



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA
SALUD
CAMPO DE CONOCIMIENTO CIENCIAS SOCIOMÉDICAS
CAMPO DISCIPLINARIO ANTROPOLOGÍA EN SALUD**

**LA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA EN CHILE COMO PRÁCTICA
ANTICONCEPTIVA DE LAS MUJERES: UN ANÁLISIS CRÍTICO DESDE LA
ANTROPOLOGÍA EN SALUD**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DOCTORA EN CIENCIAS**

PRESENTA:

PAULA EMILIA SANTANA NAZARIT

**TUTORA PRINCIPAL: EDITH YESENIA PEÑA SÁNCHEZ, INSTITUTO NACIONAL
DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA (INAH)**

**MIEMBRO DEL COMITÉ TUTOR: ELIA NORA ARGANIS JUÁREZ, FACULTAD DE
MEDICINA, UNAM**

CIUDAD DE MÉXICO, ENERO DE 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE GENERAL

RESUMEN

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCIÓN 9

1. LA ESTERILIZACIÓN QUIRURGICA COMO PRÁCTICA MÉDICA, SOCIAL Y POLÍTICA

1.1 Planificación familiar y esterilización: control social, hegemonía y desigualdades	15
1.2 Situación de la esterilización en el contexto de la fecundidad y la anticoncepción	30
1.2.1 La esterilización quirúrgica en Chile	33

2. DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA A LA ESTRATEGIA METODOLÓGICA

2.1 Planteamiento del problema de investigación	41
2.2 Preguntas de investigación	43
2.3 Justificación	43
2.4 Objetivos	46
2.5 Hipótesis de trabajo	47
2.6 Estrategia metodológica	49
2.6.1 Diseño y tipo de investigación	49
2.6.2 Etapas de investigación	50
2.6.3 Sujeto de estudio	51
2.6.4 Métodos y técnicas de investigación	52
2.6.5 Instrumentos de recolección de información	55
2.6.6 Aspectos éticos	56

3. ENFOQUE TEÓRICO Y MARCO CONCEPTUAL

3.1 Estado del arte: investigaciones sobre esterilización quirúrgica y enfoques utilizados en su abordaje	59
---	----

3.2 Enfoques y perspectivas de análisis	62
3.2.1 La esterilización quirúrgica como proceso de salud multidimensional	63
3.2.2 La biomedicina como objeto de estudio	65
3.2.3 Desigualdad social y resignificaciones en la esterilización quirúrgica voluntaria	67
3.2.4 La esterilización quirúrgica voluntaria como proceso biocultural o biosocial	69
3.2.5 Trayectorias e itinerarios de la esterilización quirúrgica	73
3.2.6 Mujeres, salud y biomedicina desde la antropología feminista	76

4. ETNOGRAFÍA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SISTEMA DE ATENCIÓN A LA EQV

4.1 Sistema de atención en salud en Chile	81
4.2 Establecimientos de salud donde se realizó la investigación	88
4.2.1 Hospital Carlos Van Buren (HCVB)	89
4.2.2 Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry	94
4.2.3 Sistema de atención de la esterilización quirúrgica	99
4.3 Observaciones de campo	105
4.3.1 Oficina de la dirección de la Unidad Gineco-obstetrica, Hospital	106
4.3.2 Atención preventiva en el Policlínico de Especialidades, Hospital	109
4.3.3 Pabellón quirúrgico, Hospital	112
4.3.4 Reunión clínica, Hospital	113
4.3.5 Consulta de salud reproductiva, Centro de Salud Familiar	116
4.3.6 Jornada de Capacitación de Matronas, Chiloé	118
4.3.7 Reunión con mujeres williches, Chiloé	120
4.3.8 Reflexiones derivadas de las actividades de observación	122
4.4 Resultados de la revisión de expedientes clínicos del HCVB	126
4.4.1 Estadísticas generales del Hospital	126
4.4.2 Descripción del expediente, forma de registro, uso y manejo ético	128
4.4.3 Caracterización de las usuarias de expedientes clínicos seleccionados	134
a. Características sociodemográficas	134
b. Características reproductivas	138

5. MUJERES USUARIAS DE LA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA

5.1 Características de las mujeres entrevistadas	144
5.2 Procesos de autonomía	156
5.2.1 Desapegos familiares, construyendo libertades	156
5.2.2 Vida social y relación con otras mujeres	160
5.2.3 La recuperación de sí mismas	163
5.2.4 El trabajo como escape y detonante de procesos de independencia	167
5.3 Construcciones socioculturales de cuerpo, sexualidad y reproducción	174
5.3.1 Descubriendo el cuerpo y la sexualidad	174
5.3.2 Aprendiendo a ser mujeres, imaginarios de la maternidad	182
5.3.3 Construcciones de género y relaciones de pareja	192
5.4 Experiencias reproductivas y regulación de la fertilidad: Los caminos de la esterilización	198
5.4.1 Relatos de partos y salud reproductiva	198
5.4.2 El primer embarazo y expectativas sobre los/as hijos/as que desean tener	202
5.4.3 Prácticas anticonceptivas y consecuencias de la desatención	208
5.4.4 Los caminos de la esterilización	214
5.4.5 Cambios, complicaciones y evaluación de la experiencia	223

6. SISTEMA DE ATENCIÓN, PRÁCTICAS Y REPRESENTACIONES DEL PERSONAL DE SALUD

6.1 Caracterización del personal de salud entrevistado	229
6.2 La esterilización quirúrgica en el sistema de atención en salud	231
6.2.1 Contexto de la esterilización quirúrgica: planificación familiar y política poblacional	232
6.2.2 La consejería como acción de salud reproductiva orientadora de la decisión	234
6.2.3 Disponibilidad y preferencias anticonceptivas	239
6.2.4 Características, desigualdades y desafíos del acceso de las mujeres a la esterilización quirúrgica	244
6.2.5 Priorización, selección y candidaturas en la salud pública	252
6.3 Representaciones del personal de salud en torno a la esterilización quirúrgica	256
6.3.1 Definiciones de la esterilización quirúrgica	257
6.3.2 Esterilización quirúrgica en mujeres como problema de salud pública	262
6.3.3 Situaciones de salud reproductiva asociadas a la esterilización	266
6.3.4 Secuelas y consecuencias de la esterilización	268
6.3.5 Representaciones sobre las mujeres que buscan esterilizarse	271

6.3.6 Representaciones sobre los motivos de las mujeres para esterilizarse	274
6.4 Prácticas y representaciones del personal de salud sobre género, sexualidad y reproducción	277
6.4.1 Proceso de toma de decisión en torno a la esterilización	278
6.4.2 La esterilización como derecho	282
6.4.3 El papel del personal de salud en la decisión y el consentimiento	285
6.4.4 Maternidad	286
6.4.5 Los hombres y la esterilización	288

7. ANÁLISIS E INTEGRACIÓN DE RESULTADOS

7.1 La esterilización quirúrgica como problema de salud en Chile: una ruta de desigualdades y de control de los cuerpos de las mujeres	293
7.1.1 La reactualización permanente del control sobre los cuerpos reproductivos de las mujeres	294
7.1.2 Rutas y prácticas anticonceptivas	298
7.1.3 Rutas y prácticas de la esterilización	304
7.1.4 Representaciones del personal de salud sobre la esterilización	312
7.2 Las experiencias de las mujeres en el proceso de decisión, cambios y consecuencias de la esterilización quirúrgica: pragmatismos, autonomías y renacimientos	318
7.2.1 Problematizando la decisión de las mujeres	318
7.2.2 Cambios, complicaciones y evaluación de la experiencia de la esterilización	330
7.3 La esterilización quirúrgica como práctica sociocultural de la sexualidad y reproducción de las mujeres	339
7.3.1 Sexualidad reproductiva y el binomio naturaleza/cultura	339
7.3.2 Trabajo reproductivo y maternidad	346
7.3.3 Procesos de autonomía y relación con otras mujeres	360
7.4 Un ejercicio de reflexividad: ética de investigación en salud, trabajo de campo y posicionamientos de la investigadora	365
CONCLUSIONES FINALES	371

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

- ANEXO 1: Matriz de categorías para el análisis de la información de las entrevistas
- ANEXO 2: Pauta de entrevista a profundidad a mujeres usuarias de la EQV
- ANEXO 3: Pauta de entrevista semi estructurada a prestadores/as de salud
- ANEXO 4: Guía de observación participante establecimientos de salud
- ANEXO 5: Guía de observación participante con mujeres usuarias de EQV.
- ANEXO 6: Instrumento de registro de expedientes clínicos
- ANEXO 7: Consentimiento informado de investigación, Usuarías EQV
- ANEXO 8: Consentimiento informado de investigación, prestadores/as de salud
- ANEXO 9: Ejemplo ficha clínica hospital Carlos Van Buren
- ANEXO 10: Autorización Comité Ético Científico Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio
- ANEXO 11: Consentimiento informado salpingoligadura Hospital Carlos Van Buren

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Tabla 1: Esterilizaciones por sexo y tramos de edad. Chile 2009-2017	36
Figura 1: Tasas de EQ en mujeres (por 1000 mujeres en edad fértil) por regiones de Chile, año 2013	38
Figura 2: Organigrama red asistencial SSVSA	89
Figura 3: Vista externa Hospital Carlos Van Buren	90
Figura 4: Planta de emplazamiento Hospital Carlos Van Buren	90
Figura 5: Organigrama HCVB	92
Figura 6: Desglose de atenciones HCVB año 2014	93
Figura 7: Población usuaria del CESFAM JMT según sexo	95
Figura 8: Imágenes CESFAM Jean y Marie Thierry, Cerro El Litre, Valparaíso	96
Figura 9: Croquis CESFAM JMT	97
Figura 10: Mapa territorial población CESFAM JMT	98
Figura 11: Ruta institucional en el sistema para acceder a EQ	100
Figura 12: Total de esterilizaciones quirúrgicas en mujeres, Hospital Carlos Van Buren 2005-2017	127
Figura 13: Esterilizaciones quirúrgicas en mujeres vía cesárea y como evento exclusivo 2005-2017 en hospital Carlos Van Buren	127

Figura 14: Esterilizaciones quirúrgicas en mujeres vía cesárea 2005-2015, Hospital Carlos Van Buren	128
Cuadro 1: Ejemplo de información de las usuarias titulares de las fichas clínicas revisadas no incluida en la base de datos	132
Tabla 2: Edad de usuarias seleccionadas de EQV según listado	135
Tabla 3: Escolaridad de usuarias seleccionadas de EQV según listado	136
Tabla 4: Tipo de unión usuarias seleccionadas de EQV según listado	136
Tabla 5: Previsión de salud usuarias seleccionadas de EQV según listado	137
Tabla 6: Edad en primer embarazo, según listado	139
Tabla 7: Número de progenitores, según listado	139
Tabla 8: Tipos de MAC utilizado, según listado	140
Tabla 9: N° de MAC utilizados, según listado	140
Tabla 10: Edad primera solicitud, según listado	141
Tabla 11: N° hijos primera solicitud, según listado	141
Tabla 12: N° de abortos, según listado	142
Tabla 13: Características generales usuarias de esterilización quirúrgica entrevistadas	147
Tabla 14: Características generales prestadores/as de salud entrevistadas/os	230
Tabla 15: Resumen principales cambios después de la operación y sus vivencias	329

RESUMEN

El presente documento es el resultado de mi investigación doctoral desarrollada entre 2014 y 2018 sobre la utilización voluntaria por parte de las mujeres chilenas de la esterilización quirúrgica en tanto método anticonceptivo definitivo integrado en la normativa sanitaria como derecho reproductivo, en un contexto actual de baja fecundidad y de medidas político-sociales tendientes a incentivar la natalidad. Se explora, describe y analizan prácticas y representaciones sobre sexualidad y reproducción de usuarias de la esterilización quirúrgica y de personal de salud que interviene en la ruta de atención a esta prestación, desde una perspectiva crítica de la antropología médica y de la teoría feminista, contextualizando histórica y políticamente su práctica y visibilizando las desigualdades sociales y de formas de control social expresadas en ella, así como también, se intenta comprender desde la experiencia de las mujeres los procesos de cambio sociocultural que puede estar significando su amplia demanda. Se trata de una investigación mixta, con una estrategia cuantitativa para la revisión de expedientes clínicos de usuarias de esterilización quirúrgica y una estrategia cualitativa desarrollada mediante la aplicación de entrevistas a profundidad, entrevistas semi estructuradas y observación de actividades y espacios clínicos. El trabajo de campo se realizó en Valparaíso, Chile.

AGRADECIMIENTOS

Mis agradecimientos en primer lugar a las mujeres que me permitieron acceder a sus vidas a través de las entrevistas, gracias a lo cual se originaron relaciones de amistad con algunas de ellas, a Guadalupe, Manuela, Elizabeth, Marion, Lorena y Mariela; al personal de salud del Hospital Carlos Van Buren y del CESFAM Jean y Marie Thierry, de Valparaíso, que colaboró cediendo un tiempo de su trabajo con un interés genuino por mejorar las condiciones de atención de este problema de salud pública. Al pueblo de México, que en lo formal hizo posible esta investigación por medio de una beca de doctorado del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), pero que más allá de eso enriqueció mi experiencia de vida; a las personas que me acompañaron académicamente, en especial a Edith Yesenia Peña, mi directora de tesis, a quién le debo su apoyo en todo momento y una orientación paciente y entusiasta; también a Roberto Campos, Elia Nora Arganis, Zuanilda Mendoza, Oliva López, Juan Guillermo Figueroa y Lina Rosa Berrio, quienes en distintos momentos y etapas de la investigación me hicieron valiosas contribuciones. Mi paso por Salvador de Bahía también fue parte del doctorado, donde fueron claves Greice Maria de Souza Menezes y Cecilia Simonetti, además de todo el equipo de MUSA-Programa Integrado em Gênero e Saúde de la Universidad Federal de Bahía. Como extranjera, las redes afectivas que una logra construir son fundamentales para culminar bien un ciclo como el que representa un doctorado y para que la estancia sea mucho más que un proceso académico, por ello, quiero incluir en mis agradecimientos a mis amigas y compañeras de posgrado Verónica, Bianca y Graciela; a mi banda chilena y multicultural Loreto, Moira, Sabrina, Keiko, Mariliana, Tamy, Nohora, Rina, Vero Cruz y Antonio; a Coty y Claudia que forman parte de mi familia mexicana. Por último, quiero agradecer a mi familia primaria, Raquel, Luis, Sandra, Iván y de manera muy especial, dedico este logro a Amilkar, mi hijo, y a Emilia, mi madre, cuyo empuje y apoyo incondicional hicieron posible que hoy esté escribiendo estas letras.

INTRODUCCIÓN

La esterilización quirúrgica, salpingoligadura, oclusión tubaria o ligadura de trompas, es una cirugía reproductiva que se viene haciendo desde hace dos siglos, evolucionando hasta nuestros días desde una acción indicada totalmente por criterios médicos a una de libre elección de las mujeres que quieren cerrar su ciclo reproductivo. Esta intervención ocurre en un contexto institucionalizado de salud, es definida por la biomedicina y practicada por médicos cirujanos de ginecología y obstetricia, sin embargo, es un fenómeno multidimensional y forma parte de un proceso de salud/enfermedad/atención, donde interactúan factores biosociales, socioculturales, políticos y económicos. Es una intervención clínica que atiende una “no enfermedad” o dicho de otra forma, una necesidad en salud reproductiva de mujeres cuya práctica sexual es heterosexual.

La esterilización quirúrgica también debe ser entendida en el marco de las políticas de control poblacional, que tienen un origen histórico y político esclarecedor respecto a sus objetivos sociales. En este sentido, lo que más conocemos por el impacto social que tiene, es su uso de carácter controlista y eugenésico de poblaciones empobrecidas y marginadas, pero en la presente investigación ahondamos en su uso voluntario, como uno más de los métodos anticonceptivos disponibles para las mujeres en Chile desde una concepción de derechos reproductivos. No obstante, pese a ser una práctica voluntaria, al ubicarla en el contexto de la política poblacional, de salud y de la situación epidemiológica y demográfica, esto se relativiza. Así, la esterilización quirúrgica, como todo proceso de salud/enfermedad/atención, expresa desigualdades sociales y procesos de control social, que debe considerarse a la luz de los derechos humanos.

Como proceso multidimensional, la esterilización quirúrgica es significada y vivida por las mujeres de acuerdo a sus particulares condiciones de vida, influyendo la situación socioeconómica, las decisiones migratorias, la pertenencia cultural, entre otras. Asimismo, el personal de salud traspasa en la atención clínica sus propias creencias y posicionamientos respecto a la esterilización y a los

critérios para otorgarla, guiándose por sus ideas sobre los patrones de género, el cuerpo, la sexualidad y la reproducción. La complejidad del fenómeno se completa en la lectura de los cambios socioculturales a los que asistimos, donde la construcción de las mujeres como sujetas históricas y políticas es clave, lo que se ha acompañado de transformaciones en las relaciones entre los sexos, en la vivencia sexual, el cuerpo, la salud, la familia, entre muchos otros campos donde se están verificando cambios socioculturales vertiginosos.

Con la presente investigación pretendo contribuir a visibilizar la situación de las mujeres que desean terminar su periodo fértil a través de una prestación médica, las desigualdades y dificultades que encuentran en la ruta de atención y en el proceso de decisión; como también a problematizar y reflexionar acerca del papel de la institucionalidad de salud en la respuesta a una necesidad de salud bio socio cultural, como es la esterilización. La investigación tuvo lugar en Valparaíso, Chile, entre 2015 y 2017.

El documento se compone de siete capítulos. En el primero se ofrece una contextualización de la esterilización quirúrgica desde una perspectiva histórica destacando su nacimiento como práctica médica de control poblacional ligada estrechamente a intereses geopolíticos y eugenésicos, aplicándose a grupos sociales considerados por sectores hegemónicos como indeseados o amenazantes para la reproducción de la especie y de un determinado modelo económico y de sociedad. Este antecedente sirve para comprender la práctica contemporánea de la esterilización y su evolución, marcada por el desarrollo de mecanismos normativos para evitar abusos al mismo tiempo que se liberaliza su acceso en el marco de un tránsito conceptual como derecho humano. Por otro lado, se describe someramente la tendencia demográfica global y local de Chile y otros ejemplos latinoamericanos en lo que respecta a la dinámica descendente de la fecundidad y a los métodos de regulación de la fertilidad, como contexto a poner en diálogo con los elementos históricos y políticos abordados.

En el segundo capítulo corresponde al protocolo de investigación que sirvió de guía y estructura a todo el proceso investigativo, manteniendo los planteamientos iniciales con algunas precisiones que se fueron incorporando a medida que avanzaba el estudio. De forma sucinta se plantea el problema de investigación, la justificación, las hipótesis de trabajo, en las que se contextualiza el fenómeno a la vez que revela su multidimensionalidad, entrelazando su carácter individual y colectivo, biomédico, sociocultural y político, y en la parte metodológica se describen los pasos, las estrategias e instrumentos utilizados en un diseño mixto cuanti cualitativo. El tercer capítulo ofrece un panorama general de lo que se ha estudiado sobre esterilización quirúrgica, que en su mayor parte se ubica en la salud pública pero hay también aportes importantes desde la antropología social y la antropología médica donde el enfoque principal sobre los procesos reproductivos es el impacto que las decisiones políticas sobre estas materias y las condiciones sociales estructurales tienen en la vida y cotidianidad de mujeres y hombres. En este mismo apartado se repasan los planteamientos y conceptos centrales con los cuales construyo esta investigación, posicionándome desde dos enfoques teóricos principales: la antropología médica crítica y la teoría feminista. A través de estos enfoques enfatizo en el carácter multidimensional de la esterilización quirúrgica, como hecho biocultural que ocurre en el cuerpo y lo transforma, y que al mismo tiempo se elabora social, cultural y subjetivamente; como un hecho tecnológico y biomédico que no comienza ni termina en el pabellón quirúrgico sino que trasciende en las prácticas y representaciones de las mujeres que optan por esterilizarse y en las del personal de salud que lo hace posible. Por otro lado, enfatizo en su carácter social y político, toda vez que en la esterilización como práctica anticonceptiva está reflejada toda una estratificación social y una definición ideológico-política sobre la población y su funcionalidad a un determinado modelo económico y de sociedad, autorizando o induciendo el uso de este tipo de anticoncepción diferenciadamente de acuerdo a los intereses hegemónicos. Por último, enfatizo en la sexualidad – y en ello, el cuerpo, la reproducción y la construcción social del sexo- como lugar privilegiado de la dominación patriarcal sobre las mujeres y de su capacidad reproductiva.

En el cuarto capítulo consiste en la etnografía de los establecimientos de salud focalizados, comenzando por una descripción contextual e histórica del sistema de salud chileno para dar cuenta del proceso que ha seguido desde ser un sistema público universal a lo que es actualmente, un sistema segmentado que responde a una definición neoliberal de la salud. Esto es importante para entender cómo la privatización del sistema de atención en salud afecta a las usuarias del sistema público, es decir, a la mayoría de las mujeres y en especial a las más pobres, en la satisfacción de sus necesidades de salud, una de ellas, la esterilización quirúrgica. Luego se describe el tipo de establecimientos de salud en los que se realizó la etnografía, por su definición dentro del sistema de salud, estructura interna, ubicación, nivel de resolución, capacidad, especialidades médicas, entre otros aspectos. Tomando en cuenta los antecedentes entregados en la primera parte de este capítulo, posteriormente se describe el sistema de atención a la esterilización quirúrgica en mujeres, considerando la ruta de atención y los procedimientos administrativos, destacando las dificultades con que se enfrentan las mujeres que desean esterilizarse en la salud pública. A continuación se presentan resultados y reflexiones derivadas del trabajo de observación realizado en diversas actividades y espacios de la atención a la esterilización quirúrgica y otras actividades de trabajo de campo que complementan el acercamiento que tuve al problema durante todo el proceso investigativo. En el último apartado de este capítulo, se presentan resultados de la fase cuantitativa de recolección de información, incluyendo una descripción del expediente clínico como instrumento clínico y de investigación, una caracterización estadística de la esterilización quirúrgica en el hospital focalizado y de una muestra de usuarias, entendiendo por éstas tanto a quienes se encontraban en lista de espera para ser esterilizadas como quienes ya habían accedido a la prestación.

En el quinto y sexto capítulo se presentan los resultados de las entrevistas, en el primero se trata de las entrevistas a profundidad realizadas a mujeres usuarias de la esterilización quirúrgica y en el segundo, de las entrevistas semi estructuradas aplicadas al personal de salud. En ambos capítulos

los resultados incluyen una caracterización de los/as sujetos de investigación y un ordenamiento de la información de acuerdo a categorías temáticas, en general, no se hace análisis en estos capítulos pues es en el que sigue a continuación donde se integra la información y se realiza un dialogo con los planteamientos teóricos. En el capítulo sobre las usuarias de esterilización, los relatos recorren la línea de tiempo de las mujeres, trayendo experiencias remotas hacia el presente así como las más recientes, a la luz de las cuales compartes sus prácticas, reflexiones y formas de ver la vida en torno a las decisiones reproductivas, enfatizando en la anticoncepción y la esterilización. Así, se abordan temas sobre decisiones y planes de vida, sexualidad, cuerpo, trayectoria reproductiva, autonomía, relaciones de pareja, condiciones de vida, salud y enfermedad, familia, maternidad, relaciones sociales y comunitarias, trabajo, entre otros. En el capítulo sobre el personal de salud, la información se organiza en torno a tres grandes temáticas: la esterilización en el sistema de salud, representaciones en torno a la esterilización quirúrgica y construcciones de género, de donde surgen elementos para comprender el rol de los/as prestadores/as de salud, sus limitaciones y su poder de influencia sobre las decisiones y posibilidades de acceso de las mujeres que desean esterilizarse.

En el séptimo capítulo se desarrolla el análisis en base a la integración de la información y discusión en dialogo con los enfoques teóricos adoptados. Aquí, se revisa las formas en que la esterilización quirúrgica refleja procesos de medicalización y estructuras de desigualdad, y como ello contribuye al distanciamiento de las mujeres con sus propios cuerpos y decisiones reproductivas así como a la generación de barreras para la autodeterminación de las mujeres, especialmente las marginadas y oprimidas. Se intenta establecer puentes entre la dimensión micro, es decir, la vida concreta de las mujeres representada en sus prácticas reproductivas y los significados que construyen en torno a éstas; la dimensión intermedia representada por el personal de salud, quienes detentan un poder de hacer posible la esterilización a través del ejercicio clínico y de influencia gracias al estatus simbólico de ser quienes simbólicamente son la institucionalidad biomédica; y la dimensión macro, representada por el carácter político de la esterilización

quirúrgica, como queda demostrado con los antecedentes históricos que la presentan como una práctica política que ha transitado a ser la expresión de un derecho reproductivo. Cerrando el documento, se encuentran las conclusiones que son un intento de sintetizar los principales hallazgos y reflexiones que aporta la presente investigación. Finalmente, se agregan anexos de los instrumentos de recolección de información, autorización institucional, entre otros.

