se construye socialmente, señalan que es necesario producir un significado personal en la construcción de género.

Por otro lado, las profesoras trans hablan de sus propias infancias y las identifican como difíciles por no contar con referentes, no comprender qué estaban sintiendo y, por ende, sobrellevarlo con temor. Dentro del relato de una profesora sobre su infancia, antes de su transición de género, explica que ella no comprendía lo que sentía ni por qué le atraían tantas cosas asociadas a lo femenino y, en esta confusión, cuenta que sentía que estaba actuando como hombre, que tenía una necesidad de mantener un papel para evitar la burla de su entorno. En el caso de la profesora, esta actuación masculina de su infancia, concientizada y realizada para calzar con la norma de su género asignado al nacer, se puede interpretar como un mecanismo de protección, bajo la amenaza de sufrir sanción social.

Además, es relevante el hecho que, a partir de su trabajo en la escuela, las y los profesores cisgénero han profundizado herramientas para comprender y problematizar las relaciones de género desde un enfoque personal y político. Señalan una interpelación a sus concepciones personales y su posición en las relaciones de poder, cuestionando, así, como señala Poblete (2014)⁶⁴, los privilegios de la población heterosexual y cisgénero respecto a los capitales sociales y culturales.

Transición dual en la infancia: identidad de género y rol de actores sociales

A partir del análisis de los resultados se pudo identi-

⁶³ Butler, J. (2000). Imitación e insubordinación de género. Revista de Occidente N° 235, 87-113.

⁶⁴ Poblete, N. (2014). ¿Ruptura o Continuidad?: Reflexiones en torno al Heteropatriarcado a partir de los relatos de un grupo de jóvenes infractores/as de ley. Tesis para optar al Grado de Magister en Estudios de Género y Cultura en América Latina, mención Ciencias Sociales. Santiago, Chile: Universidad de Chile.

ficar que les niños de la Escuela Amaranta están viviendo simultáneamente (al menos) dos procesos de transición, la primera es respecto a su identidad de género, y la segunda, al potenciar su rol de actores sociales. Como indica Iskra Pavez (2012)⁶⁵ desde los nuevos paradigmas de la infancia las y los niños hoy son comprendidos como actores sociales, por este motivo, se sostiene que en esta escuela potencian este rol preexistente. Ambos procesos, la transición de género y de actores sociales, se interrelacionan, ya que al vivir abiertamente su transición de género están construyendo su identidad de acuerdo con su sentir, lo que implica que no son sujetos pasivos de las condiciones sociales. En este sentido, les niños trans son actores sociales que construyen su identidad, reformulando, a su vez, las normas de género. Al mismo tiempo, al estudiar en la Escuela Amaranta, potencian su capacidad de acción al incidir en su entorno. Cuando les niños denuncian discriminación y maltrato ejercen una herramienta reivindicativa, en sintonía con la noción de derechos de la infancia que se está viendo paulatinamente en Chile durante los últimos años⁶⁶. Además, exigen que se respete su nombre social y lenguaje inclusivo en tanto elementos simbólicos fundamentales que implican respeto a su identidad.

Les niños reivindican sus derechos a ser reconocidos, respetados y a la educación, derechos que fueron negados antes de ingresar a Amaranta: acusaron situaciones de discriminación transfóbica en sus colegios anteriores, desertaron (o, más bien, fueron expulsados) del sistema educacional tradicional y actualmente les niños están constantemente participando en diversas instancias donde visibilizan la infancia trans, ya sea en marchas, charlas, otros colegios y medios de comunicación, entre otros.

Por otro lado, frente al individualismo de nuestra sociedad, les niños hoy se encuentran en un espacio educativo que colectiviza las vivencias de transición de género, y, por ende, vuelve aún más político lo que antes era vivido en soledad. Este espacio de socialización tiene consecuencias positivas en el aumento de autoestima, sentido de pertenencia a un grupo y formación de una identidad colectiva.

El enfoque de integración de la escuela ha generado que para las y los niños cisgénero también sea un aporte convivir en un espacio pedagógico como la Escuela Amaranta, pues están creciendo con una mayor apertura en sus aprendizajes sobre el género. La experiencia de estudiar en esta escuela les otorga herramientas para interpretar el mundo desde otros enfoques y desarrollar valores como la no discriminación por género a través del respeto y la empatía.

«Yo creo que una de las mejores cosas que tiene esta escuela, y que se tiene que visibilizar más, es que contiene muchos estudiantes cis. Treinta por ciento yo creo que deben ser estudiantes cis. Y enseñar eso, porque no hay impedimento, de que no porque hay estudiantes trans se tienen que relacionar solamente con otros estudiantes trans o LGBT, que al fin y al cabo todos somos personas no más, y nos expresamos desde el género de manera diferente no más, pero que en realidad las relaciones humanas van más allá de la identidad de género»

Romina, profesora trans

Ahora les niños cis y trans tienen nuevos y variados referentes de masculinidades y femineidades para su autoconstrucción de género. Si bien los estereotipos están presentes en estas configuraciones, sobre todo los adolescentes están cuestionando y enseñando a los más pequeños a forjar su identidad desde sus propias experiencias e interpretaciones personales del género.

Por otro lado, en este encuentro intergeneracional de los procesos de transición, las profesoras identifican considerables diferencias en las infancias suyas con las de los niños, mediadas por el miedo, confusión e incomprensión debido a la falta de información y de referentes positivos. Una de las entrevistadas, señala que le hubiese gustado estudiar en una escuela como Amaranta y adelantar su transición, ya que es parte de la construcción de la sexualidad e identidad. Al respecto, puede señalarse que la estructura social tradicional persiste en instituciones como la escuela o la familia, como se demuestra en la violencia ejercida a niños y adolescentes LGTBQI+, pero también van aumentando los espacios de resistencia y propuestas de transformación social que permiten una vida más digna. En este sentido, situar históricamente a las infancias trans de la actualidad es reconocerlas como la primera generación de niños trans que están viviendo abiertamente su identidad de género en nuestro país. Les niños de la Escuela Amaranta son actores sociales que van cambian-

⁶⁵ Pavez, I. (2012). Sociología de la infancia: las niñas y los niños como actores sociales. *Revista de Sociología* N° 77, 81-102.

⁶⁶ Vergara, A., Peña, M., Chávez, P., & Vergara, E. (2015). Los niños son sujetos sociales. El aporte de los nuevos estudios sociales de la infancia y el análisis crítico del discurso. *Psicoperspectivas. Individuo y sociedad*. Vol. 14, N°1, 55-65.

do, aunque sea lentamente, la estructura de sus familias y la sociedad, gracias al apoyo de Evelyn Silva y Ximena Maturana, sus profesoras/es y compañeros de curso.

Por último, a modo de cierre, esta investigación buscó develar dimensiones sociales que durante gran parte de la historia y hasta hace poco tiempo atrás, se han considerado como hechos dados, pertenecientes al mundo de la obviedad, como la identidad de género, la infancia, y la relación entre ambas. La reflexión sociológica permite comprender que el género y la infancia son procesos configurados de acuerdo a múltiples factores estructurales, culturales, simbólicos, emocionales y biográficos, los cuales están en constante transformación y siempre operan en relaciones de poder.

Este estudio de caso también pudo identificar elementos emergentes que no fueron hallados en las producciones teóricas utilizadas. Por ejemplo, la enriquecedora interacción entre niñes trans y sus profesoras trans en este espacio educativo, y a su vez, la profunda significación que adquiere para ellas ejercer su labor educativa de acuerdo con su identidad de género. Además, descubrimos la importancia para las niñas, niños y profesores cisgénero compartir en este espacio junto a personas trans, identificando grandes aprendizajes y transformaciones en sus construcciones de género. En este sentido, esta escuela como espacio de socialización se vuelve un territorio fructífero para comprender el género y las infancias desde otras perspectivas, donde la lucha por la justicia social es un trabajo cotidiano.

Dialogar sobre género implica observar nuestras prácticas y construcciones personales y sociales desde una perspectiva política de la sexualidad. Abrir estos espacios de encuentro mediante la reflexión conjunta es un proceso muy interesante, en el cual la experiencia y la palabra transforman lo obvio en complejos entramados por descubrir. Esta investigación es una invitación al diálogo que ofrece algunas ideas para ir pensándose y conversando de una manera más reflexiva en torno al género junto a las niñas, niños y niñes. Porque la forma en que nos entendemos desde nuestras construcciones de género delimita los lineamientos de nuestras interpretaciones del mundo: el principal aprendizaje es mantenernos siempre alerta a cómo trazamos estas líneas, para que no sean una fuente de opresión, sino que de fuerza y liberación.

Recomendaciones en la dimensión de Educación

- Respetar el nombre social y pronombre de todas las personas.
- Incorporar en la enseñanza de Educación Superior un marco de género en la formación de los y les profesores, porque tienen un rol fundamental en frenar o ser cómplices de la transformación o reproducción del sexismo que puede conllevar a manifestaciones de violencia de género en los colegios.
- Incorporar, en la enseñanza de Educación Básica y Media, recursos educativos para estudiantes en materia de género y programas de Educación Sexual Integral desde los primeros años de escolaridad.
- A través del uso de recursos educativos, sancionar y corregir prácticas y discursos de discriminación sexista, transfóbica y homofóbica que pudieran surgir en todos los estamentos de los establecimientos educacionales. Garantizar que los colegios sean un entorno seguro para las personas LGTBIQ+.
- La circular enviada por el Ministerio de Educación en el año 2017, es insuficiente porque queda a criterio de cada comunidad educativa su correcta ejecución. Es necesario garantizar que se cumplan estos estándares en cada colegio.

Recomendaciones en la dimensión de las Políticas Públicas

- Dado que no existen cifras oficiales sobre la población trans adulta e infantil a nivel nacional, es fundamental realizar un estudio que le caracterice, con el objetivo de colaborar con la visibilización y generar políticas públicas adecuadas.
- Incluir a personas trans en el diseño de políticas públicas, para que puedan expresar sus necesidades y propuestas.
- Promover y/o garantizar cupos laborales para docentes trans, acompañado, necesariamente, de una formación en materia de género en los colegios.
- Otorgar financiamiento a proyectos autogestionados como la Escuela Amaranta.

A large crowd of people, primarily young adults, is gathered for a protest or demonstration. They are holding a long white banner with blue text. The banner reads "ESCUELA" on the top line and "ARANTIA GÓN" on the bottom line. The background shows a city street with buildings and trees. The entire image has a blue tint.

ESCUELA
ARANTIA GÓN

3

Regulación de la Fertilidad: la situación de los anticonceptivos en Pandemia

*Estudio «Percepción de las usuarias sobre el
precio de los anticonceptivos orales vendidos en
farmacias durante el 2020»*

Regulación de la Fertilidad: la situación de los anticonceptivos en Pandemia

Stephanie Otth Varnava⁶⁷, Javiera Cuevas⁶⁸, Natalia García Canceco⁶⁹, Francisca Muñoz Agramunt⁷⁰, Francisca Sanhueza Álvarez⁷¹, Daniela Valenzuela Álvarez⁷²

⁶⁷ Stephanie Otth Varnava, MA Gender, Society and Representation UCL, Londres, Psicóloga Universidad Católica de Chile. Coordinadora área Investigación y Capacitación Corporación Miles.

⁶⁸ Javiera Cuevas, egresada de Antropología de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano, pasante de investigación de Corporación Miles.

⁶⁹ Natalia García Canceco, Socióloga de la Universidad Mayor, pasante de investigación de Corporación Miles.

⁷⁰ Francisca Muñoz Agramunt, Trabajadora Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile, pasante de investigación de Corporación Miles.

⁷¹ Francisca Sanhueza Álvarez, Licenciada en Antropología con mención social de la Universidad de Chile, pasante de investigación de Corporación Miles.

⁷² Daniela Valenzuela Álvarez, Cientista Político con Especialización en Relaciones Internacionales de la Universidad Alberto Hurtado, pasante de investigación de Corporación Miles.

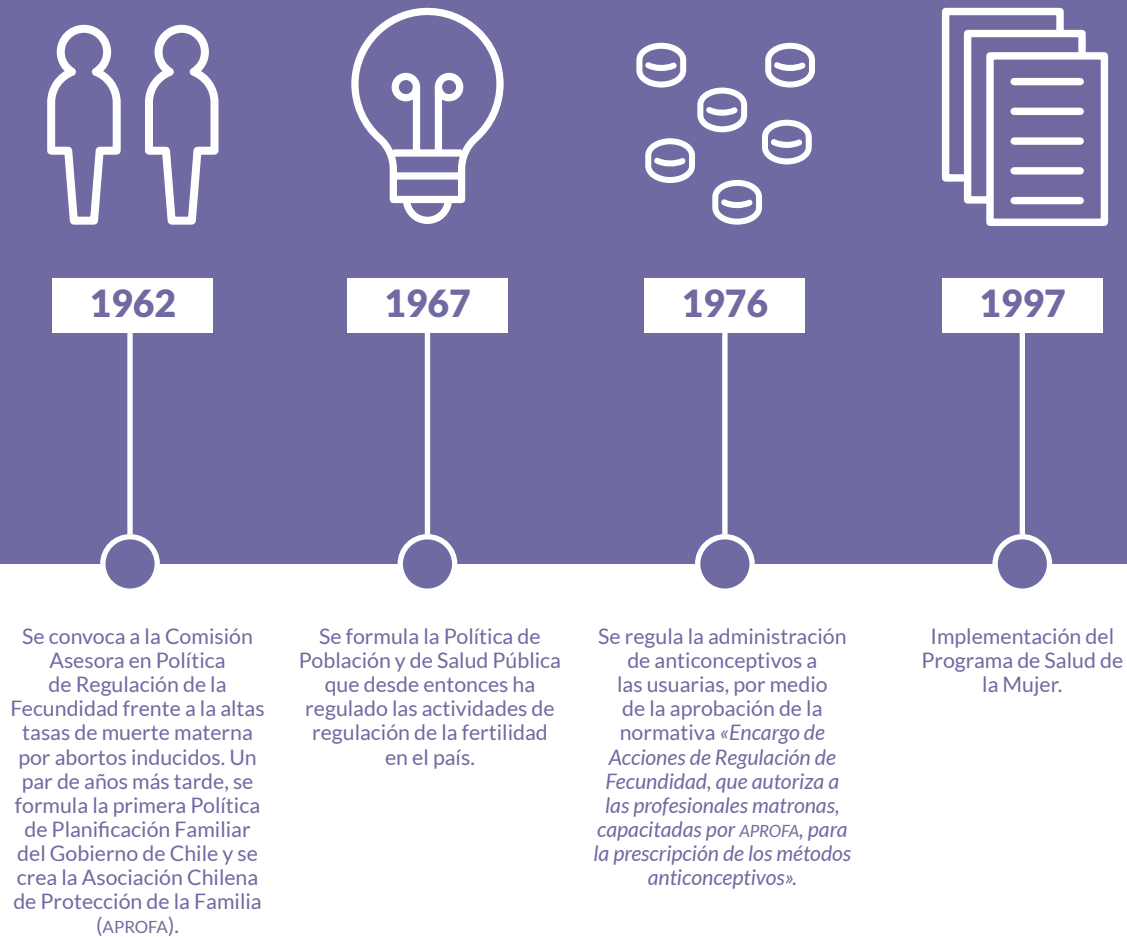
Antecedentes de la anticoncepción en Chile

El inicio del reconocimiento de los Derechos Sexuales Sexuales y Reproductivos se encuentra en diversos hitos de nuestra historia. En la Conferencia Internacional de Derechos Humanos celebrada en Teherán (1968), se reconoce por primera vez el derecho fundamental de las personas a determinar libremente el número de hijo/as y el intervalo entre los nacimientos, permitiendo pensar la regulación de la fertilidad como un derecho universal.

Es en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, sostenida en El Cairo durante el año 1994, donde se afirman los Derechos Sexuales y Reproductivos como base para la salud sexual y reproductiva. Allí se reconoce la importancia de propiciar, oportuna y sin discriminación, servicios para la regulación de la fertilidad de las mujeres. El Estado Chileno, mediante la ratificación de diversos acuerdos internacionales, como El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), la Convención para la Eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer (CEDAW, 1989)

y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1990) entre otros más recientes, asume los compromisos allí establecidos en materias de regulación de la fertilidad.

No obstante, la historia entorno a la regulación de la fertilidad en Chile se remonta a mediados del siglo pasado:



¿En qué estamos hoy en materia de anticoncepción?

En 1997, entró en vigencia el Programa de Salud de la Mujer⁷³ para fortalecer la atención al desarrollo integral de las mujeres en todas las etapas de su ciclo vital, principalmente en lo que refiere a su salud sexual y reproductiva. Sin embargo, de igual modo, contempla algunos aspectos que se encuentran fuera de este ámbito, como la salud mental, nutrición, entre otros. A las prestaciones reguladas por este programa pueden acceder, además de mujeres, hombres, jóvenes, niños y adultos. Este

programa pone a disposición una serie de prestaciones que se encuentran en todos los niveles de atención de la red asistencial del sistema público en Chile.

Dentro de las prestaciones a las que brinda acceso este programa, se encuentran en el nivel primario: consultas preventivas y de morbilidad obstétrica y ginecológicas, control de regulación de fecundidad y consejería en salud sexual y reproductiva, control prenatal y de puerperio, salud mental, control de recién nacidos, consultas por ITS, atención en etapa de climaterio, consultas nutricionales, visitas domiciliarias, educación y promoción de la salud, entre otras. Por su parte, en el segundo nivel de atención, se puede acceder a consultas especializadas de reproduc-

⁷³ Minsal (1997) Programa de Salud de la Mujer



2004

Promulgación de la ley 19.966 que establece el régimen de garantías en salud (AUGE), y promulgación de la ley 20.584 que reconoce los derechos (en particular, el derecho a la información) y deberes de las personas en su atención de salud de carácter respetuoso e intercultural.



2007

Entran en vigencia las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad del Ministerio de Salud de Chile, a través del Decreto Supremo n° 48 del Ministerio de Salud, aún a pesar de su impugnación en el Tribunal Constitucional.



2010

Entra en vigencia la ley 20.418. Se reconocen legalmente la protección y resguardo de los derechos sexuales y reproductivos. Se busca incorporar educación sexual en Enseñanza media. El mismo año entra en vigencia la ley 20.422 que resguarda el libre ejercicio de los derechos sexuales de las personas en situación de discapacidad, ilegalizando las esterilizaciones involuntarias a las que eran sometidas hasta ese entonces.



2016

Se actualizó de las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad, en base a la 5ta edición de los criterios médicos de elegibilidad de la OMS, que incluían entre otras cosas el uso de implantes en adolescentes y en púerperas desde los 21 días. Entre otras actualizaciones, se incluye un capítulo sobre anticoncepción en emergencias y desastres. También se incluyó la anticoncepción de emergencia que fue retirada de la Norma el 2018 por el dictamen del tribunal constitucional.

ción, consultas de alto riesgo obstétrico perinatal, consultas de morbilidad ginecológica, consultas por ITS, controles sanitarios ginecológicos de trabajadoras sexuales, entre otras. Finalmente, en el tercer nivel de atención, se puede acceder a consultas de urgencias y hospitalizaciones por parto, de recién nacido, por morbilidad obstétrica, por aborto, entre algunas otras. Todas las prestaciones anteriormente descritas se encuentran en los recintos de salud de todo Chile.

La regulación de la fecundidad por medio de métodos anticonceptivos, se encuentra regulada en este programa, en particular en el nivel primario de atención, en lo que se denomina como Control de Regulación de Fecundidad. En

este espacio de atención, matronas y matrones se hacen cargo de la orientación, consejería y resguardo del acceso a los distintos métodos anticonceptivos por parte de las mujeres que buscan regular su fertilidad. Con respecto a lo planteado por el Minsal (2018)⁷⁴, la atención en anticoncepción debe incluir una correcta y amplia entrega de información para resguardar los derechos en materia de salud sexual y reproductiva en los derechos humanos.

Con respecto a los métodos anticonceptivos disponibles en el mercado y utilizados por las usuarias del siste-

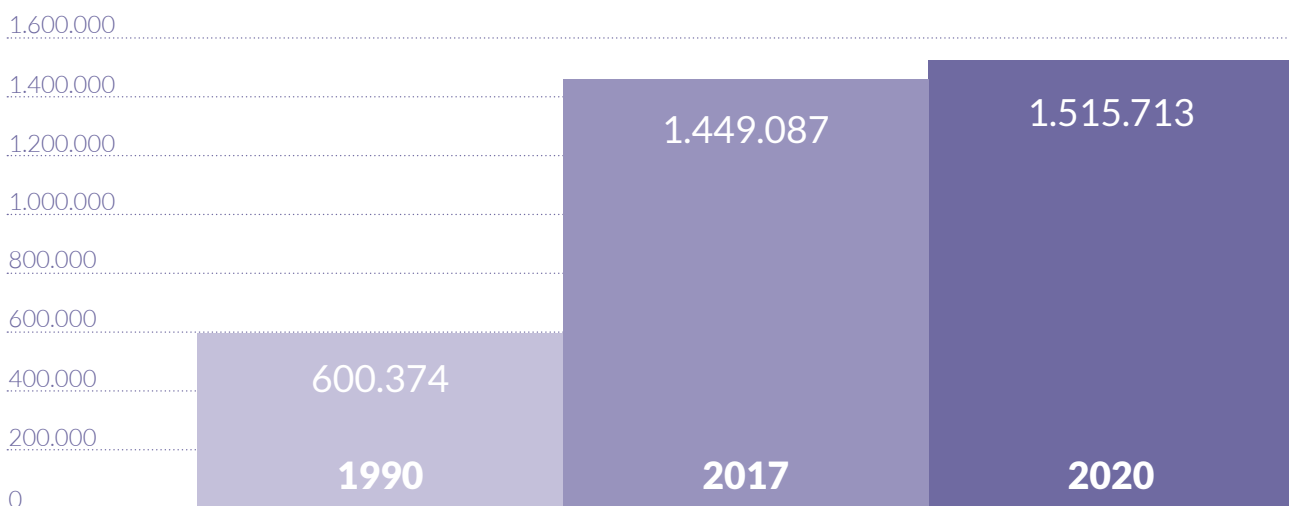
⁷⁴ Minsal (2018) Normas nacionales sobre regulación de la fertilidad.

ma público de salud, se puede afirmar que se han diversificado durante las últimas dos décadas. Y, además, han variado las elecciones de las usuarias. Estas variaciones guardan relación con el aumento de la oferta y las opciones anticonceptivas en el mercado (Minsal, 2018)⁷⁵. «En términos concretos, un 29% utilizan un sistema oral combinado u oral-progestágeno y un 32% inyectables combinados e inyectables con progestágeno. Son las mujeres entre 20 y 34 quienes más utilizan los métodos orales, con 233.688 casos» (Miles, 2021).

De la misma forma, también existen variaciones con respecto al perfil de las usuarias que acceden al servicio de salud en las búsqueda de la regulación de su fertilidad, dado que se ha incrementado el número de usuarias adolescentes y menores de edad, de las que un 95% tienen entre 15 y 19 años, y un 5% son menores de 15. En cifras concretas, el número de usuarias adolescentes se ha triplicado en los últimos años, teniendo un aumento relativo registrado de un 40% (MINSAL-DEIS, 2016). Para el año 2013, «la población de adolescentes bajo control por regulación de la fertilidad, representaba un 14% de la población total bajo control» (Minsal, 2018)

El número de usuarias bajo control de su fertilidad con métodos anticonceptivos en el sistema público se ha incrementado significativamente durante los últimos años⁷⁶:

POBLACIÓN EN REGULACIÓN DE FERTILIDAD EN ESTABLECIMIENTOS DEL SNS



⁷⁵ Minsal (2018) Normas nacionales sobre regulación de la fertilidad.

⁷⁶ Resulta importante mencionar que estas cifras hacen referencia a las mujeres que utilizan anticoncepción distribuida en el sistema público. Sin embargo, no existe información sobre las compradoras “informales” de anticoncepción o del sistema de salud privado.

En conclusión, las políticas públicas en torno a la Planificación Familiar en Chile han tenido impactos significativos en la población (principalmente, mujeres), donde un número significativo ha podido acceder a regular su fertilidad por medio de la distribución de métodos anticonceptivos y ha planificado, no solo la cantidad de hijo/as y cuándo hacerlo, sino también recuperado el control sobre el curso de sus vidas. Y más importante, ha protegido sus vidas. Con respecto a este último punto, el MINSAL afirma lo siguiente: «El aumento de la cobertura de mujeres protegidas con un método anticonceptivo tiene relación directa con la disminución de las muertes maternas, especialmente las muertes maternas por aborto. El impacto en la mortalidad de las actividades de regulación de la fertilidad ha sido evidente»⁷⁷.

En la década de 1960, el nivel de fecundidad⁷⁸ era superior a 5 hijas e hijos por mujer. Sin embargo, en el marco de regulaciones anteriormente mencionadas, durante las últimas décadas este indicador ha tenido un descenso significativo, llegando a 1,6 en 2019 (Miles, 2021).

El descenso de la tasa de fecundidad durante las últimas décadas, se relaciona con la cobertura y el acceso de los servicios de salud que han distribuido métodos anticonceptivos.

Por otra parte, si bien la cobertura en términos generales ha tenido un desarrollo importante durante las últimas décadas, al analizar el acceso con un enfoque interseccional se observan brechas considerables. Las desigualdades sociales y sanitarias se han vuelto evidentes, especialmente entre los grupos de minorías étnicas y culturales, las personas en situación de discapacidad y el sector de la sociedad menos favorecido en términos socioeconómicos. El «Barómetro Latinoamericano Sobre el Acceso de las Mujeres a los Anticonceptivos Modernos» evaluó deficientemente el programa de regulación de fertilidad chileno con respecto al área de «prevención de la discriminación»⁷⁹.

Acceso a la anticoncepción en tiempos de Covid-19

El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos se dificultó durante la pandemia ocasionada por la mundial propagación del virus Covid-19, tanto por la magnitud de los efectos sanitarios como por las devastado-

ras repercusiones económicas y sociales⁸⁰. Los servicios de salud se vieron colapsados, afectando el acceso de las personas a estas prestaciones, a la vez que aumentó el desempleo y disminuyeron los ingresos. Todas estas consecuencias profundizaron significativamente las ya existentes brechas de género⁸¹; incrementando las dificultades económicas de las mujeres, alejándolas de los espacios laborales, reproduciendo estereotipos relativos a la crianza y las labores domésticas, así como intensificando la violencia de género.

La planificación familiar también se vio afectada durante la pandemia. Las dificultades en el desplazamiento y la redistribución de labores del personal sanitario en los centros de salud, especialmente en atención primaria, tuvo un impacto directo en la asistencia de las personas (principalmente, mujeres) a los controles de salud sexual y reproductiva.

Durante el 2020, Corporación Miles realizó una investigación donde se observó que un 45% de las personas manifestó haber tenido alguna dificultad para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, siendo el acceso a los métodos anticonceptivos el principal problema durante la pandemia⁸². De forma paralela, el Observatorio Ciudadano del Ministerio de Salud de Chile afirmó que la distribución de ciertos métodos anticonceptivos por parte del Estado ha sido significativamente deficiente durante la pandemia. Por ejemplo, con respecto a la distribución del Etonogestrel (implante) y de Levonorgestrel (63% de cumplimiento, respecto de lo programado por los servicios de salud), como también se observó un 0% de cumplimiento en la entrega de condones con lubricante para los servicios de salud⁸³. De acuerdo a información del Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS), los controles del programa de la mujer, donde se entregan los anticonceptivos de manera gratuita, disminuyó un 43% respecto al año 2019. Por su parte, el Colegio Médico (COLMED) también registró demoras en la atención y falta de stock en relación a la distribución que tiene lugar en la atención primaria⁸⁴.

⁷⁷ Minsal (2018) Normas nacionales sobre regulación de la fertilidad.

⁷⁸ El nivel de fecundidad es el número promedio de hijos e hijas que ha tenido cada mujer al final de su edad fértil, calculada a partir de los 15 años y finalizando a los 49.

⁷⁹ Lampert (2020) Covid-19 y anticoncepción: Regulación y acceso.

⁸⁰ Cepal (2020) Los riesgos de la pandemia de COVID-19 para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

⁸¹ Cepal (2020) Los riesgos de la pandemia de COVID-19 para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

⁸² Miles (2020) Investigación Acceso a la SSR durante la pandemia del Covid-19.

⁸³ Miles (2020) Investigación Acceso a la SSR durante la pandemia del Covid-19.

⁸⁴ Lampert (2020) Covid-19 y anticoncepción: regulación y acceso.

Además de la distribución de anticonceptivos en los servicios públicos, su acceso en el comercio también sufrió reveses. Durante la pandemia se ha observado un aumento sostenido en los precios de los anticonceptivos vendidos⁸⁵ en farmacias, afectando directamente la posibilidad de las personas de adquirirlos si se toma en cuenta el escenario actual. Estudios realizados por la UNFPA comprueban que por cada punto que se incrementa la pobreza, la comercialización de los distintos métodos anticonceptivos de acción corta disminuye dos puntos en el mercado privado, afectando directamente la posibilidad de las personas con capacidad gestante de regular su fertilidad y/o planificar los embarazos⁸⁶. En línea con esto, y según el informe realizado por UNFPA, la pobreza en Chile en 2019 fue de 9,8 puntos, incrementándose a 15,5 en el 2020, traducándose en «un aumento de 12 puntos porcentuales en la pérdida de años por pareja protegida aproximadamente»⁸⁷. Esta desprotección se relaciona con una mayor cantidad de embarazos no deseados, abortos inseguros, muertes maternas y muertes neonatales.

La Normativa Técnica sobre Regulación de la Fertilidad vigente señala algunos puntos con respecto al accionar del Estado en contextos de crisis. En primer lugar, resulta importante incorporar el enfoque de salud sexual y reproductiva en las acciones de los comités de emergencias encargados de velar por las situaciones sanitarias en las que se enmarcan las crisis. Cuando la regulación de la fertilidad se ve afectada, el costo lo pagan directamente las mujeres con su autonomía reproductiva sin tener la posibilidad de determinar el curso de su vida de acuerdo a su voluntad.

¿Qué dice la normativa técnica sobre la anticoncepción en estados de emergencia?

Al interrumpirse los sistemas de provisión regular de métodos anticonceptivos, durante la fase aguda de la emergencia, se recomienda la preparación y distribución de anticonceptivos y otros elementos necesarios para la atención de salud sexual y reproductiva, a toda mujer en edad fértil, independiente de si antes de la emergencia estaba adscrita o no a un programa de regulación de la fertilidad. El paquete mínimo debiera incluir anticonceptivos orales o inyectables, anticoncepción de emergencia, condones, toallas higiénicas y alcohol gel. Para los hombres se considera la distribución libre de condones masculinos. Estos insumos deben ser entregados por miembros del equipo de salud, junto con la debida información a las usuarias (instructivo) que se encuentren en albergues o desplazadas de sus hogares.

⁸⁵ Miles (2021) Variación en los precios de anticonceptivos orales en Latinoamérica durante el 2020

⁸⁶ UNFPA (2020) El impacto del COVID-19 en el acceso a los anticonceptivos en América Latina y el Caribe.

⁸⁷ Miles (2021) Variación en los precios de anticonceptivos orales en Latinoamérica durante el 2020.

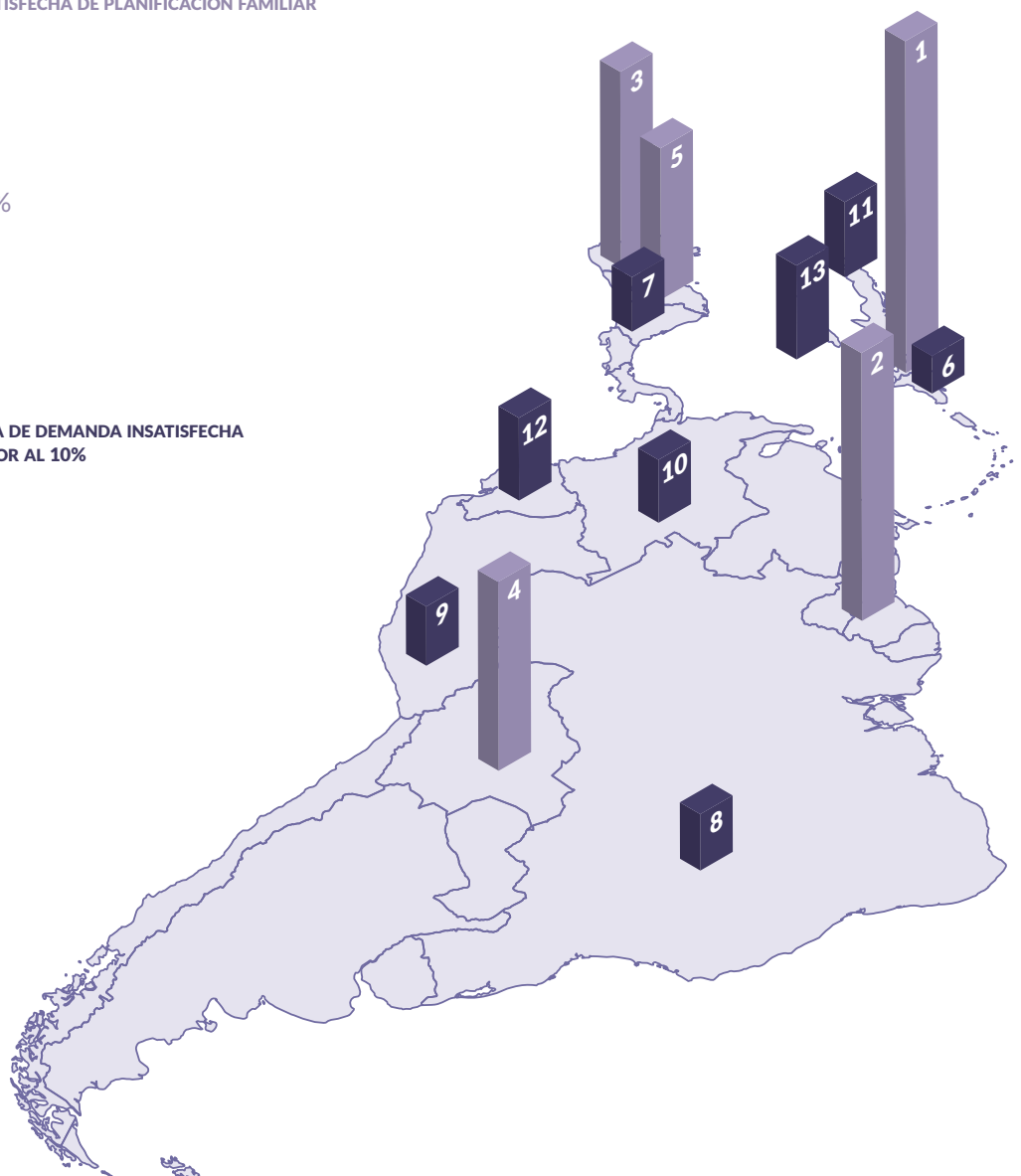
Debido a los efectos de la pandemia es muy probable que la demanda insatisfecha de planificación familiar volverá a aumentar a los niveles registrados hace algunos años. En las últimas décadas, la demanda insatisfecha de planificación familiar disminuyó en la mayoría de los países, con una reducción del promedio regional del 17,2% en 1990 al 10,6% en 2013. No obstante, Haití encabeza la lista de países con mayor demanda insatisfecha de planificación familiar, pues casi 4 de cada 10 mujeres (35,3%) no tiene acceso a métodos anticonceptivos. Solamente nueve países de la región con datos disponibles presentaban una tasa de demanda insatisfecha de planificación familiar inferior al 10% en 2013⁸⁸.

PAÍSES CON MAYOR DEMANDA INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- 1 HAITÍ 35,3%
- 2 GUAYANA 28,5%
- 3 GUATEMALA 20,8%
- 4 BOLIVIA 20,1%
- 5 HONDURAS 16,1%

PAÍSES QUE PRESENTABAN UNA TASA DE DEMANDA INSATISFECHA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR INFERIOR AL 10%

- 6 PUERTO RICO 4%
- 7 NICARAGUA 5,8%
- 8 BRASIL 6%
- 9 PERÚ 6,3%
- 10 COLOMBIA 6,7%
- 11 CUBA 8%
- 12 ECUADOR 8,8%
- 13 JAMAICA 8,8%



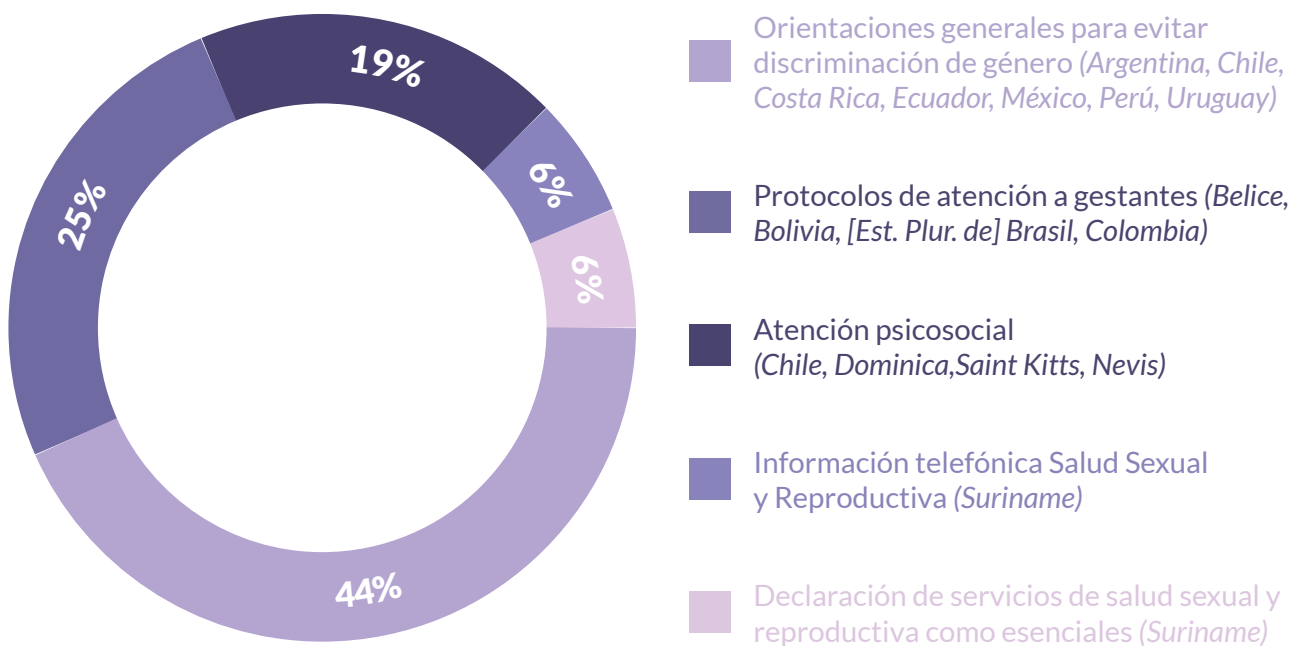
⁸⁸ Cepal (2020) "Autonomía física", Santiago, Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe (OIG).

Sin embargo, de acuerdo con estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), si se considera en este análisis a todas las mujeres en edad fértil y no solo a las mujeres casadas, el porcentaje de necesidades insatisfechas estimado para 2020 era del 11,4% a nivel regional⁸⁹. Teniendo en consideración el potencial impacto de la pandemia, esta estimación posiblemente sea aún mayor con respecto al porcentaje de demanda de planificación familiar insatisfecha a nivel latinoamericano.

Como se ha señalado, la crisis del Covid-19 ha afectado el acceso de las mujeres a los anticonceptivos tanto en el sector público como en el privado. Según las Naciones Unidas, en este contexto, se proyecta que entre 9 y 20 millones de mujeres se verán obligadas a interrumpir el uso de métodos anticonceptivos en la región. Dos tercios de estas mujeres tendrán dificultades para obtenerlos en los servicios públicos de salud y un tercio no podrá continuar pagando su precio en las farmacias privadas (UNFPA, 2020a). Durante el primer año de la pandemia se estimó que si el confinamiento duraba tres meses, las necesidades insatisfechas de planificación familiar retrocederían 10 años y 20 si se prolongaba por seis meses y hasta 30 años si duraba más de uno (UNFPA, 2020a).

Teniendo en consideración las actuales dificultades para acceder a la salud sexual durante el 2021, Corporación Miles y RH Supplies realizaron una investigación para conocer la percepción de las usuarias y consumidoras de anticonceptivos en Chile respecto de los efectos de la pandemia en estas materias.

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (14 PAÍSES): MEDIDAS TOMADAS POR LOS GOBIERNOS EN MATERIA DE SALUD DE LAS MUJERES DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19, ABRIL-JULIO 2020 (EN PORCENTAJES)



⁸⁹ Cepal (2020) Los riesgos de la pandemia de Covid-19 para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Fuente: Comisión económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Observatorio COVID-19 en América Latina y el Caribe [en línea] <https://www.cepal.org/es/temas/covid-19>.



Estudio

«Percepción de las usuarias sobre el precio de los anticonceptivos orales vendidos en farmacias durante el 2020»

La pandemia del Covid-19 ha afectado el acceso de las personas, especialmente de las mujeres en edad reproductiva, a los servicios de anticoncepción en el sistema público. Lo anterior, sumado a otros factores que han alejado a las mujeres de obtener sus insumos de anticoncepción en los servicios públicos como la entrega de anticonceptivos fallidos en la red de atención primaria, se ha traducido en un traslado de la demanda desde las instituciones públicas hacia el mercado.

Con estos antecedentes, durante mayo de 2021, Corporación MILES y el Foro para Latinoamérica de Reproductive Health Coalition realizaron una investigación para conocer cuáles han sido los precios de los anticonceptivos orales vendidos en las principales farmacias del país.

¿Cómo se realizó el estudio y cuál fue su objetivo?

Para explorar la realidad de las usuarias de anticonceptivos, durante marzo de 2021 se realizó una encuesta online para caracterizar el acceso y consumo de pastillas anticonceptivas durante el 2020. Se preguntó por los anticonceptivos orales más comprados, lugar de venta, valores y el impacto percibido de la pandemia en la posibilidad de adquirirlos. El estudio buscó conocer si durante el 2020 existió un aumento en el valor de las pastillas anticonceptivas comercializadas en farmacias y si afectó la posibilidad que las mujeres pudieran comprarlas.

¿Quiénes contestaron?

Muestra de Encuesta ACO:



Número de participantes:
725 PERSONAS

Edad promedio:
26 AÑOS

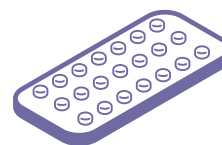


Participantes afiliadas a Isapre:
42%

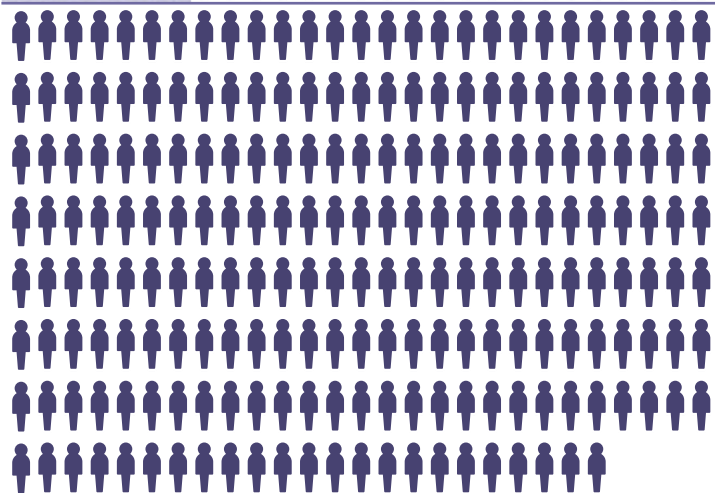
Participantes afiliadas a FONASA:
54%



Participantes de Región Metropolitana:
68%



Número de marcas estudiadas:
72 MARCAS



Algunas consideraciones

Para contrastar la información levantada por la encuesta de percepción, se le solicitó a las tres principales farmacias del país los precios de los anticonceptivos a lo largo del año 2020. Todas declinaron la solicitud, sin ofrecer información sobre sus precios históricos.

Ante esto, y para complementar la información proporcionada por las consumidoras, se solicitó al Servicio Nacional de Consumidores (SERNAC) información histórica sobre los precios de las pastillas anticonceptivas en las tres principales farmacias del país que tuvieran en sus registros. El SERNAC compartió, vía ley de transparencia, información de los precios de 28 marcas de anticonceptivos orales durante el 2018. De ellas, 20 coinciden con las marcas monitoreadas en nuestra encuesta.

Para el presente análisis, se promediaron los precios de los anticonceptivos en las tres farmacias consultadas (Salcobrand, Cruz Verde y Ahumada), obteniendo el dato para la línea de base. Con el objetivo de estudiar la evolución de los precios de dichos anticonceptivos orales, se consultaron sus valores durante abril del 2021 en la aplicación Yapp. Es así, como se recogieron los precios de venta en las mismas tres farmacias y se promediaron para obtener el valor al 2021 y estudiar su variación.

Presentación de Resultados

Se observa que un 90% de las personas que participaron de la encuesta utilizó anticonceptivos de manera regular durante el año 2020. De acuerdo a los resultados de la encuesta, los anticonceptivos orales son el principal método utilizado por las personas encuestadas (71%), seguidos de lejos por el uso del condón con un 12%, y un 5% que usan anticoncepción hormonal inyectable.

Del 71% de la población encuestada, que utilizó pastillas anticonceptivas durante el 2020, el 88% lo compró en alguna de las tres principales cadenas de farmacias del país (Salcobrand, Ahumada y Cruz Verde).

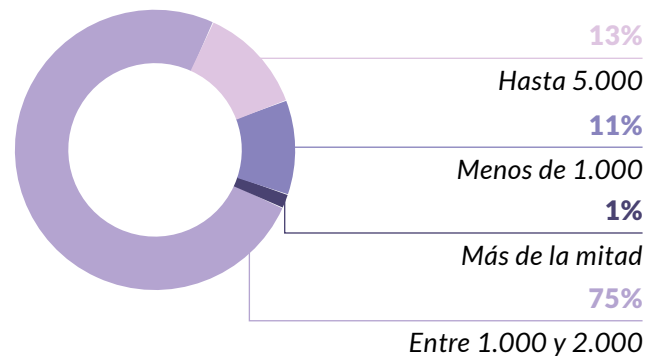
El estudio arroja que el uso de pastillas anticonceptivas disminuye conforme aumenta la edad de las mujeres. El grupo etario que más utiliza ACO en la encuesta son las mujeres entre los 18 y 24 años, llegando a un 75%. En cambio, las mujeres entre 40 y 47 años utilizan otros métodos no hormonales, como el dispositivo intrauterino.

A su vez, las mujeres que pertenecen a FONASA (80%) utilizan más la anticoncepción oral que las mujeres que pertenecen a Isapre (60%).

Percepción del costo de bolsillo de las pastillas anticonceptivas

Respecto a la percepción de las consumidoras, al menos el 49% menciona que desde enero del año 2020 las pastillas aumentaron su precio en farmacias. De ellas, el 75% percibe que el incremento osciló entre los \$1.000 a \$2.000 (entre USD 1,3 y USD 2,7).

PERCEPCIÓN AUMENTO DE PRECIOS EN FARMACIAS



Gasto promedio en anticonceptivos orales comprados en farmacias en Chile

Según la información levantada en la encuesta, se observa que el gasto promedio de una persona en pastillas anticonceptivas durante enero/febrero del 2020 era de \$12.320 y que en enero/febrero del 2021 fue de \$14.650. Lo anterior se traduce en que, según el registro de las consumidoras, su gasto mensual promedio en pastillas anticonceptivas aumentó un 18,8% en un año.

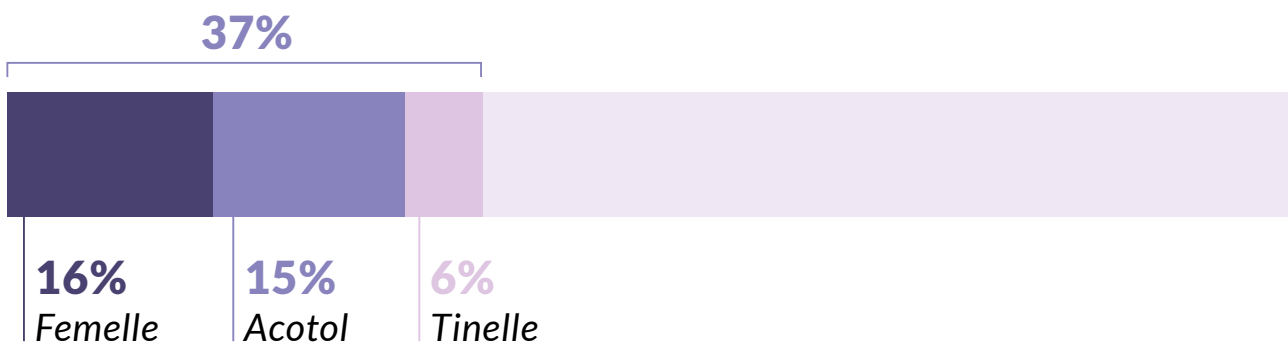
Según la información obtenida del SERNAC y lo monitoreado en Yapp.cl, el gasto promedio de una mujer durante el 2018 era de \$12.500 y en el 2021 de \$13.890. Esto significa un incremento de un 11% en el gasto mensual promedio de pastillas anticonceptivas.

Si bien no es posible definir con exactitud las razones de la diferencia porcentual entre ambos valores, es posible inferir que la brecha guarda relación, por un lado, con eventuales sesgos de memoria de las personas que contestaron la encuesta y, por otro, a la cantidad y tipo de marcas contempladas. Las mujeres arrojaron información para 72 marcas anticonceptivas distintas, mientras que el SERNAC sólo contempló 22. No obstante, el aumento de los precios es confirmado por consumidoras y el SERNAC, aún cuando la diferencia entre ambos varía en 7 puntos.

Gasto según marca de anticonceptivo

La encuesta a las consumidoras también permitió observar información diferenciada por marca. Los resultados refieren que el anticonceptivo más comprado en las farmacias es Femelle (Laboratorio Abbott). La segunda marca más comprada en farmacias es Acotol, también del Laboratorio Abbott. Y, en tercer lugar, Tinelle del Laboratorio Silesia.

PORCENTAJE DE VENTAS DE LAS MARCAS DE PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS MÁS VENDIDAS EN SALCOBRAND, AHUMADA Y CRUZ VERDE



Se observó que la marca Femelle es más consumida por mujeres, cuyas edades están entre 18 y 30 años, y que Acotol es especialmente consumida por las menores de 18. Tinelle es utilizada de manera bastante uniforme por las mujeres de diversas edades.

Las mujeres reportaron que la marca Femelle, previo a la pandemia (enero/febrero 2020) tenía un valor promedio en farmacias de \$14.330 y que un año después alcanzaba los \$16.136. Esto significaría un aumento del 13%.

Dentro de las marcas que más han aumentado su precio, estaría Tinelle y Mycrogynon CD con un incremento del 36%, según lo registrado por las mujeres compradoras de pastillas anticonceptivas.

Por su parte, según las encuestadas, Yasmin CD sería la marca más costosa, alcanzando en el 2021 casi los \$24.900, un 17% más caro que en enero de 2020.

En contraste, las pastillas más accesibles serían los anovulatorios, cuyos precios giran en torno a los \$1.200, costarían 20 veces menos que Yasmin CD.

Cabe destacar, la variación encontrada de la marca Ladygex. Según los datos revelados por las usuarias en

nuestra encuesta, este anticonceptivo habría aumentado un 28% en el período estudiado. Sin embargo, los antecedentes aportados por el SERNAC y Yapp señalan un aumento del 52% entre 2018 y 2021.

El anticonceptivo oral Anulette, de acuerdo a las encuestadas, también aumentó en torno a un 30% entre enero de 2020 y 2021. Este incremento es consistente, entre lo reportado por las usuarias, el SERNAC y Yapp.