1. LA ESTERILIZACIÓN QUIRURGICA COMO PRÁCTICA MÉDICA, SOCIAL Y POLÍTICA

1.1 Planificación familiar y esterilización: control social, hegemonía y desigualdades

Para comprender la evolución que ha tenido la esterilización como práctica médica y su aplicación en el ámbito social y político, hay que tener en cuenta el lugar preponderante que tenía la eugenesia como disciplina científica y movimiento social en ese momento histórico del desarrollo de la ciencia. A comienzos del siglo XX y, especialmente entre la primera y segunda guerra mundial que fue cuando se cometieron las mayores aberraciones masivas, la eugenesia en tanto conocimiento científico sobre la herencia humana tuvo amplias repercusiones en la política social con el objetivo de mejorar la reproducción, incentivando o desalentando a determinados grupos sociales a tener hijos/as, siguiendo un modelo de perfección humana que descartaba a individuos enfermos o con discapacidades, además de ser racista, androcéntrico y heterosexual. De acuerdo a Nancy Leys (1991), quién realizó un valioso estudio sobre el movimiento eugenésico en América Latina, muchas de las legislaciones relacionadas con la reproducción humana, el control de la enfermedad y la regulación de la inmigración pueden entenderse a través de los conceptos eugenésicos. En el ámbito de la medicina y la salud pública, se intervino los cuerpos de las mujeres para modificar la herencia e inspiró reformas de salud fundadas en la higiene social que tuvieron a las mujeres como principales objetos, concibiéndolas como “vectores” de enfermedades de transmisión sexual (prostitutas) o como agentes socializadores de hábitos de crianza con la responsabilidad de instalar en los hogares estrictos modelos de conducta sexual y reproductiva para hombres y mujeres. El trabajo de esta autora contribuyó a cuestionar la distinción entre una eugenesia “positiva” y una “negativa”, donde la primera se refería a los incentivos para la reproducción de la clase media y a las acciones de promoción del ejercicio de una maternidad funcional a este propósito, y la segunda,

estaba asociada a la esterilización, la eutanasia, el control de la reproducción y la inmigración (Minna, 2011). Sin distinción, todo intento del estado por intervenir el crecimiento poblacional de manera discrecional, fomentando la natalidad de unos grupos a la vez que se frena la de otros en pos de un proyecto nacional hegemónico por sobre el proyecto vital de las personas, revela una inspiración eugenésica, y que lejos de ser algo superado, podemos ver su influencia hasta nuestros días en los programas y políticas de regulación de la fertilidad.

La eugenesia es, pues, la antesala teórica de las políticas de planificación familiar que comenzaron a implementarse en Chile y otros países latinoamericanos en la década de los sesenta, asumiendo además un enfoque neomalthusiano según el cual el crecimiento poblacional de ciertos sectores de la población representaba una amenaza para el proyecto de modernidad y progreso social, convirtiendo en objetos de tales políticas a los países de menores ingresos y en general, a los pobres, (Canales, 2003), que eran vistos como potenciales focos de subversión social y política (Del Rio Fortuna, 2013). Por otro lado, el control de la natalidad surge como herramienta geopolítica no sólo para frenar o estimular el crecimiento de determinados grupos de población, sino también para promover como modelo a la familia moderna funcional a un sistema social patriarcal, colonialista y capitalista.

(...) los programas de planificación familiar, fundados a fines de la década de 1960, tenían como objetivo el que las mujeres y madres materializaran el proyecto de modernización de la familia chilena. Lo cierto es que este aspecto, unido al debate relativo a categorías como desarrollo, pobreza y crecimiento demográfico, y a la insistente inserción de las políticas de regulación de la fertilidad en los denominados “programas de planificación familiar”, permiten constatar que la meta de aquellos no eran las mujeres y el auto-control de su reproductividad sino la restricción del número de hijos. (Zarate, 2012, p.27)

Desde la década de los treinta del siglo pasado, post Segunda Guerra Mundial, Estados Unidos otorga un papel central al control de la natalidad en su política de seguridad nacional, lo que se

traduce en el impulso de iniciativas institucionales públicas y privadas y políticas antinatalistas o controlistas que se extienden a América Latina y El Caribe a través de la Alianza para el Progreso¹, concebido como un plan estratégico para brindar apoyo económico y técnico en diversas materias, una de las cuales fue el control poblacional, a cambio de profundos cambios económicos, sociales y políticos con los que debían comprometerse los países receptores de la ayuda financiera. En diversos países latinoamericanos, se crean organismos privados filiales de la *Internacional Planned Parenthood Federation* (IPPF) que auxiliaron la labor del estado en esta materia para matizar el impacto y la resistencia social que podía tener en sus inicios la masificación de los métodos anticonceptivos². En Chile, esta institución se llamó Asociación Chilena de Protección a la Familia (APROFA), creada en 1965 con el objetivo epidemiológico y sanitario de “disminuir la incidencia del aborto provocado, reduciendo por ende los daños y riesgos asociados a la salud materno-infantil” (Casas, 2004, p.8), ya que en las décadas 50 y 60 se estimada la prevalencia de un aborto por cada dos nacimientos, representando casi el 50% de la mortalidad materna y llegando a convertirse, en la práctica, en un método de regulación de la fertilidad “el aborto inducido ilegalmente era el método prevaleciente de control de la natalidad en Chile” (Pardo, Varela, 2013, p.10).

Reflejando la preocupación por el pasado eugenésico de la esterilización quirúrgica (OMS, 1993) y su uso como herramienta de control poblacional, hasta avanzado el siglo XX las normativas sanitarias y marcos jurídicos de algunos países latinoamericanos eran restrictivas y altamente exigentes para las mujeres que solicitaban este método, variando entre un país y otro en cuanto a los requisitos, por ejemplo, solo podían acceder las mujeres casadas, se exigía un número mínimo de

¹ La Alianza para el Progreso se convierte en acuerdo formal en una reunión de la Organización de Estados Americanos (OEA) realizada en agosto de 1961 en Punta del Este, Uruguay.

² En Chile, hasta 1990 los métodos anticonceptivos eran suministrados por la Agencia Internacional para el Desarrollo de Estados Unidos (AID) (MINSAL, 2010).

hijos (en general 3), una edad mínima (35 años en Chile) y no podían tomar la decisión por si solas ya que requerían el permiso expreso y firmado del marido. Incluso la esterilización era considerada un delito en algunos países, como Brasil, donde la ligadura tubaria fue ilegal hasta 1996, hasta que fue incluida entre las alternativas en anticoncepción en la Ley de Planificación Familiar n° 9.263 y en Argentina fue prohibida desde las primeras décadas del siglo XX, periodo en que las mujeres fueron responsabilizadas por el fenómeno de la “desnatalización”, convirtiéndose en blanco de campañas y políticas que reforzaban el ideal de maternidad para las mujeres (Del Rio Fortuna, 2013). Estos contextos prohibitivos generaron barreras como la exigencia de autorización judicial para el resguardo del personal médico, prácticas clandestinas y discriminatorias, acceso desigual según la situación socioeconómica de las mujeres, incentivo del lucro en el sector privado de salud y aumento de la cesárea. Se consideró también que la férrea restricción a la esterilización quirúrgica podría estar induciendo al aborto, siendo un factor más que contribuía a las altas tasas de aborto predominantes en la época, “Las restricciones legales a la esterilización, donde ellas existen, es más probable que estén induciendo a la mujer al uso del aborto inducido ilegal” (Viel, 1974, p.168).

La impronta controlista de las políticas de regulación de la fertilidad y me refiero con ello, tanto a las “pro” como a las “anti” natalistas, no es cosa del pasado sino de una práctica permanente dado su enorme funcionalidad política. Numerosos estudios etnográficos documentan la manipulación de las racionalidades reproductivas, cambiantes históricamente pero que muestran similitudes entre el “norte global” y el “sur global” (Krauze & De Sordo, 2012), siempre evidenciando relaciones de poder estructurales. Producto de estas racionalidades emergen regímenes de “verdad científica y religiosa”, y moralidades que imponen patrones diferenciados de conducta sexual y reproductiva, dependiendo del interés geopolítico sobre el grupo poblacional, transformando subjetividades y fomentando estrategias de negociación, respuesta y resistencia. Analizar las racionalidades reproductivas desde perspectivas históricas y culturales evidencia el impacto de éstas en los perfiles demográficos, en las decisiones reproductivas de las personas y en las posibilidades reales que

tienen de ejercer efectivamente derechos en este plano. En este sentido, es ilustrativa la diferencia entre el discurso internacional oficial de hace cuatro o cinco décadas atrás, marcadamente antinatalista en comparación con el actual, en el que la preocupación se traslada a la declinación de la población, promoviendo medidas pro natalistas (Rodríguez, Molina y Quintana, 2015) y aunque la situación no sea homogénea, continúa primando la visión de los países de altos ingresos en la construcción del problema demográfico. Chile es un buen ejemplo de cómo ha variado la política social en este aspecto, ya que el actual gobierno de Sebastián Piñera (también en su administración anterior) anunció en Octubre de 2018 un proyecto de ley destinado a “motivar a los chilenos a tener más hijos” con diversos beneficios sociales a quienes tengan más hijos que el promedio nacional (<http://www.t13.cl/noticia/nacional/pinera-anuncia-proyecto-premiar-familias-quieran-tener-mas-hijos>).

Las desigualdades que se desprenden de la práctica de la esterilización quirúrgica afectan principalmente a las mujeres, a quienes se carga casi exclusivamente las responsabilidades y consecuencias de la reproducción, y entre éstas, se perjudica mucho más a las mujeres que por condiciones económicas o socioculturales viven precarizadas y marginadas. La desigualdad reproductiva se expresa no sólo en que la esterilización sea impuesta o negada, es decir, en el acceso, sino especialmente en las consecuencias que tiene en la calidad de vida de las mujeres el no poder decidir su proyecto reproductivo. Son consecuencias que generalmente pasan desapercibidas, tanto para la medicina, pues el sistema de salud no se hace cargo de las secuelas o malestares posteriores a la intervención quirúrgica o de las derivadas del uso prolongado de métodos anticonceptivos, como para todo el aparato estatal, pues se asume que hay una mujer que se hará del ser que acaba de nacer, tenga o no tenga las condiciones materiales y sociales para ello. Así, las consecuencias de una fertilidad expropiada abarcan desde la interrupción de procesos de desarrollo personal hasta la distribución desigual de enfermedades, problemas y recursos de salud, todo lo cual afecta no sólo a las mujeres sino a su entorno familiar y comunitario.

En un contexto sociocultural en el que las mujeres no son dueñas de sus cuerpos y sexualidades, el acceso a métodos anticonceptivos modernos refleja claramente desigualdades sociales, culturales y de género, como se evidencia en el marco del cumplimiento de la meta sobre mortalidad materna de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: “(...) la prevalencia de usuarias se incrementa con el nivel socioeconómico, de manera tal que las mujeres pobres, las que residen en ámbitos rurales y las indígenas han reportado índices de uso mucho menores, en cualquier modalidad” (Rodríguez y Perpétuo, 2011, p.45). Una de las inequidades de acceso a la EQ es la de género, expresada en la proporción mujer/hombre de 17 a 5 a nivel mundial y de 38 a 1 en Latinoamérica (MINSAL, 2000) y además, las mujeres que viven en condiciones de pobreza y las mujeres indígenas están entre los grupos más expuestos a situaciones de negación, inducción o imposición de la esterilización quirúrgica (Rodríguez y Perpétuo, 2011; USAID, 2012; White, 2014; Menéndez, 2009).

(...) la esterilización ha sido uno de los métodos preferidos de anticoncepción en varios países de América Latina y el Caribe. Sin embargo, su propagación acelerada en la región durante las décadas de 1980 y 1990 generó una gran controversia, debido a la preocupación por el hecho que este método se estaba implementando sin proteger los derechos básicos de las pacientes de cirugía, particularmente en el caso de los pobres. (Rodríguez y Perpétuo, 2011, p.45)

La esterilización quirúrgica forzada fue declarada por primera vez como crimen de lesa humanidad en el Tribunal de Nuremberg (1945), luego en el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (1998) y más tarde fue declarada como una forma de tortura, trato cruel, inhumano y degradante hacia la mujer por Naciones Unidas en 2008 (Naciones Unidas, 2008). Además ha sido considerada una violación a los derechos humanos fundamentales en varios instrumentos internacionales como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Plataforma de Acción de Beijing, entre las más importantes (<https://www.awid.org/es/noticias-y-an%C3%A1lisis/violaciones-los-derechos-de-las-mujeres-esterilizacion-forzada-control-de-la>).

Pese a todos estos esfuerzos, continúan descubriéndose prácticas forzadas y eugenésicas, siendo una

de las más emblemáticas la de Perú, donde en el gobierno de Fujimori se esterilizó sin el debido proceso de consentimiento o de manera forzada a alrededor de 200.000 mujeres, principalmente indígenas, entre los años 1995 y 2000 (https://www.clarin.com/mundo/denuncian-alberto-fujimori-esterilizacion-forzosa-236-mil-mujeres_0_rJXFauz2W.html). En el año 2006, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW) se pronunció respecto al Caso A.S.VS. Hungría que presentaba una situación de esterilización quirúrgica de una mujer sin el debido consentimiento, sentando un importante precedente desde la perspectiva de los derechos humanos para la interpretación del consentimiento informado en contextos reproductivos (GIRE, 2015). Este tipo de práctica es considerada una forma de violencia contra la mujer, como lo expresó el Comité de la CEDAW en su Recomendación General 19 sobre violencia contra la mujer, donde plantea la necesidad de prevenir actos de coerción respecto de la fertilidad y la reproducción de las mujeres (Ibíd.). La práctica de la esterilización quirúrgica varía mucho de un país a otro, sin embargo, es muy probable que en todos encontremos situaciones reñidas con los derechos humanos de las mujeres y los derechos reproductivos de las personas en general. Chile, Brasil y México son una pequeña muestra de ello.

En Chile, en plena dictadura militar (1973-1989), se impusieron políticas prohibitivas respecto a la esterilización en el marco de una política abiertamente pronatalista cuyo objetivo era modificar variables demográficas (Rojas, 1994), favoreciendo situaciones como la experimentación con Quinacrina que tuvo lugar entre los años 70-90' encabezada por el Dr. Jaime Zipper, llegando a ser esterilizadas cinco mil mujeres con este método, pese a recomendaciones contrarias a nivel internacional (Centro de Estudios Miguel Enríquez, 2005) y la esterilización sin consentimiento de mujeres que viven con VIH, denuncia canalizada por El Centro de Derechos Reproductivos y la Agrupación de Personas que Viven con VIH Vivo Positivo (2011).

Brasil, en la década de los setentas, en medio de un decrecimiento económico, abandonó su perfil pronatalista y con el refuerzo financiero que permitió la propagación de clínicas de esterilización, la ligadura llegó a convertirse en una práctica masivamente realizada por mujeres pobres y negras, sin consentimiento informado y muchas veces con la exigencia del certificado por parte de los empleadores (Del Rio Fortuna, 2013). En este periodo aumentó también la cesárea, momento en el cual se hacía la ligación tubarica. La situación se agravó por la falta de métodos de planificación familiar gratuitos, la deuda externa y la profundización de las inequidades sociales, de género y raciales. Se fue desarrollando lo que se ha llamado “cultura de la esterilización”, definida como el deseo o preferencia de las mujeres por tal método, un deseo construido socialmente y promovido hegemónicamente como una opción de autonomía y de ascenso social, “se convirtió en una alternativa deseable y efectivamente solicitada porque antes era accesible solo para las mujeres de situación socioeconómica acomodada” (Ibíd., p.18), pero que en realidad no responde a un proceso consciente de apropiación por parte de las mujeres:

(...) lo que es una alienación absoluta del cuerpo pasa a presentarse como un acto de aparente autonomía (...) el deseo socialmente construido de realizar la ligadura tubaria parece responder a lo que se traduce como un efecto positivo del poder sobre el cuerpo, la dominación deseada. (Ibíd., p.17)

Por parte del personal de salud, se planteaba la intención manifiesta de contribuir, por la vía de la esterilización, a evitar abortos y reducir así la mortalidad femenina. Finalmente, la práctica de la cesárea con el propósito de la realización de la ligadura de trompas contribuyó a elevar los índices de embarazos terminados en cesáreas. Los movimientos feministas y el movimiento negro presionaron para la aprobación de una ley que reformó la política de planificación familiar, disminuyendo las esterilizaciones, aumentando levemente la vasectomía y aumentando el uso de otros métodos, logrando finalmente incluirla entre las alternativas en anticoncepción en la Ley de Planificación Familiar nº 9.263 de 1996. Esta Ley establece que su acceso voluntario está permitido

a hombres y mujeres con capacidad civil plena, mayores de 25 años o con al menos dos hijos/as vivos, exige un mínimo de 60 días entre la solicitud y la operación, período en el que se prevé brindar información y métodos de regulación de la fecundidad con consejería a cargo de un equipo multidisciplinario, buscando desalentar la “esterilización precoz”. Para el caso de las mujeres casadas, se exige consentimiento expreso de ambos cónyuges. Se explicita la prohibición de practicar histerectomías con fines esterilizadores, y la de exigir, con cualquier propósito, tanto pruebas de esterilización como de embarazo. En 1999, quedó prohibido realizar ligaduras durante el parto o aborto y hasta 42 días después de esos eventos (Ibíd).

En México, Eduardo Menéndez (2009) plantea que los malos indicadores de salud de los pueblos indígenas, especialmente en el ámbito de la salud reproductiva, así como las prácticas eugenésicas de esterilización en mujeres, son expresiones de racismo. En 2004, organizaciones indígenas denunciaron a la OIT que determinados programas públicos entregaban apoyo económico o en servicios bajo la condición de esterilizar a las mujeres y, en 2006, la Comisión Nacional de Derechos Humanos declara un informe que en México existía una práctica sistemática de esterilizaciones de las poblaciones indígenas. Si bien, últimamente no se han detectado situaciones masivas de esterilización forzada, siguen habiendo grupos especialmente vulnerables a estas prácticas coercitivas, como las mujeres que se encuentran en prisión, las mujeres con discapacidad, las mujeres con VIH/SIDA y las mujeres indígenas. En entidades como Guanajuato, Guerrero, Puebla y Querétaro, las mujeres en prisión se enfrentan al condicionamiento de sus visitas conyugales a cambio de someterse a procesos de esterilización; según un informe de dos organismos no gubernamentales (*Disability Rights International* y Colectivo Chuhcan) a la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), la esterilización forzada en mujeres con discapacidad sicosocial o mental es una práctica recurrente en la ciudad de México; en un informe elaborado por Balance Promoción para el Desarrollo y la Juventud sobre derechos reproductivos de mujeres viviendo con VIH en Mesoamérica indicó que 22% de las mujeres

entrevistadas en México reporta haber sido presionada para esterilizarse (GIRE, 2015). Actualmente en la mitad de la República Mexicana la esterilización forzada no es un delito. La omisión de los estados ocurre pese a que la esterilización forzada se encuentra tipificada como un delito en el Código Penal Federal, así como en los códigos penales de 15 entidades federativas, en términos similares y con penas que varían desde la reparación de los daños y perjuicios, hasta 70 días de multa y entre cuatro y siete años de prisión, además de la suspensión del empleo o profesión temporal o definitiva. Sólo Chiapas, Chihuahua, Colima, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Querétaro, San Luis Potosí, Tamaulipas y Veracruz cuentan con definiciones de violencia obstétrica en sus leyes de acceso a una vida libre de violencia. En México el acceso a información y servicios de anticoncepción se regula por medio de la Ley General de Salud y la Ley General de Población, así como sus reglamentos y las normas oficiales mexicanas que derivan de la primera. Es decir, en México, las políticas públicas en materia de información y acceso a servicios de anticoncepción se insertan tanto en las políticas de población como en las de salud (Ibíd.).

Lo que nos muestran las situaciones específicas descritas anteriormente es la nutrida historia de la esterilización como método de control poblacional, dando lugar a su construcción como problema de derechos humanos. Sin embargo, a diferencia de la anticoncepción y esterilización forzada, la negación de servicios anticonceptivos muy raramente es identificada explícitamente como una forma de violación a los derechos humanos y tiene mucho menos atención científica y social, aunque la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo, El Cairo 1994, consagran el acceso a estos medios como parte fundamental de los derechos reproductivos. Más aún, pareciera que pese a ser uno más de los métodos anticonceptivos ofrecidos por la salud pública, al menos en Chile, existe una especie de silenciamiento deliberado para no expandir la demanda, que ya en su magnitud actual presiona a un sistema de salud renuente a satisfacerla.

La esterilización voluntaria se enfrenta a resistencias, precauciones sobredimensionadas y poco entusiasmo por informar su disponibilidad, a lo que se suma la alta demanda de reversión o el alto porcentaje de desistimiento. Al respecto, algunos estudios demuestran que hasta un 20% de las mujeres esterilizadas a una edad joven, posteriormente se arrepintieron de esta decisión (OMS, 2009), lo que puede estar asociado a la ausencia de una decisión consciente y segura, la que debería ser orientada y apoyada por el personal de salud. En México, por ejemplo, en un momento de alta prevalencia de este método, la encuesta sobre fecundidad y salud (ENFES) realizada en 1987 reveló malas prácticas de salud en este sentido:

(...) porcentajes importantes de mujeres sin información adecuada y con un procedimiento de aceptación deficiente; tiempos muy cortos entre la decisión y la operación, así como entre el último hijo y la intervención quirúrgica; falta de seguimiento de una cuarta parte de las mujeres e intenciones reproductivas ambivalentes al momento de la operación en una de cada diez mujeres. (Figueroa, Aguilar, Hita, 1994, p.10)

Por ello, se le da especial importancia a una serie de acciones destinadas encauzar un proceso de decisión en el que la usuaria de métodos de regulación de la fertilidad sea la protagonista. Los conflictos que rodean a la práctica de la esterilización han dado lugar “a la discusión sobre si la decisión de la esterilización está en las usuarias/os o en las instituciones de salud” (Menéndez, 2009, p.159), cuestionando la intervención del personal de salud que hace uso del poder de influencia que de hecho tiene en estos procesos, y por otro lado, relativizando que la decisión quede total y exclusivamente en manos de las usuarias. Está claro que no es suficiente para evitar situaciones abusivas que en la normativa nacional se declare como un acto voluntario y que su acceso no dependa de requisitos relevantes, pues por ejemplo, tanto en Chile como en México, la esterilización es un derecho reproductivo pero en ambos países se detecta la instrumentalización política de este método, ya sea, prolongando la ruta de atención para desalentar las solicitudes como sucede en Chile o realizando esterilizaciones sin el debido proceso de consentimiento, como ha sucedido en México. Reconociendo que “La racionalidad activa pretende ajustar los fenómenos

demográficos a la naturaleza de las necesidades delineadas por lo político, conduciendo su marcha, planeando su devenir” (Cervantes, 1990, p.2), quizás lo más importante es cuidar que los objetivos sanitarios de la regulación de la fertilidad no se supediten a objetivos políticos y poblacionales, evitando desfases con las necesidades de las personas en estas materias.

Lo que se quiere resaltar es el hecho de que el tipo de conceptualización que se hace de la lógica reproductiva por parte de la población no necesariamente coincide con algunos criterios de la política de población y de los prestadores de servicios, lo cual hace más complicada su interacción ya que si los últimos toman medidas asumiendo que han entendido a la población, pueden llegar a presentarse importantes conflictos en el nivel de los derechos reproductivos de la población. (Figuerola, Aguilar e Hita, 1994, p.147)

Pese a su nutrida historia como método de control poblacional actualmente es una opción voluntaria para regular la fertilidad que cada vez va adquiriendo mayor importancia a nivel mundial. La construcción de la esterilización como demanda de las mujeres se aprecia en las motivaciones que las llevan a optar por este método, al cual le atribuyen la ventaja de ser permanente y más eficaz en comparación con otros métodos (Del Río Fortuna, 2013). La razón más frecuente según algunos estudios para buscar la esterilización es haber alcanzado la paridad deseada (USAID, 2012), pero también motiva su elección algunas características positivas tales como ser más fiable, tener mayor familiaridad, no basarse en hormonas, entre otras. En otro contexto cultural, un estudio antropológico realizado en una zona rural de la India, plantea que las mujeres jóvenes usaron este método para obtener un grado de autonomía en el ámbito familiar (Ibíd.). Otras motivaciones menos nombradas son: tener pocas opciones anticonceptivas, desigualdad de género, falta de participación de la pareja en la anticoncepción, presiones sociales en distintos ámbitos (trabajo, servicios de salud, entorno familiar), propaganda médica y farmacéutica, medicalización del comportamiento reproductivo, y finalmente, varios/as autores han cuestionado la voluntariedad de la decisión que tomaron las mujeres que recurrieron a un método quirúrgico para limitar de manera definitiva su capacidad reproductiva (Del Río Fortuna, 2013).

Existe, pues, un salto significativo en la construcción social de la esterilización quirúrgica, de ser una acción amenazante para las personas, en especial para las mujeres, pasa a ser percibido como un recurso que abona a la autonomía. De ser una violación a los derechos humanos para a ser uno en sí mismo. En coherencia con ese primer momento, el movimiento de mujeres no ha levantado a la esterilización como derecho sino más bien se ha concentrado en denunciar el abuso de su práctica, como lo demuestran las experiencias de Brasil y Perú, donde su participación ha sido decisiva para frenar esterilizaciones masivas de poblaciones pobres, negras e indígenas y exigir reparación. En la década de los noventa el movimiento de salud de las mujeres, compuesto por ONGs, organizaciones sociales de mujeres y organizaciones feministas, fue impulsor fundamental de la agenda de los derechos sexuales y reproductivos en ALC a través de un trabajo de base con las mujeres y de estrategias de incidencia en las políticas e instituciones públicas (Santana, 2007). En esta agenda activista se priorizó por temas considerados estratégicos como el aborto, embarazo adolescente, violencia contra las mujeres, enfoque de género en la atención en salud, VIH/SIDA, mortalidad materna, entre otros, pero al menos en Chile, la esterilización estuvo prácticamente ausente, salvo la investigación que el Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos hiciera en 1994 sobre la esterilización con Quinacrina, que se encontraba en etapa de experimentación científica sin seguimiento y un adecuado consentimiento, logrando finalmente detenerla (Ibíd.).

La otra cara de la moneda es la amplia aceptación y demanda de este método por parte de las mujeres y su concepción como derecho en el marco de las herramientas de derechos humanos nacionales e internacionales (Pardo, Varela, 2013). La instalación de los derechos reproductivos en la política nacional e internacional tiene como hito la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo de El Cairo, e incentivó la implementación de mecanismos de monitoreo, defensa y protección de los derechos reproductivos, por ejemplo, a nivel general se implementó el consentimiento informado específico para la esterilización quirúrgica y en México y se realizó el

primer tribunal por la defensa de los derechos reproductivos (Figueroa y Aguilar, 2006). Hoy en día, en Chile todas las acciones y programas de salud reproductiva se enmarcan en los derechos reproductivos, marcando un hito simbólico a comienzos de los años noventa el reemplazo del Programa de Salud Materno Infantil por el de Programa de Salud de la Mujer, cambio conceptual que pretendió superar el binomio materno infantil hacia una visión más integradora de salud de la mujer, más allá de su rol reproductivo (Santana, 2007), aunque hasta ahora esta idea continúa siendo una meta lejana.

Si bien, el movimiento de salud de las mujeres asumió las directrices de organismos de Naciones Unidas para implementar su agenda sobre los derechos sexuales y reproductivos a través del monitoreo de los acuerdos internacionales, es también tributario de la llamada segunda ola del feminismo, que sienta las bases teóricas que permiten más tarde entender a la sexualidad, el cuerpo y la reproducción como ámbitos eminentemente políticos, no sólo como lugar clave de la dominación patriarcal sobre el colectivo de las mujeres sino también para emprender desde ahí una transformación de lo político. Esta noción representa un cambio de paradigma que transita desde una decisión política de los comportamientos reproductivos a una individual, reconociéndosele a las parejas y luego a los individuos, el derecho a decidir si reproducirse o no y en qué circunstancias, inaugurando con ello una nueva ciudadanía en la que el cuerpo y el espacio personal y privado redefinen lo político. Las mujeres no serán ciudadanas plenas si no se les reconoce el derecho a decidir en el plano de la sexualidad y la reproducción.

El concepto mismo de derechos reproductivos y sexuales redefinió las posibilidades del cuerpo, mediando la histórica fecundidad obligatoria con la posibilidad contemporánea de la planificación y los nuevos parámetros del placer sexual: constituyendo así a la sexualidad en un campo con legitimidad y autonomía propias. (Maier, 2008, p.15)

Pasadas varias décadas de vigencia del enfoque de derechos sexuales y reproductivos hay críticas que vale la pena tener en cuenta, apuntan a cuestiones filosóficas y políticas de fondo como es su fundamento occidental e individualista, la fragmentación con que aborda la sexualidad y la

reproducción y la franca identificación con la sexualidad reproductiva y heterosexual. Desde distintos sectores del movimiento feminista se acusa a la noción de derechos sexuales y reproductivos de basarse en una definición homogeneizadora de la sexualidad que desconoce cosmovisiones no occidentales, no heterosexuales y de grupos sociales con otras necesidades como podrían ser las personas discapacitadas. La experiencia de la esterilización devela claramente estas particularidades, por ejemplo, para las mujeres negras ésta es una forma de exterminio de la población negra, como alguna vez lo denunciaran Angela Davis (2005) y las feministas negras brasileras (Roland, 1995); para las mujeres discapacitadas la esterilización forzada es una práctica demasiado frecuente cuya prevalencia supera tres la observada en la población general (Yupanqui y Ferrer, 2018) y para las lesbianas, simplemente no está en su horizonte esterilizarse pues han optado por relacionarse amorosa y sexualmente con otras mujeres. La misma conceptualización que el movimiento feminista ha hecho en torno al derecho a decidir, sintetizándolo en el aborto y la anticoncepción, refuerza de algún modo la heterosexualidad obligatoria (Mines, Díaz, Rueda y Marzano, 2013).

La esterilización voluntaria se mueve entre estas tensiones, por un lado el pasado eugenésico y controlista que se ha ensañado con el cuerpo de las mujeres y, por otro, el proceso de construcción como un derecho humano y un derecho de las mujeres a decidir en el más elemental de los aspectos de la vida humana, el sí mismo, lo que por cierto pasa por el cuerpo. Entonces, cuando una mujer decide esterilizarse, ¿está ejerciendo un derecho? ¿Está actuando con autonomía? ¿Esterilizarse voluntariamente (y por iniciativa propia) es producto de la conciencia de ser dueña de sí? ¿Cómo sabemos si, por el contrario, ese acto voluntario es sólo un reflejo del mandato cultural, social y político que pesa sobre las mujeres? Estas son algunas de las preguntas que surgieron durante el desarrollo de esta investigación y sobre las cuales se pretende dar luces.

1.2 Situación de la esterilización en el contexto de la fecundidad y la anticoncepción

La situación de la esterilización quirúrgica debe entenderse en el contexto de la declinación poblacional que está ocurriendo a nivel mundial, siendo una de sus causas la disminución de la natalidad y fecundidad, pero es un proceso que muestra grandes diferencias en cuanto a su magnitud, características y causas entre continentes, países y al interior de éstos, según factores económicos y socioculturales. América Latina y El Caribe muestra un descenso particularmente rápido, por ejemplo, en la década de los cincuenta compartía altos índices de fecundidad con África pero ya a partir de 2010 se asemeja con los de América del Norte y Oceanía, y en un lapso de 40 años disminuyó lo que en Europa ocurrió en un siglo (Rodríguez, Molina y Quintana, 2015). En este contexto, algunos países centroamericanos y caribeños son los que tienen mayores tasas de fecundidad (Guatemala, Haití) y los países con la fecundidad más baja de la región son Colombia, Costa Rica, Chile, Brasil y Cuba (<http://wdi.worldbank.org/table/2.14>).

En Chile, se observa un importante descenso de la fecundidad en el siglo XX, del 25% en los primeros 50 años (tasa de fecundidad general 48 por mil en 1900 a 35 por mil en 1950), pero es a partir de 1964 en que éste es drástico y sostenido, coincidiendo con la implementación de programas de planificación familiar que comenzaron a masificar el acceso a los métodos anticonceptivos modernos, llegando a 27 por mil en 1970, disminuyendo más de un 25 % en 7 años (Gutiérrez, 1975). Asimismo, de acuerdo a los anuarios de demografía de 1990 y 1997 del Instituto Nacional de Estadísticas, Servicio Civil e Identificación y Ministerio de Salud, la tasa global de fecundidad descendió desde 3,4 hijo/as por mujer en 1970 a 2,6 en 1990, llegando a 2,2 en 1999; a 1,8 en 2012 (OMS, 2013) y actualmente, en medios de comunicación que quieren instalar el tema en la opinión pública, se habla de 1,7 (CNN, 2018). Por su parte, la tasa bruta de natalidad (por 1.000 habitantes) también nos muestra este fenómeno, bajando desde 23,5 en 1990 a 17,6 en 1999 (INE) y a 14,2 en 2012 (OMS, 2013).

La distribución de la fecundidad por grupos de edad también ha cambiado fuertemente, en tanto que en la década del 30' del siglo pasado, en Chile, el 54% de los nacimientos ocurrían en mujeres menores de 30 años y cuarenta años después, en la década de los 70' la proporción aumentó al 70% aproximadamente (Gutiérrez, 1975). La distribución relativa de los nacidos vivos según la edad de la madre, muestra que en ese periodo el único tramo de edad que aumentó es el de mujeres entre 15 a 19 años, mientras que todos los demás muestran un descenso de su fecundidad.

Sólo aumentó levemente la fecundidad de las mujeres de 15-19 años. En cambio ha disminuido la fecundidad en todos los demás grupos de edad. La más importante reducción ha ocurrido en el grupo 45-49, con un 80 % de baja. Entre 35 y 44 años, la fecundidad disminuyó en un 55 %. En el grupo 30-34, bajó en un 46 %, poco más de un 25 % en el grupo de 25 a 29 y un 8 % en el grupo de 20 a 24 años (Gutiérrez, 1975, p.22).

Después de este período, en los años 90', la tasa de fecundidad por edades continúa aumentando en las niñas entre 15 y 19 años hasta acercarse y aun superar a la de los años 70. La tasa de natalidad en este tramo era de 62,6 por mil en 1977, de 58,9 en 1987 y de 66,7 en 1997 (INE, 1997).

Esta situación ubica a Chile en un proceso de transición demográfica avanzada, cuyos rasgos son el envejecimiento poblacional, el aumento de la esperanza de vida, la postergación de la edad en las mujeres para ser madres, aumento de mujeres que no tienen hijos, disminución de la población económicamente activa, entre otros, y una tasa de reemplazo generacional de 1,1 (OMS, 2011). Este fenómeno ha ido de la mano de la masificación del uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres (Rodríguez y Perpétuo, 2011), lo que se refleja en el sostenido y rápido aumento del uso de métodos anticonceptivos desde que se implementó la planificación familiar en Chile: “El porcentaje estimado en mujeres en edad fértil con uso de métodos anticonceptivos eficaces en 1965 era de 7,4%; en 1987 llega al 21% y en 1997 alcanza el 22,8%” (Aspillaga, 1998, p.34). En cuanto a la esterilización reproductiva en mujeres, considerando sólo la oferta pública de métodos

anticonceptivos modernos, ésta ha aumentado rápidamente estos últimos años convirtiéndose en una de las cirugías ginecológicas más realizadas del mundo (De la Torre, Bravo, Riesle, Chamy y Michea, 2007).

Para tener una idea más integrada de la situación chilena en el contexto latinoamericano, se revisa brevemente lo que sucede en términos demográficos con otros países de la región, como México, Brasil y Colombia. México, muestra un descenso sostenido de la fecundidad en todas las edades llegando en 2016 a una TGF de 2,2 (<http://wdi.worldbank.org/table/2.14>), descenso proporcionalmente menor entre las adolescentes y con diferencias al interior del país entre mujeres hablantes de lengua indígena y mujeres no hablantes, con una TGF en 2009 de 3.23 hijos por mujer y de 2.18 hijos, respectivamente. En cuanto a la práctica anticonceptiva, en México la prevalencia anticonceptiva global es de 72,5%, donde la EQ³ es el método más utilizado con un 36,3%, gran parte de la cual se ofrece en el postparto para mujeres con paridad satisfecha, representando al 83,1% de las usuarias de OTB (Mendoza, Hernández y Valencia, 2012).

Brasil, por su parte, ostenta la fecundidad más baja de la región junto con Cuba, con una TGF en 2016 de 1,7 (<http://wdi.worldbank.org/table/2.14>), una alta tasa de fecundidad de las adolescentes (por 1000 mujeres entre 15 y 19 años), de 71 en 2012 y un 80% de prevalencia del uso de métodos anticonceptivos 2005-2012 (<http://wdi.worldbank.org/table/2.17>). En cuanto a la esterilización quirúrgica, hubo un boom de su uso durante las décadas 80' y 90' pasando de 26,8% en 1986 a 40,1% en 1996 entre mujeres casadas, para posteriormente disminuir a un 29,1% en 2006, continuando de todos modos como el método anticonceptivo moderno más utilizado por las mujeres brasileñas (Amorim, Cavenaghi y Alves, 2008).

³ En México se le llama oclusión tubaria bilateral (OTB).

En Colombia, la TGF de 2016 estaba en 1,9 hijos por mujer (<http://wdi.worldbank.org/table/2.14>) y la tasa fecundidad de adolescentes es de 69 por 1000 mujeres entre 15 y 19 años (OMS, 2013). En cuanto a la práctica anticonceptiva, la prevalencia del uso entre 2005-2012 es de 79% y por tipo de método la esterilización quirúrgica es el primer método utilizado por las mujeres colombianas, con un 24,2% (Profamilia, 2011).

Los tres países más poblados de Latinoamérica presentan características similares en su proceso poblacional marcado por un fuerte descenso de la fecundidad, alto porcentaje de uso de métodos anticonceptivos modernos y a la esterilización como la primera opción anticonceptiva, y un dato más que los asemeja es el alto nivel de partos por cesárea, ya que los tres países y aquí se suma Chile, están entre los países con más altos índices, muy por sobre los estándares recomendados por la OMS⁴, lo que está directamente relacionado con la esterilización.

1.2.1 La esterilización quirúrgica en Chile

Es importante consignar las dificultades con que nos encontramos para construir un panorama fidedigno de la situación de la esterilización quirúrgica. La información sobre el uso y distribución de métodos anticonceptivos en Chile es escasa y fragmentada, ya que no se realizan encuestas nacionales de fecundidad desde 1974 (Dides, 2007) siendo solo incorporados algunos temas sobre regulación de la fertilidad en algunas y no todas las versiones de las encuestas nacionales de salud. Desde el año 2000 el MINSAL realiza encuestas nacionales de salud, siendo la Encuesta de Calidad de Vida (ENCAVI) y la Encuesta Nacional de Salud (ENS) las que han logrado alguna sistematicidad. En materia de salud sexual y reproductiva, la ENS 2003 solo incluye infección por

⁴ El 49,3% de los partos se resolvieron por cesárea en Chile en 2012 (datos obtenidos por Ley de Transparencia, DEIS 2016), 52% en Brasil, 43% en Colombia (OMS, 2013) y 43% en México (CONAPO, 2011), mientras que lo recomendado por la OMS oscila entre el 10 y 15% (OMS, 2015).

virus de Papiloma Humano, la ENS 2009-2010 se enfoca en el cáncer de mama, CCU, uso de preservativo y realización del examen del VIH, la ENCAVI 2001 incluye la fecundidad ideal y uso de métodos anticonceptivos y finalmente la ENCAVI 2006 incluye el uso de métodos anticonceptivos entre otros indicadores de conducta sexual. En las Metas Sanitarias que orientan la política de salud pública hasta 2020 se incluye la conducta sexual de riesgo en adolescentes, por lo cual define al uso del preservativo como meta de impacto. En general, la sexualidad es escasamente incluida en los instrumentos de medición de salud, incumpliendo con lo que obliga la CEDAW y obliga la CIPD respecto a los medios necesarios para asegurar el ejercicio de los derechos reproductivos.

El Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud solo dispone de información sobre esterilización como prestación específica desde 2001. Las fuentes utilizadas para su registro son dos, principalmente, y generan información distinta para una misma prestación: el registro estadístico mensual (REM) y los egresos hospitalarios. Las cifras de EQ que provienen del REM corresponden a todas las EQ realizadas sólo en el sistema público, incluyendo las realizadas durante las cesáreas y las cifras de EQ que provienen de los egresos hospitalarios corresponden a la información oficial de establecimientos de salud públicos y privados sobre las hospitalizadas por EQ como evento exclusivo, excluyendo las cesáreas. De esta forma los datos sobre EQ cuya fuente de información en el REM son mayores a las que provienen de los egresos hospitalarios. Esta situación genera confusión respecto a la calidad de los registros de EQ, ya que en los egresos hospitalarios se registra la EQ de acuerdo a la CIE con el código Z302, sin embargo, el dato sólo incluye la EQ como evento exclusivo dejando fuera las esterilizaciones que se realizan junto a la cesárea. Por otro lado, la cesárea con o sin salpingoligadura se registra con un mismo código, el 2004006 de FONASA, lo que contribuye a la dificultad de construir el dato completo de la esterilización quirúrgica.

Tomando en consideración las dificultades para construir la situación epidemiológica de la EQ, igualmente podemos tener un acercamiento. Desde una visión histórica, vemos que en los primeros años de implementación de programas de planificación familiar se ofrecía una gama de métodos anticonceptivos similar a la actual, ya que tanto el dispositivo intrauterino de cobre como las píldoras eran los principales. La esterilización quirúrgica se destinaba a las mujeres que la requerían por razón médicas y a las grandes multíparas. Aun así, estudios realizados en la década de sesenta, recopilados por Gutiérrez (1975) muestran que la esterilización siempre estuvo entre los métodos más utilizados, en una época en que la disponibilidad de métodos se limitaba a tres, la píldora, el DIU y la EQ. Uno de estos estudios realizado en 1969 en Valparaíso muestra que el 7,4% de las mujeres encuestadas estaban esterilizadas, 23,1% usaba método oral (píldoras), 11,5% el DIU, 15,3% otros (no especificado) y 42,7% no usaba ningún método. En 1965 se inició en San Gregorio, que es una población obrera marginal de Santiago, un programa experimental de planificación familiar. El Consultorio de Planificación Familiar ofrecía la gama más amplia posible de anticonceptivos, pero la mayor parte de las mujeres preferían los dispositivos intrauterinos y las píldoras, aunque un número reducido solicitaba las inyecciones de acción prolongada y los métodos tradicionales, “Otras, que tenían razones médicas para evitar un nuevo embarazo, o las grandes multíparas, que tenían problemas con los anticonceptivos, fueron seleccionadas para la esterilización quirúrgica” (Gutiérrez, 1975, p.27). En 1969, en apenas cuatro años existían ya 170 clínicas de protección materno-infantil públicos y otras 80 más de instituciones privadas en las que se ofrecían servicios de regulación de la fertilidad (Ibíd.) En un salto de más de tres décadas, según la Encuesta Nacional de Salud del año 2006, vemos que la esterilización quirúrgica vuelve a ocupar el tercer lugar entre los métodos más usados por las mujeres que regulan su fertilidad, con un 8,8.

Aunque el uso voluntario de la esterilización quirúrgica por parte de las mujeres está aumentando a nivel mundial, ocupando en Latinoamérica y El Caribe el primer lugar entre los métodos anticonceptivos modernos con un 25,7%⁹, en Chile, al contrario de esta situación generalizada, se

observa un descenso de las esterilizaciones en los últimos 10 años, disminuyendo el porcentaje de mujeres usuarias de la esterilización quirúrgica desde 8,8% según la ENS 2006 al 3,8% en 2016⁵. La siguiente tabla muestra las esterilizaciones por sexo y edad en Chile años 2009-2017.

Tabla 1: Esterilizaciones por sexo y tramos de edad. Chile 2009-2017

edad	N° de EQ por sexo, edad y año																	
	DATOS REM																	
	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
menor de 20	110	1	92	0	101	0	124	0	69	0	124	2	193	2	74	1	94	0
20-34 años	8.265	31	8.435	52	8.460	29	8.038	9	7.214	50	7.890	24	7.967	47	7.828	44	8.578	40
35 y mas	9.413	59	8.684	57	8.596	35	7.613	17	6.870	31	7.047	26	6.924	41	6.832	44	7.507	50
total EQ	17.788	91	17.211	109	17.157	64	15.775	26	14.153	81	15.061	52	15.084	90	14.734	89	16.179	90

Fuente: Elaboración propia en base al registro REM del DEIS⁶

Entre 2009 y 2017, la EQ en mujeres registra un promedio anual de 15.904, alcanzando su nivel más alto en 2009 con 17.788 esterilizaciones y su nivel más bajo en 2013, con 14.153. Datos anteriores de otro estudio indicaban que el año 2006 alcanzó a 21.000 anual (Casas, 2007). De acuerdo a la Tabla 1, en relación a la edad, se observa que la esterilización está aumentando como opción entre las más jóvenes, ya que en los años 2009, 2010 y 2011 la proporción de mujeres esterilizadas entre 20 y 34 años era menor que aquellas que superaban los 35 años, sin embargo, a partir del año 2012 la relación se invierte, concentrándose la mayoría de las esterilizadas en el tramo más joven: El tramo de edad de 20 y 34 años aumentó desde 46,5% en 2009 a 53,2% en 2017, mientras que el tramo de edad de 35 años y más, cayó de 52,9% en 2009 a 46,3% en 2017. Por su parte, el uso de la vasectomía en hombres sigue siendo muy mínima: en el mismo periodo representan en promedio el 0,48% del total de las esterilizaciones, manteniéndose más o menos estable durante los nueve años considerados, alcanzando su máximo valor en 2010 con el 0,63% y el mínimo en 2012 con un 0,16%, y en cuanto a las edades, la mayoría tiene 35 años o más,

⁵ Cálculo elaborado en base a la información de Ingresos a Programa de Regulación de la Fertilidad, por Edad y Métodos. DEIS, 2018.

⁶ Datos de la Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS, facilitados a través de la Ley de Transparencia N° 20.284.

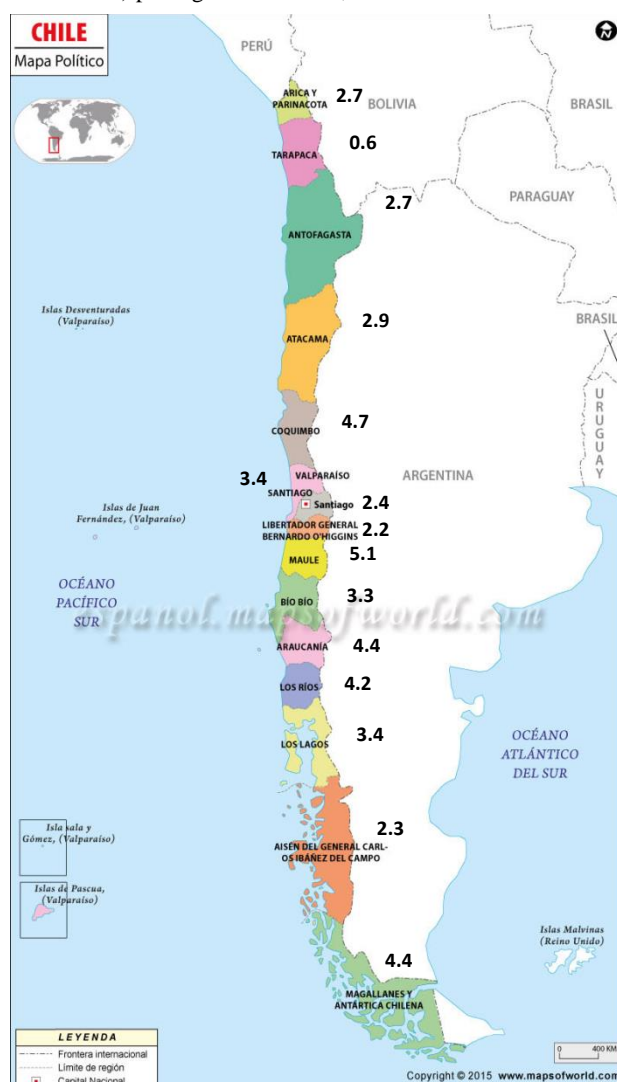
observándose la misma situación que en las mujeres en cuanto al aumento en el tramo de 20 y 34 años al mismo tiempo que un descenso en el grupo de 35 años y más.

Por zona de residencia, las mujeres de zonas rurales son las que más usan esterilización quirúrgica alcanzando un 17% y en mujeres urbanas un 10%, entre 1989 y 1990 (MINSAL, 2010); según situación socioeconómica se esterilizan más las mujeres de mayores ingresos que las que tienen un bajo nivel de ingresos: 7,5%, 1° Quintil; 6,2%, 2° Quintil; 8,5%, 3° Quintil; 11,9%, 4° Quintil; 10,3%, 5° Quintil⁷ (ENS 2006); y por zona geográfica, la Región de Valparaíso posee para el año 2013 mayor proporción de esterilizaciones quirúrgicas en mujeres comparativamente con el nivel nacional, con una tasa de 3.4 y 3.0 (por 1000 mujeres en edad fértil), respectivamente. La distribución país muestra que las regiones con más altas tasas son la VII del Maule y la IV de Coquimbo, mientras que la tasa más baja se encuentra en la I de Tarapacá⁸. En la siguiente figura se muestran las tasas de EQ distribuidas por regiones del país.

⁷ Medido en 5 quintiles de ingreso, donde el Quintil I es el más pobre y el Quintil 5 representa a la población de mayores ingresos.

⁸ Elaboración propia en base a las proyecciones de población para el año 2012 del Instituto Nacional de Estadísticas INE y al registro de esterilizaciones año 2013 de la Dirección de Estudios e Investigación en Salud DEIS del Ministerio de Salud.

Figura 1: Tasas de EQ en mujeres (por 1000 mujeres en edad fértil) por regiones de Chile, año 2013.



Fuente: elaboración propia en base a estadísticas de población del INE y a datos de EQ del DEIS, 2013.

En cuanto a las características técnicas y normativas de la esterilización quirúrgica, encontramos antecedentes de su práctica que se remontan al siglo XVIII, “Las primeras LT [ligadura tubaria] en EE.UU fueron realizadas intracavárea por Samuel Smith Lungren, en Toledo, Ohio, en 1880, con el objetivo de evitar futuros embarazos de alto riesgo” (Ministerio de Salud de Argentina, 2008, p.9), posteriormente su masificación se relaciona con el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas, especialmente desde que se inaugura la técnica de Pomeroy en la década del 30’ del siglo pasado

(OMS, 1993). En los años sesentas, la esterilización mejora tecnológica, técnica y quirúrgicamente, más adelante, destaca la invención de la fibra óptica que permitió la realización de laparoscopías y ya en la década del 90, “se convirtió en el método anticonceptivo más popular en EE.UU, y según datos de IPPF en el año 2002 era utilizado por 190 millones de parejas” (Ministerio de Salud de Argentina, 2008, p.9).