Comparación entre marcas cuya composición química es equivalente

Las marcas de anticonceptivos pueden ser agrupadas en función de sus componentes químicos. Así los 72 anticonceptivos orales, observados en la encuesta a consumidoras, fueron reunidos en función de su composición química, destacándose seis principales grupos con equivalencia interna:

- Etinilestradiol + Levonorgestrel
- Etinilestradiol + Gestodeno
- Etinilestradiol + Drospirenona
- Etinilestradiol + Dienogest
- Etinilestradiol + Desogestrel
- Etinilestradiol + Clormadinon

PORCENTAJE DE COMPRA Y PRECIO PROMEDIO DE LAS MARCAS AGRUPADAS POR COMPOSICIÓN QUÍMICA.

COMPONENTES	MARCAS	% DE COMPRA	\$ PROMEDIO 2021
Etinilestradiol Dienogest	<i>Acotol, Tinelle, Sibilla, Norah, Gianda CD, Ginodiest, Daniele y Sibilla CD</i>	33%	\$14.478
Etinilestradiol Drospirenona	<i>Femelle, Vexa CD, Yasmin CD, Yaz, Ladygex 20, Vexa 20, Femelle 20, Rosina CD, Miafem 20, Jolian, Ladee 20, Ladygex, Miafem, Anabelle 28, Dahlia 20, Femiplus CD, Ladee, Miafem CD</i>	30,5%	\$16.862
Etinilestradiol Drospirenona	<i>Anulette CD 28 comprimidos, Anovulatorios, Microgynon CD, Levonorgestrel/Etinilestradiol, Vonille CD, Dionela, Norvetal 20 CD, Activa 28</i>	10,6%	\$6.605

El porcentaje de compra y el precio promedio de las marcas agrupadas por composición se muestra a continuación en la siguiente tabla:

COMPARACIÓN PRECIOS MARCAS MÁS COSTOSAS Y MÁS ECONÓMICAS CUYA COMPOSICIÓN QUÍMICA ES EQUIVALENTE

COMPONENTES	MARCAS MÁS CARA	MARCAS MÁS BARATA	DIFERENCIA
Etinilestradiol Dienogest	<i>Tinelle</i> \$20.763	<i>Sibilla</i> \$7.198	3 veces más cara
Etinilestradiol Drospirenona	<i>Yasmin CD</i> \$24.875	<i>Ladygex</i> \$9.167	3 veces más cara
Etinilestradiol Levonorgestrel	<i>Norvetal 20 CD</i> \$11.010	<i>Anovulatorios</i> \$1.502	7 veces más cara

Si bien todas las marcas pertenecientes a un mismo grupo comparten una composición química similar, las variaciones entre sus precios son considerables.

De acuerdo a lo reportado por las encuestadas, en el grupo de pastillas con Etinilestradiol + Dienogest, la marca más cara al 2021 sería Tinelle con un precio de \$20.763. Por su parte, la más accesible sería Sibilla con un precio de \$7.198. La diferencia entre ambas es de 188%.

En el segundo grupo, la pastilla más cara es Yasmin CD con un valor de \$24.875 y la más barata Ladygex 20 con un valor de \$9.167. La diferencia entre ellas también es de 188%.

Síntesis y Conclusiones

Si bien existen avances dentro de las normativas legales en materia de anticoncepción en Chile que señalan la importancia de resguardar y garantizar su acceso bajo toda su circunstancia, en la realidad se evidencian dificultades para acceder a los métodos anticonceptivos, tanto por su costo como por su calidad. Lo anterior se ha visto particularmente agravado por la pandemia del Covid-19.

La llegada de la pandemia ha impactado de manera transversal al sistema de salud, no obstante los servicios de salud sexual y reproductiva se han visto especialmente afectados. Lo anterior significó que buena parte de la población haya migrado al sistema privado para satisfacer sus demandas. Lo anterior resulta problemático, pues en Chile la pobreza por ingresos au-

mentó de un 8,6% a un 10,8% durante la pandemia. Esto significa que en el país hay 2,1 millones de pobres, de los cuales 831.000 se debaten en la extrema pobreza, lo que marca un retroceso de por lo menos cinco años⁹⁰ en materia económica. Además, se sabe que han sido las mujeres quienes más han sufrido estos reveses⁹¹.

Teniendo esto en consideración, las personas encuestadas refieren que durante el 2020 los precios de los anticonceptivos vendidos en las farmacias aumentaron en promedio en un 18,8%. Además se observan diferencias significativas entre las marcas, donde algunas aumentaron hasta en un 36%, según las mismas usuarias. El estudio también dejó en evidencia que existen grandes brechas en los precios de pastillas con composiciones químicas equivalentes, por lo que se destaca la importancia de que las mujeres sepan cuáles son sus alternativas disponibles.

Es importante tener en cuenta que esta realidad impacta de manera diferenciada a la población: son las mujeres más jóvenes (entre 18 y 24 años) y aquellas de menores ingresos económicos quienes más se han visto perjudicadas por el aumento de precios.

La mayoría de las mujeres encuestadas, pese a estar afiliadas a FONASA, adquieren sus pastillas en farmacias. Si bien las razones pueden ser diversas (temor a acudir a los centros de salud por el Covid-19, imposibilidad para desplazarse por las medidas del confinamiento, desconfianza frente al sistema por las denuncias de anticonceptivos fallidos, etc), es importante fortalecer la oferta de aco en el sistema público para que las mujeres no tengan que incurrir en gastos económicos adicionales.

En definitiva, pareciera que la realidad excede a lo planteado en la normativa de anticoncepción vigente. Frente a una crisis, al interrumpirse los sistemas de provisión de la anticoncepción, la institucionalidad debe preparar y distribuir anticonceptivos y otros insumos de salud sexual y reproductiva necesarios para asegurar la regulación de la fertilidad a toda mujer, especialmente en aquellas en edad reproductiva.

⁹⁰ Pandemia aumenta pobreza en Chile. Associated Press. Revisado en <https://apnews.com/article/noticias-ef9621ac59ca162780dfdf e5a280c655>

⁹¹ Situación laboral de las mujeres (2020). ComunidadMujer: El 88% de las mujeres que perdió el empleo no volvió al mercado laboral. Revisado en <https://www.comunidadmujer.cl/2020/09/comunidadmujer-el-88-de-las-mujeres-que-perdio-el-empleo-no-volvio-al-mercado-laboral/>

Recomendaciones

A la luz de lo anteriormente expuesto, Corporación Miles y Reproductive Health Supplies enfatizan la importancia de garantizar el cumplimiento de la normativa técnica actual en materias de anticoncepción. Si bien la institucionalidad debe asegurar el acceso a la anticoncepción bajo toda circunstancia, tiene que ser especialmente proactiva en la búsqueda de soluciones al atravesar crisis, como la del Covid-19.

Con esto en consideración, se desprenden las siguientes recomendaciones específicas:

Fortalecer y ampliar la oferta de anticonceptivos en el sistema público.

Esto permitiría que las mujeres encuentren los anticonceptivos que requieren en el sistema público, sin necesidad de acudir al mercado de las farmacias para adquirirlos ni incurrir en gastos económicos adicionales.

Democratizar el acceso a la información respecto de los métodos anticonceptivos disponibles a través de la educación sexual integral.

Es importante que la población cuente con mayor información respecto a los métodos anticonceptivos disponibles y sus distintas alternativas. De este modo, se favorece la toma de decisiones informadas al momento de elegir un método de anticoncepción.

Diversificar los puntos de distribución de los anticonceptivos y habilitar alternativas para disminuir los tiempos de traslado y espera.

Poder diversificar los medios de acceso a los anticonceptivos para las usuarias permite descongestionar los espacios de salud pública y agilizar su distribución. Además, considerando las medidas de protección para el Covid-19, favorecería acortar tiempos de traslado y reducir la movilidad de la población que requiere este tipo de insumos de manera frecuente.

Promover el uso de anticonceptivos de larga duración.

Organismos internacionales sugieren que los Estados prioricen el uso de métodos de anticoncepción de larga duración, como inyectables y dispositivos intrauterinos, pues se reducen los riesgos de interrupción en un contexto de crisis.

Promover el uso del condón.

Resulta fundamental promover el correcto uso del condón externo para prevención de embarazos no

deseados e ITS. Esta medida apunta a fortalecer la corresponsabilidad sexoafectiva para un eficaz cuidado y respeto mutuo durante el ejercicio de la sexualidad. En ese sentido, implementar una estrategia a través de charlas que considere materias de educación sexual integral es fundamental para su correcto uso.

Consignar a los insumos de planificación familiar como esenciales de salud, para resguardarlos en contextos de crisis sociales, económicas y sanitarias.

Se sugiere establecer acciones económicas específicas para impedir el alza desmedida de los precios de los insumos de planificación familiar en situaciones de emergencia y no afecte el bolsillo de quienes los utilizan.

Fortalecer los mecanismos de monitoreo y fiscalización para descartar alzas injustificadas y posibles colusiones.

Es importante que el Servicio Nacional de Salud y la Fiscalía Nacional Económica se informen, ya sea por comunicación con la sociedad civil o por iniciativas propias, de la realidad económica de los insumos que regulan la fertilidad. Es necesario que dichas instituciones cuenten con atribuciones necesarias para investigar y fiscalizar alzas injustificadas y posibles colusiones de manera oportuna para garantizar que toda la población pueda acceder a este tipo de insumos.

Ampliar las facultades del Instituto de Salud Pública para asegurar la calidad de los anticonceptivos distribuidos tanto en el sistema público como aquellos vendidos en farmacias.

Finalmente, y considerando la entrega de anticonceptivos defectuosos durante el 2020, es importante que el Instituto de Salud Pública cuente con facultades para asegurar la calidad de los diversos métodos anticonceptivos a lo largo de toda la cadena de distribución.

El acceso a la regulación de la fertilidad es un derecho sexual, que se enmarca dentro de los derechos humanos, que el mismo país ha ratificado en diversos tratados internacionales. Garantizar su cumplimiento es responsabilidad directa del Estado a través de sus instituciones. Para ello, es importante realizar diagnósticos interseccionales y con enfoque territorial para establecer acciones estratégicas acordes a las realidades específicas de la diversidad de la población.



4

Investigación Miles+

Violencia Ginecológica Obstétrica en Chile

*Colonización de nuestros cuerpos territorios y
usurpación de nuestra salud sexual*

*Matronas y Matrones por la erradicación de la
violencia gineco-obstétrica en Chile*

Violencia Ginecológica Obstétrica en Chile

Por décadas la sociedad civil ha trabajado por garantizar el acceso a la salud sexual y reproductiva de las personas de manera oportuna y sin discriminaciones. Esto no solo promueve mejores condiciones sanitarias para las personas, sino que representa una acción dirigida hacia el aseguramiento de los derechos humanos de todos y todas. No obstante, más allá de la cobertura y acceso a estas prestaciones de salud, en los últimos años se ha observado un número significativo de estudios e investigaciones que revelan aspectos relativos a la «calidad» con que dichos servicios son realizados. En ellas, se han observado con frecuencia la existencia de desinformación, tratos indignos y violentos (tanto psicológica como físicamente) durante el proceso de parto.

Estudios del Observatorio Contra la Violencia Obstétrica (OVO) señalan que una de cada cuatro mujeres atendidas en el sector público ha sufrido violencia física al interior de los hospitales, y el 56,4% manifiesta haber sido criticada o reprimida por expresar dolor y emociones al momento del parto. Con esto en consideración, organizaciones de la sociedad civil y otros actores sociales han promovido la visibilización y reconocimiento de este tipo particular de violencia de género y su impacto en la vida de las mujeres, las personas gestantes y sus familias y/o entornos cercanos.

Actualmente, la violencia ginecobstétrica se define como «*todo maltrato o agresión psicológica, física o sexual, omisión o negación injustificada que suceda durante la atención de la gestación, preparto, parto, postparto, aborto, en las causales establecidas por la ley, y en el marco de la atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer*»⁹².

En Chile, actualmente el proyecto de ley que sanciona la violencia obstétrica (boletín 12148-11), el cual se mantiene en primer trámite constitucional, fue

aprobado en general con indicaciones en la Cámara de Diputadas y Diputados. La promulgación de esta ley permitirá regular, garantizar y promover los derechos de la mujer, del recién nacido y la pareja, en el ámbito de la gestación, preparto, parto, postparto y aborto en las causales establecidas por la ley, así como también en torno a su salud ginecológica y sexual. A su vez, regula la responsabilidad sanitaria y administrativa en el caso de incumplimiento de estos derechos.

Se ha observado que las experiencias insatisfactorias, y sobre todo violentas, instalan y refuerzan la desconfianza y lejanía entre las mujeres y los servicios de salud, desmotivando su consulta, privándoles de la posibilidad de ejercer su derecho a una salud oportuna y digna. A su vez, es importante consignar que lo anterior no afecta a todas las mujeres por igual. La propia Organización Mundial de la Salud (2007) ha declarado que es más probable que las mujeres adolescentes, las solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, las inmigrantes y las que padecen VIH, entre otras, sufran un trato irrespetuoso y ofensivo. Por ende, desconsiderar o desatender la violencia gineco-obstétrica no sólo es una vulneración general a los derechos humanos, sino además acrecienta las brechas de desigualdad entre quienes más lo necesitan.

Con el objetivo de visibilizar estas experiencias y promover experiencias de salud sexual satisfactorias y respetuosas, Corporación MILES ha seleccionado dos investigaciones que han explorado estas materias, tanto desde la perspectiva de las mujeres y personas gestantes, como de los profesionales de la salud sexual. Para transformar la realidad es importante conocerla. Es por ello que hemos querido identificar lo particular de este tipo de violencia, los factores que intervienen y sus implicancias, para elaborar una serie de recomendaciones que aporten a su erradicación.

⁹² Establece derechos en el ámbito de la gestación, preparto, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual, y sanciona la violencia gineco-obstétrica. Boletín N°12148-11

Investigación Miles +

Colonización de nuestros cuerpos territorios y usurpación de nuestra salud sexual

Carmen García Núñez, Thania Guzmán Guzmán, Stella Selinero Rates, Daniela Vargas Castillo⁹³

⁹³ Carmen García Núñez, Trabajadora Social de la Universidad de Valparaíso, M(c) Política y Gobierno FLACSO, Integrante Colectiva contra la violencia Ginecológica y Obstétrica, Thania Guzmán Guzmán, Psicóloga de la Universidad de Valparaíso, Integrante Colectiva contra la violencia Ginecológica y Obstétrica, Stella Salinero Rates, Licenciada en Teoría e Historia del Arte de la Universidad de Chile, Máster en Estudios Avanzados en Historia del Arte, Universidad de Barcelona, Integrante Colectiva contra la violencia Ginecológica y Obstétrica, Daniela Vargas Castillo, Psicóloga, Magíster en Psicología clínica UNAB, Integrante Colectiva contra la violencia Ginecológica y Obstétrica.

Introducción

«Nuestra vida y muerte son inseparables de la liberación o del bloqueo de nuestros cuerpos pensantes»

Adrienne Rich, *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución.*

La idea de realizar una encuesta nacional sobre Violencia Ginecológica y Obstétrica (VGO) en Chile surge el año 2018 de un grupo de activistas feministas de Valparaíso y Talca, quienes nos agrupamos en la Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica⁹⁴. En ese

período comenzamos a recibir denuncias y consultas referidas a experiencias de violencia que las mujeres habían vivido en el contexto de sus consultas ginecológicas y obstétricas, desde la realización de procedimientos sin anestesia como castigo a lo que el profesional consideró una *«práctica sexual promiscua»*, hasta la realización obligatoria de ecografía transvaginal que fue vivida como una violación.

Estas historias sumadas a las vividas por nosotras mismas, nos impulsaron y convencieron de la necesidad de visibilizar y denunciar esta forma específica de violencia que es parte del continuo de violencia hacia la

⁹⁴ Queremos agradecer de todo corazón a cada una de las personas que respondieron la encuesta y compartieron sus experiencias con nosotrxs como también a aquellas que nos ayudaron a difundirla.

que se nos expone a lo largo de la vida⁹⁵. Nos referimos a mujeres como una amplia categoría, que integra a las personas en sus diversidades⁹⁶, tales como personas asignadas como mujer al nacer y que vivan una identidad de género diferente al sexo biológico asignado al nacer (pero que requiere el mismo dispositivo de salud) valorando y visibilizando a las disidencias sexogenéricas e identitarias en un reconocimiento justo y pendiente.

Los tratos recibidos y la violencia, constituían un incómodo silencio, el que a veces se quebraba en una que otra conversación. Esto era algo que nos inquietaba mucho, poder relevar que no solo la violencia obstétrica (VO) es parte de las violencias más normalizadas, sino que también existe una violencia que la antecede y engloba: la violencia ginecológica (VG), sobre la que existía escasa información, referencias críticas, estudios y/o investigaciones, situación que se mantiene en la actualidad.

Así, el incorporar lo ginecológico nos abrió a una dimensión de experiencias que no estaban siendo consideradas al centrarnos únicamente en lo obstétrico: salir tristes de una consulta, vivir dolor por un PAP realizado rápida y bruscamente, ser juzgadas por nuestras prácticas sexuales, nuestro deseo u orientación sexual, ser discriminadas por nuestra edad. Que «*por ser viejas*» nuestra vida sexual acabó, al dejar de ser funcionales a la narrativa de género que ve en la maternidad nuestro único destino: la reproducción.

Son nuestras vidas, su potencia, sus placeres, goces, conocimientos, como asevera Adrienne Rich, las que están en juego en esas atenciones, las que limitan nuestra libertad y nos vuelven ajenas a nuestros propios cuerpos. No existe disciplina médica equivalente a la ginecología para las personas, cuyo sexo asignado al nacer sea de hombres, y que les acompañe y/o supervigile durante todo el ciclo vital. Esta arbitrariedad es incomprensible e insostenible.

Por todo lo que hemos expuesto, y desde nuestras luchas y ética como activistas feministas, tomamos la decisión de realizar la Primera Encuesta Nacional sobre Violencia Ginecológica y Obstétrica (VGO). Consideramos que es una herramienta política colectiva que

nos permite nombrar, dimensionar y visibilizar este problema social y, de esta forma, propiciar la construcción de cambios colectivos para su erradicación. Asimismo, nos posicionamos desde la afirmación de que las VGO existen, y que tienen efectos negativos sobre las vidas de quienes las experimentamos. A partir de la reflexión, nuestra encuesta pretende la emergencia de una conciencia crítica en las personas que contestaron⁹⁷, enfatizando en la vinculación subjetiva que se da entre las investigadoras y participantes con la experiencia vivida en el sistema de salud público o privado, urbano o rural en Chile.

Nuestro objetivo general es describir dichas experiencias de abuso y violencia sobre nuestros cuerpos territorios⁹⁸. Violencia que expresa un acto domesticador y apropiador (Segato, 2006)⁹⁹, en palabras de Lorena Cabnal (2010) se da una penetración colonial entendida como «*la invasión y posterior dominación de un territorio ajeno empezando por el propio cuerpo*»¹⁰⁰. Sobre nuestros cuerpos-territorios han sido construidas las opresiones y hemos sufrido dicha colonización y despojo tanto de los territorios como de los saberes ancestrales. La ginecología se ha apropiado de distintos procesos de nuestro ciclo vital, arrebatándonos el autoconocimiento y autonomía de nuestra sexualidad, generando dependencia de «*los expertos*». Nuestros cuerpos siempre presentes, pero invisibilizados, actuantes, pero silenciados.

La defensa de nuestros cuerpos-territorios es una propuesta de recuperación y sanación. En este sentido, la VGO nos recuerda el poder que aún posee el patriarcado y el colonialismo sobre nuestras vidas, por lo que erradicarla es parte de la lucha por nuestra emancipación. Queremos contribuir a visibilizar una serie de

⁹⁵ Red Chilena Contra la Violencia Hacia las Mujeres (2015) El continuo de violencia contra las mujeres y la construcción de nuevos imaginarios.

⁹⁶ Trujillo Barbadillo, Gracia (2009) Del sujeto político 'la Mujer' a la agencia de 'las (otras) mujeres': el impacto de la crítica queer en el feminismo del Estado español, *Política y Sociedad*, vol. 46, n° 1, pp. 161-172.

⁹⁷ Nociones Comunes, Capítulo 2, p. 55:65.

⁹⁸ Tomamos esta expresión del feminismo comunitario, de este modo, entendemos nuestros cuerpos como el primer territorio que habitamos y que en un símil con la tierra, ha sido un territorio colonizado, saqueado y amenazado constantemente por un sistema capitalista depredador y neoliberal. Lorena Cabnal plantea que "no se puede defender el territorio-tierra sin que se defienda el cuerpo de las niñas y las mujeres" y es en este sentido que denunciar la VGO es también defender nuestros cuerpos territorios. Patiño, M. (2020) Apuntes sobre un Feminismo Comunitario. Desde la experiencia de Lorena Cabnal, Universidad de Los Andes, Colombia.

⁹⁹ Segato, R. (2006) La escritura en el cuerpo de las mujeres asesinadas en Ciudad Juárez: territorio, soberanía y crímenes de segundo estado, México

¹⁰⁰ Cabnal, L. (2010) Acercamiento a la construcción de la propuesta de pensamiento epistémico de las mujeres indígenas feministas comunitarias de Abya Yala en *Feminismos Diversos: el feminismo comunitario*, Acsur Las Segovias, Madrid

prácticas que niegan el ejercicio de nuestra autonomía y nuestros derechos sexuales y reproductivos, y de ese modo pensar en los servicios de ginecología que deseamos y merecemos, así como indagar respecto de cuán satisfechas estamos con las atenciones y los servicios de ginecología que hemos recibido a lo largo de nuestras vidas.

Qué entendemos por violencia ginecológica y obstétrica (VGO)

Comprendemos la VGO como la apropiación de nuestros cuerpos y procesos reproductivos por parte del personal de salud (médicos/as, enfermeras/os, matronas/es, etc.). Se manifiesta en todas aquellas prácticas que pueden implicar una atención o tratamiento deshumanizado, el uso de procedimientos innecesarios o intencionalmente dolorosos, el abuso de medicación, la transformación de procesos naturales en patológicos, la denegación de información o tratamiento. Cuestiones que derivan en la pérdida de autonomía y/o capacidad de tomar decisiones libremente sobre nuestros cuerpos y sexualidad, como asimismo en un deterioro de nuestra calidad de vida^{101 102 103 104}. La VGO se traduce en prácticas concretas que se han convertido en rutina en la atención de la gestación y del parto-nacimiento¹⁰⁵: episiotomía de rutina (corte en el periné), maniobra de Kristeller (compresión del abdomen en el momento de los pujos), cesárea sin justificación, la rotura de la membrana, monitoreo constante, uso de oxitocina sintética para producir y acelerar las contracciones uterinas, tactos reiterados, etcétera.

En relación a lo ginecológico; por ejemplo, constituyen violencia ginecológica la falta de consentimiento informado en las examinaciones, procedimientos dolorosos, que no se tome en consideración nuestras preguntas, y/o que nos mediquen sin saber el motivo. Otras cuestiones que significan violencia, y que aparecen en

los resultados de la encuesta, son los juicios acerca del aspecto de nuestro cuerpo, genitales y nuestras prácticas sexuales, la infantilización, amenazas, burlas y groserías, como también la negativa a entregar atención oportuna y de calidad, hechos que pueden desencadenar efectos negativos a nivel psicológico^{106 107 108}.

Metodología

Nuestra investigación se integra en las metodologías militantes¹⁰⁹ con sentido y compromiso colectivo. Es un estudio situado, que se acuerpa en nuestras experiencias, por lo que el objetivo no es recabar información, sino propiciar una reflexión desde lo individual y hacia lo colectivo sobre la VGO con metodología feminista y, por tanto, colaborativa (Harding, 2002) para visibilizar y denunciar este problema social. Elegimos la técnica de encuesta¹¹⁰ en formato online, porque permite llegar a la mayor cantidad de personas en un tiempo acotado y posteriormente sistematizar la información en conjunto e integrarla con lo recabado a lo largo de nuestra historia como activistas feministas. Enfatizamos en la construcción de nuevas relaciones a partir de la reflexividad como proceso de comunicación fundamental para la toma de conciencia¹¹¹ y, precisamente, a raíz de ese intercambio intelectual, afectivo y horizontal con otras, incidir en la transformación social¹¹², contribuyendo así con la erradicación de la VGO en Chile. Construimos la encuesta en base al diálogo como colectiva y activistas/investigadoras, extendiendo la invitación a diferentes organizaciones y personas que han experimentado y estudiado las atenciones ginecológicas y las violencias vividas en ese espacio en Chile.

Lo anterior permitió realizar un ejercicio de retroalimentación constante con distintas personas y agrupaciones, que enriqueció el trabajo en cuanto a pers-

¹⁰¹ Arguedas, Gabriela. (2014). "La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense". Cuadernos intercambio sobre Centroamérica y el Caribe, 11, 145- 169.

¹⁰² Belli, Laura. (2013). "La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos". Revista Redbioética/Unesco, 1, 7.

¹⁰³ Bellón, Silvia. (2015). "La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica". Dilemata, 18, 93-111.

¹⁰⁴ Salinero, Stella. (2021) "Fue un terremoto": violencia obstétrica y relatos de mujeres en Chile. Debate Feminista.

¹⁰⁵ Infante, Gonzalo y Leiva, Gonzalo. (2016). Violencia obstétrica. Claudia Dides y Constanza Fernández (comps.). Primer informe. Salud sexual, salud reproductiva y derechos humanos en Chile (pp. 139-145). Santiago: Miles Chile.

¹⁰⁶ Cardenas, M. y Salinero, S 2021

¹⁰⁷ Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2016). Informe Anual. Situación de los Derechos Humanos en Chile.

¹⁰⁸ Organización Mundial de la Salud). (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Ginebra: who Publisher

¹⁰⁹ Fernández Camacho, Marcela. 2020. Una metodología Militante: "Parar Para pensar". LiminaR Estudios Sociales Y Humanísticos 19 (1), 17-29.

¹¹⁰ Nociones Comunes, 2004

¹¹¹ Mies, María (2002): ¿Investigación sobre las mujeres o investigación feminista? El debate en torno a la ciencia y la metodología feminista». En Eli Bartra (comp), Debates en torno a una metodología feminista. México: PUEG/UAM, pp. 63-102

¹¹² Harding, S. (1993) Ciencia y feminismo. Madrid: Morata

pectivas y miradas del problema que vivimos. El «cómo preguntar» fue un tema relevante en el proceso de construcción de la encuesta. Cómo hacer para no reproducir la violencia, para situarnos en la experiencia de la consulta y nombrar la violencia sin paternalismo ni ser consideradas desde la pasividad ni caer en la revictimización. Cuestiones que permanentemente nos mantienen en reflexión. Es por ello también que decidimos incluir una alternativa que hiciera referencia a la dificultad que significa detectar situaciones de VGO en un contexto patriarcal y de maltrato generalizado en la atención de salud, a través de la opción de respuesta: «creo/siento que esto me ocurrió, pero no estoy completamente segura de ello».

Los datos se levantaron a partir de un cuestionario con 77 preguntas, divididas en seis ejes temáticos que contemplan: a) Información sociodemográfica; b) historial de atención ginecobstétrica; c) violencia ginecológica; d) violencia obstétrica; e) aborto; f) impacto de la violencia sobre sí misma, cuerpo, sexualidad y relaciones interpersonales. Este cuestionario se desarrolló gracias a la validación previa de dos escalas; una de violencia ginecológica (VG) y otra de violencia obstétrica (VO)¹¹³. El formato de la encuesta fue online (SurveyMonkey) y estuvo disponible para ser contestada entre el 18 de diciembre de 2019 y el 10 de mayo de 2020. Convenimos que los requisitos para poder responder fueran los siguientes: haberse atendido alguna vez en servicios de ginecología y obstetricia en cualquier territorio en Chile, residir en el país por lo menos desde hace seis meses, haber sido asignada mujer al nacer y ser mayor de 18 años. Al contestar la encuesta se debía leer un consentimiento informado que contenía los principales objetivos del estudio, se ofrecieron condiciones de anonimato y confidencialidad, adicionalmente se ofreció la posibilidad de contactar a las/os investigadoras/es, así como también recibir información sobre el estudio o contenidos referidos al mismo.

¹¹³ Cárdenas, Manuel., Salinero, Stella y García, Carmen. (2020) Escala de violencia ginecológica. Validación de una medida de abuso psicológico, físico y sexual contra las mujeres en el sistema de salud chileno. Rev Obstet Ginecol Venez, y Cárdenas, M. y Salinero, S. (2021) Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de la invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas. Interdisciplinaria. Revista de psicología y ciencias afines.

Principales resultados¹¹⁴

En la encuesta participaron 5.678 personas que han asistido alguna vez en su vida a una consulta ginecológica u obstétrica a lo largo de las regiones del país. Dentro de ellas, 4.552 cumplían con los requisitos de inclusión que ya hemos expuesto. Sus edades fluctuaron entre 18 y 82 años. El 98,5% de quienes colaboraron son de nacionalidad chilena y el 1,5% extranjera, de las cuales el 96% llevaba viviendo en Chile 4 o más años en el momento en que contestó. También es importante señalar que 16% de quienes contestaron se sienten parte de algún pueblo originario y el 4% se considera afrodescendiente.

La encuesta reveló un alto grado de VGO dentro de los servicios de salud chileno: un **67% de las mujeres y personas que contestaron la encuesta han vivido alguna vez en la vida VG, mientras que un 79% han vivido VO**. Estas violencias se presentan, por ejemplo, en forma de discriminación, abuso de medicalización y el uso de prácticas dolorosas e incluso prohibidas y desaconsejadas como una constante y una experiencia compartida por miles de las personas que contestaron, lo que demuestra y deja al descubierto que esta violencia es de carácter sistemático¹¹⁵. Dicho de otro modo, de cada diez personas que contestaron, casi siete de ellas vivieron alguna situación de violencia al interior de la consulta ginecológica y casi ocho de cada diez cuando se refiere a lo obstétrico.

Desde una perspectiva interseccional, es decir, una perspectiva que señala la articulación de las opresiones; de género, raza, clase social, edad, dentro de la matriz de dominación en que vivimos¹¹⁶, pudimos comprobar específicamente que **los porcentajes de**

¹¹⁴ Para conocer más sobre los resultados de nuestra encuesta ver: Salinero Stella, García Carmen, Guzmán Thania, Cárdenas Manuel. Primera Encuesta Nacional sobre Violencia Ginecológica y Obstétrica en Chile. Síntesis de resultados [Internet]. Valparaíso: Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica. 2020 [consultado 15 de julio de 2020]. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1fh7zQQ7V4c-lj1eQDiZaHIJyKFsS9ooe/view?usp=sharing>

¹¹⁵ Cuando planteamos que la VGO es sistemática, en primer lugar nos referimos a que responde a patrón de relación jerárquica recurrente de agresión hacia las mujeres en nuestra sociedad; este patrón está arraigado también en un sistema de relaciones institucional (sistema de salud, definido por roles: profesionales-pacientes) que responde a la violencia simbólica que permite el dominio de los hombres como grupo sobre las mujeres como grupo.

¹¹⁶ Crenshaw K. (1991) Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. Stanford Law Review.

VG aumentan si la persona que contesta pertenece a un pueblo originario, de 67% a 75%; si es afrodescendiente se eleva de 67% a 76%; y de 67% a 77% si es parte de las diversidades y disidencias sexuales¹¹⁷, hablamos aquí en su mayoría de mujeres lesbianas y personas no binarias, o trans masculinas, quienes participaron del estudio.

A continuación, se detallan los resultados en función de tres dimensiones que nuestra encuesta recoge: Violencia Psicológica, Violencia Física y Violencia Sexual¹¹⁸. Junto a ellas, se añaden dos apartados que refieren a elementos de carácter más específico: Consentimiento informado y Transformaciones e impacto de la violencia en sí misma, el cuerpo y sexualidad.

Dimensión violencia psicológica

Por violencia psicológica comprendemos cualquier forma de maltrato que afecte negativamente en el bienestar integral de la persona que acude al servicio ginecológico, entre estas acciones entendemos denegación de atención, retos, amenazas, juicios sobre el aspecto o conducta de la persona.

En el caso de la VG, 18% de las mujeres y personas que contestaron la encuesta afirma que recibió comentarios impertinentes referidos a su físico, vestimenta o higiene; un 8,2% adicional cree que esto le ocurrió, pero no está completamente segura de ello. Un 26% recibió retos o amenazas por parte del personal que atendió su consulta ginecológica; 11% adicional cree que esto le ocurrió, pero no está completamente segura de ello. El 37,3% se sintió infantilizada por el personal al realizar consultas sobre su salud ginecológica y un 15,4% adicional cree que esto le ocurrió, pero no está completamente segura de ello.

Para el caso de la VO, el 48,2% de quienes contestaron se sintió anulada por el equipo médico como si fuera incapaz de tomar decisiones sobre lo que ocurría (un 12,6% cree que le ocurrió, pero duda). Un 46,6% informa que la experiencia de parto la hizo sentir vulnerable, culpable o insegura en algún sentido (un 10,5%

adicional cree que esto le ocurrió, pero no está completamente segura de ello). Un 42,8% fue criticada por expresar sus emociones (9,6% cree haber vivido esto, pero duda). 41,7% reporta que no pudo manifestar sus miedos o inquietudes, pues no le respondían o lo hacían de mala manera (12,9% cree que esto le ocurrió, pero no está completamente segura). Un 14,7% reporta que después del parto le hicieron sentir que no había estado a la altura de lo que se esperaba de ella (un 7,5% cree que ocurrió, pero duda).

Finalmente, un 21,4% de quienes participaron afirma haber sido juzgada por sus prácticas sexuales, 16% adicional cree que esto le ocurrió, pero no está totalmente segura de ello. Si sumamos ambos porcentajes queda un 37,4% que se ha sentido juzgada de alguna forma en relación a la forma de vivir su sexualidad. En este sentido, nos preguntamos: ¿es el placer sexual y las preferencias sexuales de cada una/o un tema que deba ser juzgado por el personal de salud? El poder que se ejerce, los sesgos y desconocimiento en torno a la sexualidad y el goce por parte del personal médico impactan en las formas de relacionarnos con nuestro cuerpo, la sexualidad y la autopercepción.

Dimensión violencia física

Por violencia física entendemos todas aquellas acciones que impliquen uso de fuerza, procedimientos dolorosos, etc. En este contexto, un 20% afirma que el personal de salud le realizó procedimientos que le causaron intencionalmente dolor (un 10% adicional cree que esto le ocurrió, pero no está completamente segura de ello). Un 25% siente que fue víctima de prácticas violentas (uso de fuerza, procedimientos dolorosos innecesarios, etc.), un 9,2% adicional cree que esto le ocurrió, pero no está completamente segura de ello. Asimismo, el 37% afirma que le realizaron procedimientos que le causaron dolor debido a la falta de cuidado o brusquedad del personal de salud (un 12% adicional cree que esto le ocurrió, pero no está completamente segura de ello).

Aquí también podemos incluir aquellas prácticas obstétricas que constituyen violencia física como es la cuestionada y en algunas partes del mundo prohibida

¹¹⁷ Diversidades y disidencias sexuales se integran por quienes no se adscriben a categorías normativas binarias de género y/u orientación sexual.

¹¹⁸ Cabe señalar que el lugar que se ha indicado, en la mayoría de las ocasiones, para la denuncia de vejámenes, abusos y delitos respecto de violencia sexual ginecológica es el SERNAC (Servicio Nacional del Consumidor) en relación con el servicio recibido. Lo que nos vuelve a una interrogante primordial, ¿dónde quedan nuestros derechos humanos frente a la VGO?

maniobra de Kristeller¹¹⁹. Esta consiste en la comprensión del abdomen en el momento de la contracción y donde se nos solicita pujar. Una persona que puede ser matrona o matróon u obstetra, ejerce fuerza con el antebrazo sobre el abdomen, en lo que coloquialmente escuchamos «*se me subieron encima en el momento de pujar*». Es así como un 37,7% respondió que le realizaron la maniobra de Kristeller.

Dimensión violencia sexual

Por violencia sexual, en el contexto ginecológico y obstétrico, entendemos todas aquellas acciones que sexualicen el contexto en que se da la consulta. Por ejemplo, insinuaciones sexuales, comentarios de índole sexual, tocaciones, violación, entre otras.

Casi un 4% afirma que vivió acoso sexual; un 50,8% recibió comentarios inapropiados de índole sexual; 9,1% se le solicitó desvestirse sin que fuera necesario dado el motivo de consulta; 11,3% fue sometida a tocaciones inadecuadas; 8% le realizaron procedimientos sin guantes.

La violencia sexual al interior de la consulta alcanza un 18%, lo que significa que casi dos de cada diez personas vivió violencia sexual. Este es un porcentaje extremadamente alto en relación a la gravedad de lo que significa e implica la violencia sexual y las consecuencias que tiene en nuestras vidas. De estas personas, casi un 3% denunció, mientras que otro 3% lo intentó, pero no recibieron su denuncia, y casi un 94% definitivamente no denunció.

Un aspecto que dificulta la denuncia en el contexto de atención de salud es lo engorroso de los procedimientos y pasos a seguir, y junto a ello, tal como en otros procesos de denuncia de violencia contra las mujeres, conlleva vivir revictimización (por ejemplo, en algunos casos, tener que volver al lugar donde ocurrió el episodio de violencia).

Dentro de las razones para no realizar una denuncia por parte de quienes hemos vivido este tipo específico de violencia, podemos señalar: la falta de claridad respecto de los límites que tiene el actuar médico y del personal de salud en relación con el trato y el consentimiento informado (que no se aplica en la mayoría de las

ocasiones) y la falta de información respecto de cómo se realizan exámenes y procedimientos médicos. A esto, se suma la negación a responder nuestras preguntas por parte del médico y/o la matrona y la tendencia de dichos profesionales a «*infantilizarnos*» por no contar con dichas claridades o no calzar con sus expectativas, entre otras. Lo anterior influye directamente en descartar la posibilidad de una denuncia dada la sensación de duda constante respecto de la «*veracidad*» de lo que vivimos y la culpa asociada a responsabilizarnos por esto —cuestión reforzada por el continuo de violencia que vivimos— y, por lo tanto, la duda ante la posibilidad de que nuestra experiencia sea reconocida y nuestra denuncia acogida y respaldada por todas las instituciones involucradas. Nos encontramos frecuentemente con relatos como: «*no sé, pero sentí que el gine no actuó como debía... como que pagué para que me abusaran y después de mucho tiempo me di cuenta...*». Estamos hablando de vulneración de derechos humanos, cuestión que hasta hoy no ha sido reconocida significativamente.

Consentimiento Informado: El gran ausente de las consultas Ginecológicas y Obstétricas

Un aspecto que quisimos indagar respecto a cómo se dan las relaciones al interior de la consulta fue el llamado consentimiento informado. Este se entiende como una conversación entre el médico/a tratante y la persona que acude a los servicios de salud, en las que se plantean las diferentes opciones de tratamiento, sus ventajas y posibles efectos negativos.

A pesar de que la pregunta específica en torno al consentimiento y al consentimiento informado fue en torno a la experiencia de gestación y atenciones del parto, sabemos que esto es algo que falta en las consultas ginecológicas, por lo anterior no extraña que a un 45,9% le realizaron procedimientos sin pedir su consentimiento o sin explicar por qué eran necesarios (un 10,9% adicional cree que esto le ocurrió, pero no está completamente segura de ello). Específicamente respecto al consentimiento informado, el 48% de quienes contestaron la sección sobre VO, afirman que durante las semanas previas o durante el parto no se le pidió firmar consentimiento informado.

Entre quienes firmaron consentimiento, un 37% considera que este no era claro y un 47% dice que tuvo que hacerlo durante el trabajo de parto. ¿Cómo podría alguien mientras está en trabajo de parto, concentrar-

¹¹⁹ Esta información la pueden encontrar en la página web de la organización “El parto es nuestro”.
<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/campana-stop-kristeller-cuestion-de-gravedad>

se y leer detenidamente un documento que detalla los procedimientos a los que nos exponemos en el caso de que ciertos procesos fisiológicos esperados en el parto no se produzcan? Imaginémosnos con contracciones, arriba de una camilla, con tactos reiterados, y un tropel de personas que van de un lado a otro ¿Cómo podemos estar resguardadas ante los hechos consumados? Con todo, son porcentajes muy altos que muestran que el consentimiento informado como práctica está ausente en la mayoría de las atenciones obstétricas y ginecológicas, y que es un tema que debiese estar presente por tanto no solo en el parto, sino en todas nuestras atenciones o controles ginecológicos.

Transformaciones e impacto de la violencia en sí misma, el cuerpo y la sexualidad

«A las mujeres nos han enseñado a reaccionar con culpa ante cualquier mención de los detalles de nuestra propia opresión, como si en el fondo fuéramos culpables de lo que nos han hecho»

Audre Lorde, Los diarios del cáncer

Uno de los apartados de la encuesta se pregunta sobre el impacto y/o transformaciones que la VGO puede haber provocado en nosotras mismas. Es por ello que se pregunta sobre las transformaciones en la percepción del propio cuerpo, de la autoestima y de la sexualidad, ya que comprendemos que son aspectos relevantes de la construcción del sí misma/o (Salinero, 2021). Si bien las respuestas eran dicotómicas, es decir, responder sí o no, esta información es valiosa porque destaca aspectos sobre la experiencia de la VGO que es necesario discutir y visibilizar para conocer los profundos efectos de esta violencia en nuestras vidas.

En relación a la pregunta **¿sientes que la experiencia de VG/VO ha cambiado la percepción de tu cuerpo? 41% contestó afirmativamente sobre VG y 43% VO. ¿Sientes que la experiencia de VG/VO afectó negativamente tu autoestima? 42% responde que sí en relación a la vivencia de VG y 46% en relación a VO. ¿Sientes que la experiencia de VG/VO afectó negativamente tu sexualidad? 38% dijo que sí en relación a VG y 40% en VO.** ¿Cómo es posible que asistir a una consulta ginecológica u obstétrica disminuya nuestra autoestima, cambie negativamente la percepción de nuestro cuerpo e incluso nuestra sexualidad se vea perjudicada? Cuando esta debería ser una instancia

que nos haga sentir confiadas y seguras ocurre todo lo contrario, no contamos con el apoyo y respaldo de quienes dicen *«cuidar nuestra salud»* y *«actuar por nuestro bienestar»*.

Asimismo, quisimos indagar en qué hacemos con este daño, a quién recurrimos. Para esto se incluyeron dos preguntas orientadas a posibles acciones: una en relación a la necesidad de recurrir atención en salud mental tradicional (atención psicológica y/o psiquiátrica), y otra respecto a terapias alternativas y/o redes de apoyo. Para el primer caso, un 11,4% de quienes vivieron VG responde que sí debió recurrir a asistencia de salud mental luego de su experiencia, y un 17,83% de quienes vivieron VO. Mientras para el caso de las terapias alternativas y/o redes de apoyo, 21% de quienes vivieron VG recurrieron a ellas y un 27,4% por VO. Esto último es interesante y muy relevante respecto al ejercicio de la política feminista, porque indica que las mujeres encontramos apoyo mutuo en lo colectivo, y nos permite además reapropiarnos de nuestros cuerpos y del saber que se nos ha expropiado.

Al mismo tiempo, la narración como resistencia en un espacio seguro no solo nos permite visibilizar el dolor, sino que también nos facilita la identificación colectiva de estos malestares y la resignificación de la violencia, se trata de un proceso con una intención política al querer que este sea para todas.

En este punto es importante volver a la frase de Audre Lorde respecto a la culpa, citada al comienzo de este apartado. Muchas veces en los modelos de atención de salud mental hegemónicos, se buscan las causas del propio sufrimiento en las mismas mujeres, es decir, que habría algo en nosotras que está mal, y que nosotras somos quienes permitimos esta violencia que se nos ejerce o no ponemos límites. Los datos han permitido relacionar la violencia ejercida y la culpa, esa que nos lleva a pensar —paradójicamente— que somos las responsables de las acciones que se cometen en nuestra contra. Así también, la culpa individualizada se constituye como una herramienta del sistema (hetero)patriarcal que permite mantener y sofisticar dichas prácticas que atentan contra nuestros derechos, reforzándose sistemática y *«sutilmente»*, a través de mensajes como el *«no estar a la altura»* de lo que se esperaba de nosotras en el parto, *«no saber pujar»*, *«ser alaracas»*, etc.

Conclusiones

A pesar de esta tan desalentadora imagen de la ginecología y la obstetricia en Chile, y de las alarmantes cifras de violencia que se visibilizan a raíz de las respuestas compartidas, durante el período de encuestaje muchas mujeres escribieron para agradecer la posibilidad de expresar, compartir su experiencia, encontrar un nombre para designar aquello que les ocurrió y explicarse el malestar que sentían cada vez que debían volver a la consulta. Así fue como se difundió de boca en boca entre amigas, tías, madres y abuelas. Queremos pensar que esto permitió abrir conversaciones históricamente evadidas, y por qué no, tejer una red de cuidados entre quienes nacemos como mujeres en esta sociedad heteropatriarcal y racista. Los resultados obtenidos a partir de esta primera encuesta nacional pretenden contribuir al debate sobre los modelos de atención de la salud ginecológica en nuestro país.

El alto reporte de violencia al interior estos servicios nos ponen en alerta para visibilizar, denunciar y colaborar con la erradicación de esta violencia y de la sistemática violación de nuestros derechos humanos, sexuales, reproductivos y no reproductivos en estos espacios. En este sentido, es alarmante la amplitud y cotidianeidad de la violencia ginecológica y obstétrica. Estos resultados nos llaman a tener una actitud activa de monitoreo, crítica y denuncia sobre las prácticas y los prejuicios hacia nosotras, nuestros cuerpos y sexualidad. A la vez nos muestran cómo la descalificación, la humillación y diversas expresiones de violencia (denegación de la atención oportuna, sometimiento a prácticas violentas y sufrimientos innecesarios, violencia sexual, entre otras) constituyen prácticas comunes en el sistemas público y privado de salud chileno.

Muchas de quienes contestamos la encuesta, no volvimos a atendernos en servicios de ginecología, un alto porcentaje solo volvió a hacerlo con motivo de una gestación, y un 6% definitivamente no se atiende, ya sea por la VGO vivida, falta de acceso¹²⁰ o edad avanzada. Entonces, podemos decir que el abandono de la atención responde en parte al temor por ser vulnera-

das nuevamente^{121 122}, situación tremendamente preocupante, no desde un posicionamiento que aboga por la obligación del «control médico», sino porque muchas personas se resisten a ejercer su derecho a la salud —aun arriesgándose— debido a las malas prácticas y cuestionable desempeño de diversos/as profesionales del área.

Junto a ello, las experiencias de abuso y violencia ginecológica y obstétrica generan graves consecuencias para la salud¹²³, como síntomas de estrés postraumático, trastornos del sueño, recuerdos recurrentes, efectos muy similares a los que produce la violencia sexual. Lo paradójico de esto, esbozado en el apartado anterior, es que debido al daño que se ha infringido, muchas deben recurrir a atención por problemas en su salud mental dentro del mismo sistema que las ha maltratado, lo que es considerado un abuso en el cuidado de la salud^{124 125}, muchas veces individualizando dicho daño y volviendo a ser medicalizadas. De allí los altos porcentajes de mujeres que buscan apoyo y atención por fuera del sistema de salud.

Recomendaciones

La VGO consiste, como hemos visto a través de los resultados de nuestra encuesta, en la invasión y colonización de nuestros cuerpos-territorios; en el despojo de nuestros saberes y en la creación de una dependencia constante y creciente (por medio de la medicalización de nuestros procesos reproductivos y no reproductivos) que nos imposibilita —o al menos dificulta— tomar decisiones autónomas e informadas. De acuerdo a esto, como Colectiva contra la violencia ginecológica y obstétrica nos parece necesario considerar los siguientes puntos:

¹²¹ Agrupación Lésbica Rompiendo el silencio (2019) Ser lesBlana en Chile. Estudio exploratorio [Internet]. Santiago. Fondo Alquimia; 2019 [consultado 22 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.dropbox.com/s/coedabjg1gxa4en/Estudio%20exploratorio%20Ser%20Lesbiana%20en%20Chile.pdf%20FINAL.pdf>

¹²² Salinero. S. y Cárdenas. M. (2021) Violencia ginecológica y silencio al interior del Modelo Médico en Chile. Rev Obstet Ginecol Venez.

¹²³ D'Oliveira; Diniz; Schraiber, (2002) Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. Lancet, 359(9318), 1681–1685.

¹²⁴ Berglund, M, Westin L, Svanström R, Sundler AJ.(2012) Suffering caused by care--patients' experiences from hospital settings. Int J Qual Stud Health Well-being.

¹²⁵ Wijma B, Zbikowski A, Brüggemann AJ. Silence, shame and abuse in health care: theoretical development on basis of an intervention project among staff. BMC Med Educ. 2016; 16:75. doi: 10.1186/s12909-016-0595-3.

¹²⁰ Nos referimos aquí a reportes de falta de servicios ginecoobstétricos en el lugar de residencia, falta de recursos monetarios para obtener una atención oportuna y de calidad, entre otros.

Implementación de Educación Sexual Integral (ESI)

La ESI propone reconceptualizar la mirada acerca de los cuerpos (territorios). Abarca todas las dimensiones de la sexualidad, historizando desde la perspectiva de género y sosteniendo una ética de derechos humanos para reconocernos como sujetas de derecho y sujetas de deseo, inalienablemente. Nos invita, además, a recuperar la dimensión de la política del afecto y del cuidado. El enfoque biomédico y el enfoque represivo moralizante actuales no podrían reconocerse como ESI, y ambos enfoques ubican a la sexualidad en el lugar del problema¹²⁶.

Nos parece fundamental para prevenir y erradicar la violencia hacia nuestros cuerpos territorios, la incorporación de ESI, no solo como un proyecto educativo escolar, sino como una política pública social, continua, integral y transversal. Con una red de instituciones articuladas por diferentes áreas que guardan relación con la educación, la salud, la justicia, la acción social y el desarrollo social.

Transformación de la formación de las/es/os profesionales del Área Ginecológica y Obstétrica

Consideramos urgente problematizar y reflexionar críticamente acerca de la necesidad de una formación ético-profesional en el ámbito de la medicina en Chile. Revisar el currículum de formación de las/es/os profesionales de salud que atienden en estos servicios, que integre perspectiva de género, enfoque de interseccionalidad y derechos humanos, como base en la enseñanza y en su aplicación en todos los niveles de estudio y en las prácticas de campo, lo que tiene un impacto directo en el trato con las personas a lo largo de su vida profesional. No podemos permitir que asistir a una consulta ginecológica u obstétrica signifique un evento traumático en nuestras vidas¹²⁷.

Considerar estos planteamientos en el marco de la formación de la ginecología y la obstetricia, posibilitaría la comprensión de la relación de las mujeres y disidencias sexuales como identidad política estratégica (cuerpo territorio), visibilizando las diversidades de mujeres y personas asignadas mujer al nacer que asisten a su consulta.

Implementación efectiva del Consentimiento Informado en las consultas ginecológicas y obstétricas

Se vuelve central responder a la necesidad de un consentimiento informado en la consulta ginecológica y obstétrica. Como hemos señalado antes, este -ya sea en forma de conversación o escrito- es casi inexistente, si aparece es poco claro, y ante las dudas muchas veces no hay una apertura o disposición para proporcionar explicaciones detalladas acerca de los procedimientos. Junto a ello, además de la claridad, detalle y transparencia del consentimiento, es de suma importancia el momento en que este se presenta. Solicitar firmar dicho documento en el momento del trabajo de parto es inadmisibles, especialmente cuando han existido instancias previas. Esto último hace entender el consentimiento como una formalidad y trámite, cuando su fin es proteger a las personas, y permitir ejercer sus derechos. Esto dificulta el acceso a la información y, por ende, a tomar decisiones autónomas sobre nuestra salud.

Insistimos en que debiese ser una conversación, en donde se explique claramente las opciones que tenemos frente a un tratamiento, pero también en qué consiste un examen, revisión o procedimiento. Es por todo lo dicho, que esto debiese cruzar la atención y ser parte de un diálogo permanente.

Finalmente, vale la pena recordar que cada una de estas recomendaciones están interconectadas y apuntan a los cambios urgentes, necesarios y estructurales que se requieren para la erradicación de todas las violencias contra todas las mujeres.