La esterilización quirúrgica en mujeres se define técnicamente como la “oclusión bilateral de las Trompas de Fallopio por ligadura, corte, sección, cauterización, o colocación de anillos, clips o grapas” (MINSAL, 2010, p.107) y las oportunidades para realizarla son: primeros 7 días del ciclo menstrual o cualquier otro momento que exista certeza de no embarazo; cesárea; post-parto y post-aborto. Es un método anticonceptivo definitivo, clasificado como cirugía menor, que tiene por objetivo terminar la capacidad reproductiva de una mujer. Se enmarca en las políticas o programas de regulación de la fertilidad y por lo tanto se rige por las normativas específicas de cada país. En la salud pública existe consenso a nivel médico y científico que la esterilización quirúrgica, tanto femenina como masculina es altamente eficaz como método anticonceptivo, con una tasa de embarazos de 1-2 por cada 1000 mujeres intervenidas (OMS, 2009), siendo considerado “uno de los métodos anticonceptivos más efectivos” (MINSAL, 2010, p.110). Por otro lado, se trata de un procedimiento sencillo, seguro, y de bajo costo, ya que generalmente las esterilizaciones femeninas, que son las más frecuentes, se realizan en el contexto de la cesárea y en algunos hospitales se ocupa anestesia local (USAID, 2012).

Durante 25 años, desde 1975 al año 2000, la esterilización estuvo regida por una resolución del Ministerio de Salud de fecha 8 de septiembre de 1975 que declaraba: “La esterilización no será considerada como actividad de regulación de fecundidad y sólo podrá practicarse por razones de orden médico y por alguna de las causas siguientes”, detallando una serie de causas consideradas

“médicas puras” y otras donde una comisión médica evaluaba la solicitud de la pareja (Turner S, 2001, p.211).

Desde el año 2000 en adelante hay cambios importantes en el enfoque de salud sobre la regulación de la fertilidad, destacándose el cambio de normativa de la esterilización y la aprobación de las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad, en 2010. A través de la Resolución Exenta N° 2326 se fijan nuevas directrices para los servicios de salud sobre esterilización femenina y masculina, liberalizando el acceso de las mujeres y explicitando la vasectomía como opción para los hombres, lo que representa un cambio sustantivo al convertir un acto médico en un acto voluntario de regulación de la fertilidad, sin necesidad de informar al cónyuge o pareja, o de tener la recomendación médica (MINSAL, 2000). Posteriormente, este carácter se refuerza al ser incluida en las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad aprobadas por la Ley 20.148 de 2010, como una opción anticonceptiva de carácter quirúrgico y voluntaria.

2. DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA A LA ESTRATEGIA METODOLÓGICA

2.1 Planteamiento del problema de investigación

La propuesta de investigación se ubica en el marco de las políticas y prácticas de regulación de la fertilidad y en particular, de los métodos anticonceptivos, y ambos a su vez, en el ámbito de la sexualidad y reproducción. La esterilización quirúrgica se encuentra entre los métodos preferidos por las mujeres a nivel latinoamericano, a pesar de tener el rasgo -no compartido con otros métodos- de la irreversibilidad⁹. Tomando en cuenta la evolución histórica de la práctica de la esterilización quirúrgica, en la que pasa de tener un carácter controlista y eugenésico a ser considerada un derecho reproductivo, el fenómeno que la ubica como el método anticonceptivo más utilizado en el mundo y en América Latina y El Caribe puede estar revelando transformaciones sociales y culturales profundas relativas a la condición de las mujeres y a las estructuras de género, desplazando o reformulando a la maternidad como centro de la identidad sociocultural de las mujeres y modificando concepciones de cuerpo, sexualidad y familiar, entre otras dimensiones relacionadas.

El proceso de aceptación social y masificación del uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres estuvo ligado a cambios sociales y culturales que se desarrollaron durante el siglo XX en occidente, en el plano de la vivencia sexual, del ejercicio de la capacidad reproductiva, de las relaciones de género y, particularmente, del desarrollo de conciencia social y política en torno a estos aspectos. La implementación de políticas de regulación de la fertilidad basadas en el acceso

⁹ Aunque, en rigor, la esterilización quirúrgica o salpingoligadura es reversible, tanto de forma natural como a través de una cirugía de reversión, se presenta como un método anticonceptivo irreversible (MINSAL, 2010) debido a su carácter permanente, alta eficacia y grandes dificultades para revertir la esterilización, tanto por el bajo nivel de éxito de la operación como por los problemas de acceso.

universal a métodos anticonceptivos representa una de las conquistas de las mujeres en su construcción como sujetos históricos y políticos (Maira, 2008), por ello, aparte de los objetivos sanitarios y poblacionales con los que fueron creadas, hizo posible la vivencia de una sexualidad independiente de la reproducción y construir mayor autonomía en relación a las decisiones reproductivas. Sin embargo, esta interpretación no es homogénea, ya que en pleno auge de las reivindicaciones feministas por la autonomía sexual y reproductiva durante la década de los años sesenta y setenta, surgen críticas al feminismo europeo y estadounidense desde sectores políticos de izquierda que ven en estas demandas intereses burgueses (Kirkwood, 1990); y desde las feministas negras y lesbianas, de aquellas insertas en contextos culturales distintos al denominado primer mundo, que cuestionaron la categoría del sujeto mujer homogénea y universal construida desde el feminismo occidental (Maira, 2010).

La esterilización quirúrgica en Chile está dentro de las opciones que el Estado ofrece a las mujeres para regular su fertilidad en el marco de un enfoque de derechos reproductivos, sin embargo, se observan dificultades para responder a la alta demanda que tiene este método. Los factores que intervienen en esta situación son diversos, entre los cuales se encuentra la falta de presupuesto y el no ser considerado un problema de salud pública, a lo que se añaden las creencias y los posicionamientos personales de los/as prestadores/as de salud, que muchas veces reproducen estratificaciones sociales y patrones hegemónicos de género, todos los cuales, finalmente van a generar desigualdades en el uso de la esterilización. Así, al ser la práctica de este método totalmente dependiente del sistema de salud, las trayectorias de atención de las mujeres que optan por él se verán afectadas por los factores antes mencionados.

Partiendo de las premisas anteriores, la esterilización quirúrgica es un fenómeno multidimensional: macrosocial por su incidencia en dinámicas geopolíticas y poblacionales, mesosocial por ser mediatizado por las políticas de estado, la institución biomédica y los/as prestadores/as de salud, y microsociales, en tanto opción de las mujeres para regular su fertilidad y adueñarse de su proyecto de

vida. El problema de investigación se ubica en estos tres niveles, con el centro en las mujeres que desean esterilizarse, revisando cómo interfieren cuestiones estructurales en su salud y planes de vida, así como los procesos individuales y socioculturales que está reflejando esta opción anticonceptiva en las construcciones de género, sexualidad y reproducción de las mujeres.

2.2 Preguntas de investigación

El problema de se expresa en dos preguntas de investigación:

¿Cuáles son las prácticas y representaciones que mujeres usuarias de esterilización quirúrgica voluntaria de establecimientos de salud de Valparaíso, Chile, tienen respecto a su vivencia sexual y reproductiva?

¿Cómo es el sistema de atención a la esterilización quirúrgica voluntaria en dos establecimientos de salud pública de Valparaíso, Chile; las prácticas y representaciones del personal de salud que interviene en la atención y como se relacionan estos aspectos con las vivencias de las usuarias?

2.3 Justificación

Desde la década de los sesenta los métodos de regulación de la fertilidad han sido un tema central en las políticas poblacionales y de salud en Latinoamérica y El Caribe, variando la intensidad y forma que adquiere su desarrollo en cada país. Lo anterior depende de factores sociales, económicos, culturales, así como del enfoque político poblacional que cada país adopte, lo que va a determinar aspectos como la cantidad y diversidad de métodos que se distribuyen en la población, el acceso a ellos, los sujetos y grupos sociales hacia los cuales están dirigidos, así como la inversión en investigación científica relacionada con éstos.

Los enfoques poblacionales se pueden resumir en dos principales polos, las políticas pronatalistas y las antinatalistas, las cuales difieren en sus objetivos pero comparten la utilización de políticas de planificación familiar o de regulación de la fertilidad que determinarán el modo de distribución o el acceso más o menos expedito a los métodos anticonceptivos, como instrumentos de control de los cuerpos de las mujeres, de su sexualidad y de sus decisiones reproductivas (Rojas, 2009). Por ello, las situaciones de abuso en la implementación de estas políticas suelen afectar mayormente a mujeres que por sus condiciones sociales, culturales, económicas, se les hace más difícil decidir en forma consciente cómo regular su fertilidad, en coherencia con sus preferencias, creencias y valores.

La reproducción social y en ella, la maternidad, es una función social que impacta profundamente en la construcción de su identidad y subjetividad, por ello es necesario que tal experiencia sea voluntaria, consciente y deseada. La oportunidad de lograr que así sea depende mucho de las políticas de regulación de la fertilidad que impulse cada país y específicamente del acceso a métodos anticonceptivos pertinentes socioculturalmente y mediante un proceso de decisión consciente e informada. La implantación o práctica de un método de manera forzada o sin contar con el consentimiento de la mujer o, por el contrario, negar el acceso a determinado método cuando existe disponibilidad de éste, puede afectar la salud de las mujeres y marcar dramáticamente sus biografías.

El control de la fertilidad es un asunto importante a nivel social y político, pero también lo es a nivel individual. En reconocimiento de ello, se incorpora como parte de los derechos humanos, particularmente de los derechos sexuales y reproductivos, lo que a su vez es producto de un largo proceso histórico en el que las mujeres y el movimiento social que las aglutina, reconocieron e instalaron como políticos ámbitos antes ignorados en los asuntos colectivos y públicos, como lo es lo personal y privado, el cuerpo y la sexualidad. El acceso a un método anticonceptivo debe estar al servicio del bienestar de quienes los usan, por eso, cuando estos fallan, no son los adecuados, son

impuestos o administrados sin la información necesaria, alteran la trayectoria de vida de mujeres y hombres, y generan problemas sociales y de salud relacionados con la procreación involuntaria.

La EQ es una intervención quirúrgica que genera alteraciones y modificaciones corporales, que en general no son consideradas por el personal médico que realiza la labor clínica porque entienden que una vez hecha la intervención con éxito, su responsabilidad llega hasta ahí. Sin embargo, los cambios que ocurren en el cuerpo, malestares, secuelas, que incluso pueden afectar la vida cotidiana y sexual, así como la autopercepción de las mujeres, no son objeto de preocupación del personal de salud.

La literatura especializada sobre este tema, en particular sobre los métodos anticonceptivos, es muy numerosa en el ámbito de salud pública y se concentra en la construcción de indicadores sobre uso, acceso, calidad de atención, sin embargo, es mucho menos lo que se conoce sobre la construcción de significado e interpretación que las mismas mujeres le dan a sus prácticas de control de la fertilidad y al uso de métodos anticonceptivos, ausencia relativa que se acentúa en el caso de la EQ. Por ello, para la antropología médica o en salud sería una contribución importante conocer en profundidad las prácticas de las mujeres en torno a éste método anticonceptivo, como relaciona con las transformaciones sociales que están teniendo lugar a través del cuestionamiento del sujeto, el cuerpo, la identidad de género, entre otras dimensiones, y cómo influyen las relaciones de poder y las inequidades sociales en ello.

El cambio de normativa sobre la esterilización quirúrgica en el año 2000 significó un reconocimiento de este método anticonceptivo como derecho reproductivo, que debe estar disponible para todas las personas que lo requieran, en coherencia con los instrumentos internacionales asumidos por el país (CEDAW y CIPD, principalmente). Por ello, es importante saber si se ha logrado facilitar el acceso en condiciones de equidad en salud de acuerdo a determinantes sociales como el género, la condición socioeconómica, entre otros. Desde una perspectiva antropológica, para conocer con mayor profundidad la situación de la esterilización

quirúrgica, se requiere conocer la dinámica al interior de los establecimientos de salud en relación a los procesos administrativos, las prácticas, representaciones y discursos del personal de salud en torno a la EQV, así como explorar los efectos bio socioculturales de este método en la vida y la salud de las mujeres que lo utilizan.

2.4 Objetivos

Objetivos Generales

1. Describir y analizar las prácticas y representaciones que mujeres usuarias de esterilización quirúrgica voluntaria de establecimientos de salud de Valparaíso, Chile, tienen sobre su vivencia sexual y reproductiva.
2. Describir y analizar el sistema de atención a la esterilización quirúrgica voluntaria, las prácticas y representaciones del personal de salud de dos establecimientos de salud pública de Valparaíso, Chile, tiene sobre esterilización, sexualidad y reproducción, y cómo estos aspectos se relacionan con las vivencias de las usuarias.

Objetivos Específicos

- 1.1 Describir las características de salud, reproductivas y sociodemográficas de mujeres usuarias de la esterilización quirúrgica a partir de la revisión de fichas clínicas en establecimientos de salud pública seleccionados de Valparaíso.
- 1.2 Describir los efectos de la esterilización quirúrgica en el cuerpo y salud de las mujeres que fueron esterilizadas.
- 1.3 Describir y analizar el proceso de toma de decisiones de las mujeres que solicitaron o utilizaron la esterilización quirúrgica, incluyendo motivaciones, negociaciones y redes.

- 1.4 Describir y analizar las representaciones sobre cuerpo, género y sexualidad de mujeres que solicitaron o utilizaron la esterilización quirúrgica, e identificar cambios y permanencias después de tomar la decisión de esterilizarse.
- 2.1 Conocer y describir el sistema de atención en salud a la EQV en dos establecimientos de salud pública de Valparaíso: Hospital Carlos Van Buren y CESFAM Jean y Marie Thierry, y en consultoría privada.
- 2.2 Describir y analizar los prácticas y representaciones de prestadores/as de salud que intervienen en el proceso de atención a la esterilización quirúrgica en mujeres.
- 2.3 Describir y analizar la experiencia de las mujeres en la búsqueda de atención a su necesidad de esterilizarse y las respuestas públicas y privadas de salud que obtuvieron.
- 2.4 Integrar y analizar los datos obtenidos de los expedientes clínicos con el trabajo etnográfico y la revisión bibliográfica sobre la esterilización quirúrgica desde los enfoques de la antropología médica crítica y la teoría feminista.
- 2.5 Reflexionar sobre la articulación entre los derechos de las mujeres y las políticas de salud sexual y reproductiva implementadas en los espacios de atención focalizados y su influencia en la búsqueda de soluciones para la regulación de la fertilidad que interfieren en el proyecto de vida de las mujeres.

2.5 Hipótesis de trabajo

1. El uso voluntario de la esterilización quirúrgica, junto a otros fenómenos recientes en esta materia como el retraso de la edad de las mujeres para embarazarse, el aumento de mujeres que no tienen hijos/as, entre otros, está reflejando transformaciones sociales y culturales sobre las construcciones de género, principalmente en lo que se refiere al lugar de la maternidad, desplazándola como centro de la construcción de identidad de las mujeres y reflejando también adaptaciones a las condiciones económicas y socioculturales de la población, en las que tener

menos hijos es una opción para enfrentar contextos adversos. La esterilización voluntaria como método anticonceptivo puede estar revelando procesos de autonomía en las mujeres, para dedicarse a desarrollar otros intereses personales.

Tanto el acceso al sistema de atención de la esterilización, como sus efectos biológicos y socioculturales, reproducen desigualdades sociales, ya que las mujeres de menores recursos socioeconómicos y discriminadas por otras condiciones (etnia, discapacidad, migrantes, rurales) encuentran muchos más obstáculos para realizarse una esterilización oportuna y voluntariamente. Estas desigualdades se plasman en las trayectorias reproductivas y en las trayectorias de atención de las mujeres que se deciden por una esterilización, ya que son las mujeres que se atienden en el sistema público de salud y las de nivel socioeconómico más bajo las que encuentran mayores obstáculos para acceder a una esterilización quirúrgica, lo que les puede afectar en las opciones y recursos para regular su fertilidad de acuerdo a sus expectativas y proyectos de vida. Se puede esperar que, en términos de características bioculturales, las mujeres de menores recursos busquen esterilizarse más jóvenes teniendo mayor número de hijos, tengan más eventos reproductivos no deseados después de la solicitud de esterilización, mayor carga de enfermedad, entre otras características, que las mujeres de mejor nivel socioeconómico. Es posible que los cambios en las construcciones de género que están ocurriendo (desplazamiento de la maternidad como eje único de la identidad de género de las mujeres) estén chocando con las convicciones del personal de salud y con un sistema de salud que se resiste a cumplir con lo que está consagrado en las normativas, es decir, con el derecho de mujeres y hombres a decidir sobre su proyecto de maternidad o paternidad a través de la esterilización quirúrgica.

2. Las representaciones y prácticas institucionales sobre la esterilización quirúrgica se enmarcan en políticas públicas de salud y de población con tendencia a controlar la conducta sexual y reproductiva de mujeres y hombres de acuerdo a un modelo económico capitalista y a un sistema sociocultural patriarcal. Actualmente, el acceso a la esterilización quirúrgica voluntaria en Chile es

restringido para las mujeres usuarias del sistema público no por una cuestión normativa sino administrativa, y en ello tienen un papel fundamental los/as prestadores/as de salud, ya que califican a las mujeres según criterios biomédicos y sus posicionamientos ideológicos para autorizar la esterilización, reproduciendo un modelo de género hegemónico. Por otro lado, la falta de presupuesto para atender a la demanda de EQV de las mujeres y el no estar incluida en el paquete básico garantizado de prestaciones de salud es expresión de políticas de salud y políticas poblacionales que tiende a desligarse de las necesidades de regulación de la fecundidad de las personas, en especial de las mujeres.

Producto de las dificultades que las personas encuentran para regular su fertilidad de acuerdo a las propias expectativas, no sólo en el sistema de salud sino en el conjunto de políticas sociales que desatiende estas necesidades desde la niñez (ausencia de política de educación sexual, por ejemplo) y de otros obstáculos culturales que confinan a las mujeres, especialmente a las más pobres y vulnerables, a la maternidad como única vía de realización y a los hombres los expulsan de este terreno, las mujeres recorren un largo camino que incluye búsqueda de información, prueba de múltiples métodos anticonceptivos, distintos arreglos de relaciones de pareja, entre otras estrategias. Como consecuencia, construyen una trayectoria reproductiva y una trayectoria de atención –ambas relacionadas estrechamente – que acumula malestares, enfermedades, secuelas, ensayo-error, desatenciones, eventos reproductivos no deseados, pero que también incluye aprendizajes y procesos de toma de decisión sobre cómo llevar adelante la propia vida.

2.6 Estrategia metodológica

2.6.1 Diseño y tipo de investigación

La investigación corresponde a un diseño mixto cuanti-cualitativo, desde el punto de temporal, se define como una investigación sincrónica que abarca entre 2015-2018 y por su nivel de profundidad, corresponde a un diseño descriptivo y analítico.

La metodología cuantitativa se orientó a la construcción de información estadística de contexto sobre la situación de la demanda de la esterilización quirúrgica voluntaria a través de las bases de datos del Ministerio de Salud y sobre las características de las mujeres que se atienden por esterilización a través de la revisión de expedientes clínicos en un establecimiento hospitalario de la salud pública.

La estrategia cualitativa consistió en el desarrollo de un trabajo etnográfico para conocer y describir las características bioculturales, representaciones y prácticas de las mujeres que han solicitado o experimentado la esterilización quirúrgica; las rutas de atención e itinerarios anticonceptivos; y las prácticas y representaciones de los/as prestadores de salud que intervienen en las trayectorias de atención de mujeres usuarias de la esterilización quirúrgica voluntaria.

2.6.2 Etapas de investigación

La fase cuantitativa consistió en la elaboración de una base de datos a partir de la revisión de expedientes clínicos de mujeres ya intervenidas quirúrgicamente y otro, de mujeres en lista de espera para ser esterilizadas, completando una muestra aleatoria de 109 usuarias¹⁰.

La segunda fase es de tipo cualitativo cuyo trabajo etnográfico contempló dos grupos: uno de usuarias de EQV (6 casos) con quienes se desarrolló entrevistas a profundidad y otro, de personal de salud (16 casos)¹¹ a quienes se les aplicó entrevistas semiestructuradas. Además se llevó a cabo observación de la atención en dos establecimientos de salud pública de la Comuna de Valparaíso,

¹⁰ La muestra se compuso de dos listados: listado de mujeres que fueron esterilizadas durante el año 2015 (45) y lista única de espera para esterilización 2011-2016 (64), dando un total de 109.

¹¹ Se entrevistó a 20 profesionales, técnicos y administrativos de dos establecimientos de salud pública de Valparaíso, en torno a la atención de la esterilización quirúrgica en mujeres, de los dos establecimientos focalizados.

Chile: CESFAM (Centro de Salud Familiar) Jean y Marie Thierry y el Hospital Carlos Van Buren. Se obtuvo la autorización del Comité Ético de Investigación del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, al cual pertenecen ambos establecimientos, y las/os entrevistadas/os firmaron consentimiento informado después de un proceso de consulta.

2.6.3 Sujeto de estudio

La población de estudio la constituyen todas las mujeres chilenas que se ubican en el tramo de edad considerado “edad reproductiva” que abarca de 15 a 44 años, según la OMS. El universo de estudio lo conforman las mujeres que pasaron por el proceso de atención de la esterilización quirúrgica (en lista de espera o ya esterilizadas) en establecimientos de salud de Valparaíso.

Los y las sujetos de estudio son:

- 1) Mujeres de distintas condiciones socioeconómicas y étnicas que estén a la espera o hayan accedido a una esterilización quirúrgica en establecimientos de salud de Valparaíso.
- 2) Prestadoras/es de salud que participan en distintos momentos de la atención de la esterilización quirúrgica en mujeres: solicitud, evaluación médica, evaluación social, consejería, atención clínica, seguimiento, en establecimientos de salud de Valparaíso.

El criterio para definir el número de entrevistas fue la saturación de información, es decir, cuando se considere que los argumentos comiencen a repetirse y la información producida es suficiente para responder a los objetivos de la investigación relacionados con este punto.

La ciudad de Valparaíso se elige como lugar para realizar la investigación por reunir características de interés para la investigación, la situación económica de la población (concentración de pobreza), cantidad de esterilizaciones en mujeres y facilidades de acceso a la información:

- Valparaíso es una Comuna de 267.853 habitantes, con el 99,84% de su población urbana

(SINIM, 2013) y con el 22,62% en situación de pobreza, superando la media nacional (Encuesta CASEN 2009).

- La Región de Valparaíso posee para el año 2013 mayor proporción de esterilizaciones quirúrgicas en mujeres comparativamente con el nivel nacional.
- Facilidad de acceso. Valparaíso es una Región en la cual he trabajado por mucho tiempo, tanto en investigaciones como en intervenciones sociales locales y comunitarias, por lo cual conozco el territorio y tengo acceso a las instituciones de salud.

2.6.4 Método y técnicas de investigación

Para la fase cuantitativa, las preguntas que orientaron la búsqueda de información en los expedientes clínicos fueron las siguientes:

- ¿Cuáles son las características bioculturales (sociodemográficas, reproductivas y de salud) generales de las mujeres usuarias de EQV de un establecimiento de salud determinado?
- ¿Cuál es el proceso que siguieron estas mujeres para solicitar la EQV?
- ¿Qué factores están asociados a la solicitud de EQV por parte de las mujeres?
- ¿Existen dificultades en el proceso de atención y acceso a la EQV? ¿Cuáles?

La aproximación cuantitativa contempló la revisión de expedientes clínicos de mujeres usuarias del Hospital Carlos Van Buren (Valparaíso), registradas en dos listados diferentes: 1) lista de espera para la esterilización y 2) mujeres esterilizadas. El listado de espera es un listado único que abarca de 2011 a 2016, es un instrumento de gestión que se incluyó para indagar en los criterios institucionales de aceptación o priorización para la esterilización. El listado de mujeres esterilizadas se compone del total de mujeres esterilizadas en 2015. Con esta información se construyó una base de datos disociada e innominada que incluyó la siguiente información:

1) Relativa a la esterilización quirúrgica: año de la operación o solicitud y tiempo transcurrido entre ambos eventos, diagnóstico, resultados, seguimiento, consentimiento informado, método quirúrgico, problemas de atención.

2) Datos sociodemográficos y de salud: edad, pertenencia étnica, comuna de residencia, tipo de unión, actividad, escolaridad, situación laboral, nivel de ingresos, edad y actividad del progenitor, historia de salud sexual y reproductiva (uso de métodos anticonceptivos, número de hijos/as, embarazos, abortos), otras morbilidades relevantes.

La aproximación cualitativa se desarrolló a través de un trabajo etnográfico. La etnografía, asumida como enfoque, método y texto porque permite “aprehender las estructuras conceptuales con que la gente actúa y hace inteligible su conducta y la de los demás” (Guber, 2001). Me refiero por etnografía a una serie de técnicas y estrategias metodológicas que, combinadas, permitan a la investigadora acercarse al fenómeno con una perspectiva abierta y flexible, global, relacional y situada. En lo particular, en esta investigación, la etnografía estuvo focalizada en establecimientos de salud como base para, desde ahí, establecer los nexos entre distintos actores individuales, sociales e institucionales de un fenómeno biocultural, así como entre los niveles micro, meso y macrosociales de análisis. La recolección de información secundaria, tal como la descripción del sistema de salud chileno, la situación epidemiológica de la EQ en Chile y en el hospital seleccionado, la caracterización general de las usuarias de EQ en el hospital, son el telón de fondo del nivel mesosocial, donde tenemos los discursos y prácticas de atención del personal de salud que se desempeña en la salud pública pero también en la privada y del nivel micro, representado por las usuarias de la esterilización.