¹²⁶ Morgade, G. (2019) La educación sexual integral como proyecto de justicia social. *Descentrada*, Vol. 3, n° 1, marzo-agosto 2019, e080. ISSN 2545-7284 Universidad Nacional de La Plata

¹²⁷ Salinero, Stella, y Cárdenas Manuel. (2021) Violencia ginecológica y silencio al interior del Modelo Médico en Chile. *Rev Obstet Ginecol Venez*.



Matronas y matrones por la erradicación de la violencia gineco-obstétrica en Chile¹²⁸

Pía Rodríguez Garrido, Katuska Rojas Rojas¹²⁹

¹²⁸ El presente texto deviene del trabajo colectivo de quienes integran la Asociación nacional de Matronas y Matrones de Chile (ASOMAT), particularmente, del equipo de sistematización de la "Primera Sistematización de Experiencias. Primera Convención Nacional de Matronas y Matrones de Chile. Parto respetado para erradicar la violencia obstétrica". No obstante, para efectos de este documento, hemos considerado únicamente la violencia gineco-obstétrica como dimensión central de reflexión, desarrollo y análisis.

¹²⁹ Pía Rodríguez Garrido, PhD Matrona, Asociación Nacional de Matronas y Matrones de Chile A. G ASOMAT; Katuska Rojas Rojas, Matrona, Universidad Diego Portales, Asociación Nacional de Matronas y Matrones de Chile A. G ASOMAT.

Introducción

El presente documento tiene como centro de discusión proponer mejoras en las políticas públicas para las mujeres y personas con vulva¹³⁰ en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos, específicamente, en el reconocimiento de la violencia gineco-obstétrica como expresión de violencia de género ejercida por personal de salud. En ese reconocimiento nos preguntamos ¿cómo interpelamos esas prácticas desde una mirada crítica y constructiva? ¿cómo enfrentamos estos escenarios desde la disciplina obstétrica? ¿Cómo erradicar

toda forma de violencia ejercida durante los procesos sexuales y reproductivos de las mujeres?

En ese trayecto develamos la necesidad de instalar un trato más respetuoso en los procesos de gestación, parto y puerperio, hasta los aspectos no reproductivos que engloban gran parte del ciclo vital de las mujeres, de las personas no binarias, en tránsito sexo-genérico y, por supuesto, de las matronas. En ese sentido, el presente marco sitúa la discusión desde la perspectiva de la autonomía de los cuerpos y el derecho a un acompañamiento respetuoso durante los procesos gineco-obstétricos de las mujeres y personas con vulva, sin desconocer que el modelo médico hegemónico de la atención a los procesos de salud sexual y reproductiva ha sido

¹³⁰ A lo largo del documento nos referiremos principalmente a "mujeres" como sujetos generizados y en plural. No obstante, reconocemos la importancia de enunciar otras agencias afectadas por la vulneración de sus derechos sexuales y reproductivos. Por ello, aludiremos a mujeres, personas con vulva y personas gestantes distintamente.

históricamente tecnocrático e intervencionista¹³¹.

Sobre ello, el modelo médico hegemónico en su acepción más utilizada fue desarrollada conceptualmente por el antropólogo Eduardo Menéndez¹³² para explicar el rol dominante que ejerce el sistema médico en occidente como estrategia de control de la población. Esta cuestión ratifica la indisoluble alianza entre la salud pública, la economía, la política y por qué no decirlo la religión, por el control hacia los procesos (re)productivos de la población, principalmente de las mujeres.

En sintonía, el académico Manuel Durán señala que a fines del siglo XIX «*médicos y empresarios establecieron dispositivos de regulación sobre las clases obreras, particularmente en los ámbitos de trabajo femenino e infantil*»¹³³, situación que confirma el uso eugenésico y productivo tras las políticas sanitarias en desmedro de la autonomía de las mujeres.

Por su parte, autores y autoras como la antropóloga Robbie Davis-Floyd enfatizan en que el modelo biomédico ha utilizado históricamente los cuerpos de las mujeres como escenarios de prueba y vigilancia; asimismo, refiere que las intervenciones realizadas durante el proceso de gestación y parto son mecanismos que tiene el modelo biomédico dominante para develar la condición «*defectuosa*» del cuerpo de la mujer y que, por ende, requiere de intervención y el uso de tecnologías para repararlo¹³⁴.

A su vez, las escritoras Barbara Ehrenreich y Deidre English señalan que ese estado «*defectuoso*» del cuerpo de las mujeres para los ojos de los médicos del siglo XIX, era una condición inherente a la mujer y no provisorio¹³⁵. La defectuosidad señalada es una retórica utilizada históricamente para desactivar la capacidad cognoscente de las mujeres, discurso amparado por históricos

pensadores como Aristóteles, pasando por Rousseau, hasta teóricos de la ultraderecha nacional y mundial.

Frente a lo señalado y retomando la reflexión disciplinar nos preguntamos ¿cuál ha sido nuestro rol frente a la comprensión del modelo médico hegemónico en relación al cuerpo de las mujeres?

Desde la profesionalización de la disciplina se ha tomado un rol más bien pasivo como agente de cambios en las transformaciones sociopolíticas del país. Hemos sido formadas en escuelas de obstetricia que sustentan el conocimiento y práctica disciplinar en un modelo médico positivista, pero también en una visión patriarcal, capitalista, capacitista y occidental contraria a la perspectiva integral que se debiese tener de la corporalidad, bienestar y afecciones del ser humano. Frente a ello, han sido las nuevas generaciones en conjunto con colectivas activistas por los derechos sexuales y reproductivos en Chile, quienes han dado el puntapié inicial levantando premisas de emancipación disciplinar frente a las prácticas nocivas que históricamente han estado asociadas al quehacer de matrones y matronas¹³⁶.

En ese sentido, damos cuenta que como sociedad y país, nos encontramos atravesando un importante cambio de paradigma respecto a las formas de acompañar a las mujeres en su ciclo vital, que ha tomado cada vez más fuerza, particularmente, en las y los profesionales de la matronería, quienes nos encontramos transitando por experiencias que invitan a tener una postura crítica del fenómeno. Por ejemplo, a través de visibilizar la violencia gineco-obstétrica desde un rol activo y comprometido con lo propuesto por actores y actrices sociales, políticas y gremiales que reivindican los derechos sexuales y reproductivos en Chile.

Particularmente, la violencia obstétrica es entendida como «*la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud*» (Ley 2007, Art. 15, n°13). La violencia obstétrica ejercida por el personal de salud y muchas veces respaldada por los directivos de los establecimientos sanitarios, aún no se encuentra regulada o fiscalizada en su totalidad. Chile, por ejemplo, carece de una legislación o política pública que proteja los derechos sexuales y reproductivos y que visibilice la violencia obstétrica. No obstante, países como Venezuela, Argentina y algunos Estados de México, cuentan con leyes que reconocen este tipo de

¹³¹ Angulo-González, T., Rey-Granados, L., Macors, S., Barbera-Rubini, N. (2019) Casa de nacimientos en España. ¿Una opción segura?. *Matronas Prof* [Internet], 20(2): e27-e35. <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2019/05/e27-REVISION-BIBLIO-CASAS.pdf>

¹³² Menéndez, E. (1985). El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos. *Desarrollo Económico*, 24(96), 593-604. <http://links.jstor.org/sici?sici=0046001X%28198501%2F03%2924%3A96%3C593%3AE MMDYL%3E2.0.CO%3B2-2>

¹³³ Durán, M. (2017). Sexualidad, producción y trabajo en el discurso higienista y eugenésico en Chile y Argentina, 1860-1930. *Revista Nomadías*, 23, 31-52. 10.5354/0719-0905.2017.47334

¹³⁴ Davis-Floyd, R. (2001). The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. *International Journal Gynaecology Obstetrical*, 75(1), 5-23. http://www.davisfloyd.com/art_index.html

¹³⁵ Ehrenreich, B. & English, D. (2010). *Por tu propio bien. 150 años de consejos expertos a mujeres*. Capitán Swing Libros

¹³⁶ Rodríguez-Garrido, P. (2020). Transitando hacia una matronería feminista y situada en Latinoamérica. *Revista Musas*, 6(2), 1-4. <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/35673>

violencia desde un abordaje socioeducativo situado en el contexto local y con énfasis en su erradicación¹³⁷.

Hoy en día como profesionales de la salud, damos cuenta que la violencia obstétrica no tan solo se ejerce en razón del derecho reproductivo, sino también en el ámbito sexual y ginecológico de las mujeres. Por este motivo, incorporamos al análisis y discusión la noción «*violencia gineco-obstétrica*» (VGO), ya que tal como se ha señalado, la precarización y vulneración de derechos fundamentales, ha permitido visibilizar otras aristas del debate y de gran importancia en materia de autonomía, agencia y enunciación de las mujeres en la actualidad.

Este grave problema de salud pública se reconoce como un fenómeno intergeneracional e interdisciplinario arraigado en prácticas conservadoras desde el ejercicio patriarcal de la biomedicina hasta el maltrato sistemático avalado por las instituciones y políticas públicas en salud materializadas en normativas, guías clínicas y procedimientos totalmente obsoletos en tanto solo dan respuesta a las lógicas positivistas y tecnocráticas del quehacer biomédico. Nos atrevemos a decir que en Chile, los y las matronas estamos en un progresivo despertar con las nuevas formas de ejercer la profesión, partiendo por problematizar las dinámicas asentadas en las viejas prácticas, así como avanzando en el reconocimiento de las demandas colectivas de las mujeres.

En base a esto último, se vuelve relevante la construcción de una matronería comprometida con las necesidades de las mujeres y personas con vulva, sobre todo, de aquellas que han sido invisibilizadas por el modelo económico y social actual, en tanto habitan territorios de vulnerabilidad y precariedad humana.

Es así como identificamos la emergencia de la Asociación Nacional de Matronas y Matrones de Chile-ASOMAT que busca, justamente, hacer carne la necesidad imperiosa de tomar acciones para erradicar la violencia gineco-obstétrica. Es por ello que el objetivo que movilizó el desarrollo de este documento fue visibilizar las experiencias de violencia gineco-obstétrica en el quehacer disciplinar de la matronería nacional, a partir de sistematizar las experiencias de estudiantes de obstetricia, matronas y matrones de Chile.

Metodología

La sistematización de experiencias como propuesta epistémica, metodológica y de praxis política de la investigación social, nos permite recuperar y construir los aprendizajes significativos de cada conocimiento, sentipensar¹³⁸ y saber, contenidos en las experiencias de las personas y comunidades. Del mismo modo, nos permite interpelar y mejorar nuestras prácticas, y contribuir a la reflexión teórico-conceptual desde las propias vivencias y significados.

Ontológicamente, la sistematización de experiencias deviene de escenarios fronterizos, adversos y de profunda tensión, carácter que le otorga contextualidad en tanto permite problematizar fenómenos sociales de compleja envergadura, poniendo el énfasis en los significados y representaciones sociales de quienes los encarnan.

De acuerdo al educador popular Oscar Jara-Holliday, la sistematización de experiencias consta de cinco momentos claves que permiten plasmar y dar materialidad a lo vivido, estas son: vivir la experiencia, plan de sistematización, recuperación del proceso de la experiencia vivida, interpretación crítica, comunicar y compartir los aprendizajes¹³⁹. La aplicabilidad de estas instancias se materializó en la Primera Convención Nacional de Matronas y Matrones de Chile, la cual detallamos a continuación:

1. Vivir la experiencia

Como ASOMAT representamos nuevas formas de ejercer la profesión de una manera integral, diversa, inclusiva, respetuosa y feminista. Queremos reposicionar una matronería más autónoma, independiente y fortalecida. Para ello, fomentamos la discusión, la participación y democracia interna en todos nuestros espacios de organización, ya que nos vinculamos desde lugares y relaciones horizontales y descentralizadas, donde todas, todos y todes tengamos algo que expresar y decir, sin censura y/o discriminación.

¹³⁷ Díaz, L., & Fernández, Y. (2018). Situación legislativa de la violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Rev. Facultad de Derecho PUC Valparaíso*, 51. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-68512018000200123&lng=es&nrm=iso&tlng=es

¹³⁸ El término sentipensar es un concepto ampliamente utilizado en América Latina acuñado por el sociólogo colombiano Orlando Fals Borda con el sentido de imbricar “la razón y el amor, el cuerpo y el corazón, para deshacerse de todas las (mal) formaciones que descuartizan esa armonía” en Fals Borda, O. (2009). *Una sociología sentipensante para América Latina*. CLACSO y Siglo del Hombre Editores.

¹³⁹ Jara-Holliday, O. (2018). *La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos políticos*. Bogotá, Colombia: Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano (CINDE).

2. Plan de sistematización

La sistematización de experiencias sustentó su análisis en torno a la «*violencia gineco-obstétrica*» como eje central de desarrollo y reflexión. Es así que, a partir de las experiencias que cada profesional y estudiante de obstetricia le otorgaba a este eje en los grupos de discusión, se identificaron los principales significados sociales adjudicados al fenómeno.

Resultados y discusión¹⁴⁰

Las problemáticas señaladas reflejan el diagnóstico realizado a lo largo de años de estudio y trabajo que matrones, matronas y estudiantes de obstetricia identifican frente al ejercicio de la violencia gineco-obstétrica en Chile. En ese sentido, la trayectoria académica y laboral de quienes participaron de los grupos de discusión, permitió dilucidar y confrontar las siguientes dimensiones:

A. Dar cuenta que la VGO es un proceso complejo e interpelador para el equipo de salud

La violencia gineco-obstétrica implica una serie de actos y malos tratos que se traducen en la apropiación del cuerpo de las mujeres por parte del personal de salud, a través de prácticas que recaen en la medicalización y patologización de sus procesos sexuales y reproductivos¹⁴¹. Sobre esto, comprendemos que es una expresión de violencia de género en tanto implica conductas y actos violentos hacia las personas por razón de su género, estas conductas afectan «*de forma negativa a la identidad, la sexualidad y la libertad reproductiva, la salud física, mental y el bienestar social*»¹⁴².

En ello recae la importancia de visibilizar a la vez de enunciar estos actos como «*violencia gineco-obstétrica*» en las dinámicas socioculturales y, sobre todo, sanitarias. No obstante, para estudiantes de obstetricia, matronas y matrones se hace complejo identificar que las dinámicas aprendidas en el proceso pedagógico puedan ser propulsoras de actos de violencia gineco-obstétrica, el carácter interpe-

lador de aquello les hace cuestionar años de ejercicio laboral y de estudio, llegando en algunos casos a replantearse la continuidad en la disciplina.

B. «Burnout» en los y las profesionales que identifican la VGO

El síndrome de burnout se describe como un estado de agotamiento profesional que afecta a nivel psicológico, físico y emocional de las personas¹⁴³. Esta situación es la que señalan estudiantes de obstetricia, matronas y matrones quienes han problematizado la violencia gineco-obstétrica y la intentan erradicar al interior de sus trabajos, pero que, sin embargo, la cultura institucional se lo impide y/o dificulta. Las experiencias identificadas reflejan un agotamiento latente por parte de quienes día a día tratan de hacer de los hospitales (clínicas, consultas, etc.) lugares más amenos y respetuosos para las mujeres y sus familias. No obstante, tal como lo hemos señalado, se vuelve todo un desafío llevarlo a cabo.

El maltrato es una conducta arraigada en la institucionalidad evidenciada entre colegas y equipos médicos. Las experiencias de matronas y matrones señalan que las precarias condiciones laborales favorecen el malestar en los equipos de trabajo. En ese sentido, las extensas jornadas laborales, los bajos sueldos, los múltiples turnos extras y las precarias condiciones de habitabilidad en los hospitales (residencias, comedores, entre otros) hacen que el agotamiento profesional o «*burnout*» recaiga en la calidad de la atención hacia las mujeres y sus familias, aunque sabemos que ello no debiese suceder.

C. La educación obstétrica y ginecológica en la actualidad se basa en un modelo educativo patriarcal, positivista y asistencialista

Hace aproximadamente una década que el concepto «*violencia obstétrica*» se ha venido trabajando desde las ciencias sociales, humanas y de la salud, aunque esta última ha sido la ciencia más resistente en generar investigaciones que interpelen el quehacer biomédico¹⁴⁴. Tal como señalan las experiencias de estudiantes de obstetricia, matronas y matrones, la educación obstétrica y ginecológica

¹⁴⁰ La tercera y cuarta etapa “recuperación de la experiencia vivida” e “interpretación crítica” respectivamente, se presentarán en el apartado de resultados y discusión.

¹⁴¹ Cárdenas, M., & Salinero, S. (2021). Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de la invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas. *Interdisciplinaria*, 38(2), 209-223. <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.14>

¹⁴² Fiscalía de Chile (29 de agosto de 2021). Víctimas y Testigos de violencia de género. <http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/victimas/adultos/violencia-genero.jsp>

¹⁴³ Saborío, L., & Hidalgo, L. (2015). Síndrome de burnout. *Medicina legal de costa rica-edición virtual*, 32(1), 1-6. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v32n1/art14v32n1.pdf>

¹⁴⁴ Menéndez, E. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16, e2615. [10.18294/sc.2020.2615](https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615)

se ha sustentado en un modelo positivista, tecnocrático y asistencialista, el cual reduce el cuerpo y los procesos fisiológicos de las mujeres y personas con vulva, a patologías u órganos que requieren de intervención, control y manejo médico.

No obstante, se ha observado una reciente preocupación por reformar las mallas curriculares, incorporando asignaturas que articulen la perspectiva de género y salud desde un ámbito crítico y reflexivo, aún así y a pesar de los esfuerzos, existe toda una cultura institucional sanitaria que dificulta y obstaculiza la aplicabilidad de nuevos paradigmas en donde las mujeres y sus familias sean protagonistas de sus procesos.

D. Evidencia científica en Escuelas de Obstetricia no actualizada a la realidad nacional

La obstetricia, tal como se señalaba, no tan solo se enseña desde la comprensión positivista, tecnocrática y asistencialista, sino también desde un modelo que carece de contextualidad geográfica. Esto puede parecer poco relevante, sin embargo, por muchos años se enseñó la obstetricia basada en libros escritos por autores europeos o autores nacionales que se basaban en realidades europeas que, por ejemplo, describían tipos de pelvis con medidas que indicaban la «normalidad» de los diámetros entre la superficie de un hueso y otro, situación que llevó a que las mujeres que no cumplían con la pelvimetría apropiada para un parto vaginal, se les realizara cesáreas por el diagnóstico de pelvis «estrecha» o en jerga médica, pelvis «malona».

Otro caso similar fue lo sucedido con la placenta. Por años la placenta, posterior a la atención de un parto, se desechaba manteniendo todos los resguardos posibles, tal como se indicaba en libros, manuales y protocolos obstétricos. No obstante, a partir de pueblos originarios de nuestro territorio que le atribuían otras propiedades y simbolismos, se socializa y protocoliza su entrega a las mujeres y sus familias.

E. Cultura institucional que valida y promueve la VGO dentro de las instituciones de salud

La violencia gineco-obstétrica en Chile tomó protagonismo con el lamentable caso de Lorenza Cayuhán, mujer mapuche, dirigente de la comunidad Mawidache de Alto Antiquina en el sur del país, quien en 2016 tuvo que parir engrillada frente a

personal médico y de Gendarmería, siendo vulnerados sus derechos humanos, sexuales y reproductivos ante el proceder institucional¹⁴⁵. Esta situación devela cómo el aparataje institucional se colude, valida y promueve la violencia gineco-obstétrica en vez de resguardar y proteger los derechos sexuales y reproductivos de las personas.

Otro lamentable caso fue el de Adriana Palacios en 2017, quien siendo víctima de violencia gineco-obstétrica, culminó la gestación de su hija Trinidad fallecida en el útero, obligada posteriormente a parir por vía vaginal. Situación que dio paso al proyecto de Ley «Adriana», cuyo propósito es «regular, garantizar y promover los derechos de la mujer, del recién nacido y la pareja, en el ámbito de la gestación, parto, postparto y aborto en las causales establecidas por la ley, así como también, en torno a su salud ginecológica y sexual»¹⁴⁶.

Casos como este y el de Lorenza no son aislados, más aún, representan lo que justamente estudiantes de obstetricia, matronas y matrones desean desarraigar de la cultura institucional sanitaria. El mal trato y las consecuencias que ello acarrea, deben eliminarse de raíz para que nunca más volvamos a lamentar casos como los señalados.

F. La generación de VGO se identifica como: intergeneracional, interdisciplinaria, intersectorial e interestamental

Estudiantes de obstetricia, matronas y matrones identifican la violencia gineco-obstétrica como intergeneracional. Lamentablemente, a pesar de las reformas que algunas universidades han realizado —permitiendo que las nuevas generaciones egresen con otra comprensión de la atención y acompañamiento de los procesos sexuales y reproductivos de las mujeres y personas con vulva—, se observa que las/os/es jóvenes incorporan rápidamente las conductas del maltrato en su ejercicio profesional.

A su vez, se identifica que la VGO es interdisciplinaria e interestamental, ya que no tan solo es ejercida por médicos/as gineco-obstetras o matronas/

¹⁴⁵ Instituto Nacional de Derechos Humanos [INDH]. (2016). Informe anual Situación de los Derechos Humanos en Chile. Santiago de Chile. <https://www.indh.cl/bb/wp-content/uploads/2017/01/Informe-Anual-INDH-2016.pdf>

¹⁴⁶ Cámara de Diputados y Diputadas de Chile. (10 de octubre de 2018). Proyecto de Ley parto respetado y violencia gineco-obstétrica. <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTipo=SIAL&prmID=43268&formato=pdf>

es, sino también por otros profesionales de la salud y estamentos involucrados en la atención sanitaria. En ese sentido, desde que las mujeres ingresan al recinto hospitalario se genera toda una cadena de intervenciones y malos tratos que van desde el ingreso administrativo hasta el alta médica.

Por último, se identifica que la VGO es intersectorial, ya que se observa en hospitales y clínicas, pero también en consultorios, centros de salud familiar, centros de especialidad diagnóstica, entre otros. Como hemos mencionado, esto no tiene que ver necesariamente con el nivel de atención o especialidad del recinto, sino que con toda una cultura institucional que avala y perpetúa la cultura del maltrato.

G. Tiempo, eficacia, metas sanitarias y cantidad de matronas/es per cápita versus atención de calidad a mujeres

Esta situación ha sido una de las grandes dificultades que estudiantes de obstetricia, matronas y matrones han identificado en su quehacer profesional. Se entiende que es una problemática estructural. Por ende, cobra sentido e importancia el levantamiento de información y/o diagnósticos situacionales que reflejen el grado de tensión, dificultad, estrés y sobrecarga laboral que tiene el personal sanitario.

Las metas sanitarias, los programas de salud, los protocolos y normativas que se deben cumplir, no contemplan el aumento de personal, de sueldo o de horas dedicadas a la atención y procedimientos médicos, por lo tanto, es un versus que pone constantemente en riesgo la calidad de la atención y, en consecuencia, la satisfacción de los/as/es usuarios/as/es.

Esto, evidentemente, no justifica el maltrato o la violencia gineco-obstétrica que pueda ejercer el personal de salud —somos consciente de aquello—, sin embargo, pone cuesta arriba y tensiona el ímpetu que estudiantes de obstetricia, matronas y matrones tienen a diario por erradicar la violencia gineco-obstétrica de las instituciones sanitarias.

Aquello no es una tarea fácil, por lo mismo instancias participativas como la realizada en la Primera Convención Nacional de Matronas y Matrones de Chile permiten colectivizar las tensiones, los afectos y la motivación por crear un Chile más digno para todas las personas.

Recomendaciones

La instancia de la Primera Convención Nacional por un Parto Respetado, para la Erradicación de la Violencia Gineco-Obstétrica, permitió escucharnos sin ningún tipo de censura, comunicar y compartir las distintas experiencias y aprendizajes que dotaron de sentido la lucha por impulsar una mejor política pública que coloque en el centro las necesidades de las mujeres y personas con vulva.

Precisamente, la quinta y última etapa del proceso de sistematización de experiencias se trabajó pensando en «comunicar y compartir los aprendizajes» con toda la comunidad de matronas, matrones y estudiantes de obstetricia, para avanzar en un plan de lucha que permita instalar ciertas propuestas.

Es en base a esto último que se propone la necesidad de que los **equipos de salud sostengan mesas de discusión periódicas para la revisión de los casos donde hayan víctimas de violencia gineco-obstétrica en la unidad de trabajo**, de modo de involucrarnos con la situación y problematizarlo dentro del equipo de salud, generando propuestas de mejora y entregando medidas de reparación a las mujeres y sus familias. Para esto, se debe disponer de la obligación que todo establecimiento público —y en lo posible privado— de salud, cuente con equipos de trabajo que realicen prestaciones gineco-obstétricas de manera respetuosa, acompañados de la creación de comités de buenos tratos y atención digna, cuya función sea la identificación y prevención de situaciones de violencia gineco-obstétrica hacia las mujeres y sus familias.

Si bien existen políticas públicas, como el Programa Chile Crece Contigo, la implementación de estas en las diversas realidades de nuestro país no es óptima. En ese sentido, resulta relevante adaptar su implementación de acuerdo a las diversas realidades geográficas y culturales, disponer de infraestructura, logística, manejo de diferentes idiomas y formas de comunicación más inclusivas, entre otros. A su vez, **debemos promover que en toda política pública y/o programa de salud sexual y reproductiva se tome en consideración la opinión de las personas y sociedad civil, así como de sus acompañantes, por medio de mecanismos de participación ciudadana** idóneos a dichos efectos.

Es una realidad que en Chile existe desigualdad al momento de elegir el lugar del parto. Esto se refleja en la segregación socioeconómica que permite que solo las mujeres y familias que tengan los medios económi-

cos puedan «optar» por un equipo médico respetuoso que las acompañe en el proceso de parto y postparto. Para democratizar esto, se debe regular el derecho a elegir en el nacimiento. Por ello, se debe **disponer de un portal público y de fácil acceso que entregue información relativa al número de denuncias de violencia gineco-obstétrica interpuesta en contra de los establecimientos de salud, así como en materia de acreditación de los mismos en materia de parto respetado**. A su vez, es fundamental el derecho a elegir el establecimiento de salud en donde tener el parto sin importar el criterio geográfico y económico, situación que debe estar financiado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Respecto a los parámetros de calidad, no existe en Chile estándares mínimos dignos en los procesos de acreditación de establecimientos de salud ligados al parto respetado y a la prevención de la violencia gineco-obstétrica, de modo que estos pueden funcionar sin cumplir con los parámetros básicos de calidad en la materia. En ese sentido, es fundamental **contar con herramientas relativas al parto respetado y a la prevención de la violencia gineco-obstétrica durante los procesos de acreditación, así como también incorporar mecanismos de reparación y acompañamiento psicológico y emocional a mujeres víctimas de violencia gineco-obstétrica en sus procesos de gestación, parto, postparto y pérdidas reproductivas**.