Las técnicas etnográficas para la recolección de información primaria utilizadas en esta investigación son las siguientes:

- Entrevistas a profundidad con mujeres seleccionadas. Las entrevistas se construyen en

varios encuentros con cada una de las sujetas, entre 2 y 4 sesiones, número que depende de la riqueza de información, la disponibilidad y ánimo de la informante.

- Entrevista semi estructurada con prestadores/as de salud seleccionados de acuerdo a las tipologías de sujeto de investigación.
- Observación participante en establecimientos de salud sobre el proceso de atención a la esterilización quirúrgica en mujeres.

Para el análisis de datos cualitativos me inclino por la propuesta de Minayo de Souza (2009), de combinar el método hermenéutico con el dialéctico, porque –citando a Stein (1987)- ambas coinciden en las condiciones históricas de cualquier manifestación simbólica, de lenguaje o de pensamiento; que no existe observador imparcial o puntos de vista fuera de la realidad social; consideran al investigador como parte de la realidad que investigan; cuestionan el tecnicismo como forma de comprender los procesos sociales; ambas se refieren a la praxis y relevan los condicionantes de la producción intelectual. La metodología de análisis consistió en la secuencia de los siguientes pasos:

- Transcripción completa de las entrevistas. Tanto la entrevistada como los nombres que aparecen en el relato de las usuarias fueron cambiados para no afectar la confidencialidad. En el caso del personal de salud se identifica de acuerdo al sexo, a su función o profesión de salud, con un número para indicar que son varias personas de la misma actividad y el establecimiento de salud. Cuando hay una persona cuya actividad u otra característica es única en el grupo y por lo tanto será fácilmente identificable, se nombra según la característica mayoritaria.
- Lectura longitudinal intensiva de cada entrevista.
- Vaciamiento de contenidos seleccionados en una matriz de categorías, elaborada en base a los conceptos centrales de la investigación y a los enfoques teóricos (ver Anexo 1).

- Lectura transversal del conjunto de entrevistas de acuerdo a las categorías de análisis.

La etnografía en establecimientos de salud implicó sumergirse en su dinámica, valiéndome de la observación, la revisión de expedientes clínicos, la interacción cotidiana con el personal y la aplicación de entrevistas al personal de salud. Esta etapa del trabajo sentó las bases para el desarrollo de las entrevistas a profundidad con usuarias del mismo hospital y consultorio focalizados y de clínicas privadas, atendidas por médicos/as que trabajan en el HCVB. Estas interconexiones, está “vuelta” por las distintas dimensiones del fenómeno en estudio, es lo que caracteriza a una etnografía.

La observación, por su parte, fue un ejercicio presencial en un entorno donde una antropóloga es vista con interrogación, curiosidad y también, muchos prejuicios cuestionadores de la capacidad de aportar a la ciencia y la investigación en salud. A pesar de ello y justo por eso, la observación es interesante como metodología porque permite estar en un lugar al cual no se pertenece pero al que se entra con autorización y con la facultad de manejar lenguajes y de perseguir objetivos que pueden parecer muy ajenos al personal “dueño” del lugar. En este sentido, “la etnografía está situada dentro de una determinada forma de acceder al campo de trabajo, que ha apostado por una investigación no encubierta en la institución sanitaria” (Blázquez, 2008, p.25).

El trabajo de campo en total fueron nueve meses divididos en tres años (2015, 2016 y 2017) en los dos establecimientos de salud pública de Valparaíso arriba mencionados.

2.6.5 Instrumentos de recolección de información

Se diseñaron cinco instrumentos de recolección de información, además de dos modelos de consentimiento informado, uno para usuarias de esterilización quirúrgica y otro para personal de

salud. Todos fueron presentados al Comité de Ética Científico (CEC), lo que implicó incluir correcciones y observaciones que mejoraron los instrumentos.

Los instrumentos de recolección de información aplicados son los siguientes:

- Pauta de entrevista a profundidad a usuarias de EQV (ver Anexo 2)
- Pauta de entrevista semi estructurada a personal de salud (ver anexo 3)
- Guía de observación participante en establecimientos de salud (ver anexo 4)
- Guía de observación participante con usuarias de EQV (ver anexo 5)
- Instrumento de registro de expedientes clínicos (ver anexo 6)

Los formatos de consentimiento informado de investigación (ver anexos 7 y 8) fueron elaborados de acuerdo a un modelo estándar de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, adoptado por el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio. El original fue firmado y timbrado por el CEC en todas sus hojas, al cual saqué copias por cada entrevistada/o.

2.6.6 Aspectos éticos

La temática de investigación considera implicancias éticas relevantes, toda vez que se abordan aspectos de la vida complejas, como lo es la esterilización y las circunstancias asociadas a su práctica y acceso. En este sentido, el estudio consideró como aspectos éticos centrales la privacidad, confidencialidad y participación voluntaria de las participantes.

El consentimiento válido, considera una decisión informada, por lo que el proceso implica realizar actividades explicativas e informativas previas a la entrega de un documento formal a las participantes para que consignen su consentimiento a participar del estudio (carta de consentimiento informado).

Se elaboraron dos tipos de consentimiento informado: a) consentimiento individual para mujeres usuarias de EQV, b) consentimiento individual para prestadores de salud.

Para acceder a los expedientes clínicos se solicitó excepción del consentimiento informado al Comité Ético Científico y se tomaron los siguientes resguardos para asegurar que la información producida en forma de una base de datos sea innominada y disociada de los datos personales de los titulares de ficha clínica:

- La investigadora no anotará ningún dato de identificación personal de la titular de la ficha clínica sino que pasará directamente a extraer información sobre las categorías predefinidas sin asociarlas a datos personales, con lo cual se elaborará una base de datos innominada y disociada.
- Diariamente, el médico colaborador de la investigación entregará a la investigadora principal un número determinado de fichas, las cuales serán devueltas al finalizar la jornada en las mismas condiciones (número, orden).
- La revisión de fichas la realizará la investigadora principal en un lugar dispuesto por el establecimiento, visible para el médico colaborador.
- La base de datos se construirá en un computador de propiedad de la investigadora principal, dejando copia periódicamente al médico colaborador.

En la fase cualitativa, se desarrolló un segundo proceso de consentimiento informado, que consistió en los encuentros que sean necesarios con la persona a la que se le solicita su participación en la investigación y culmina con la firma de un protocolo.

El protocolo de consentimiento informado consideró los siguientes elementos:

- Explicación comprensible de los propósitos de la investigación.
- Derecho a suspensión o retiro total del mismo en cualquier etapa o momento de desarrollo.

- Explicitación de los mecanismos concretos de resguardo de la información y anonimato de las fuentes.
- Explicación clara sobre cómo se usarán los resultados de la investigación.
- Explicación clara de los posibles riesgos y beneficios.
- Información de contacto de personas a quién recurrir en caso de necesitar aclarar alguna situación relacionada con el estudio.

Por último, el protocolo de investigación se sometió a un proceso de evaluación por parte del Comité de Ética del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio¹², que rige para los dos establecimientos de salud donde se desarrolló el trabajo de campo.

¹² El CEC emitió el Acta de aprobación N°10/2016 del 13 de Abril de 2016.

3. ENFOQUE TEÓRICO Y MARCO CONCEPTUAL

3.1 Estado del arte: investigaciones sobre esterilización quirúrgica y enfoques utilizados en su abordaje

Lo que se ha escrito sobre esterilización quirúrgica se concentra principalmente en la salud pública, desde un enfoque epidemiológico con énfasis en la prevalencia de uso y su distribución, en relación con otros métodos anticonceptivos (Dides, 2007; Casas, 2007; MINSAL, 2010) y en estudios sobre su calidad en términos científicos y tecnológicos para conocer sus posibles efectos adversos (De La Torre, 2007). En las ciencias sociales, los estudios se centran en los efectos psicológicos del carácter irreversible de la esterilización (Sánchez-Escobedo, 2009), pero en general, poco se conoce sobre cómo estas prácticas de salud afectan las trayectorias de vida de las mujeres, que son quienes mayoritariamente intervienen sus cuerpos con el uso de métodos anticonceptivos y son además las que asumen las consecuencias sociales de la fertilidad y de la infertilidad.

Un estudio realizado en Costa Rica a diez años de aprobada la ley que consagra la esterilización como un derecho, muestra que persisten dificultades para acceder a esta prestación de salud reproductiva por parte de las mujeres que la solicitan, de origen administrativo y cultural, pues los/as prestadores/as de salud interponen sus propios posicionamientos y creencias:

En la aplicación del Decreto las mujeres han encontrado obstáculos de tipo administrativo y cultural. La actitud del personal que brinda los servicios que el Decreto establece, interpone sus prejuicios y criterios morales en relación con el ejercicio de la voluntad informada. Eso hace que en muchos casos las usuarias desistan de elegir el respeto a las decisiones sobre el ejercicio de su sexualidad y capacidad reproductiva. (Fernández, 2011, p.109)

Este tipo de barreras obedecen a políticas explícitas e implícitas de población y salud que muchas veces se traducen en acciones y programas de salud reproductiva que discriminan en el acceso a

determinadas estrategias de regulación de la fertilidad, estableciendo perfiles de personas y sectores sociales que serían candidatos adecuados o no.

En antropología, desde Margared Mead con su trabajo de comparación intercultural del sistema de parto en 1967, se desarrollan etnografías respecto al ámbito reproductivo, abarcando problemáticas como la naturaleza social de la reproducción, su control y medicalización, centrándose preferentemente en el proceso de parto (Blázquez, 2005). Temas que más bien cuestionan el rol reproductivo de las mujeres –excepto el aborto, sobre el cual el movimiento feminista se ha ocupado de generar conocimiento– como la infertilidad y la esterilización, han sido escasamente abordados como problemas de investigación de la antropología médica. Menéndez (2009) llama la atención sobre el poco interés que para la antropología han tenidos problemas de salud con fuerte contenido político como la esterilización forzada, notando que sólo se cita como parte del contexto de otro tema, como la mortalidad materna, la violencia contra las mujeres o las técnicas del parto o aborto.

Wohltjen (2011) repasa la literatura antropológica sobre las variadas formas en que las instituciones sociales, entre ellas la biomedicina, controlan y modelan los cuerpos de las mujeres. Hay una valiosa producción en torno a la manipulación y control de los cuerpos reproductivos (Roberts, 1997; Reed, 2010; Root, 1995; Ginsburg, 1995; Martin, 1987), se ha explorado cómo las mujeres continúan subordinadas a través de un control social e institucional de su capacidad reproductiva y cómo sus cuerpos son usados para modelar poblaciones, determinando quienes califican para ser miembros de la comunidad o de un estado-nación (Chávez, 2004; Lane, 2008; Roberts, 1997). Se han estudiado instancias donde las mujeres son cuestionadas en sus decisiones de usar o no usar procedimientos anticonceptivos a través de una retórica de la “correcta” condición de la mujer o de la “buena madre” (Craven, 2005). Asimismo, investigadoras feministas y antropólogas medicas han

examinado la amniocentesis, la cesárea y la fertilización in vitro como vehículos a través de los cuales son manipulados los cuerpos de las mujeres y formados los conceptos de género.

El número especial de la Revista *Anthropologist and Medicine* (13 de agosto de 2012), *Special issue irrational reproduction*, reúne nueve artículos basados en etnografías que examinan la reproducción en diferentes contextos geopolíticos, desde Europa a América Latina y Asia, y exponen cómo los diferentes proyectos y estrategias reproductivas impactan en la vida de las personas en muchas formas: mujeres y parejas que son estigmatizadas por no adherir a normas de procreación restrictivas, generando el “estigma reproductivo”; que son acusadas de conducta irracional; y el surgimiento de nuevas definiciones normativas de lo que es una reproducción “razonable” o “responsable”. Los mandatos institucionales a este respecto son variables, así por ejemplo, en Brasil, la esterilización, antes considerada por los/as profesionales de la salud como un método “racional” para las mujeres pobres, ahora es considerada “irracional” (Krauze, 2012). De acuerdo Scheper-Hughes (1992), la esterilización quirúrgica se considera el mejor método para no tener hijos, sin embargo, los/as médicos/as consideran esta operación siempre y cuando la mujer haya probado su buena ciudadanía de género, “her good gender citizen” (p.337), al producir un número adecuado de hijos. Según esta investigación, realizada en Brasil sobre mortalidad infantil, las mujeres más jóvenes de comunidades pobres no son candidatas a esta operación a menos que cuenten con influencias, dependiendo del acceso que tengan en el sistema público de salud.

Respecto a la postura del personal de salud sobre la esterilización quirúrgica como método anticonceptivo, un estudio realizado en Santiago de Chile (Donoso, 2013), concluye que predomina una postura favorable desde una perspectiva técnica, aunque igualmente se encontró a facultativos objetores de conciencia ante situaciones específicas de esterilización.

La gran mayoría de los especialistas entrevistados está de acuerdo con la esterilización quirúrgica, tanto masculina como femenina, pues consideran que es una buena forma de planificación familiar a la cual se puede acceder libremente, además de que disminuyen los costos a largo plazo que tienen los métodos anticonceptivos no definitivos. (p.37)

Sobre las motivaciones de las mujeres para solicitar una esterilización, el estudio de Costa Rica, confirma lo que en la presente investigación se consignó a través de la revisión de expedientes clínicos, donde el concepto de paridad cumplida es el que define el diagnóstico y el motivo médico. De acuerdo con Fernández (2011) “Las mujeres buscaron la esterilización después de haber cumplido con el mandato social de la maternidad, ya que para ellas la cirugía sólo era posible cuando su feminidad había sido satisfecha a través de esta condición” (p.110). Asimismo, este estudio encontró que, habiendo satisfecho su expectativa reproductiva, para algunas mujeres la esterilización abre camino a un proceso de mayor control sobre el cuerpo y la reproducción, y en menor medida mejora la vivencia sexual.

Podemos apreciar que a pesar que la esterilización quirúrgica en sí misma no haya sido hasta ahora un tema muy presente en los estudios antropológicos, existe un acervo importante sobre fenómenos estrechamente relacionados y contextualizadores de la esterilización, como lo es la reproducción en tanto realidad sociocultural.

3.2 Enfoques y perspectivas de análisis

La esterilización quirúrgica es un hecho biomédico, ya que corresponde a una intervención clínica con procedimientos protocolizados y un objetivo claro: cerrar el ciclo reproductivo de una persona, se trata pues, que no pueda engendrar hijos/as a partir de la operación. Sin embargo, lejos de reducirse a un evento clínico, éste es biosocial o biocultural y sociocultural, ya que antes y después que éste se realice, la mujer -para el caso de esta investigación- seguirá un proceso de búsqueda y decisiones que le permitan lograr su objetivo de controlar su fertilidad, a veces temporalmente y al final, definitivamente. Por otro lado, este camino individual atañe al entorno familiar y social, toda vez que es un asunto sobre el cual existen normas, valoraciones, patrones colectivos, creencias,

mediadas y canalizadas por instituciones sociales, económicas y políticas, que afectarán su experiencia.

Tomando este planteamiento como punto de partida, defino cuatro ideas centrales de mi reflexión teórica: 1) La EQV como práctica anticonceptiva es parte de la construcción sociocultural de la sexualidad, reproducción y género; 2) La biomedicina y su institucionalidad de salud opera como sistema de control social sobre la sexualidad y reproducción; 3) La EQV como práctica anticonceptiva se enmarca en procesos históricos, sociales, económicos, políticos, culturales específicos que se plasmarán en la experiencia con la esterilización; 4) Las mujeres, en tanto sujetos privilegiados de las políticas de regulación de la fertilidad, generan estrategias bioculturales y socioculturales propias para responder a sus necesidades en el ámbito de la sexualidad y reproducción. De los puntos expuestos se deriva la adopción de dos enfoques teóricos principales: la antropología médica crítica y la teoría feminista. En el primero considero también al enfoque biocultural en su orientación crítica y respecto a la teoría feminista, me inclino por las líneas del feminismo radical y materialista.

3.2.1 La esterilización quirúrgica como proceso de salud multidimensional

La EQV es multidimensional en, al menos, tres sentidos. Por un lado, es a la vez un fenómeno sociocultural y biológico, ya que ocurre en la materialidad corporal, la cual se transforma junto a la subjetividad y la realidad social. El planteamiento básico del enfoque biocultural es que tanto la biología humana como la salud son inherentemente socioculturales. Por otro lado, desde la antropología médica, la EQV es multidimensional porque es un proceso de salud, atención-desatención, y eventualmente, de enfermedad o malestar, que ocurre en las dimensiones de lo definido en términos clínicos biomédico, como experiencia subjetiva y como representaciones de lo que la persona significa en interacción con las nociones de su propia cultura y sociedad. Y desde

una tercera noción, la esterilización quirúrgica es producto de determinantes sociales, económicas, políticas y culturales, lo que implica entender la experiencia no sólo en términos interpretativos sino atendiendo a las circunstancias y condiciones estructurales que construyen esa experiencia, contrastando para esto las prácticas y las representaciones configuradas por los/as sujetos en torno a la experiencia de la esterilización (Menéndez, 2011, p.43).

Una de las ideas que se rompe con la inclusión de la biomedicina como objeto de estudio es la unidimensionalidad de la enfermedad. A pesar de ser una “no enfermedad”, la esterilización como fenómeno bio socio cultural, se expresa en las tres dimensiones propuestas por Kleinman sobre los modelos explicativos del proceso de salud y enfermedad (1980): *disease*, que sería “la aprehensión propiamente médica de la *enfermedad*, la única fundada sobre un conocimiento *objetivo* de los síntomas físicos” (Laplantine, 1999, p.19); *illness*, que dependiendo del autor, se refiere a “la experiencia subjetiva de la enfermedad” (Eisernberg) o a “los comportamientos socioculturales conectados con la enfermedad en una sociedad determinada” (Fábrega) (*Ibid.*); *sickness*, concepto que daría “cuenta a la vez 'de las condiciones sociales, históricas y culturales de elaboración de las representaciones del enfermo y de las del médico, cualquiera sea la sociedad involucrada” (op.cit. p.20). Por su parte, Kleinman resignifica la dualidad *disease/illness*, siendo la primera solo un modelo explicativo posible, es la “representación” biomédica del problema biológico, quitándole la carga de certeza. Vista a través de este modelo, la esterilización quirúrgica es definida inicialmente desde la biomedicina, y a su vez, las usuarias le dan contenido situado de acuerdo a sus experiencias físicas, subjetivas y sociales después de haber sido esterilizadas, donde tiene un lugar un proceso de resignificación y representación sociocultural desde las construcciones del cuerpo, el género, la sexualidad y reproducción.

3.2.2 La biomedicina como objeto de estudio

La EQV es una intervención quirúrgica que ocurre enteramente en el espacio biomédico, y como tal, es definida administrativa, técnica y científicamente desde esa práctica y conocimiento. Para su realización hay una total dependencia del personal de salud. Al considerar a la biomedicina un objeto de estudio, aceptamos que en la construcción médica de la EQV se plasman creencias, valores, normas de la propia medicina, de la política pública, de los prestadores/as de salud, entre otros. De hecho, la evaluación de las personas que solicitan ser esterilizadas, además de estar sujetas a lo estipulado por la política de salud y la normativa sanitaria, está traspasada por lo que cada profesional (trabajador/a social, matrona, médico/a) considera correcto acerca de los comportamientos sexuales, reproductivos, familiares y de género, entre otras dimensiones.

La otredad, principio básico de la antropología clásica, deja de asociarse exclusivamente a lo otro ajeno, lo exótico, por mucho tiempo representado en los pueblos indígenas, y se descubre que en lo racional –la biomedicina- también están presentes las creencias, lo subjetivo y por tanto, no hay tal neutralidad:

Aquí lo pertinente ya no es la descripción exclusiva de un territorio aborigen de sistemas terapéuticos o la aplicación del conocimiento antropológico a un programa de salud pública, sino el análisis de cómo la biomedicina construye sus objetos, desarrolla sus biotecnologías y crea nuevas identidades y representaciones culturales. (Hernández, 2008, p.33)

Desde posturas críticas se ha enfatizado en la función de control social de la biomedicina y su participación en el sistema social hegemónico. Foucault (1991) señaló a la medicina como una de las instituciones centrales en la producción de dispositivos de disciplinamiento orientados a la marginación de toda sexualidad no procreativa y a la mantención de una sexualidad económicamente útil y políticamente conservadora. En Latinoamérica, Eduardo Menéndez (1992) define a la biomedicina como Modelo Médico Hegemónico (MMH), cuyos rasgos estructurales serían los siguientes:

Biologismo, concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, asociabilidad, individualismo, eficacia pragmática, la salud como mercancía (en términos directos o indirectos), relación asimétrica en el vínculo medido-paciente, participación subordinada y pasiva de los “consumidores” en las acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, legitimación jurídica y académica de las otras prácticas “curadoras”, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de los otros modelos, tendencia a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas a las que “medicaliza”, normatización de la salud/enfermedad en el sentido medicalizador, tendencia al control social e ideológico, tendencia inductora al consumismo médico, tendencia al dominio de la cuantificación sobre la calidad, tendencia a la escisión entre teoría y práctica, correlativa a escindir la práctica de la investigación. (p.102)

La crítica al conocimiento biomédico abre la posibilidad de reconocer legitimidad a otros conocimientos, saberes y formas de atender la salud y la enfermedad. En la comprensión de la EQV como fenómeno sociocultural me interesa mirar desde otro lente los conceptos biomédicos que rigen su atención, como el propio concepto de salud y enfermedad, el riesgo, lo normal/anormal, prevención, deseo de embarazo, entre otros. La suposición de racionalidad de los comportamientos individuales que está detrás de las estrategias de prevención del embarazo, son un ejemplo claro de la ausencia de interpretaciones que provengan de los sujetos hacia los cuales ésta se orienta y de todo lo que interviene en las prácticas anticonceptivas, donde claramente no basta la entrega de información ni una buena consejería en salud reproductiva, pues se debe atender a las condiciones estructurales que hacen prácticamente imposible la autodeterminación sexual y reproductiva para las mujeres, en especial para las relegadas a una posición social inferiorizada.

La EQV no remite a una enfermedad, sino a la interrupción de un proceso fisiológico “natural” mediante una acción externa que atrofia su funcionamiento normal, lo que nos lleva a cuestionarnos sobre la medicalización de este proceso, entendiendo que,

El concepto de medicalización refiere a las prácticas, ideologías y saberes manejados no solo por los médicos, sino por los conjuntos que actúan dichas prácticas, las cuales refieren a una extensión cada vez más acentuada de sus funciones curativas y preventivas a funciones de control y normatización. (Menéndez, 1983, p.4)

Para dar cuenta de aquellos procesos que exceden lo biomédico pero que son medicalizados, se habla de la “no enfermedad”, entendiendo por ello un “problema humano catalogado desde alguna instancia como una condición médica para el que se obtendrían mejores resultados si no fuera considerado y tratado así” (Pérez-Ciordia, 2011, p.73), entre las cuales se han identificado el embarazo y el parto, entre un amplio listado elaborado en 2002 por el *British Medical Journal*.

El concepto de riesgo orienta las acciones de salud, entendido como la probabilidad que se produzca un daño o resultado negativo derivado de exposiciones o conductas (Domínguez, 2012). En salud sexual y reproductiva, uno de los riesgos principales es el embarazo (cuando no se busca) y asociado a ello, varios problemas sociales derivados del embarazo no deseado o de alto riesgo en términos biomédicos. Asimismo, el riesgo de una mujer en situación de pobreza o de una mujer indígena no será el mismo que el de una mujer que pueda pagar por el servicio en el momento que lo decida o tener una trayectoria reproductiva planificada y segura. El riesgo es construido socioculturalmente (Wuthnow, 1988) por lo que en una sociedad donde es un valor cultural la maternidad y un interés geopolítico mantener un determinado volumen de poblaciones específicas, es un riesgo también que las mujeres no tengan hijos/as o que reduzcan la cantidad, ya sea por problemas de infertilidad o por decisiones que tienen un trasfondo social, como es el deseo de un buen vivir.

3.2.3 Desigualdad social y resignificaciones en la esterilización quirúrgica voluntaria

Desde la Antropología Médica Crítica, los procesos de salud, enfermedad y atención-desatención reflejarán las desigualdades sociales, políticas, económicas, en la medida que la medicina es un dispositivo de control social de la sociedad occidental. Autores/as ubicados/as en este enfoque señalaron “la hegemonía de la biomedicina y el rol de las inequidades sociales en la conformación de la cultura y el comportamiento” (Singer y Erickson, 2011, p. 278), así también antropólogos/as

marxistas como Singer, Taussig, Frankenberg, plantearon que “los significados también esconden formas de dominación y las categorías biomédicas formas de mistificación de desigualdades sociales y de relaciones de hegemonía y subalternidad” (Hernaez, 2008, p.89). En el ámbito de la salud, la desigualdad se traduce en que los sectores subordinados tienen más altas tasas de mortalidad y más baja esperanza de vida y en salud reproductiva, son las mujeres más empobrecidas y marginalizadas (pobres, indígenas, negras, mestizas, migrantes, lesbianas, discapacitadas, entre otras) las que registran las más altas prevalencias de embarazos no deseados, abortos clandestinos, embarazo adolescente, y en general, más dificultades para acceder a servicios de salud reproductivos.

Para comprender las prácticas y representaciones¹³ de los sujetos sobre cualquier aspecto de la vida, es necesario vincularlas al contexto social, político, económico, cultural, ya que “La elección individual no puede ser separada de las condiciones estructurales que la posibilitan” (Menéndez, 1998, p.57). Es decir, las posibilidades de las mujeres de regular su fertilidad va a estar directamente condicionada por la política de salud y ésta, a su vez, por la política de población y la política económica; además, las valoraciones y representaciones que las mujeres tengan sobre sí mismas, su sexualidad, maternidad, familia, género, entre otros aspectos, estará influenciada por el MMH, entre otras instituciones hegemónicas. Así, desde la Antropología Médica Crítica se hace hincapié en la importancia de la posición social de los sujetos para comprender los procesos diferenciados de salud/enfermedad/atención así como los contextos en los cuales se producen.

¹³ “Las representaciones abarcan los modos de percibir, categorizar y significar la enfermedad; los modos globales de interpretar, de asignar sentidos en la vida social, sin plantear a priori oposiciones entre ciencia/ideología o ciencia/sentido común” [...] “Las prácticas incluyen las estrategias en relación a las mismas que no necesariamente responden a criterios explícitos de la medicina o que no se presentan como una mera reproducción de ellos. Las prácticas comprenden los modos de acción, organización y respuesta social e institucional no sólo referidas al saber desarrollado por la medicina sino también a las prácticas de los conjuntos sociales, vinculadas en una relación activa de apropiación, reelaboración y reinterpretación (tanto dentro del propio campo médico como entre distintos actores sociales)” (Strasser, 2011, p.32).

Ni los procesos patológicos que manifiestan un estado alterado (biológico o psicosocial) de la estructura/función del sujeto, ni la experiencia subjetiva del padecer, pueden ser comprendidos plenamente fuera de la estructura de las relaciones sociales en las que ambos procesos se producen y son resignificados. (Osorio, 2001, p.34)

Existe un proceso de autonomía, resignificación, adaptación, de toma de decisiones, que debe ser visibilizado. El proceso reproductivo y el cuerpo donde éste se realiza, son los lugares desde donde históricamente las mujeres han construido conciencia como sujeto colectivo y político, y justo por ello, a lo largo de siglos, los procesos sociales hegemónicos han expropiado los saberes, conocimientos y prácticas, tanto individuales como colectivas, que las mujeres tuvieron y tienen en este terreno. Siendo así, podemos proponer que “La red de transacciones sociales de las mujeres durante su PR [proceso reproductivo] debe ser analizada en términos de estrategia de sobrevivencia, de transformación; tal vez de subordinación, pero difícilmente desde una postura mecanicista de aculturación y pérdida” (Ortega, 2011, p.298).

3.2.4 La esterilización quirúrgica voluntaria como proceso biocultural o biosocial

A pesar de la evidente multidimensionalidad de los procesos de salud, enfermedad y atención, históricamente ha habido un divorcio al interior de la antropología entre quienes enfatizan el aspecto sociocultural y quienes, lo hacen con lo biológico. Sin embargo, se reconoce actualmente un movimiento de acercamiento de ambas perspectivas, gracias a la característica híbrida del enfoque biocultural que puede albergar diversas corrientes y metodologías, tales como la “feminista y crítica, cualitativa y cuantitativa, etno-epidemiológico, ecológico y crítico” (Singer, 2011, p.279).

La sexualidad ha tenido un largo recorrido como objeto de estudio de la antropología, comenzando por los trabajos de Malinowski y Mead, sin embargo, sus contribuciones no fueron consideradas en

las décadas de los años sesenta y setenta en que tuvieron lugar cambios sociales importantes al respecto, como el uso de anticonceptivos, la educación sexual, y en general, señales de liberalización de las pautas de comportamiento sexual y reproductivo. Según Singer y Erickson (2011), existe un largo silencio de la antropología durante los años 50'-80' sobre sexualidad y es a partir de la década de los 80' que aumentan los estudios antropológicos sobre comportamientos sexuales y significados en sexualidad, y sobre reproducción y nacimiento. El enfoque que predomina acerca de la sexualidad incluye a ésta en la reproducción y se enmarca en modelos racionales para el cambio de comportamiento.

Desde el enfoque biocultural, la sexualidad humana ha sido un tema ampliamente estudiado:

Este continuum sexo-sexualidad es uno de los procesos bioculturales más problematizados a lo largo de la historia humana, pues ha sido un eje de dirección en la organización sociocultural que deviene de una serie de eventos tanto biológicos como aquellos resultado de la cultura (Peña, 2005, p.69).

El ámbito de la reproducción humana se asigna centralmente a las mujeres como núcleo del rol de género femenino, estableciendo una estrecha interacción entre el plano biológico y el cultural, ya que hechos biológicos como el embarazo o la prevención de éste, son interpretados de tal forma en la cultura occidental, que suponen tareas, responsabilidades, valoraciones, normativas, que reproducen la desigualdad social entre mujeres y hombres. Por ello, el enfoque biocultural resulta apropiado para abordar la salud sexual y reproductiva:

Los antropólogos pueden hacer valiosas contribuciones al desarrollo de un paradigma de salud sexual y reproductiva que pueda acomodar la naturaleza biosocial-cultural de la experiencia sexual humana dentro de un contexto holístico de motivación individual, negociación de pareja, influencias familiares, normas comunitarias, restricciones gubernamentales y economía política global. (Singer, 2011, p.283).

Conceptos que provienen del enfoque biocultural y que considero útiles para la comprensión de mi problema de investigación, son: necesidades humanas y satisfactores, estrategias de adaptación y

procesos iatrogénicos. Desde una reflexión sobre las necesidades humanas, la reproducción, es una necesidad básica para la sobrevivencia de la especie y de las comunidades culturalmente delimitadas. Problematizando este aspecto surgen las preguntas ¿En qué sentido la reproducción biológica es una necesidad humana para un grupo social, histórico, cultural determinado? ¿Cómo afecta la satisfacción de esta necesidad a los distintos sujetos? ¿Cuáles son las formas de satisfacción actual de la necesidad de reproducción humana? Las condiciones materiales de vida pero también elementos subjetivos, sociales, culturales serán importantes en la construcción de un sentido de satisfacción:

Este último va más allá de solventar las condiciones materiales de existencia, por lo que proyecta una realización basada en la experiencia individual y colectiva a partir de la noción que se tenga de bienestar. Integrando así la parte subjetiva que permitirá comprender el proceso de potencialización-vulneración que presenta una población específica dentro de lo que codifica como satisfacción-insatisfacción. Todo ello bajo un marco más global de satisfactores y la generación de necesidades humanas en sociedades contemporáneas. (Peña, 2012: 73)

En relación al concepto de estrategias de adaptación, podríamos considerar a la EQV como una estrategia de este tipo por parte de las mujeres, siguiendo la definición que provee el enfoque biocultural, que identifica tres niveles: la sobrevivencia, que en el ámbito biológico implica acciones de vida o muerte, permiten conservar la capacidad de reproducirse pero no generan las condiciones para una vida social y de calidad; la subsistencia, destinada a cubrir satisfactores sociales; la supervivencia, donde se ubican iniciativas no formales que buscan complementar el recurso económico de la unidad doméstica-individual (Peña, 2012). La EQV podría ser una estrategia de adaptación de las mujeres en contextos sociales, económicos, políticos, incluso psicológicos y subjetivos, que hacen del tener un determinado número de hijos (familias pequeñas) una forma de paliar las dificultades cotidianas, de enfrentar la pobreza, de salir de relaciones de violencia o de emprender planes de vida al margen de la maternidad.

Desde el punto de vista biológico, posterior a la intervención quirúrgica, las mujeres deben crear formas de aliviar las molestias y trastornos que los cambios fisiológicos pueden provocar en la vida cotidiana. De esta forma podríamos decir que la esterilización, así como todas las prácticas de las mujeres para controlar su fertilidad, en su conjunto “nos habla de la forma en que cada grupo humano o sociedad ha sabido enfrentarse a los problemas de supervivencia en función de sus adaptaciones al medio, presentes en sus manifestaciones sociales y culturales” (Peña, 2012). El control de la fertilidad es una estrategia de sobrevivencia, de subsistencia y de supervivencia, toda vez que involucra los espacios individual, doméstico y de reproducción social, definidos por Selby (1990. En Peña, 2012).

Respecto al concepto de procesos iatrogénicos, si bien es poco lo que se conoce sobre lo que ocurre en el organismo de quienes son intervenidas para ser esterilizadas, lo cierto es que se generan cambios que sin ser necesariamente morbilidades, patologías o secuelas, pueden provocar molestias o alteraciones que pasan desapercibidas al ojo médico más no para las mujeres, quienes deben generar una serie de estrategias de adaptación para continuar la vida sexual lo más normal posible y evitar trastornos en la vida cotidiana, un ejemplo de este tipo de problemas es la incontinencia urinaria. La poca atención hacia estos problemas estaría relacionada con dos elementos que adquieren sentido en el marco biomédico: el desarrollo de procesos iatrogénicos y la EQ como una intervención de un estado de salud normal. La iatrogenia, un concepto tomado prestado de la epidemiología, se refiere a aquellas enfermedades (y podríamos agregar malestares) que son causados por tratamientos médicos. Quedan en el plano de la subjetividad de las mujeres y de la somatización, entendida como “todo síntoma o molestia que no encaja en ninguna entidad nosológica y que a falta de hallazgos biológicos justificativos, prejuzga la participación etiopatogénica de factores psíquicos se considera como psicósomático” (Sánchez-Escobedo, 2009).

Por último, me interesa resaltar la postura crítica dentro del enfoque biocultural que Leatherman y Goodman (Singer, 2011) denominan Antropología Médica Crítica Biocultural, para ubicarse en la

intersección entre la antropología médica crítica y el enfoque biocultural. Esta postura enfatiza las inequidades, las relaciones de poder y el examen crítico de la investigación científica; busca las inequidades que se encuentran ‘bajo la piel’, concepto adoptado por Goodman (2006); se pone atención en la capacidad de agencia de los individuos y colectividades para enfrentar los problemas e incertidumbres y así ir conformando los contextos de sus propias experiencias de vida. Se propone que las culturas crean biología, y un análisis que demuestre cómo los acontecimientos diarios se vinculan a los procesos político-económicos y afectan los estados de salud (enfermedades de la piel, presión sanguínea, estrés hormonal, tasas de parasitismo, anemia) y procesos sociodemográficos (tasas de mortalidad y fecundidad).

3.2.5. Trayectorias e itinerarios de la esterilización quirúrgica

A través de categorías como carrera curativa, trayectoria de atención, itinerario terapéutico, se puede comprender las diferentes formas en que los grupos sociales viven la salud y la enfermedad, el cuidado y el acceso a servicios de atención, o la desatención. Estas nociones encuentran sus bases conceptuales en las propuestas de *Sickness Anthropology* que a su vez retomaron los conceptos de itinerarios terapéuticos de Goffman con influencias de la antropología social británica y la sociología (Arganis, 2005) y se refieren a la sucesión de acciones y decisiones para hacer frente a un malestar o enfermedad. De acuerdo a Osorio (2001), en la carrera curativa o trayectoria de atención se plasman y operativizan los saberes de los sujetos y se expresa la construcción social del padecimiento, en un proceso en que:

El inicio de esta carrera curativa se marca con la detección/diagnóstico de algún malestar; su desarrollo incluye toda una serie de decisiones, prácticas y recursos y su terminación, conlleva una evaluación de resultados y un proceso de aprendizaje que retroalimenta las futuras experiencias en los procesos de s/e/a (Osorio, 2001:39).

El concepto de itinerario terapéutico “constituye un importante indicador de los recursos materiales, sociales y culturales de las familias” (Alarcón-Muñoz, 2005), idea que también forma parte del concepto de itinerarios de atención propuesto por Hamui, donde se incluyen aspectos que diferencian social y culturalmente este proceso:

(...) la descripción de los usuarios, las vivencias relacionadas con el inicio de los padecimientos, interpretación de los síntomas, representaciones culturales, los imaginarios de la enfermedad, las diferencias por género, la manera de vivir socialmente la enfermedad, las reacciones ante los síntomas, la afectación en la familia, la concurrencia previa a las unidades médicas de los diversos niveles de atención. (Hamui, 2013)

Las mujeres son las principales usuarias de los sistemas de cuidado de la salud, lo que es más evidente aún en los servicios de salud sexual y reproductiva, por ello, en la experiencia de salud en torno al método anticonceptivo, y en este caso, a la EQV, influyen fuertemente las trayectorias e itinerarios que las mujeres siguen para finalmente ser esterilizadas, ya sea producto de una decisión o consecuencia no deseada de una acción de salud. En este camino van a interactuar -en forma jerárquica-elementos del modelo de salud hegemónico (Menéndez, 1992) con otros modelos de salud no formales que sean parte de la cosmovisión de las mujeres.

En el camino hacia la esterilización quirúrgica existe una alta probabilidad de desatención, ya que debido a varios factores –imposición de criterios subjetivos de los prestadores de salud; persistencia de normativa anterior; ausencia de financiamiento público, entre otras- las mujeres usuarias del sistema público de salud son sometidos a un proceso de espera que puede convertirse en una negación de la intervención,

Por ello resulta de fundamental relevancia sanitaria explorar los procesos de atención-desatención, es decir, dilucidar qué hace atendible o desatendible a un ser humano y a una colectividad y como se instrumentan los procesos e atención y desatención (...) La interpretación que hace el sujeto de su padecer orienta la búsqueda de atención o condiciona patrones de desatención y tiene trascendencia colectiva, porque la participación en los

programas de salud pública “opera a partir de una realidad diagnóstica compartida (Hersch, 2011, p.25 y 30).

La EQV, por estar enmarcada en las prácticas de regulación de la fertilidad, y debido a que no corresponde a una enfermedad y que incluso su solución no pasa por la lógica de las urgencias, la trayectoria de atención tendrá características particulares. Lo que interesa detectar en primera instancia en la trayectoria de atención de una mujer que busca ser esterilizada son las motivaciones de ello, que pueden incluir malestares o problemas de salud asociados con los eventos reproductivos anteriores o pueden ser de índole personal, familiar, social, etc. La búsqueda de la esterilización se enmarca en la trayectoria de vida de las mujeres y no puede ser reducida a la búsqueda de soluciones en el ámbito biomédico, sino que se deben considerar los procesos de tomas de decisiones, la situación familiar, la relación de pareja, la sexualidad, los eventos reproductivos y el uso de métodos anticonceptivos, la redes sociales y comunitarias, entre otros aspectos. En este sentido, es interesante como herramienta metodológica el concepto de trayectoria reproductiva para analizar la esterilización en el marco de una serie de transiciones en la vida sexual y reproductiva de las mujeres (Sánchez, 2014).

Las trayectorias reproductivas están atravesadas por las condiciones socioculturales particulares de etnicidad, nivel socioeconómico, edad, generando experiencias particulares. Recuperarlas es importante porque marca “cambios en el rol, en el estatus, en la identidad y en el lugar ocupado por las personas a medida que van transitando por dichos eventos” (*Ibid.* p.214). La dimensión individual de las trayectorias reproductivas dan cuenta de transiciones, contextos y hechos relacionados con la reproducción, tales como las relaciones de pareja, la relación con la familia originaria y la de la pareja, la compatibilización de jornadas de trabajo, entre otros aspectos. La dimensión colectiva, en tanto, “permite recuperar normatividades de género, valores y prescripciones culturales en torno a la maternidad, la paternidad y la reproducción...” (*Ibid.* p. 215).

3.2.6 Mujeres, salud y biomedicina desde la antropología feminista

El enfoque feminista permite comprender la multidimensionalidad de la esterilización quirúrgica develando su construcción a nivel superestructural (símbolos, creencias, ideología, doctrinas religiosas sobre el ser mujer y el ser hombre, y la sexualidad), estructural (modelo social, político y económico que reproduce la desigualdad entre mujeres y hombres) y como organizador de la vida cotidiana (división sexual del trabajo, roles de género), considerando al género como una estructura social encarnada para avanzar en nuestra comprensión de los procesos de salud y enfermedad en un contexto local (García, 2012).

Para la Antropología Médica Crítica, es fundamental tomar en cuenta la variedad de concepciones sobre el cuerpo para mostrar sus usos sociales, políticos e individuales; así lo enfatizan Lock y Scheper-Hughes (1996) quienes plantean que

Mientras la Antropología Médica no considere la forma en que el cuerpo humano es culturalmente construido, estará destinada a caer en algunos supuestos característicos de la biomedicina. Para las autoras esta construcción constituye una dialéctica entre “los tres cuerpos” es decir, el cuerpo individual, el cuerpo social y cuerpo político, donde se develan la sociedad y la cultura y sus significados de salud y enfermedad. (Osorio, 2001, p.25)

Desde muy temprano la medicina se interesó en el cuerpo de las mujeres, en tanto organismo distinto al cuerpo del hombre que era el parámetro de referencia ideal de un ser humano, representando por ello un enigma. Centró su atención en los órganos y procesos reproductivos, y desde una noción esencialista construyó interpretaciones del comportamiento de las mujeres, plasmadas en los inicios de la primera disciplina médica dedicada al estudio del cuerpo de las mujeres:

(...) se creó la ginecología como la ciencia médica sobre la mujer, estableciendo una relación directa entre su aparato reproductor y su emocionalidad, tal como queda reflejado en la definición que, en 1876, la Sociedad Ginecológica Española daba a la histeria: “afección femenina procedente de problemas uterinos u ováricos que afectaban al sistema nervioso central...” (Jago, et.al.1998:307). La histeria es sin duda gran referente para comprender la misoginia de la medicina de aquella época, especialmente de la ginecología y la psiquiatría, que

dio pie a un tratamiento despectivo de las mujeres, como ninfómanas, impulsivas, desequilibradas y una serie de características que denigraban su condición. (Maira, 2008, p.28)

La medicina y la demografía, entre otras disciplinas, han contribuido históricamente a la construcción de un sujeto mujer definido por su cuerpo reproductivo, lo que está en la base de las políticas sociales y de salud hasta la actualidad. La salud de las mujeres está determinada por su capacidad de cumplir como reproductoras, tanto biológica como socialmente¹⁴, porque también se evalúa que sea una madre adecuada para sus hijos/as, y siguen siendo caracterizadas como un único "grupo de riesgo" universal, definido por su biología reproductiva, siendo ignoradas por la salud pública y la epidemiología gran parte de las formas en que las construcciones de género se manifiestan en los cuerpos de las mujeres (Inhorn, 2001), generando malestares invisibles a la biomedicina o lo que se ha llamado "lesiones de la vida" (Inhorn, 2001).

La decisión de no tener más hijos se encarna en el cuerpo, tanto físicamente, como social, política, económica y culturalmente. Un cuerpo de mujer en "edad fértil" que no puede tener más hijos/as es visto como fuera de la normal social, sospechoso, pues de ella se espera que esté disponible para la función a la cual está asignada, por ejemplo, la "Menopausia y esterilidad provocan representaciones imaginarias, en cada sociedad particular se presentan como actitudes e instituciones contrastadas de manera extrema y explicables, sin embargo, de acuerdo con una misma lógica simbólica" (Heritier, 1991, p.99). Así, la no maternidad es patologizada para ser controlada y es resistida cuando es deliberada. Por ello cuando llega a registrarse las causas de algunas mujeres para no tener hijos, se identifica cuando es por propia voluntad de la mujer, "La literatura enfatiza en distinguir: a) la falta de hijos circunstancial, b) la ausencia de hijos temporal,

¹⁴ Entendiendo reproducción social "...como un tipo de trabajo cuyo desempeño incluye la energía física, mental y emocional necesaria para producir seres humanos y para reproducir cotidianamente sus condiciones de vida. Dicho trabajo es desarrollado principalmente por mujeres, primero al concebir y dar a luz –o al adoptar- y después criar y socializar niños, así como manteniendo en buen estado hogares y personas." (Colen, 1995; En Sánchez, 2014, p.73).

y, c) la falta de hijos voluntaria y permanentemente” (Linares, 2016, p.2). A lo largo de la historia hasta nuestros días y en distintas sociedades cuando la mujer no tiene hijos suele ser una desgracia para ella y su grupo parental al que pertenece, “En la mayoría de las poblaciones llamadas primitivas, la esterilidad —femenina claro, dado que la masculina no es generalmente reconocida— es una absoluta abominación” (Heritier, 1991, p.99 y 100), generando múltiples formas de violencia de género contra las mujeres por no cumplir con el mandato social de la maternidad.

De lo anterior se desprende la reflexión sobre el contexto que vigila y guía los deseos y decisiones de las mujeres en torno a su sexualidad y procesos reproductivos, ¿se puede hablar de que las mujeres toman decisiones libres en este campo?

El ser mujer se construye sobre varios pilares, uno de ellos es la maternidad. La maternidad puede no ser una experiencia gratificante para las mujeres ni aportadora al desarrollo pleno de sus hijos e hijas cuando ésta no es fruto de la voluntad y deseo consciente, es decir, de la libertad. Hay mucha reflexión y conocimiento sobre este punto, desde el psicoanálisis y sus interpretaciones, que en general, ubican a la madre como figura central del desarrollo del/a niño/a (Adams, 1992) y desde el feminismo, que se ocupa de analizar críticamente la construcción sociocultural y la representación de la maternidad, concibiéndola como una ideología e institución social crucial para entender la dominación y el consecuente sometimiento de las mujeres.

La concepción sobre maternidad que se mantiene vigente hasta nuestros días proviene de fines del siglo XVIII, según la cual la madre es “el ángel del hogar” misión social anclada en la creencia del instinto maternal y su consecuente materialización en las funciones de reproducción social (Saletti, 2008). Según esta autora, De Beauvoir (2005) fue una de las primeras feministas en cuestionar la maternidad como único destino de las mujeres “el lugar que ‘ocupa’ en la sociedad la madre es un lugar de subordinación y de exclusión de la categoría sujeto social” (*Ibid.* p.175) y Badinter (1991),

en la década de los 80s, hace lo suyo con los conceptos de instinto y amor maternal construido por discursos científicos, entre otros, que se caracterizan por “el amor espontáneo, inmutable e incondicional que surge en toda mujer hacia sus hijos” (*Ibid.* p.172). Estos rasgos los vemos expresados en nuestra cultura latinoamericana donde tiene un papel importante el marianismo o la representación de la virgen maría, especialmente en la construcción de las identidades género, donde la identidad femenina se asocia a la madre y a ciertos estereotipos:

Como estereotipo (espiritualidad, pureza, abnegación, sacrificio, virginidad, maternidad, etc.) el marianismo puede o no realizarse en las prácticas cotidianas femeninas; pero lo fundamental es que este “ideal” entregará a todas las mujeres latinoamericanas un fuerte sentido de “...de identidad y continuidad histórica. (Montecinos, 1991, p.29)

La sexualidad es un territorio de disputa ideológica y normativa, pues a pesar de ser un espacio íntimo e individual, pertenece a una colectividad que participa en su construcción histórica y cultural. La sexualidad humana es el resultado de una forma de ordenamiento y clasificación cultural, donde los aspectos biológicos y reproductivos de la especie humana resultan condicionados por un conjunto de normas sociales y pautas culturales que ejercen su peso sobre los individuos (Vidal, 2007). La sexualidad forma parte de la construcción de la identidad de género, según la cual, se definen como esperables y aceptables los comportamientos de hombres y mujeres basados en la pasividad femenina y la actividad masculina, “la sexualidad es un nexo de las relaciones entre los géneros, una parte importante de la opresión de las mujeres está contenida y mediada por la sexualidad” (Vance, 1989, p.113). La antropóloga francesa, Françoise Heritier (1991) plantea que el arraigo de las desigualdades de género en las diferencias corporales y sexuales, pareciera ser uno de los secretos de su eficacia ideológica.

La autonomía es uno de los principios básicos de la bioética, “proviene del griego antiguo, αὐτονομία (n.), que en esencia significa gobierno de sí” (Koepsell, 2015, p.96) y según Kraus y Pérez Tamayo (2007), tiene dos componentes:

El primero implica la capacidad para deliberar y reflexionar acerca de determinada acción y distinguir entre las diferentes alternativas que existen antes de llevar a cabo la acción. El segundo implica que la persona debe tener la capacidad de llevar a cabo la acción. (p.23)

Agregaría un tercer componente, ya que ambas capacidades están condicionadas por el contexto histórico, sociocultural, económico, entre otras dimensiones de la vida social. Las elecciones no se realizan en la abstracción sino que están determinadas por lo que está disponible y eso dependerá de la política social, de las creencias de las personas, de los modelos hegemónicos de sexualidad, de la posición de los sujetos en escala la social, etc. Las mujeres en particular parten desde un lugar devaluado socialmente, lo que se traduce en múltiples obstáculos y cuestionamientos que deben enfrentar a la hora de tomar decisiones autónomas.