Del mismo modo, resulta primordial **incorporar a las personas de la diversidad sexo-genérica en el contexto de su gestación, parto y postparto en el abordaje psicosocial mencionado, de manera que se respete y tome en cuenta las diferentes identidades y orientaciones sexo-genéricas por parte de los prestadores de salud que realicen atenciones en salud sexual y reproductiva**. Esta cuestión es uno de los aspectos más relevantes de atender en nuestro ejercicio profesional desde la implementación de nuevos paradigmas, comprometidos con la realidad y transformaciones sociales.

Por último, mencionar que para efectos de generar instancias protocolares y políticas públicas eficientes y eficaces en materia de parto respetado y violencia gineco-obstétrica, se hace absolutamente necesario contar con información valiosa relativa a las prácticas profesionales relacionadas con la materia, como también al grado de satisfacción de usuarias en torno a este tipo de violencia. Es por ello que el **Ministerio de Salud y cada uno de los establecimientos de salud**

del país, deben contar con un mecanismo de entrega de información transparente y abierto a toda la ciudadanía, respecto a los procesos de atención y entrega de servicios en salud sexual y reproductiva.

Es cada vez más evidente que en Chile estamos transitando en la construcción de una nueva forma de hacer sociedad con paradigmas centrados en las libertades y autonomías, buscando formas de trato más respetuoso, relaciones humanas más honestas y horizontales, de la mano con las nuevas generaciones que de alguna manera buscan enfrentar las adversidades violentas del período. Un estallido social nos vino a demostrar lo importante que es devolver la dignidad a las personas y un Estado que logre garantizar los derechos mínimos para un desarrollo integral en la vida privada y en la pública.

5

La situación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo durante la Pandemia

*Monitoreo a la implementación de la Interrupción
Voluntaria del Embarazo en Chile durante la
Pandemia por Covid-19*

La situación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo durante la Pandemia

Stephanie Otth Varnava¹⁴⁷, Natalia García Canceco¹⁴⁸, Francisca Muñoz Agramunt¹⁴⁹ y Daniela Valenzuela Álvarez¹⁵⁰

¹⁴⁷ Stephanie Otth Varnava, MA Gender, Society and Representation UCL, Londres, Psicóloga Universidad Católica de Chile. Coordinadora área Investigación y Capacitación Corporación MILES.

¹⁴⁸ Natalia García Canceco, Socióloga de la Universidad Mayor, pasante de investigación de Corporación MILES.

¹⁴⁹ Francisca Muñoz Agramunt, Trabajadora Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile, pasante de investigación de Corporación MILES.

¹⁵⁰ Daniela Valenzuela Álvarez, Cientista Política con Especialización en Relaciones Internacionales de la Universidad Alberto Hurtado, pasante de investigación de Corporación MILES.

El panorama regional de la IVE

La región de Latinoamérica y el Caribe es diversa en cuanto al abordaje de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y personas gestantes, pero tienen en común altos niveles de necesidades insatisfechas en servicios de anticoncepción, atención materna, atención neonatal, servicios de aborto y tratamiento de las principales ITS curables¹⁵¹. Esto requiere de una mayor cobertura en estos servicios, pues se estima que de 109 millones de mujeres en edad reproductiva que quieren evitar un embarazo, 18 millones tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna y 4 millones de ellas tienen abortos en condiciones inseguras¹⁵². A pesar de estas condiciones, en la última década se observan avances en relación al acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.

¹⁵¹ Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health in Latin America and the Caribbean. Guttmacher Institute (2021) <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/investing-sexual-and-reproductive-health-latin-america-and-caribbean>

¹⁵² *Ibidem*

Durante el período 2010–2014, las tasas de aborto variaron a lo largo de las subregiones desde 33 por 1.000 mujeres en América Central a 48 por 1.000 en América del Sur y hasta 59 por 1.000 en el Caribe. La proporción del total de embarazos en América Latina y el Caribe que terminan en aborto aumentó entre 1990–1994 y 2010–2014, de 23% a 32%¹⁵³.

Este progreso puede relacionarse con los cambios legislativos en torno al aborto observados en la región. En los últimos dos años, Argentina y algunas regiones federales de México¹⁵⁴ se sumaron al listado de países de la región que no establecen restricciones para inte-

¹⁵³ Hoja informativa: Aborto en América Latina y el Caribe. Guttmacher Institute (2018)

¹⁵⁴ En septiembre de 2021, la Suprema Corte de Justicia de México declaró inconstitucional la criminalización del aborto, así como reconocer el derecho a la vida desde la concepción. Esta decisión se refería a las leyes de los estados de Coahuila y Sinaloa, pero el fallo judicial sentó precedente para su aplicación en el resto de estados de México, pues se adoptó con mayoría calificada de la Corte. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-45132307>

rrumpir un embarazo. Además, países como Chile, avanzaron en la despenalización del aborto en tres causales, después de décadas en las que el aborto voluntario por cualquier razón estaba completamente penalizado.

Ahora bien, este avance regional en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres no ha estado exento de críticas e intentos de impedir la ampliación de derechos, principalmente de grupos conservadores ligados a instituciones religiosas y/o partidos políticos conservadores. Este escenario resulta contraproducente para aquellos países, como El Salvador, Honduras, Nicaragua y República Dominicana, en que el aborto sigue estando totalmente restringido, bajo cualquier causal, como se observa en la siguiente tabla:

LEGALIDAD DEL ABORTO EN 2021

CAUSAL	PAÍSES Y TERRITORIOS
Prohibido totalmente (sin excepción legal explícita)	El Salvador, Honduras, Nicaragua, República Dominicana, Haití.
Protección de la vida de la madre^(a)	Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Dominica, Granada, Jamaica, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tobago, Belice, Costa Rica, Guatemala, México, Panamá, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Surinam, Venezuela, Costa Rica.
Protección de la salud física y/o mental de la mujer	Bahamas, Barbados, Granada, Jamaica, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tobago, Belice, Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú.
Violación^(c)	Barbados, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Panamá, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador.
Inviabilidad fetal^(d)	Barbados, San Vicente y las Granadinas, Belice, Panamá, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia.
Factores socioeconómicos^(e)	Barbados, San Vicente y las Granadinas, Belice.
Sin restricción en cuanto a razón^(f)	Cuba, México, Argentina, Guyana, Uruguay, Puerto Rico.

Notas: ^(a) En algunos países esto está sujeto a un listado específico de condiciones clínicas; ^(b) En algunos países existen plazos de gestación diferenciados, según la edad de la persona gestantes ^(c) En algunos países esta causal está sujeta al diagnóstico de alguna de las patologías consideradas como «*incompatibles con la vida extrauterina*», de carácter letal, que puedan observarse en el feto; ^(d) Los países que permiten el aborto sin restricción en cuanto al motivo tienen límites gestacionales (generalmente, el primer trimestre) y/o pueden establecer restricciones como autorización de los padres para menores de edad. En el caso de México, la mayoría de las causales están disponibles en algunas regiones del país, con excepción de la causal de violación que no tendría restricciones territoriales. En algunos países, las causales no se mencionan explícitamente en la ley, pero se aceptan como un principio legal general, requiriendo a veces de una decisión judicial.

Fuente: *Elaboración propia, en base a datos de «Countries by legal grounds for abortion (recoded)»¹⁵⁵ y actualizado con otras fuentes.*

¹⁵⁵ Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, 2019.

Ley 21.030 en Chile: Interrupción Voluntaria del Embarazo en tres causales

En el año 2017, el Estado chileno, mediante la promulgación de la Ley N° 21.030 (también conocida como Ley IVE), despenalizó la interrupción voluntaria del embarazo en las siguientes causales:

1. La mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida.
2. El embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal.
3. Sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación. Tratándose de una niña menor de 14 años, la interrupción del embarazo podrá realizarse siempre que no hayan transcurrido más de catorce semanas de gestación.

Esta ley constituyó un paso significativo en la historia de políticas públicas para mejorar la salud reproductiva de todas las personas. En 2018, el Ministerio de Salud (Minsal) publicó la Norma Técnica Nacional de Acompañamiento y Atención Integral, con el objetivo de hacer operativo lo dispuesto en la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en los establecimientos de salud. La norma técnica tiene como propósito promover una atención con estándares uniformados, tanto en la intervención psicosocial, como en los procedimientos médicos para las personas que lo requieran. Esta norma incluye elementos epidemiológicos clínicos y los requisitos para la constitución de cada causal, el proceso de atención, la articulación entre el acompañamiento psicosocial y la interrupción del embarazo y la continuidad de la atención¹⁵⁶. Al establecer los lineamientos normativos, junto a los procedimientos clínicos y de acompañamiento, se busca evitar irregularidades y disminuir las posibilidades de una implementación discrecional de la ley por parte de los centros de salud que acojan un caso de IVE.

¹⁵⁶ Ministerio de Salud. (2018). Norma Técnica Nacional de Acompañamiento y Atención Integral Ley 21.030. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/NORMA-ACOMPA%3%91AMIENYO-Y-ATENCI%3%93N-INTEGRAL-LEY-21.030.pdf>

Según el Ministerio de Salud, la norma contribuye al ejercicio del derecho al acompañamiento y una atención integral, tanto en el proceso de discernimiento, como durante el período siguiente a la toma de la decisión, que comprende el tiempo anterior y posterior al parto o a la interrupción del embarazo, propiciando la continuidad de los cuidados¹⁵⁷.

Los hospitales en Chile, como prestadores institucionales de salud, deben cumplir con la normativa vigente y, por tanto, facilitar el acceso a la salud sexual y reproductiva de las personas. Algunos, al promulgarse la Ley 21.030, han decidido formular sus propios protocolos IVE, que deben ajustarse a la norma técnica, para entregar una atención integral a las/os usuarias que decidan acogerse a la ley. No obstante, no es obligatorio para todos los centros de salud tenerlos, ya que en caso de no redactar sus propios protocolos, estos deben guiarse por lo señalado en la Norma Técnica Nacional de Acompañamiento y Atención Integral.

¿Cómo se registra la implementación de la Ley IVE?

La norma técnica responde a la necesidad de contar con un sistema nacional de salud público y privado que esté unificado y permita aunar criterios de implementación y registro de todos los aspectos relevantes de la implementación de esta política. Para ello, se deja consignado el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) que los servicios de salud deben registrar e informar para la realización del monitoreo.

Los datos que componen el CMBD son los siguientes y deberán ser obtenidos mediante la ficha clínica de la paciente:

- A. Datos relativos al proceso de atención: Puerta de entrada al sistema, cumplimiento de criterios para constituir causal, cartera de servicios otorgados, decisión de la mujer, puntos del flujo y lugar donde se toma la decisión, seguimiento clínico y administrativo de la mujer y del feto.
- B. Prestaciones realizadas: Prestaciones biomédicas y psicosociales protocolizadas.

¹⁵⁷ Ministerio de Salud. (2018). Norma Técnica Nacional de Acompañamiento y Atención Integral Ley 21.030. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/NORMA-ACOMPA%3%91AMIENYO-Y-ATENCI%3%93N-INTEGRAL-LEY-21.030.pdf>

- C. Resultados del proceso de atención:** Resultados en torno a la mujer, condición del producto de la gestación (según signos vitales y edad gestacional).

Esta información alimenta el contenido para realizar la evaluación de la política. Según la norma técnica, dicha evaluación contempla los siguientes indicadores:

INDICADORES ORIENTADOS A LA MEDICIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA

<p>i.</p> <hr/> <p>Cuantificación y caracterización sociodemográfica de los casos por cada causal</p>	<p>ii.</p> <hr/> <p>Distribución de casos por tipo de causal</p>	<p>iii.</p> <hr/> <p>Caracterización de los casos por diversas variables del proceso de atención (<i>aceptación de la IVE, latencia del procedimiento, tipo de procedimiento, tipo de acompañamiento, etc.</i>)</p>
<p>iv</p> <hr/> <p>Resultados por cada causal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad Materna • Mortalidad Perinatal • Sobrevida de las mujeres • Sobrevida del producto de la gestación • Tasa de derivaciones • Tasa complicaciones • Tasa hospitalizaciones 	<p>v.</p> <hr/> <p>Adhesión a protocolos por cada causal (<i>cumplimiento de las recomendaciones y plazos de atención</i>)</p>	<p>vi.</p> <hr/> <p>Calidad de la atención (<i>acceso, oportunidad, aceptabilidad, cobertura, satisfacción usuarias</i>)</p>

MEDICIONES PARA IDENTIFICACIÓN DE MEJORAS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN (*RECOPIACIÓN, ALMACENAMIENTO, PROCESAMIENTO Y PRODUCCIÓN DE INFORMACIÓN*)

<p>i.</p> <hr/> <p>Precisión de datos</p>	<p>ii.</p> <hr/> <p>Precisión de registros</p>
---	--

Como se observa, la norma técnica ofrece un marco de indicadores y componentes con los cuales evaluar la implementación de la ley de manera sustantiva. No obstante, en la práctica, el monitoreo pareciera quedar restringido a los tres primeros puntos:

- Cuantificación y caracterización sociodemográfica de los casos por cada causal.
- Distribución de casos por cada causal.
- Caracterización de los casos por diversas variables del proceso de atención.

Esto no permite ofrecer evidencia suficiente para conocer cómo efectivamente se está llevando a cabo esta prestación de salud, no pudiendo identificarse sus puntos críticos para realizar las mejoras necesarias. A la fecha, no se ha generado una evaluación estandarizada por los organismos técnicos del Ministerio de Salud que contemple todos los puntos señalados en la norma técnica. Esto, finalmente, posibilita que existan diferencias significativas entre lo que puede vivir una persona que acude a un hospital u otro.

Información disponible sobre la implementación de la Ley IVE

Si bien el Minsal dispone en la norma técnica una serie de indicadores a medir en relación a la implementación de la Ley 21.030, junto con los procedimientos a seguir por los centros de salud en el reporte de los casos atendidos, existen dificultades para acceder a los registros. La opción disponible es el análisis de los datos estadísticos reportados públicamente por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), dado que no existe un reporte consolidado y sustantivo sobre la implementación que contemple otros indicadores como, por ejemplo, de calidad.

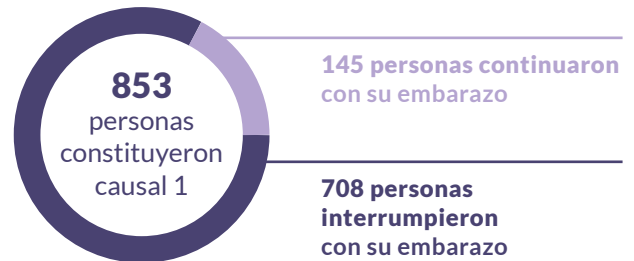
En el análisis de las estadísticas de los registros IVE se puede observar que entre enero de 2018 y septiembre de 2021, se registraron 2.757 constituciones en alguna de las tres causales despenalizadas. De ellas, 2.301 mujeres y personas gestantes interrumpieron su embarazo, correspondiendo a un 83,5% del total¹⁵⁸.

La causal dos¹⁵⁹ es la que tiene más casos constituidos (1.401 casos), correspondiente al 50,8% del total. En segundo lugar, se encuentra la causal uno con 853 casos que corresponde al 30,9% del total. En último lugar, se ubica la causal tres con 503 casos equivalente a un 18,2% del total¹⁶⁰.

Se observa algo similar respecto de las interrupcio-

nes realizadas durante este período. La C2 es aquella con más interrupciones (1.129 procedimientos efectuados), seguida de la C1 (708 casos) y en último lugar, la C3 con 464 interrupciones.

Nº CASOS TOTALES CONSTITUIDOS E INTERRUPCIONES REALIZADAS ENTRE 2018 Y SEPTIEMBRE 2021 EN CHILE



Tasa de interrupciones: **83%**



Tasa de interrupciones: **86,6%**



Tasa de interrupciones: **92,2%**



Tasa de interrupciones: **83%**

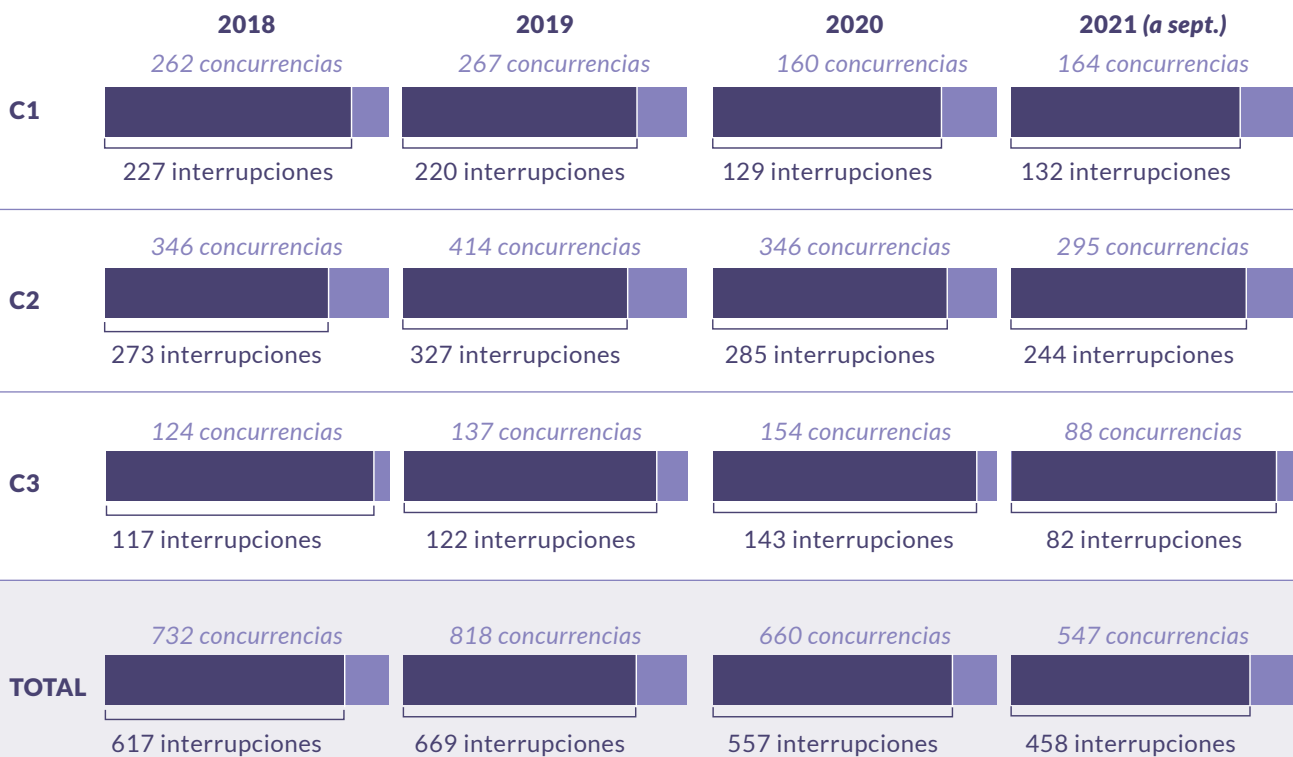
¹⁵⁸ Informe de elaboración propia con datos del Reporte Ley 21.030 del Ministerio de Salud. Pueden existir variaciones según ajustes realizados por DEIS en reporte de información. https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2F382105c8-521f-4356-b1b8-6bad21ba8b08§ionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false

¹⁵⁹ En adelante, la causal 1 será abreviada C1, causal 2 como C2 y causal 3 como C3.

¹⁶⁰ "Acceso a la Interrupción del Embarazo en Chile: Un análisis comparado entre 2018 y 2020", Corporación Miles (2021). Pueden existir variaciones, según ajustes realizados por DEIS en reporte de información.

Al analizar año a año, se observa que la C1 y C2 registraron un aumento en los casos constituidos y en las interrupciones realizadas entre 2018 y 2019. Sin embargo, en 2020, se presentó una disminución importante en el número de constituciones, llegando a las cifras más bajas desde la vigencia de la ley. Esta disminución en la concurrencia a las causales se puede relacionar con el efecto de la pandemia en la situación sanitaria del país y un escaso aseguramiento de esta prestación durante la crisis. Pese a esto, la C3 tuvo un aumento progresivo, incluso en el 2020.

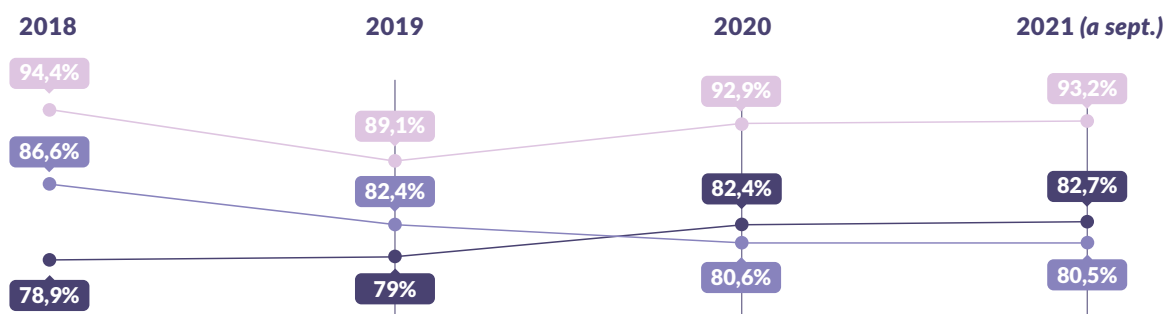
Nº CASOS CONSTITUIDOS E INTERRUPTIONES REALIZADAS ENTRE 2018 Y 2021 EN CHILE



Gráficos de elaboración propia, a partir de datos publicados en deis.minsal.cl

Respecto de la tasa de interrupciones, se observa que desde 2018 las interrupciones en la C2 han aumentado (3,8 puntos) y disminuido en la C1 y C3 (6,1 y 1,2 puntos respectivamente).