En la esterilización quirúrgica está en juego la definición de *lo bueno*. Para los/as médicos/as, *lo bueno*, puede ser que la mujer en edad fértil ejerza su capacidad reproductiva en forma natural, sin limitaciones (aunque sí con regulaciones), quizás para la pareja de esa mujer *lo bueno* sea tener todo los hijos que dios les dé, para el Estado o la comunidad a la que pertenecen, *lo bueno* es que todas las mujeres procreen pero tengan solo un hijo o hija (como el caso de China) y para la mujer *lo bueno* puede ser clausurar su capacidad para tener hijos y no preocuparse más por ello. Lo cierto es que en relación al tema de esta investigación, la autonomía de las mujeres está en entredicho. Aunque legalmente es un derecho, no hay casos de mujeres en plenas capacidades (los pocos casos que existen, 1 o 2 en varios años son de mujeres con retraso mental severo) y en edad fértil, que sean esterilizadas. Si la mujer ya tiene hijos puede aspirar a ser considerada, dependiendo de otros criterios que se aplican subjetiva y no explícitamente, como la edad, el número de hijos o la “paridad cumplida”, la carga de enfermedad y las capacidades para ejercer la maternidad (por ejemplo, son prioritarios los “casos sociales”, mujeres que por discapacidad mental, indigencia, adicciones, entre otros, el/la recién nacido/a corre riesgos).

4. ETNOGRAFÍA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SISTEMA DE ATENCIÓN A LA EQV

4.1 Sistema de atención en salud en Chile

Desde la creación del servicio nacional de salud (SNS) en 1952 que unificó varias instancias estatales sanitarias¹⁵, emulando al National Health Service de Gran Bretaña y con una fuerte influencia de la medicina social (Labra, 2000), el sistema de salud chileno ha transitado por profundas transformaciones. La salud, de ser concebida como un derecho de todas las personas, cuyo ejercicio es responsabilidad del estado, progresivamente se convierte en una institución segmentada donde la salud es un bien económico. El espíritu del SNS como un sistema de salud universal alcanzó su mejor momento entrada en la década de los años setentas, lo que se aprecia en palabras de Salvador Allende, con ocasión de su discurso en la primera convención de médicos de la Unidad Popular (Clarín, 10 de mayo de 1971):

Medicina socializada, una medicina que no separe a la gente en clases sociales para medicina de ricos y medicina de pobres. Una medicina con un servicio único, nacional e integrado, donde tenga derecho a atención médica el compañero Presidente y el más modesto campesino de la patria. (Buris, 2014, p.21)

Por nombrar algunos hitos de este proceso, con la creación del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), diez años antes que el SNS, se inaugura la primera dualidad del sistema, permitiendo solo a un grupo privilegiado, adscrito al sistema público, acceder a la atención de salud través del mercado privado (Buris, 2014). Pero la transformación más radical es impuesta por la dictadura militar obedeciendo a un modelo económico que buscó reducir la intervención del estado

¹⁵ Servicio Médico de la Caja de Seguro Obrero, Servicio Nacional de Salubridad, La Junta Central de Beneficencia, La Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (PROTINFA), La sección técnica de higiene y Seguridad Industrial de la Dirección General del trabajo, Los servicios médicos y sanitarios de las municipalidades y el Instituto Bacteriológico de Chile (Buris, 2014).

al mínimo y abrir el sector al mercado privado, a través de la desarticulación y el desfinanciamiento del sistema público, dejando al estado solo como ente normativo.

La renuncia del Estado a su responsabilidad con la salud de la población, tiene formas diversas. La principal, es que dice garantizarla, entendiendo por ello la capacidad de encargarla a terceros, y por medio de un costo estandarizado. Se repliega con ello a una sola de sus funciones históricas, la rectoría y la regulación. (Tetelboin, 2015, p.80)

En 1979 se lleva a cabo la descentralización del sistema creando el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que funciona en base a una división administrativa y territorial operada por los Servicios de Salud que asumen la provisión de atención en el nivel secundario y terciario, principalmente, formula que sigue vigente hasta hoy con 29 Servicios de Salud. Paralelamente, se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA), seguro público de salud, la Central de Abastecimiento del SNSS (CENABAST) y el Instituto de Salud Pública (ISP). Al año siguiente, se implementa la municipalización de la atención primaria de salud, traspasando consultorios y postas rurales a la administración municipal. Para finalizar las reformas estructurales de este periodo se crean las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) en 1981, seguro de salud privado, comenzando con ello un proceso de privatización de la salud. El sistema de salud que resulta profundiza la desigualdad social, con un sistema para pobres y otro para ricos, donde las ISAPRES captan a quienes tienen más ingresos y proporcionalmente enferman menos mientras que FONASA asume las necesidades de salud de la mayoría de la población, principalmente de los más pobres y enferman más.

En los 40 años siguientes a la dictadura, el sistema de salud continuó y consolidó el mismo modelo, aunque se realizaron reformas tendientes a moderar la falta de regulación de las ISAPRES y a ajustar el aporte fiscal a través de la priorización de enfermedades, éstas no apuntaron a un cambio cualitativo. La reducción de la protección del estado a mínimos de salud proviene de una propuesta

del Banco Mundial de 1997 que luego fue reformulada por la OPS en 2003 y 2007, viene a paliar la supuesta crisis financiera de los sistemas públicos de salud (Tetelboin, 2015). En 2005 entra en vigencia la Ley de Autoridad Sanitaria y la Ley de Garantías Explícitas en Salud (AUGE), pilares fundamentales del actual sistema de salud chileno.

El enfoque orientador de las transformaciones descritas es el de la focalización, que apunta a la construcción de un sistema con servicios para grupos específicos, definidos por la capacidad de pago o, más recientemente, por el tipo de enfermedad, como son las Garantías Explícitas de Salud (GES) que actualmente cubre 80 diagnósticos para beneficiarios tanto de FONASA como de ISAPRE.

Este principio implica que las políticas públicas son diseñadas para grupos específicos de la población que se encuentran en alguna “situación de carencia” y, por tanto, requieren de la asistencia del Estado. Este enfoque terminó por liquidar la concepción de la universalidad en los derechos, dado que todo derecho es tal en tanto es igual para todos. El sistema llegó al extremo de focalizar los recursos en algunas enfermedades. (CIPER, 2013)

La restricción de la protección del Estado a un listado de patologías provoca que quienes padecen enfermedades o tienen necesidades en salud que están fuera del paquete de prestaciones garantizadas, no sean atendidas en forma oportuna y deban enfrentar elevados costos de tratamientos y medicamentos. Esto es lo que sucede con la esterilización quirúrgica, pues no está considerada en el listado de patologías que actualmente cubre este sistema, porque no es una enfermedad y pertenece a las intervenciones médicas elegidas, pasando a engrosar la lista de espera.

A nivel de la atención primaria de salud, en la primera mitad de la década de los años noventa se gesta un tránsito gradual de modelo de atención que en 1993 se sintetizó en el concepto “de consultorio a centro de salud”, para luego dar paso al desarrollo del modelo de salud familiar desde

1998, año en que se seleccionan 35 centros de salud para iniciar la construcción del modelo (López, 2002).

En su versión actual, el sistema de salud chileno es un sistema mixto compuesto por un subsistema público, el FONASA, y otro privado, representado por las ISAPRE, tanto para el aseguramiento como la prestación de servicios. A FONASA está adscrito el 76,5% de la población y en las ISAPRE un 17,5%¹⁶. En Valparaíso es mayor la población afiliada a FONASA y en el tramo A, lo que da cuenta de la mayor población de bajos ingresos: en 2011, el 81,0% de la población pertenecía a FONASA y 12,9% a ISAPRES, y en 2010, el 29,5% de los afiliados de FONASA pertenecían al grupo A (<http://reportescomunales.bcn.cl/2013/index.php/Valpara%C3%ADso>). Existen además grupos específicos que tienen sistemas de salud cerrados, como es el caso de las Fuerzas Armadas o los trabajadores de la minería (Codelco) y las personas restantes son trabajadores independientes. El Ministerio de Salud (MINSAL) ejerce funciones de rectoría, establece la política pública y supervisa las actividades de las organizaciones autónomas que componen al sector salud: el SNSS, el FONASA, el Instituto de Salud Pública (ISP), la CENABAST y la Superintendencia de Salud, entre otras.

El acceso de las personas a los servicios de salud está determinado por el tipo de seguro al cual están afiliados. El sistema público de salud se financia a través de impuestos generales, de los municipios y copagos hechos por los afiliados al FONASA y cuenta con una red asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud, compuesta por 29 Servicios de Salud a nivel nacional, de los cuales dependen aproximadamente 200 establecimientos hospitalarios de diversa complejidad, y establecimientos de atención ambulatoria secundaria. El nivel primario de atención está conformado por una red de consultorios, administrados en su mayoría por las Municipalidades (gobiernos locales) y algunos por los Servicios de Salud.

¹⁶ Comisión Presidencial ISAPRES. 2015. Informe final comisión asesora presidencial para el estudio y propuesta de un nuevo régimen jurídico para el sistema de salud privado.

Las ISAPRES cuentan con sus propios establecimientos de salud de diversa complejidad (centros médicos, clínicas privadas, etc.), el acceso está determinado por un mecanismo de selección de los afiliados basado en criterios de riesgo, identificando a los grupos que pueden requerir más frecuentemente del seguro o de tener eventos de salud considerados más caros, por ejemplo, los eventos reproductivos. Así, las personas adultas mayores, las que tienen enfermedades crónicas o que necesitan tratamientos de alto costo, y las mujeres, tienen que pagar más por sus planes de salud, compensando de esta forma a las ISAPRES por asegurarles su mayor riesgo a tener “siniestros”. Para tener una idea de la segregación que genera este sistema: el 90% de los cotizantes de Isapre percibe ingresos sobre los \$400.000¹⁷, mientras que en Fonasa el grueso de sus cotizantes (51%) tiene ingreso menores a los \$250.000; por otro lado, en relación a la distribución por edad, menos del 5% de las personas mayores de 84 años es beneficiario de Isapres, en contraste con el 95% de este tramo etareo que está en Fonasa¹⁸. La cita que sigue ilustra los criterios de segmentación del sistema de salud privado, donde uno de ellos es el ser mujer en “edad fértil”.

El problema principal que presenta el modelo de seguros de salud en Chile es la segmentación por riesgo provocada en parte por la selección de riesgo. Esta determina que la distribución de personas con mayor riesgo recaiga en mayor medida sobre el seguro público (...) Los individuos de avanzada edad, los enfermos crónicos y las mujeres en edad fértil principalmente, son ampliamente discriminados por los seguros privados y en consecuencia se produce una afiliación desproporcionada de estos grupos de la población en FONASA. Contrariamente, existe también una afiliación desproporcionada en ISAPRES pero de individuos jóvenes (en su mayoría hombres) de altos ingresos. En consecuencia, el modelo de aseguramiento está estructurado en la competencia en base a la selección y no en base a calidad (Buris, 2014, p.174 y175).

Este proceso paulatino de debilitamiento del sistema público de salud se ha valido de dos ideas centrales como parte de su estrategia, la primera es que las personas tienen libertad para elegir dónde y con quién atenderse, y la segunda, que el estado es ineficiente. Esto es coherente con la

¹⁷ El salario mínimo en Chile en 2016 es de \$250.000.

¹⁸ Goyenechea M, Sinclair D. Fundación Creando Salud. Las rentables heridas de la salud chilena. 22 5-2013. CIPER. Recuperado de <http://ciperchile.cl/2013/05/22/las-rentables-heridas-de-la-salud-chilena/> [consulta 23/9/2016].

Constitución Política de la República de Chile de 1980 impuesta por el gobierno de Pinochet que consagra el derecho a acceder a un sistema de salud, más no a la salud como derecho humano en sí mismo. Se promueve por tanto, un “estado subsidiario” que debe suplir su supuesta incapacidad entregando enormes cantidades de recursos públicos a las empresas privadas de salud, a través de distintos mecanismos, uno de ellos, es la Modalidad de Libre Elección (MLE) de FONASA que permite a los usuarios de Fonasa atenderse en la red de clínicas privadas y que paga por una misma prestación un precio más alto a los privados que a un hospital público; la compra de servicios que ha aumentado desde la implementación del GES y el bono AUGE (CIPER, 2013).

Producto de este proceso de privatización, el sistema de salud chileno es fragmentado, genera inequidad, no satisface las necesidades en salud de la población y para la mayoría, representa costos demasiado altos. Algunos indicadores que reflejan lo anterior: Casi una tercera parte del gasto en salud es asumido por los hogares, comparado con menos de 20% en promedio entre los países de la OCDE; el gasto de bolsillo en salud es elevado, de un 4,6% en Chile, comparado con un promedio de 2,86% de los países pertenecientes a la OCDE y por último, los medicamentos representan un gasto excesivo lo que se agrava porque existe un oligopolio de la industria farmacéutica. En términos globales, el gasto total en salud en Chile en el año 2012 representó el 7.3% del PIB, debajo del promedio de los países de la OCDE de 9.3%; respecto a las fuentes financiamiento del gasto en salud, el sector público es la principal fuente en la mayoría de los países de este conglomerado, excepto dos países, uno de los cuales es Chile, con un 49% financiado por fuentes públicas en 2012, muy por debajo del promedio de 72% en los países de la OCDE, y la oferta de médicos/as en Chile es baja: 1.7 médicos por cada 1,000 habitantes en 2012, frente a un promedio de 3.2 en los países de la OCDE (OECD, 2014).

Para acceder a una prestación en el sistema público de salud, una persona “común y corriente” es decir, que no pertenece a las FFAA, a la Iglesia o a alguna mutual de seguridad, debe estar afiliada a

FONASA o a una ISAPRE, y en caso que no tenga ninguno de estos seguros, se atiende como indigente (no pagan) o como particular (pagan el costo total). En FONASA (<https://www.fonasa.cl/>) se clasifica a los/as usuarios/as en cuatro tramos de acuerdo a una caracterización socioeconómica, (A,B,C,D). A cada tramo le corresponde un copago, siendo de 0% para los tramos A y B, de 10% para el tramo C y de 20% para el tramo D. Las personas del tramo A sólo pueden atenderse en la red asistencial pública o Modalidad de Atención Institucional (MAI) compuesta por hospitales, consultorios, policlínicos, postas rurales, centros de salud, entre otros, mientras que los demás tramos pueden acceder además a centros de salud de la red privada de atención a través de la Modalidad de Libre lección (MLE).

La red asistencial pública o red Pública Preferente funciona relativamente interconectada, estableciendo un circuito de atención que va de menor a mayor complejidad. La Atención Primaria de Salud (APS) es la puerta de acceso para la obtención de las atenciones médicas, por lo tanto, el primer paso para que la persona pueda ser atendida es: estar inscrita en un establecimiento de atención primaria, generalmente el más cercano a su domicilio. Una vez atendida en el nivel primario, será derivada al secundario o al terciario, dependiendo del diagnóstico.

La atención abierta está conformada por una red de atención secundaria y red de atención primaria. La Red de atención primaria está compuesta por centros generales urbanos, centros generales rurales y postas de salud rural¹⁹, los cuales se encuentran desde 1998 en un proceso de transformación del modelo de atención hacia uno basado en el Modelo de Atención Integral, Familiar y Comunitario pasando a convertirse en un Centro de Salud Familiar (MINSAL, 2011). Esta red asistencial organiza su atención en torno a programas de promoción y prevención diseñados por el Ministerio de Salud dirigidos a grupos de población que se encuentran en distintos

¹⁹ La red de APS está compuesta por: Consultorios Generales Rurales y Urbanos (CGR y CGU), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF), Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros de Salud Rurales Urbanos (CSR y CSU), Consultorio de Salud Mental (COSAM), Postas y Estaciones Médicos Rurales (PSR).

momentos del ciclo vital, pasan por un proceso que requiere especial atención o se trata de una necesidad de salud transversal, estos son, el Programa de Salud de la embarazada, Programa de Salud del Niño, Programa de Salud del Adolescente, Programa de la Mujer, Programa del Adulto, Programa del Adulto Mayor y Programa de Salud Oral. Además, el nivel primario de atención cuenta con los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), donde se entrega atención médica de urgencia, ambulatoria y de baja complejidad.

En el nivel secundario se realizan actividades de mediana complejidad, tales como consulta de especialidades, de psiquiatría, laboratorio clínico, cirugías mínimamente invasivas, cirugías laparoscópicas, procedimientos y tratamientos odontológicos de especialidad, entre otros, en Centros de diagnóstico terapéutico (CDT), Centros de referencia en salud (CRS) y consultorios adosados a especialidades. El nivel terciario de atención está conformado por hospitales de Alta Complejidad y de Mediana y Baja Complejidad. En el país existen 49 hospitales de mayor complejidad, 5 de mediana complejidad, 96 de baja complejidad y un hospital experimental²⁰. En estos establecimientos se entrega atención cerrada u hospitalaria.

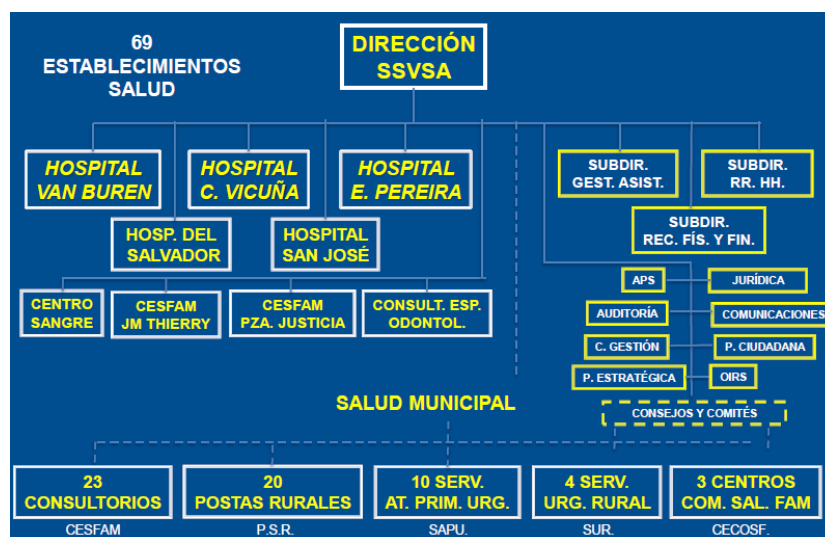
4.2 Establecimientos de salud donde se realizó la investigación

La etnografía en establecimientos de salud se realizó en la comuna de Valparaíso, focalizada en un hospital público, de nivel secundario y terciario de atención, y un consultorio de nivel primario de atención. Ambos, el Hospital Carlos Van Buren y el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Jean y Marie Thierry, pertenecen administrativamente al Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, situación excepcional en el caso del consultorio porque la mayoría de los establecimientos de APS

²⁰ MINSAL. 2011 Diseño implementación de una metodología de evaluación, seguimiento y acompañamiento de la reforma de salud de Chile.

dependen de las municipalidades. La figura que se presenta a continuación muestra el lugar que ocupan ambos establecimientos en la estructura del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.

Figura 2: Organigrama red asistencial SSVSA



Fuente: Cuenta Pública Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio 2013.

4.2.1 Hospital Carlos Van Buren

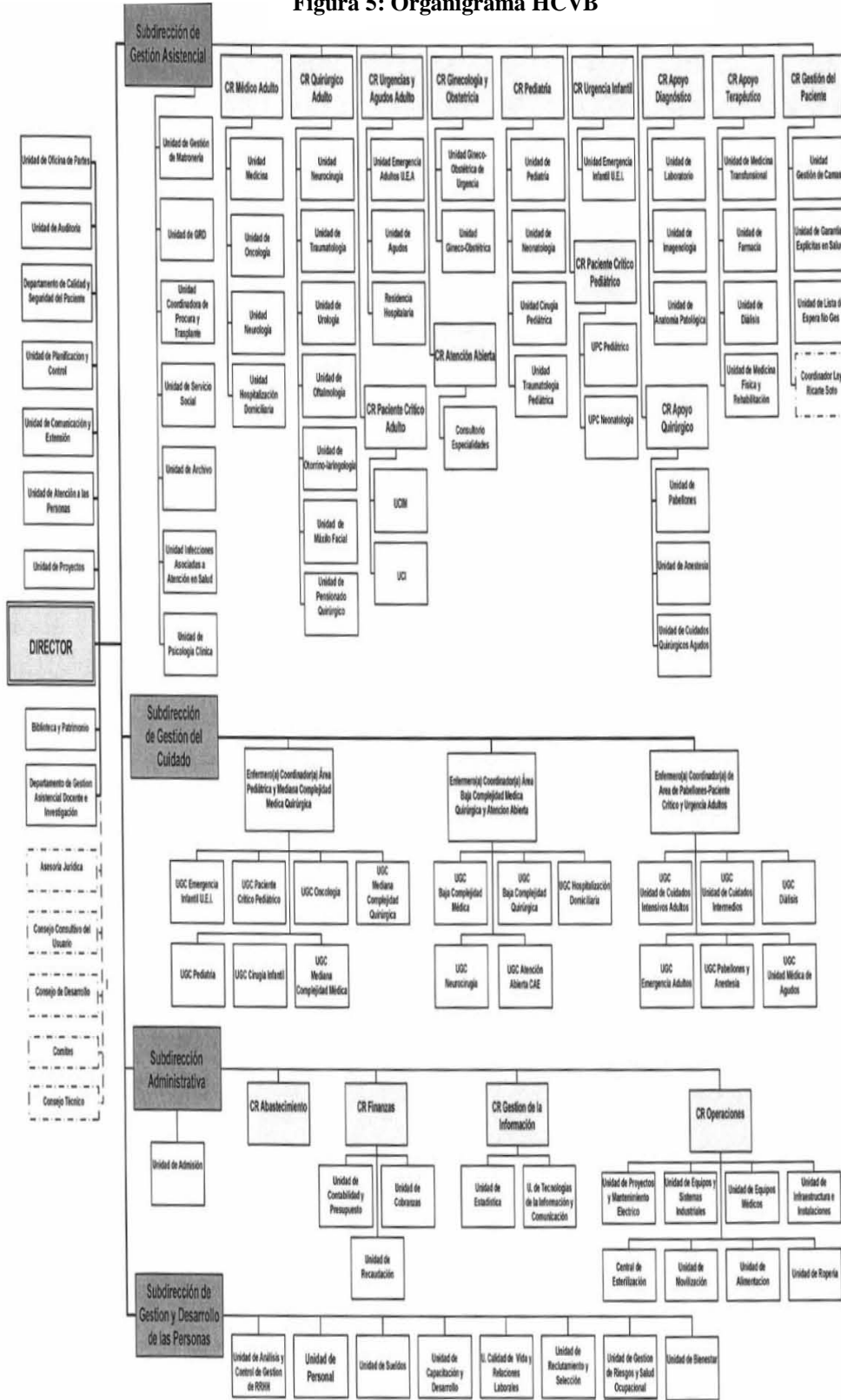
El Hospital Carlos Van Buren es un hospital asistencial docente y el principal de la Región de Valparaíso. Su creación data de 1772 con lo que se ubica en la historia sanitaria como el hospital más antiguo de Chile después de la independencia de la corona española. Se fundó como Hospital San Juan de Dios y a la fecha cumplió 243 años. Las siguientes imágenes muestran las instalaciones actuales del Hospital Carlos Van Buren.

El Hospital Carlos Van Buren es un establecimiento de alta complejidad y base de la red asistencial, ubicado en la Comuna de Valparaíso, que cuenta con atención médica y de especialidades quirúrgicas, tales como Neurocirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología, entre otras. Es el centro receptor en la especialidad de neurocirugía para las Regiones de Atacama, Coquimbo y Valparaíso y en la especialidad de oncología para las Regiones de Coquimbo y Valparaíso. Cuenta con Unidades de Emergencia de adultos, infantil y Gineco-Obstétrica y con un Consultorio de Especialidades y un Servicio de Urgencia de alta complejidad (<http://ssvalposa.redsalud.gob.cl/> y SSVSA, 2013).

En cuanto a la población que atiende, formalmente tiene una población asignada de 481.916 personas de la Región de Valparaíso, pero en realidad su alcance es mucho mayor debido a que es referente para otras regiones en ciertas especialidades médicas.

(...) al pertenecer a la Red integrada de Salud Pública y ser referente para la IV y V región en Oncología y para la III región en Neurocirugía e Imagenología Compleja nos lleva a tener una población real cercana a los 3 millones de habitantes como población asignada. Estando por el número de camas y la población asignada dentro de los 10 Hospitales más grandes del país. (SSVSA, 2014)

Figura 5: Organigrama HCVB

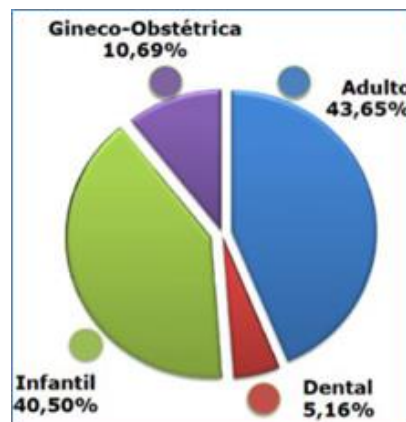


Fuente: Documentos internos del Hospital Carlos Van Buren.

Funciona con una dotación de 532 camas, de diversa complejidad: agudas, básicas mediana complejidad y críticas, aunque su uso es flexible con el fin de garantizar su distribución en función de la demanda. Dentro de su dotación, se dispone de 45 camas críticas: 21 para adultos y adultas, 10 para niños y niñas y 14 para recién nacidos (<http://www.hospitalcarlosvanburen.cl/>). En 2014 trabajaban en el hospital 2062 personas, de las cuales, 336 son médicos y adontólogos, 471 profesionales, 766 técnicos, 216 administrativos y 273 auxiliares (HCVB, 2014).