% DE INTERRUPTIONES EN RELACIÓN A CASOS CONSTITUIDOS ENTRE 2018 Y 2021 EN CHILE

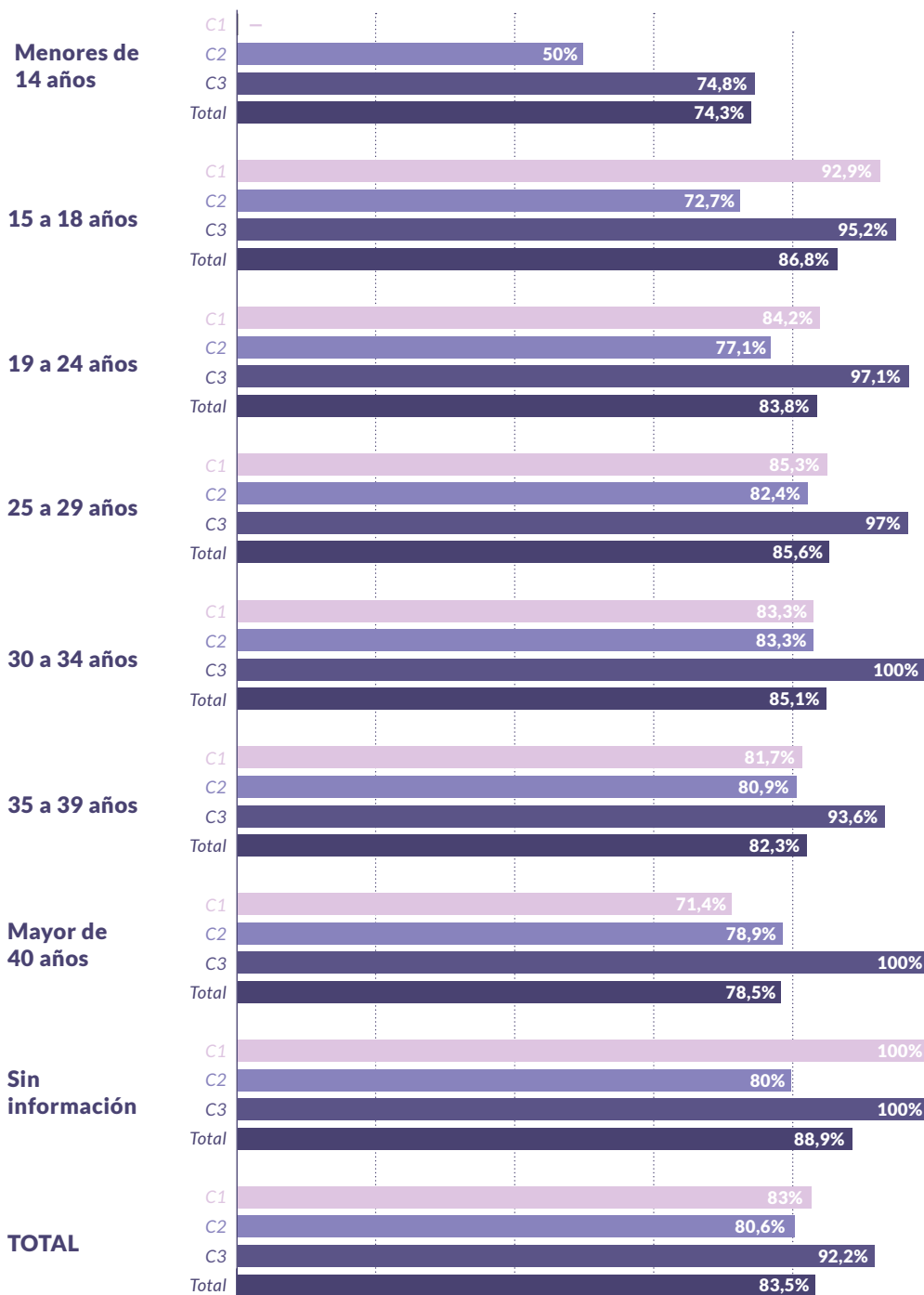


Gráficos de elaboración propia, a partir de datos publicados en deis.minsal.cl



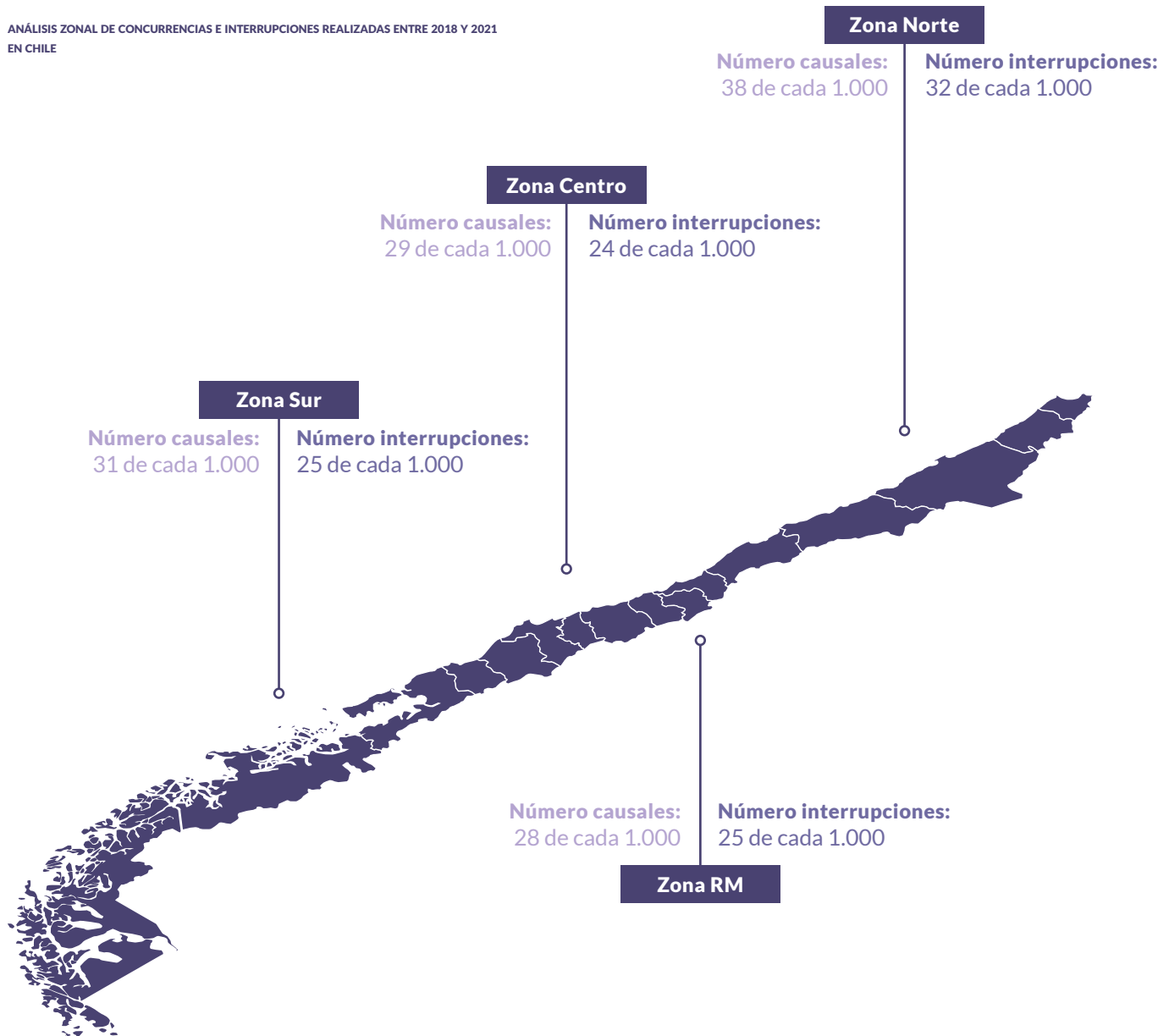
Al analizar la tasa de interrupciones desagregada por edad, se observa la preocupante realidad del grupo de menores de 14 años que presenta la tasa más baja de interrupciones en la C3 (violación), estando casi 20 puntos porcentuales por debajo de los otros grupos etarios. Estas cifras requieren ser estudiadas en profundidad para determinar con precisión las causas y las barreras que enfrentan las niñas a la hora de interrumpir sus embarazos, especialmente aquellos producto de una violación.

PORCENTAJE DE INTERRUPCIONES EN RELACIÓN A CASOS CONSTITUIDOS ENTRE 2018 Y 2021 EN CHILE POR GRUPO ETARIO



Por último, al desagregar las cifras por territorios geográficos también es posible identificar algunas diferencias importantes:

ANÁLISIS ZONAL DE CONCURRENCIAS E INTERRUPCIONES REALIZADAS ENTRE 2018 Y 2021 EN CHILE



Gráficos de elaboración propia, a partir de datos publicados en deis.minsal.cl

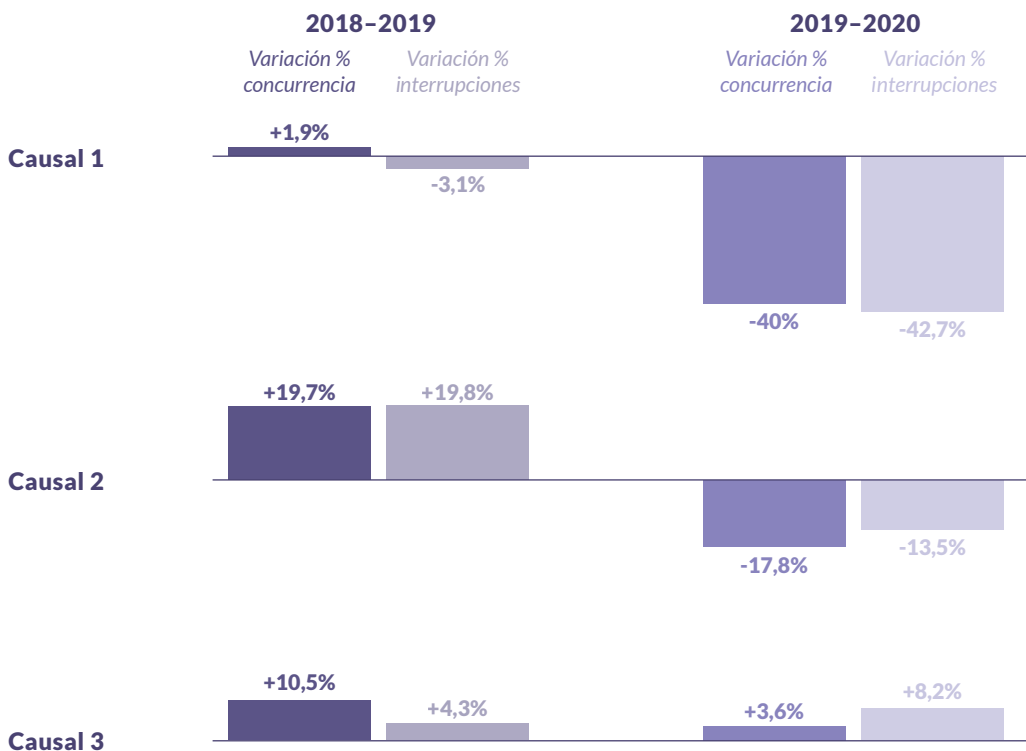
El análisis muestra que la zona norte presenta más concurrencias e interrupciones en comparación a otras, seguida por la zona sur de Chile. No obstante, la tasa de interrupción es menor en estas zonas que en otros territorios. Estas diferencias merecen ser estudiadas con mayor profundidad para identificar cuáles son las barreras que las mujeres y personas gestantes presentan a la hora de constituir causal e interrumpir finalmente su embarazo.

Ley IVE en tiempos de Covid-19

Ahora bien, la realidad de la implementación de la IVE también se ha visto afectada, producto del contexto sanitario actual. La pandemia del Covid-19 ha tenido un impacto incalculable en la vida de las personas y comunidades. El esfuerzo por responder a la crisis sanitaria ha significado, entre otras cosas, una redistribución de recursos y prioridades en el sistema de salud chileno. Durante 2020, Corporación Miles realizó un monitoreo a las políticas de salud sexual y reproductiva (SSR) durante la pandemia donde se evidenció que el acceso a este tipo de prestaciones se vio considerablemente afectado producto de la crisis sanitaria¹⁶¹.

En comparación con el año 2019, en 2020 la constitución de causales (para cualquiera de ellas) bajó un 21%. El número de interrupciones igualmente disminuyó en relación con el año 2019: 40% menos de personas interrumpieron su embarazo por C1 y 17,8% menos por C2. En cuanto a las interrupciones por la C3, estas aumentaron en un 3,6%, que se condice con el aumento de la violencia de género percibida durante la pandemia.

VARIACIÓN PORCENTUAL EN CONSTITUCIÓN CAUSALES E INTERRUPTIONES 2018-2020 EN CHILE



Gráficos de elaboración propia, a partir de datos publicados en deis.minsal.cl

¹⁶¹ Corporación Miles (2020) Monitoreo de Políticas de Salud Reproductiva. Disponible en: https://issuu.com/corporacionmiles/docs/informe_clacai

El estado de la IVE en Chile: Más allá de la cobertura

Ahora bien, más allá de las cifras de la ley 21.030, es necesario contemplar en el análisis las diversas barreras que una persona puede atravesar a la hora de solicitar la interrupción de un embarazo.

Algunas de estas barreras a considerar son^{162 163}:

1. Elevado número de objetores de conciencia.
2. Desinformación respecto de la ley de parte del personal médico.
3. Falta de stock de medicamentos que permiten interrumpir un embarazo.
4. Desconocimiento del marco legal, de parte de usuarias, personal médico y funcionarios del sector judicial.
5. Interpretación restrictiva del marco legal para la constitución de las causales, limitando las prestaciones por edad gestacional del feto, elevando requisitos adicionales, usando inconstitucionalmente la objeción de conciencia (institucional e individual).

Además, en diversas investigaciones también se han identificado otras dificultades transversales que afectan su implementación¹⁶⁴:

1. La falta de protocolos internos ajustados a la Norma Técnica de la Ley 21.030.
2. Inconvenientes en el sistema de referencia/contrarreferencia entre médicos para la obtención de los diagnósticos que permiten constituir causal.

3. Falta de capacitación de los profesionales para realizar los procedimientos.
4. Aplazamientos injustificados de la interrupción y manejo inadecuado del dolor.
5. Estigmatización respecto de la mujer que realiza una IVE, pero también hacia los profesionales que pudieran realizar este procedimiento.

A pesar de los avances que durante la última década se han observado en materia de derechos sexuales y reproductivos para las mujeres y personas gestantes, el escenario local y regional muestra que existe una deuda en relación a la garantización de acceso a atención y prestación de servicios de calidad para casos que requieren de una IVE.

Sin embargo, el contexto actual de la pandemia Covid-19 ha agravado esta situación. Particularmente en Chile, durante el año 2020, se alcanzó el mínimo histórico tanto en causales constituidas (-19,3% en relación al 2019) e interrupciones efectivas (-16,7% en relación al 2019). Si bien, durante 2021, se puede proyectar un aumento de 10,5% en causales constituidas y un 9,9% en interrupciones, en comparación con el año 2020, las cifras seguirán estando por debajo de lo ocurrido en los años previos a la pandemia.

La objeción de conciencia también se transforma en un punto crítico del panorama actual de la IVE. En relación a la objeción institucional, al 2019 se registran siete instituciones objetoras del mundo privado¹⁶⁵, donde seis¹⁶⁶ de ellas se declaran objetoras para todas las causales y la restante¹⁶⁷ es objetora para la causal por violación. A la fecha, no existe un listado actualizado de

¹⁶² La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. (s/f). TOP 7: Barreras más comunes que enfrenta una mujer que desea interrumpir voluntariamente su embarazo. Abril 19, 2021, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres Sitio web: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/top-7-barreras-mas-comunes-que-enfrenta-una-mujer-que-desea-interrumpir-voluntariamente-su-embarazo/>

¹⁶³ Barreras de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en el contexto de la pandemia por COVID-19. Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 15 de abril de 2020. Sitio web: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2020/07/Inf-tecnico-Covid19-v8-1.pdf>

¹⁶⁴ Valenzuela, Cecilia. (2020). Investigadoras estudiarán las barreras que deben enfrentar las mujeres que requieren interrupción voluntaria del embarazo por tres causales. abril 21, 2021, de Universidad de Chile Sitio web: <https://www.uchile.cl/noticias/164914/estudiaran-las-barreras-para-el-aborto-en-tres-causales>

¹⁶⁵ Listado de objetores institucionales (2019). Ministerio de Salud <https://www.minsal.cl/listado-de-objetores-institucionales/>

¹⁶⁶ Pontificia Universidad Católica de Chile: Hospital Clínico, Centro Médico San Joaquín, Centro del Cáncer, Centro Médico Irrazával, Centro Médico Alcántara, Centro Médico Lira 85, Centro de Especialidades Médicas; UC Christus Servicios Clínicos SpA.: Clínica San Carlos de Apoquindo; Pontificia Universidad Católica de Chile: CESFAM Madre Teresa de Calcuta, CESFAM Juan Pablo II, CESFAM San Alberto Hurtado; Corporación Iglesia de los Adventistas del Séptimo Día: Clínica Adventista Los Ángeles; Fundación Hospital Parroquial de San Bernardo: Hospital Parroquial de San Bernardo; Universidad de Los Andes: Campus Central Universidad de Los Andes, Hospital Clínico de la Universidad de Los Andes, Centro de Salud de la Universidad de Los Andes.

¹⁶⁷ Instituto Diagnóstico S.A. (Clínica Indisa): Clínica Indisa, Centro de Consultas, Centro Médico.

recintos de salud objetores, transformándose en una barrera para las mujeres y personas gestantes en el acceso a información actualizada que les permita elegir el centro de salud más adecuado para su situación.

La objeción de conciencia personal también constituye una barrera de acceso a la IVE. En algunos casos, los centros de salud del sistema público del país tienen tan alto nivel de objeción de conciencia entre los profesionales médicos, no médicos y técnicos en salud que participan de una IVE, funcionando en la práctica como objetores institucionales. En establecimientos públicos de salud, que cuentan con policlínicos ARO¹⁶⁸, como los Hospitales de San Fernando, Constitución, Pitrufquén, Villarrica y Puerto Aysén, el 100% de los médicos obstetras contratados se declaran objetores de la causal 3¹⁶⁹, teniendo además altos porcentajes de objetores de conciencia para las otras causales. Esto constituye una barrera de acceso importante, sobre todo para aquellas personas que viven en regiones con oferta limitada de prestadores de salud.

Finalmente, nos encontramos con una gran falta de información sobre la Ley 21.030, condicionada por el Artículo 119 quáter que señala: «*Queda estrictamente prohibida la publicidad sobre la oferta de centros, establecimientos o servicios, o de medios, prestaciones técnicas o procedimientos para la práctica de la interrupción del embarazo en las causales del inciso primero del artículo 119. Lo anterior no obsta al cumplimiento de los deberes de información por parte del Estado ni a lo dispuesto en el párrafo 4° del título II de la ley N° 20.584*»¹⁷⁰. Esto constituye otra gran barrera. La prohibición de la promoción de la ley, muchas veces, es entendida como una prohibición de entrega de información a las usuarias del sistema de salud, que se encuentren ante la posibilidad de constituir alguna de las tres causales que la legislación actual considera, retrasando el proceso para interrumpir su embarazo y yendo en contra de lo dispuesto en el mismo artículo que señala que es el deber del estado de entregar información. Aun así este punto no se cumple a cabalidad. Si bien el Ministerio de Salud dispone

de un sitio web¹⁷¹ donde se encuentra información relativa a la Ley IVE, no siempre está actualizada.

Frente a este escenario, Corporación Miles y el Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI) quisieron conocer en detalle la implementación de la Ley IVE en Chile durante el primer año de la pandemia del Covid-19.

¹⁶⁸ Alto Riesgo Obstétrico.

¹⁶⁹ Mapa Nacional de médicos/as obstetras objetores/as de conciencia en establecimientos públicos de salud. Chile 2019-2020. Humanas. <https://www.humanas.cl/mapa-objetores-de-conciencia-en-chile/>

¹⁷⁰ Ley Nro. 21.030 Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Ley Chile, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1108237>

¹⁷¹ <https://www.minsal.cl/todo-sobre-la-interrupcion-voluntaria-del-embarazo-en-tres-causales/>



Monitoreo a la implementación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Chile durante la Pandemia por Covid-19

Durante 2021, Corporación Miles, junto al Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI), realizó un estudio para conocer el estado de la implementación de la Ley 21.030 durante el año 2020, en el contexto de la crisis sanitaria del Covid-19.

¿Cómo se hizo el estudio y cuál fue su objetivo?

Se utilizó una metodología mixta que contempló las siguientes fuentes de información:

- Cuatro entrevistas en profundidad a mujeres que durante 2020 buscaron interrumpir su embarazo conforme a la Ley 21.030 en Chile. El propósito de estas entrevistas fue analizar sus experiencias, identificar irregularidades, obstaculizadores y buenas prácticas.
- Mediante el uso de la Ley de Transparencia se solicitó información a los hospitales con Unidad de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) respecto del stock disponible de Misoprostol, Mifepristona y AMEU en Cenabast y servicios de salud
- Se realizó un análisis comparativo entre el número de objetores de conciencia y plantilla de profesionales de SSR contratados por los hospitales con Unidad de Alto Riesgo Obstétrico a diciembre de 2020.
- Se realizó un análisis comparado entre protocolos IVE de los hospitales con Unidad de Alto Riesgo Obstétrico y la Norma Técnica Nacional para identificar si se ajustaron a los estándares propuestos por el Minsal.

A tener en cuenta... ¿Cuáles son los procedimientos para llevar a cabo una IVE?

Según la edad gestacional, la interrupción voluntaria de un embarazo puede realizarse mediante un procedimiento médico, a través de fármacos o una intervención quirúrgica (realizado por un profesional capacitado).

Los métodos más utilizados para realizar un aborto son:

- **La aspiración por vacío:** utiliza succión para vaciar el contenido del útero mediante una bomba manual (AMEU) o eléctrica. Puede realizarse hasta las 12 semanas.
- **El aborto con medicamentos (AM):** se utiliza para vaciar el contenido del útero. Pueden ser una combinación de mifepristona y misoprostol o misoprostol solo. El Misoprostol 200 mg es un fármaco usado para inducir contracciones, siendo utilizado para abortos, inducción del trabajo de parto y otros casos clínicos. Es el fármaco más utilizado para la realización de una interrupción voluntaria del embarazo. Por su parte, la Mifepristona es un fármaco recomendado por la OMS para la inducción de contracciones uterinas en conjunto con el misoprostol. Si bien el Misoprostol por sí mismo es suficiente para la realización del procedimiento farmacológico, el uso combinado con Mifepristona aumenta la eficacia del procedimiento, por lo que su uso es sugerido por el Ministerio de Salud en las Normas Técnicas de la IVE. Esta técnica es segura para abortos durante el primer y segundo trimestre.
- **Dilatación y evacuación:** Consiste en dilatar el cuello uterino durante el segundo trimestre con la finalidad de extraer por completo todo el tejido disponible en su interior.
- **Legrado o curetaje:** Consiste en introducir una cucharilla en el útero y extraer el tejido. Si bien es un método obsoleto y no es recomendado por la OMS para ningún tipo de aborto, pues conlleva mayores riesgos producto del uso de la cureta, se sigue realizando en Chile.

Presentación de Resultados

Para conocer la disponibilidad de los insumos, se solicitó información de su programación, recepción y stock disponible a 66 hospitales con Unidad de Alto Riesgo Obstétrico. Se recibieron respuesta de 62 recintos de salud. No contestaron el Hospital de Calama, el Hospital Regional de Antofagasta, el Hospital de Buin y el Hospital de San Antonio.

Sobre stock de Misoprostol

Los 62 hospitales consultados programaron a Cenabast 52.668 unidades de Misoprostol 200 mg y, de acuerdo a sus respuestas, recibieron 48.300 unidades. Es decir, un 92% de lo programado para el año 2020. Ahora bien, la realidad específica de los hospitales varía caso a caso. Según la información entregada por ellos, nueve hospitales recibieron menos de un 45% de lo que solicitaron: Hospital de Coquimbo, Hospital de Los Ángeles, Hospital de Quillota, Hospital de Temuco, Hospital Clínico de La Florida, Hospital San Juan de Dios, Hospital Félix Bulnes, Hospital de Victoria y el Hospital de Los Andes.

Pese a haberlos programado, el Hospital de Los Ángeles, el Hospital de Temuco, el Hospital de Quillota y el Hospital de Coquimbo no recibieron Misoprostol por parte de Cenabast durante el 2020. El hospital de Iquique, que no programó Misoprostol a Cenabast durante este periodo, adquirió este medicamento vía «*compra interna*», sin detallar información sobre su proveedor, dificultando el monitoreo de la distribución y el stock de los insumos necesarios para la implementación de la IVE.

Por último, se observó que diez hospitales¹⁷² no programaron Misoprostol durante el 2020 y, cómo no precisaron las razones, no es posible conocer las causas. La falta de claridad en las respuestas por parte de los servicios de salud, así como la poca especificación del uso del Misoprostol (para realización de IVE versus otros fines), agudiza la dificultad para monitorear este tipo de medicamentos, afectando la transparencia necesaria para asegurar esta y otras prestaciones de salud.

Sobre el Stock de Mifepristona

Se consultó a 66 hospitales sobre su programación

¹⁷² Hospital de Cauquenes, Hospital de Constitución, Hospital de Iquique, Hospital de Ovalle, Hospital de Puerto Natales, Hospital de San Bernardo, Hospital de San Felipe, Hospital de Talagante, Hospital de Tomé, Hospital de Rancagua.

y recepción, pero se recibió información de 62 recintos de salud. De ellos, 35 hospitales con Unidad de Alto Riesgo Obstétrico no solicitaron este medicamento a Cenabast para el año 2020¹⁷³. 27 hospitales pidieron Mifepristona, alcanzando una programación total de 1.243 unidades, pero recibiendo 1.090 unidades. Es decir, un 88% del total.

Por último, 20 de los 66 hospitales señalaron no tener stock de Mifepristona en diciembre de 2020. Algunos de ellos, como el caso del Hospital de Los Ángeles, mencionan que el stock cero se mantenía hasta abril de 2021 (fecha en que respondieron nuestra consulta). Al respecto, no se explica que bajo condiciones de desabastecimiento en los mismos recintos de salud, 15 hospitales¹⁷⁴ no haya solicitado Mifepristona durante el año 2020. Una posible explicación puede estar dada por la situación del Hospital de Lautaro, quienes no registran solicitud a Cenabast, dado su alto número de objetores de conciencia implicaría que no realizan IVE y las usuarias que la requieran deben ser trasladadas al Hospital Regional de Temuco¹⁷⁵.

Sobre la disponibilidad de insumos para realizar una Aspiración Manual Endouterina (AMEU)

De los 66 hospitales con Unidad de Alto Riesgo Obstétrico consultados, se recibió información respecto del instrumental disponible para la realización de este procedimiento de 62 servicios de salud.

¹⁷³ Hospital de Iquique, Hospital Provincial del Huasco, Hospital de La Serena, Hospital de Ovalle, Hospital de Valparaíso, Hospital de Los Andes, Hospital de Quillota, Hospital de Viña del Mar, Hospital de Talagante, Hospital de Melipilla, Hospital Clínico Metropolitano, Hospital de San Miguel, Hospital de Puente Alto, Hospital de San Ramón, Hospital Clínico de La Florida, Hospital regional de Rancagua, Hospital de Rengo, Hospital de San Fernando, Hospital de Colchagua, Hospital de Cauquenes, Hospital de Constitución, Hospital de Curicó, Hospital de Ñuble, Hospital Clínico Regional de Concepción, Hospital de Lota, Hospital de Tomé, Hospital de Lautaro, Hospital de Nueva Imperial, Hospital de Pitrufquén, Hospital de Villarrica, Hospital de Temuco, Hospital Base de Osorno, Hospital de Puerto Montt, Hospital Clínico de Magallanes, Hospital de Puerto Natales.

¹⁷⁴ Hospital de Iquique, Hospital del Huasco, Hospital de Quillota, Hospital de Talagante, Hospital Clínico Metropolitano, Hospital de Puente Alto, Hospital de San Ramón, Hospital de Cauquenes, Hospital de Constitución, Hospital Clínico de Concepción, Hospital de Tomé, Hospital de Lautaro, Hospital de Nueva Imperial, Hospital de Pitrufquén, Hospital de Villarrica.

¹⁷⁵ Información obtenida vía Ley de Transparencia.

De ellos, 28 hospitales¹⁷⁶ no solicitaron ningún instrumental AMEU a Cenabast. Como el instrumental es reutilizable, es posible que pudieran no haber necesitado dichos insumos. Esto explicaría que once hospitales confirmaran no haber contado con este material disponible en diciembre de 2020.

Respecto de los 25 hospitales que sí solicitaron instrumental para la realización de la AMEU, se observó que el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, el Hospital de Talcahuano y el Hospital de Angol no recibieron nada de lo programado. Sin embargo, igualmente, declaran contar con instrumental disponible en «bodega» a diciembre de 2020.

Por último, 13 hospitales¹⁷⁷ declaran no tener instrumental disponible para la realización de esta intervención, dejando sin posibilidad a las usuarias de optar a las alternativas más recomendadas.



¹⁷⁶ Hospital Regional De Copiapó, Hospital Provincial del Huasco, Hospital de La Serena, Hospital de Coquimbo, Hospital de Los Andes, Hospital de Quillota, Hospital de Peñaflor, Hospital de Melipilla, Hospital de San Miguel, Hospital de San Bernardo, Hospital de Puente Alto, Hospital de San Ramón, Hospital Regional de Rancagua, Hospital de Colchagua, Hospital de Cauquenes, Hospital de Constitución, Hospital de Linares, Hospital de Ñuble, Hospital de Lota, Hospital de Tomé, Hospital de Victoria, Hospital de Villarrica, Hospital de Temuco, Hospital de Puerto Montt, Hospital de Quellón, Hospital de Aysén, Hospital Clínico de Magallanes, Hospital de Puerto Natales.

¹⁷⁷ Hospital de Iquique, Hospital Provincial del Huasco (De Vallenar), Hospital de Ovalle, Hospital de San Bernardo, Hospital de Puente Alto, Hospital de San Ramón, Hospital de Constitución, Hospital de Linares, Hospital de Tome, Hospital de Victoria, Hospital de Villarrica, Hospital de Temuco, Hospital de Puerto Natales.



Sobre los objetores de conciencia¹⁷⁸

A 66 hospitales con Unidad de Alto Riesgo Obstétrico les solicitamos información sobre el número de profesionales que tenían contratados y los objetores de conciencia, pero recibimos respuesta completa de 46 de ellos (2 respondieron de manera parcial y 18 no contestaron). Estos últimos son:

- El Hospital de Tomé, debido a que no realiza IVE y deriva al Hospital de las Higueras de Talcahuano.
- Hospital Clínico San Borja Arriarán, Hospital Clínico Metropolitano El Carmen de Maipú, Hospital de Coyhaique, Hospital de Aysén, Hospital de San Miguel, Hospital de Buin, Hospital de San Bernardo, Hospital Clínico de Magallanes, Hospital de Puerto Natales, Hospital Base de Osorno, Hospital Regional de Antofagasta, Hospital de Talagante, Hospital de Peñaflores, Hospital de Victoria, Hospital de Angol, Hospital de Castro y Hospital de Quellón.

Las cifras oficiales disponibles en la página web del Ministerio de Salud corresponden a datos del año 2019. De los 4.809 profesionales en el monitoreo oficial, Corporación MILES obtuvo información para 3.930 de ellos. Frente a ello, en la información recabada durante el año 2020, se observa un aumento proporcional de entre un 1 y un 2% respecto a los objetores de conciencia que hubo en el año 2019 para cada una de las causales.

¹⁷⁸ En este monitoreo solo contempló la objeción de conciencia individual en los servicios de Salud con Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, dejando afuera la realidad de los establecimientos privados.

¹⁷⁹ Protocolo para la manifestación de objeción de conciencia personal y para la objeción de conciencia invocada por instituciones en el marco de lo dispuesto en el artículo 119 quáter del Código Sanitario, Minsal (2018).

¿Qué es la objeción de conciencia y por qué puede obstaculizar la IVE?

La Objeción de Conciencia (OC) es una figura de carácter excepcional, que respeta el derecho del profesional de la salud a abstenerse de cumplir la obligación de atención tanto para «médico requerido para interrumpir el embarazo» en alguna de las causales de interrupción voluntaria como para el «resto del personal al que corresponda desarrollar sus funciones al interior del pabellón quirúrgico durante la intervención»¹⁷⁹.

La objeción de conciencia individual no puede condicionar, ni mucho menos limitar, las posibilidades de una persona a acceder a la realización de una IVE. Por esta razón, el establecimiento de salud debe asegurar la atención médica oportuna. No obstante, la baja dotación de profesionales, las demoras producidas por las derivaciones y el trato diferenciado de un objetor a una usuaria, puede significar un entorpecimiento y obstaculizador del proceso.

PORCENTAJE OBJETOR DE EQUIPO DE SALUD PARA IVE ENTRE 2019-2020 POR CAUSAL

	EQUIPO DE SALUD PARA IVE			
	CONTRATADOS	OBJETOR CAUSAL 1	OBJETOR CAUSAL 2	OBJETOR CAUSAL 3
2019	4.809	533 (11,1%)	743 (15,5%)	1.144 (23,8%)
2020	3.930	503 (12,8%)	664 (16,9%)	1.006 (25,6%)

Tabla de elaboración propia a partir de información por Ley de Transparencia, en base a la respuesta de 48 hospitales.

Analizando el panorama por funcionarios de salud, se observa que en promedio aumentaron en un 8,2% los objetores en todas las causales, en comparación con el año 2019. En proporción al personal contratado, en 2019 y 2020, quienes más se declaran objetores de conciencia en las tres causales son los médicos obstetras, seguidos de los profesionales no médicos y los anestesistas. Quienes tienen el menor porcentaje de objeción son los técnicos paramédicos. Llama la atención que lo/as anestesistas se declaren objetores de conciencia para la causal 3, ya que esta tiene límite la edad gestacional de 12 o 14 semanas (según la edad de la mujer) pudiendo realizar el procedimiento con medicamentos o aspiración manual endouterina sin la necesidad de anestecistas.

PORCENTAJE DE TOTALES POR CAUSAL DE OBJETORES DE CONCIENCIA ENTRE 2019-2020 SEGÚN TIPO DE FUNCIONARIO.

	% DE OBJETORES (2019)			% DE OBJETORES (2020)		
	CAUSAL 1	CAUSAL 2	CAUSAL 3	CAUSAL 1	CAUSAL 2	CAUSAL 3
MÉDICOS OBSTETRAS	18,37%	24,96%	44,32%	19,92%	27,42%	46,72%
ANESTESISTAS	8,99%	13,49%	22,48%	10,96%	13,06%	21,63%
PROFESIONALES NO MÉDICOS	9,43%	15,72%	20,83%	12,23%	17,76%	23,76%
TÉCNICOS PARAMÉDICOS	7,98%	9,64%	11,92%	9,20%	11,06%	14,22%
TOTAL	11,8%	15,45%	23,79%	12,8%	16,9%	25,6%

Tabla de elaboración propia, a partir de información del DEIS y por Ley de Transparencia, en base a la respuesta de 48 hospitales.

Por su parte, un análisis territorial deja en evidencia que la región con el mayor porcentaje de objetores en cada causal, es la Región del Maule que tiene un promedio de 40,17% de objetores, seguido por la Región de Arica y Parinacota con un promedio de 31,77% y en tercer lugar es la Región de la Araucanía con 29,13%. Las tres regiones con el menor porcentaje de objetores en promedio son la Región de Los Ríos con 9,37%, le sigue la Región Metropolitana con 10,37% y la Región de los Lagos.

Si bien existe una Norma Técnica Nacional ¿Cómo se implementa la IVE en los servicios de salud?

¿Qué es la Norma Técnica Nacional?

Corresponde a un documento oficial, elaborado intersectorialmente por el Ministerio de Salud, destinado a hacer operativo lo definido en la Ley N° 21.030, de modo que las prestaciones a que tiene derecho toda mujer (adolescente y adulta) que habita en Chile y que se encuentra en alguna de estas situaciones específicas, sean entregadas con un adecuado estándar de seguridad, calidad y oportunidad, tanto en lo psicosocial como en lo biomédico. Por último, su cumplimiento es obligatorio para los servicios del sistema público y no queda sujeto a la disponibilidad de recursos locales.

¿Cómo se implementa la Norma Técnica Nacional en los servicios de salud?

A través de los protocolos clínico- administrativos. Se trata de manuales internos elaborados por matrono/as o enfermero/as supervisora/es, visado por médico/a jefe del servicio clínico y lo firma director/a del hospital respectivo. Tienen el objetivo de regular el procedimiento clínico-administrativo que debe realizar el equipo clínico o de salud del centro asistencial en la atención a las usuarias que solicitan la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Estos documentos deben cumplir con los estándares de la Normativa Técnica y, en ningún caso, pueden establecer pautas distintas para el accionar clínico ni administrativo.

Para conocer si el accionar oficial de los hospitales se ajustan a los estándares contemplados en la norma técnica, mediante Ley de Transparencia, se solicitaron los protocolos internos a 66 hospitales con Unidad de Alto Riesgo Obstétrico en Chile. Si bien se obtuvo respuesta de 50 de ellos, es importante señalar que no es obligación para todos los hospitales contar con estos manuales, pues los equipos pueden orientar su actuar desde la norma técnica ministerial.



MAPA DE GINECO-OBSTETRAS OBJETORES DE CONCIENCIA



Estipulación de «requisitos extraordinarios» para la constitución de causal 1

En los protocolos se debe expresar que no hay plazo límite para la interrupción voluntaria del embarazo en la causal 1, que el diagnóstico debe realizarse por un/a médico/a y que para la interrupción del embarazo requiere del diagnóstico médico más la voluntad de la mujer.

En varios de los protocolos analizados, se suelen constituir comités especializados para el diagnóstico, no especificando sus integrantes ni los plazos para tener una resolución. Esto es irregular y fuera de lo establecido en la norma técnica. De acuerdo a sus protocolos internos, el Hospital de Punta Arenas, el Hospital Carlos Van Buren y el Hospital Barros Luco Trudeau conforman un comité extraordinario para los casos IVE.

Vaguedad en los criterios para el diagnóstico de incompatibilidad de la vida extrauterina

Los requisitos deben mencionar que para la constitución de la causal 2 se debe contar con el diagnóstico de dos médico/as especialistas o un/a ginecóloga y un/a especialista. Para esta causal, no hay edad gestacional límite.

Sin embargo, el Hospital de Angol, Hospital de Los Ángeles, Hospital Base de Linares, Hospital de Puerto Aysén, Hospital de Puerto Montt, Hospital de Temuco, Hospital de Puerto Natales, Hospital San Luis de Buin, Hospital de Victoria, entre otros, no mencionan los requisitos para la constitución de la causal. Esto puede generar procedimientos distintos a los establecidos por el Minsal.

Por otro lado, los hospitales San Juan de Dios de Curicó y de Constitución mencionan un requisito adicional para constituir la causal: además del diagnóstico médico de un especialista, se pide el de sub-especialistas, no ajustándose a lo establecido en la norma técnica.

Según las orientaciones del Minsal, luego de la confirmación del diagnóstico por dos médico/as especialistas, las usuarias pueden decidir si interrumpir o no su embarazo. Sin embargo, el Hospital San Borja Arriarán y el Hospital Claudio Vicuña cuentan con requisitos adicionales. Estos mencionan, que después de la confirmación del diagnóstico, se requiere otra evaluación por la Unidad de Medicina Materno Fetal. El Hospital de Punta Arenas también agrega un requisito: solicita una «lista de antecedentes adicionales» para confirmar la posible constitución de la causal. Esto no se especifica en la norma técnica.

Escasa información respecto del accionar para la causal 3

Los procedimientos para constituir la causal 3 mantienen diversas irregularidades. Entre las más habituales se encuentran la conformación de comités IVE extraordinarios, la falta de especificación de los plazos que debería cumplir el equipo médico (como, por ejemplo, los plazos de entrega de los informes de concurrencia de causal), disminución de edad gestacional límite y tomas de muestra sin consentimiento informado.

Dentro de los protocolos que mencionan constituir comités IVE extraordinarios, se encuentran los siguientes hospitales: Sótero del Río, de Concepción, de Constitución, Carlos Van Buren, San Borja Arriarán y San Luis de Buin.

¿Qué dicen las mujeres que necesitaron interrumpir su embarazo durante el 2020?

Para poner en relevancia la experiencia de las mujeres y personas gestantes que se han visto afectadas en el acceso a la Ley IVE durante la pandemia del Covid-19, se realizaron cuatro entrevistas semiestructuradas a quienes solicitaron la interrupción voluntaria de su embarazo.

Para facilitar la presentación de resultados, la información será agrupada en (1) elementos destacables del proceso (2) irregularidades encontradas y (3) obstructores del proceso.

Elementos destacables del proceso: experiencias en las que se entrega información veraz y libre de sesgos.

Entre los distintos factores facilitadores del proceso, las entrevistadas destacan la importancia de una correcta y completa entrega de información en todo momento, ya sea durante el diagnóstico, el procedimiento propiamente tal y el proceso de acompañamiento que debe ser ofrecido a quienes se acogen a la Ley IVE en Chile. Si bien eso no ocurre en todos los casos, cuándo ocurre no solo permite que la persona esté informada sobre lo que va a ocurrir y sus opciones, sino que también facilita procesos internos de elaboración de la experiencia libre de estigmas y prejuicios.

Los factores facilitadores, no solo juegan un rol durante el diagnóstico y la concreción de la interrupción del embarazo, sino que también en el período posterior, donde contar con seguimiento y acompañamiento post IVE se vuelven fundamentales para completar el proceso y alcanzar niveles de bienestar físicos y emocionales.

Irregularidades encontradas: requisitos extraordinarios, cuestionamientos a la decisión y escaso seguimiento post-aborto.

En algunos casos, las entrevistadas vieron entorpecido su proceso, ya que los médicos tratantes determinaron que los exámenes y resultados disponibles eran insuficientes o no válidos. Es por esto que solicitaban la conformación de un comité ecográfico, situación que no corresponde para la constitución de la causal 2, según lo establece la norma técnica del Minsal. Así es cómo, a pesar de tener exámenes e indicadores que respaldan la decisión de interrumpir dichos embarazos, los comités negaron esa posibilidad, provocando que las usuarias se vieran en la necesidad de viajar a otra región o recurrir a medios alternativos no considerados en la legislación actual.

A continuación, se presentan una lista de diferentes irregularidades encontradas en las entrevistas realizadas:

- Invalidación o rechazo de exámenes que confirman diagnóstico para constituir causal.
- Exigencia de requisitos que no están incluidos en la norma técnica Ley 21.030.
- Cuestionamiento directo a la decisión de la madre.
- No respetar la confidencialidad médico-paciente.
- Profesionales que le “bajan el perfil” a la situación y vivencia de sus pacientes.
- Mala o escasa información sobre el procedimiento.
- Cambios de último minuto en equipos de profesionales de salud.
- Equipos de salud no disponibles o que no están en condiciones para acompañar el proceso, según indica la norma técnica.
- En la mayoría de los casos no existe seguimiento post-aborto.
- Desorganización administrativa producto del contexto sanitario.
- Autorizaciones que no quedan por escrito.

Obstructores del proceso: objetores de conciencia y escasa información sobre la ley.

El obstructor más recurrente en las entrevistas es la exigencia de numerosos exámenes y la no consideración de otros. Esto no solo implica un costo económico, sino que puede conllevar un alto impacto a nivel emocional y es un factor que dilata por mucho tiempo el diagnóstico y, por tanto, la constitución de la causal 2, no permitiendo el acceso a un aborto legal.

Otro factor obstructor importante corresponde a la objeción de conciencia institucional o de algún miembro del equipo médico involucrado en el proceso. Si bien existe el deber por parte de las instituciones de reasignar a otro profesional o derivar en caso que no existan alternativas, en determinados casos los objetores de conciencia suponen un obstáculo cuando solicitan exámenes extraordinarios para «re-confirmar» el diagnóstico, cuestionan la decisión de la mujer o dilatan el proceso para «estar seguras», excediendo las facultades propia de la objeción de conciencia como tal.

Finalmente, otro de los obstáculos importantes que se presenta es el factor económico para quienes están afiliadas a una Isapre. Así se expresa en el caso de una de las mujeres entrevistadas que solicitó una IVE, pero su plan de salud en la Isapre tenía prestaciones preferentes con una institución objetora y tampoco tenía cobertura necesaria para costear el procedimiento en otro recinto. Si bien existe una circular de la Superintendencia de Salud¹⁸⁰ que señala «*que en caso de imposibilidad por parte del prestador, ya sea por insuficiencia o por objeción de conciencia, es (de su obligación) establecer los mecanismos de coordinación para efectos de información, reasignación y derivación a otro prestador en la forma y plazos que establecen la ley y el reglamento*», esto no es supervisado ni garantizado en todos los casos. Para muchas, el costo de hacerlo en otra clínica o, incluso en un hospital, es algo difícil de realizar.

A modo de resumen, entre los diversos obstructores identificados se encuentran:

- Dificultad para acceder a información sobre la Ley IVE.
- Dilatar el proceso del diagnóstico.
- Dilatación en derivación.

¹⁸⁰ <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/Circular-IFN311.pdf>

- Exigencia de requisitos que no corresponden por norma técnica.
- Gran cantidad de exámenes solicitados/exámenes obligatorios.
- El elevado número de objetores de conciencia y la falta de personal en regiones, obliga a las mujeres a trasladarse a Santiago a interrumpir sus embarazos.
- Elevado costo de hacerlo de forma particular (sin cobertura de Isapre o Fonasa).

Síntesis y Conclusiones

Durante el año 2020, la salud sexual y reproductiva se vio afectada por los efectos de la pandemia del Covid-19. La Ley IVE sufrió reveses en su cobertura a nivel nacional. Sin embargo, los problemas en el acceso y en la calidad de la atención de la prestación son anteriores y no se explican únicamente como causa de la crisis sanitaria.

Por un lado, la falta de registros sustantivos respecto de las condiciones mínimas necesarias para la IVE impiden o dificultan un monitoreo sustantivo y único a la implementación de la ley. Al respecto, la presente investigación destacada los siguientes puntos:

Primero, se observa una escasa programación de Mifepristona por parte de los servicios de salud a lo largo del país. Esto trae como consecuencia que los equipos no cuentan con insumos suficientes para realizar el esquema combinado (Misoprostol + mifepristona), comprobado como el más indicado para las mujeres que interrumpen un embarazo. En este mismo sentido, se observa un déficit en el instrumental para la AMEU, algo que podría señalar que aún se prioriza el legrado antes que esta técnica, también probada como más efectiva y eficiente.

Segundo, la falta de información respecto de cómo debe ocurrir la constitución de las causales, cuáles son los indicadores para realizar el diagnóstico y los plazos en que deben proceder no solo obstaculizan la posibilidad que una mujer solicite esta prestación, sino que además vuelven la experiencia engorrosa y ambigua que refuerza el estigma del aborto: «*Estoy haciendo algo incorrecto*», es una frase que repitieron muchas de las entrevistadas para este estudio. El estigma y los obstaculizadores del proceso gatillan sentimientos de soledad,

rechazo y culpa interfiriendo en una situación que, de lo contrario, podría ser contenedora, respetuosa y segura.

Tercero, si bien la objeción de conciencia es una institución que respeta la libertad individual y no resulta problemática en sí misma, no se estarían garantizando las condiciones para que esto no se traduzca en un problema para las mujeres y personas gestantes. El principal problema es su difusa definición en la normativa vigente y la ausencia de justificación y fiscalización para asegurar su correcto uso.

El elevado número de objetores, respecto del personal sanitario contratado en varios hospitales de Chile, no permite garantizar una alternativa de manera oportuna y pertinente. Las derivaciones suponen un problema extraordinario para las mujeres de regiones, que han debido en ocasiones desplazarse a Santiago a realizarse el procedimiento (muchas de ellas, también tienen otros hijos/as, trabajos, etc). Además, si bien la objeción de conciencia permite exclusivamente el derecho del profesional a abstenerse de realizar la intervención, muchas veces va más allá y se traduce en duros cuestionamientos durante la fase del diagnóstico o la solicitud de exámenes extraordinarios para «*estar seguros*».

Finalmente, si bien existe una norma técnica nacional que establece criterios y parámetros para todos los centros de salud públicos, muchos de los hospitales establecen prácticas distintas. No solo es contrario a la ley y su espíritu, sino además posibilita un accionar discrecional, profundizando brechas y sesgos en la atención.

Recomendaciones

Con el objeto de fortalecer el acceso y la calidad de la atención relativas a la Ley IVE, Corporación Miles presenta el siguiente grupo de recomendaciones:

Realizar una fiscalización sustantiva a la implementación de la ley por parte del Ministerio de Salud.

El objetivo es asegurar su cumplimiento y evitar la libre interpretación de la Ley 21.030 en los servicios de salud. Esto significa contar con un manual de monitoreo y fiscalización (realizado por el Minsal, según los indicadores de evaluación estipulados en la norma técnica), asegurando que la IVE se realice conforme a derecho y uniforme en todos los hospitales y clínicas del país.

Estandarizar y diferenciar la programación de Misoprostol y Mifepristona para la Ley IVE

Se recomienda realizar la programación de Misoprostol y Mifepristona, diferenciando su utilización para la IVE, respecto de otros usos en ginecología y obstetricia. En particular, con el Misoprostol al ser utilizado en otros procedimientos.

Fortalecer la realización de capacitaciones sobre Ley 21.030, unificando criterios a nivel nacional, para evitar irregularidades y obstáculos que afecten a las personas.

Se recomienda incluir dentro de las capacitaciones el Protocolo de Objeción de Conciencia y sus limitaciones respecto a información, diagnóstico, toma e informe de exámenes, derivación, así como de los demás actos de preparación y cuidados posteriores al procedimiento de interrupción del embarazo. En estas capacitaciones también se debe promover el uso de Mifepristona y la AMEU para asegurar procedimientos conforme a estándares de calidad y seguridad.

Actualizar y publicar los datos sobre objetores de conciencia para la ciudadanía, considerando el número de personas contratadas, el tipo de funcionarios, el número de objetores por causal y si objeta en más de una causal y cuál o cuáles en específico.

Junto a ello, fiscalizar que la objeción de conciencia opere de manera correcta y en los contextos en que corresponde, pues en ningún caso puede significar desinformación, entorpecimiento o reparo al derecho de la mujer a llevar a cabo del procedimiento de la IVE. Esto permite que las personas tomen decisiones debidamente informadas y exijan sus derechos si son atendidos por un profesional objetor.

Asegurar un equipo no objetor para cualquier causal que actúe de forma rápida ante cualquier emergencia y evite la derivación e incertidumbre en las mujeres.

Esto tiene por objetivo erradicar las barreras de acceso y los obstáculos que enfrentan las mujeres y personas gestantes, no solo para constituir la causal, sino también para llevar a cabo el procedimiento de manera fluida y oportuna.

Es del interés de Corporación Miles continuar en el desafío de monitorear la implementación de la Ley 21.030 de manera sustantiva, visibilizando no solo la cobertura de esta prestación, sino las condiciones en que es llevada a cabo. La Ley 21.030 no es una prestación más de salud sexual. Encarna la posibilidad que las mujeres y personas gestantes ejerzan su autonomía y capacidad para tomar sus propias decisiones.

Las próximas investigaciones buscarán visibilizar las experiencias de aquellos grupos y personas menos representados, identificando sus vivencias y particularidades con el propósito de erradicar cualquier tipo de discriminación arbitraria.

6

Palabras Finales

El derecho a la autonomía sexual y reproductiva: un principio clave para avanzar en justicia reproductiva

*Soledad Díaz Pastén*¹⁸¹

¹⁸¹ Presidenta del directorio de Corporación Miles.

En tiempos de la construcción del pacto social más importante de la nación chilena, un nuevo texto constitucional, es que Corporación Miles publica este IV Informe de Derechos Sexuales y Reproductivos, documento que pretende aportar análisis y reflexión para que elementos clave del derecho a la autonomía sexual y reproductiva logren incluirse en esa futura Constitución. La escritura de un nuevo texto constitucional plantea el desafío de incorporar el derecho a la educación, el derecho a la salud, los derechos sexuales y reproductivos, como parte del grupo de derechos conocidos como los económicos, sociales y culturales.

Corporación Miles hace su aporte a la construcción de conocimiento sobre derechos sexuales y reproductivos desde su posicionamiento político plasmado en su propósito de aportar activamente en toda América latina y El Caribe al libre ejercicio garantizado de estos derechos, porque nos interesa específicamente avanzar en el reconocimiento de la dignidad y la libertad de las mujeres, que consideramos nociones fundamentales para la garantía de justicia reproductiva.

El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos implica el reconocimiento del derecho a la autonomía reproductiva y sexual, el derecho a decidir de forma autónoma de las mujeres en toda su diversidad. El derecho a la autonomía reproductiva y sexual, como uno de los principios principales de los DSR es, prácticamente, el hilo central que recorre todo este IV Informe y que se hace evidente en cada una de las investigaciones presentadas en él. Sin embargo, se aprecia de manera importante en las investigaciones las barreras, los obstáculos y las dificultades que existen en el Chile de hoy para que las mujeres y la diversidad sexual puedan ejercer

libremente este derecho. Se adiciona a esta situación de falta de ejercicio del derecho a la autonomía sexual y reproductiva, el contexto de pandemia a causa del coronavirus que vino a agudizar las desigualdades en los ámbitos económicos, sociales y sanitarios. Este hecho ha sido más notorio en las poblaciones en mayor situación de vulnerabilidad, como las mujeres y NNNA. Se expone en este IV Informe un panorama dramático sobre los tópicos relativos a DSR, derecho a la autonomía y derecho a decidir en los tiempos pandémicos actuales.

¿Por qué a Corporación Miles le interesa que el derecho a la autonomía sexual y reproductiva se incluya como derecho fundamental en el nuevo texto constitucional? Porque el ejercicio de la autonomía de las mujeres se expresa en dos dimensiones de la ciudadanía: el reconocimiento de los derechos reproductivos y sexuales y el derecho a una vida libre de violencia.

Porque el ejercicio de la autonomía pretende la libertad de las mujeres y la potestad de tomar decisiones sobre su propio territorio: el cuerpo, con una condición necesaria que es el derecho a la información veraz, científica y laica. Porque el derecho a la autonomía significa el derecho a estar libre de todas las formas de violencia y coerción que afectan la vida sexual y/o reproductiva de las mujeres. Y, finalmente, porque en Corporación Miles celebramos que la redacción colectiva de este texto constitucional por un grupo de personas que representa las diferencias, las diversidades y la pluralidad de la sociedad chilena es un ejemplo de ejercicio democrático que se revela como un extraordinario momento histórico de nuestro país.

*Este libro se terminó de imprimir en los talleres de
Larrea Marca Digital durante el mes de marzo 2022.*

*Para su composición y diagramación fueron utilizadas las
siguientes tipografías: DM Mono para títulos y nombres de
capítulos y Lato para títulos y bloques de texto.*

Miles Chile es una Organización de la Sociedad Civil que promueve y defiende los derechos sexuales y reproductivos de las personas. A través de su trabajo busca ser un aporte en la construcción de una sociedad más justa y respetuosa de las diversidades.

El Cuarto Informe sobre Derechos Sexuales y Reproductivos tiene por objeto aportar con antecedentes actualizados y argumentos reflexivos al estado de la Salud sexual y Reproductiva en Chile, considerando el contexto crítico que ha supuesto el Covid-19.

En este documento encontrarán estudios realizados por el equipo de investigación de Miles Chile, como trabajos de otro/a/es investigador/e/as que participaron en la *Convocatoria Miles+*, iniciativa con la cual buscamos amplificar la autoría de los estudios publicados.

Esperamos que sea un insumo de trabajo para otras organizaciones, estudiantes y cualquier persona que busque aportar al trabajo por los derechos sexuales y reproductivos tanto en Chile como en Latinoamérica.