Las atenciones realizadas en 2014 se distribuyen en cuatro grandes áreas, concentrándose en las atenciones de salud del Adulto e Infantil. En la actividad de Maternidad se constata un discreto aumento en el año 2014 con 2923 nacimientos (HCVB, 2014). En la siguiente figura se observa el desglose de las atenciones realizadas por el Hospital durante 2014.

Figura 6: Desglose de atenciones HCVB año 2014



Fuente: SSVSA. Cuenta pública participativa Hospital Carlos Van Buren 2014.

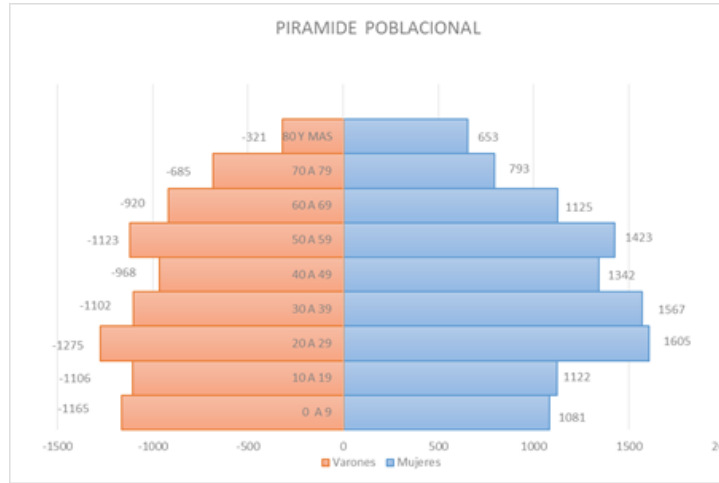
4.2.2 Centro de Salud Familiar Jean y Marie Thierry²¹

Este establecimiento de atención primaria se encuentra ubicado en el Cerro el Litre en Valparaíso, posee una infraestructura nueva acorde a su categoría de Centro de Salud Familiar. Tiene una población asignada de alrededor de 19.370 personas (febrero 2017), trabajan aproximadamente 70 funcionarios/as de salud: 27 técnicos paramédicos, 11 médicos/as (4 son médicos/as de familia), 6 enfermeras, 4 matronas, 8 odontólogos, 2 psicólogas, 3 asistentes sociales, 1 educadora de párvulo, 1 fonoaudiólogo, 1 terapeuta ocupacional, 3 kinesiólogos, 8 funcionarios/as del SOME, 1 directivo, 1 secretaria, 1 estafeta.

La atención se organiza en cuatro sectores y en torno a los programas diseñados por el Ministerio de Salud, los cuales son, por Ciclo Vital: Programa de Infancia, del Adolescente, del Adulto y del Adulto Mayor; por área: Programa de Salud Oral, Programa de Salud Mental, Programa de Salud Cardiovascular, Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (Programa Chile Crece Contigo), Programa de Salud de la Mujer, Programa de Atención Domiciliaria, Programa de Cuidados Paliativos, Sala ERA, Sala IRA, Programa de Vacunación, Programa de Alimentación Complementaria (PNAC y PACAM), Promoción y Participación Social; por subprogramas: Tuberculosis, Hipotiroidismo, Artrosis, Epilepsia, Parkinson, Mas Autovalente, Oxigenoterapia, Climaterio, Regulación de la Fertilidad; Salud Oral Infantil, de Gestantes, Adulto Mayor y Urgencia Odontológica. De acuerdo al sexo de la población atendida, la mayoría son mujeres, como muestra la siguiente imagen:

²¹ Información entregada por una médica del CESFAM Jean y Marie Thierry.

Figura 7: Población usuaria del CESFAM JMT según sexo



Fuente: elaboración propia con datos proporcionados por el CESFAM.

Antes, lo que hoy es el CESFAM JMT era un hospital de niños y entre 1985 y 2004 fue consultorio general urbano y desde 2009 es CESFAM, con un Servicio de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR).

Este establecimiento destaca por generar permanentemente programas y actividades innovadoras y de arraigo comunitario, así como por involucrarse en iniciativas de mayor alcance al ser parte de la red asistencial del Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio. Por ejemplo, el año 2016 participó en la Ruta Médica Valparaíso, producto de una alianza entre el SSVSA y la Secretaría Regional Ministerial de Desarrollo Social, con atenciones en terreno con el objetivo de proteger a las personas en situación de calle y vulnerabilidad (<http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/>). Así también se desarrollan proyectos como el de la implementación de un carro móvil como biblioteca infantil con libros ilustrados; la práctica de terapias complementarias tales como el Biomagnetismo, Flores de Bach, Arte-Terapia, o Terapia Corporal en el marco del Programa d Salud Mental; el proyecto de Huerto Orgánico en Espacios Reducidos impulsado del Programa de Promoción y

Participación Social en conjunto con el Consejo de Desarrollo Local de Salud (CDL) “Parque El Litre”. Otro elemento a destacar es que funciona con 1 jornada médico por 2.285 personas, ubicándose en una buena posición a nivel nacional.

Las siguientes imágenes ilustran las actuales instalaciones del CESFAM Jean y Marie Thierry y el mapa del territorio que abarca.

Figura 8: Imágenes CESFAM Jean y Marie Thierry, Cerro El Litre, Valparaíso



Frontis del CESFAM.



Salas y pasillos del consultorio.



Consulta de salud reproductiva.



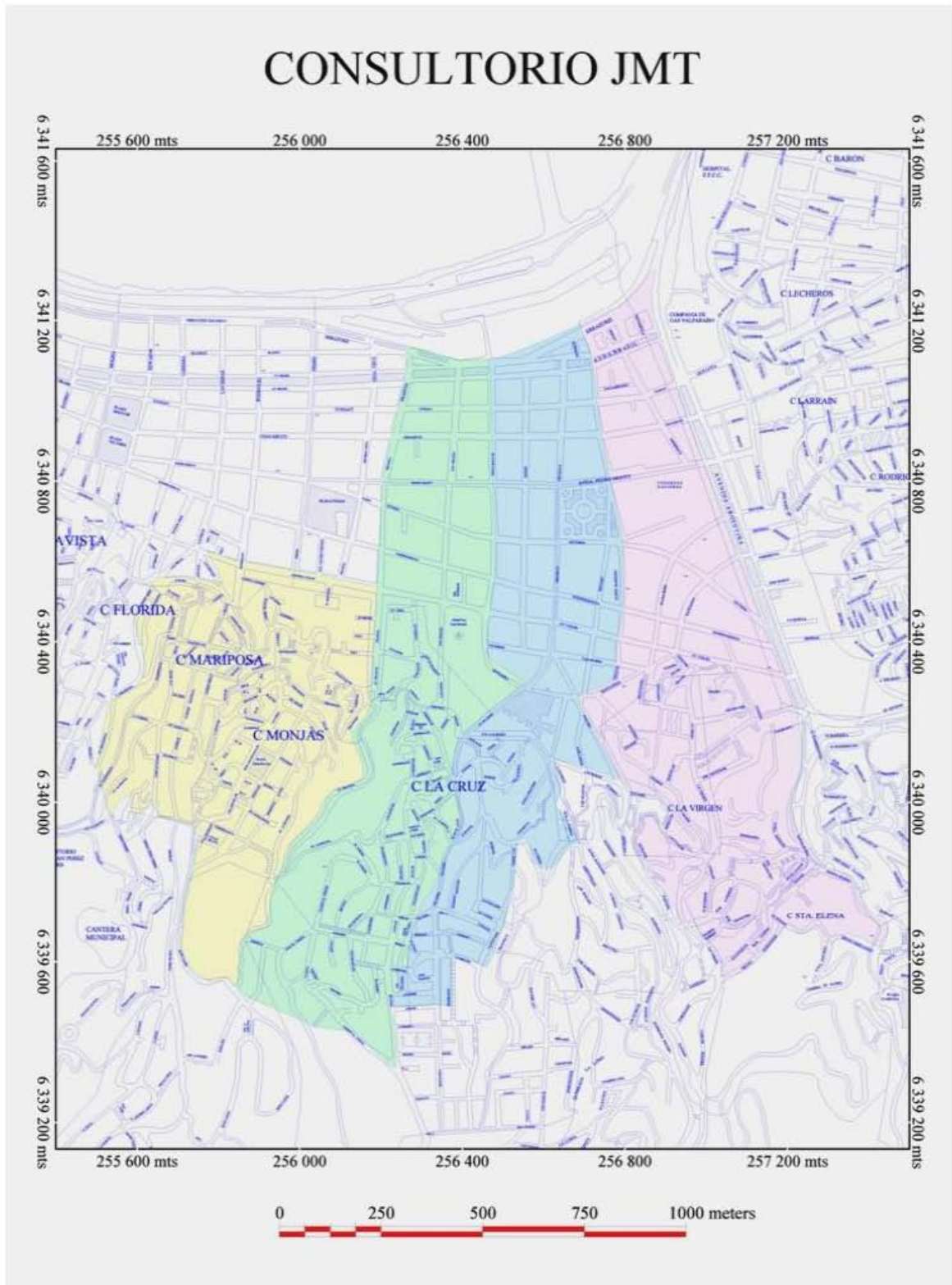
Mural informativo del consultorio.

Figura 9: Croquis CESFAM JMT

DEFINITIVO																			
PRIMER PISO																			
* Kine I/RA: Espirometría vier																			
Farmacia		P/VAC		POLIVALENTE		Med. ERA/Kine 1	Sala I/RA F. Rojas/Luz	Enf 51	Enf 52	Enf 53	Enf 54								
							BOX TTO	Nina/Mang	Rosa / Ale	Yesi Narda	Cristi Yovli								
							Vacunatorio	Medico 51	Medico 52	Medico 53	Medico 54								
								Dental 1	Dental 2	Psic 2/4	Psic 1/3	Dental 3	Dental 4						
													Archiv. P. Mujer	QX Menor	QX Menor				
OIRS			Maletín	ed. ERA/Kine	O/RS	Baño	M. Vargas	F. Barrientos	Neopn	Faúlca	Escalera	Escalera	Ingali	C Barros	Vanesa	S Palma	Baños	Esterilización	
Estadísticas	SOME		* Kine 1: Espirometría lun mier * Kine 2: Espirometría mar juev																
	AS 5 1/3	AS 5 2	SOME																
SEGUNDO PISO																			
										Comedor		Vestidor/ Baños							
				MADI		DIRECCION SECRETARIA		Escalera		Escalera		Baños		Enf Cardío					

Fuente: Documentos internos del CESFAM Jean y Marie Thierry.

Figura 10: mapa territorial población CESFAM JMT



Fuente: Documentos internos del CESFAM Jean y Marie Thierry.

4.2.3. Sistema de atención de la esterilización quirúrgica

Las mujeres que desean esterilizarse deben seguir rutas y procedimientos diferentes dependiendo del seguro de salud al cual tienen acceso, el que está determinado por la capacidad de pago y por lo tanto, por el nivel socioeconómico de las personas. Si es afiliada de una ISAPRE, el acceso es expedito, sólo condicionado por la capacidad de pago, sin embargo, si no tiene previsión de salud o es afiliada de FONASA, el proceso es largo incluso engorroso.

Para acceder a una EQV en el sistema público de salud, las mujeres deben solicitarlo en el nivel primario de atención, donde se llena un formato de solicitud y un formato de interconsulta y es derivada al nivel secundario de atención. Cuando la mujer quiere esterilizarse pero no está embarazada, en el policlínico de especialidades del hospital la atiende un/a médico/a, quién evalúa su caso y si procede desde el punto de vista médico, y la mujer mantiene su decisión, queda inscrita en una lista de espera para ser operada, para luego sacarse los exámenes pre operatorios. En caso de estar embarazada, la ruta es más expedita y no queda en lista de espera, a no ser que durante la hospitalización por parto no sea operada y tenga que hacer todo el procedimiento denuevo hasta quedar registrada en la lista de espera.

Llega una mujer que está embarazada, dice “¿sabe qué? tengo otro embarazo, no quiero más, ¿existe la posibilidad de que yo me pueda operar?” *Pa'* no tener más hijos porque la verdad que no me funciona ningún anticonceptivo” o, en fin, o “ya no quiero depender más de un anticonceptivo”, ¿ya?, una cosa más segura. Ese es un escenario y el otro escenario es una mujer que no está embarazada, ¿cierto?, que está en control ginecológico o en controles de planificación familiar y que manifiesta su deseo que querer ligarse, de tener una esterilización quirúrgica. (Entrevista, Matrona, CESFAM)

De la diversidad de situaciones en que se encuentran las mujeres que desean ser esterilizadas, desde el punto de vista de la ruta que siguen en la salud pública, podemos identificar tres principales: 1) gestante que solicita ser esterilizada en su control de embarazo en el CESFAM o Consultorio, 2) usuaria del CESFAM cuya consulta no es de embarazo y que solicita la esterilización 3) gestante en

trabajo de parto que ingresa directamente a urgencia. Podríamos agregar una cuarta situación, en la que la mujer llega a ser atendida de urgencia por otra patología y solicita ser esterilizada durante la hospitalización, pero es menos frecuente. En general, las mujeres que solicitan la esterilización fuera del periodo del embarazo, lo hacen porque ya la habían pedido pero que no pudieron acceder o porque tienen problemas de salud que se agravarían con un nuevo embarazo. La siguiente figura ilustra los recorridos que deben seguir las mujeres solicitantes de esterilización quirúrgica según la vía de ingreso al sistema de atención público, específicamente adaptado a lo que sucede en la red asistencial que incluye a los establecimientos de salud focalizados.

Figura 11: Ruta institucional en el sistema para acceder a EQ



Fuente: elaboración propia en base a entrevistas y observación en los establecimientos focalizados.

Lo anterior es el procedimiento formal que debe seguir cualquier mujer que desea acceder a una esterilización quirúrgica en el sistema público. Sin embargo, debido a que no hay criterios de priorización de las atenciones de la lista de espera por esterilización quirúrgica—situación que afecta

en general a todas las lista de espera no GES- (Contraloría General de la República, 2016), internamente operan una serie de criterios basados en la profesión médica, que no son explícitos e inciden en forma determinante en el acceso a este servicio reproductivo, orientando la selección de personas en espera ante la falta objetiva de recursos hospitalarios para satisfacer la demanda de esterilización. Estos mecanismos son parte del procedimiento de descarte o de inclusión en distintos momentos del circuito de atención y se presentan con un sustento científico aunque es posible que sea una combinación con criterios subjetivos y posicionamientos valóricos y políticos en relación a la esterilización y otros ámbitos que son parte de su contexto sociocultural: regulación de la fertilidad, tamaño de la familia, roles de género, entre otros. Cabe mencionar que la OMS establece cuatro criterios médicos de elegibilidad para la esterilización quirúrgica femenina²², seguidos por el sistema de salud chileno, recomendados “cuando los riesgos de la esterilización superen los beneficios” porque se reconoce que “no existe condición médica que restrinja en forma absoluta” (MINSAL, 2010, p.133). Estos criterios coinciden en algún grado con los aplicados por los/as médicos/as del HCVB (por ejemplo, “edad muy joven” o diversas enfermedades); el problema es que son criterios médicos que a veces se utilizan para paliar dificultades económicas, como es la falta de recursos quirúrgicos.

Características de la lista de espera por esterilización quirúrgica en mujeres

La lista de espera por salpingoligadura es la que tiene mayor cantidad de personas con más tiempo esperando, entre el conjunto de las cirugías que no están incluidas en el GES. En términos de

²² Categoría A (Aceptar): No hay ninguna razón médica para rechazar la esterilización; Categoría C (Cuidado): Puede realizarse en forma normal pero teniendo precauciones especiales y preparación adicional; Categoría R (Retrasar): El procedimiento se debe postergar hasta poder evaluar o corregir la condición. Se deberá ofrecer alternativas anticonceptivas temporales; Categoría E (Condiciones especiales): El procedimiento debiera ser realizado por un equipo médico experimentado con disponibilidad de equipo de anestesia general y otros sistemas de soporte médico y la posibilidad de poder elegir el procedimiento más apropiado y el tipo de anestesia más adecuado. Si es necesario referir a centros de mayor complejidad o si se debe postergar se deberá ofrecer alternativas anticonceptivas temporales. (MINSAL, 2010, p. 130)

importancia para el problema de investigación, explorar cómo se construye la lista de espera, qué criterios se siguen para su gestión y disminución, el perfil de mujeres que ingresan al listado, entre otros aspectos, son relevantes para lo que se quiere estudiar, en tanto es una expresión de la desatención que actúa como mecanismo de discriminación en salud. La lista de espera para esterilización se construye en el hospital pero involucra a la APS en tanto que es desde donde se derivan.

Siendo uno de los problemas generados por el GES, la desatención de problemas o necesidades de salud no garantizados, el gobierno incluyó en sus metas de gestión en pro de reducir las inequidades en salud, la disminución de las listas de espera donde la de cirugía es una de las más importantes. En marzo del año 2014, 194.938 personas esperaban por una cirugía en el país, 50% de las cuales lo hacía por más de dos años. El Ministerio de Salud elaboró un “Plan Nacional de Tiempos de Espera” e implementó un “Plan Extraordinario de Reducción de Lista de Espera”, lo que ha permitido reducir la mediana de espera en 51 días por una intervención quirúrgica. A 2015, la lista de espera en cirugía era de 234.050 personas, quienes han reducido sus tiempos de espera de un 50% a un 24% de personas que en promedio espera más de 2 años (MINSAL, 2015).

En el marco del plan diseñado a nivel central, los establecimientos hospitalarios asumen compromisos de gestión expresados en metas de reducción de la lista de espera. Para este año, el MINSAL estableció la meta de resolver las esperas de cirugías pendientes del año 2013 a lo cual se han abocado los quipos administrativos encargados. Para el caso de la lista de espera de EQV, la persona encargada va seleccionando del listado todas las mujeres que solicitaron en el año 2013, las llama por teléfono y en caso de no lograrlo mediante esa vía, se manda carta certificada,

Entonces lo que yo tengo que hacer es ir gestionando a los pacientes, eso significa empezar primero a revisar los sistemas, si la paciente renunció, se recuperó, etc., etc., y de ahí empezamos a llamar a las pacientes, para preguntarles si aún esperan la cirugía, si quieren o no quieren, etc. (Entrevista, Funcionaria administrativa, hospital)

Las medidas adoptadas a nivel gubernamental pretenden solucionar un asunto originado en la segregación de problemas de salud en base a criterios económicos y de urgencia, reconociendo que aquellos que no están garantizados en el GES, igualmente deben ser atendidos en un plazo que no agrave el problema:

Se debe tener presente que la atención médico quirúrgica requerida por los pacientes debe realizarse antes de que la patología, lesión o trauma que los afecta adquiera el carácter de irreversible, procurando no causarles a ellos un dolor o molestia intolerable que pueda implicar una vulneración a la garantía constitucional de integridad física y psíquica de la que son titulares. (Contraloría General de la República, 2016, p.15)

No obstante, ser un señalamiento sustentado en la lógica biomédica, es interesante que se considere minimizar el impacto de la desatención en la salud de las personas. En el caso de las mujeres que esperan ser esterilizadas, es de suponer que después de tanto tiempo, a veces años, las circunstancias en las que se encontraba la mujer en el momento de hacer la solicitud hayan cambiado, incluyendo desde las referencias de contacto (por cambio de casa, de número telefónico, etc.) hasta haber tenido otro hijo/a en el intertanto o haber cambiado de opinión. Este es el primer descarte. Luego, si la mujer está ubicable e insiste en su decisión de esterilizarse, se le ofrece otra opción antes de la esterilización: el Mirena.

Ante la insuficiente dotación de pabellones quirúrgicos, en 2014 a nivel institucional se decidió no hacer más esterilizaciones y adquirir Mirena como una forma de priorizar el recurso²³. Desde el segundo semestre del 2015, el Hospital compra un dispositivo intrauterino llamado Mirena, un método anticonceptivo medicado y de larga duración. La persona que llama a la usuaria, una funcionaria administrativa que ha sido instruida por un/a médico/a, le ofrece el Mirena explicándole en qué consiste el método y si acepta, la cita al “Poli Gine”. Ahí es atendida por la médica – son dos médicas las que están encargadas de esta actividad de salud-, quién le refuerza la información sobre

²³ Información entregada en conversación informal como el Jefe de la UGO.

este método. Si la usuaria acepta, le colocan el método en ese momento. El 2016 el hospital adquirió alrededor de 200 Mirena²⁴.

Al principio, yo como secretaria empecé a darles una pequeña charla que el doctor me dijo que tenía que decir con respecto al Mirena (...) bueno, primero que el tema de la lista de espera no iba a avanzar y que se estaba ofreciendo, que el hospital estaba ofreciendo un dispositivo (...) después ya esto pasó a la lista de espera, que hay una enfermera encargada de la lista de espera y ella le empezó a dar la charla, y a elegir a pacientes de la lista de espera. (Entrevista, funcionaria administrativa, hospital)

Una vez en la consulta del Poli Gine, si la mujer mantiene su decisión de esterilizarse sigue en la lista de espera hasta que la llamen, tiempo relativo que puede alcanzar varios años. Si, por el contrario, la usuaria acepta el Mirena, es egresada de la lista de espera por la causal 6 que significa renuncia. Así entonces, la gestión implica limpiar el listado y finalmente quienes llegan a ser citadas a operarse son las que están convencidas y no quieren otra opción, dado el tiempo que ha transcurrido. Las causales de egreso son 8, dos de las cuales son clínicas, una de ellas es el límite de edad y la otra, cuando ha sido operada *extrasistema*, es decir, en otro establecimiento de salud; el resto son administrativas. El Mirena ha dado buenos resultados ya que de 312 usuarias en espera que tenía entre 2013 a 2016, el 34,7% de las egresadas de la lista de espera optaron por este método renunciando así a la SLG. Junto con ello, hay otros profesionales (matronas/es) que promueven el uso de implante y se lo aplican en el momento de la hospitalización por parto.

(...) de todas maneras, como te digo, seguimos avanzando, porque se siguen haciendo, por ejemplo, los polis de Mirena los hacemos los viernes, entonces yo, de esta lista de lo pendiente vamos citando a pacientes por antigüedad y vamos citando a los polis, entonces por ejemplo, el viernes pasado no hubo porque la doctora tuvo que ir a una cirugía, hay dos doctoras que lo están haciendo solamente, entonces estaban en una cirugía, no se podía, la misma secretaria de gine me avisa si hay Mirena el viernes, entonces yo llamo a las pacientes a ver si quieren (...) y según eso citamos a 5 pacientes, según los cupos médicos, entonces el día viernes vienen esas 5 pacientes y la matrona del poli me reporta qué paso, las que no vinieron, las que no quisieron, las que se lo insertaron. Entonces esas que se lo insertaron las egresamos como causal 6 y a esos

²⁴ Información entregada en conversación informal como el Jefe de la UGO.

yo les hago un documento para la causal 6 y eso queda registrado en su ficha y se cierra el caso. (Entrevista, funcionaria administrativa, hospital)

Cuando ya “corre la lista”, le llegan los nombres seleccionados por antigüedad a la secretaria, quién se lo pasa al médico Jefe de Servicio con sus respectivas fichas. En este momento de la ruta operan los criterios consensuados, principalmente, criterios de riesgo médico expresados en la carga de enfermedad de las pacientes -donde también se toma en cuenta la multiparidad-, y en los antecedentes sociales. Una vez que son seleccionadas para programar la operación en la tabla quirúrgica semanal, la secretaria las llama nuevamente, les hace preguntas generales de salud como, por ejemplo, si toma algún medicamento y les da las indicaciones de la hospitalización. Aquí también es posible que algunas “se caigan” por no estar disponibles para la fecha definida:

Se prioriza a las pacientes que tenían patologías más serias, pacientes con síndrome de down y pacientes, bueno, por ejemplo, después de 42 años ya es poco lo que se puede esterilizar, o sea, pacientes con mas, multíparas de más hijos, por ejemplo, si son de 30-40 años y tienen 5, 6 partos ya... esas cosas son las que se priorizan. (Entrevista, funcionaria administrativa, hospital)

4.3 Observaciones en campo

Como parte del trabajo etnográfico hice observación durante el trabajo de campo, incluyendo el primer periodo en el que aún no tomaba la decisión sobre el territorio –aún estaba barajando la posibilidad de hacer la investigación en Chiloé y Valparaíso- y los establecimientos en los cuales iba a desarrollar finalmente la investigación. Registré la información sistemáticamente en el diario de campo y utilicé pautas específicas para la observación de las acciones y espacios de salud en los dos establecimientos de salud finalmente escogidos en Valparaíso.

La observación tuvo como objetivo recoger un tipo de información distinta a las entrevistas y a la información secundaria, que pudiera complementar el contexto en el cual se atiende la esterilización

quirúrgica; relevando dos ámbitos: 1) la práctica del modelo biomédico en salud sexual y reproductiva 2) representaciones sobre cuerpo, sexualidad, reproducción y género.

El tipo de observación realizada podría denominarse como no participante, ya que siempre estuve presente como una persona externa en espacios y actividades de atención con la autorización del personal de salud. En el Hospital, estuve en consultas preventivas de ginecología en el Policlínico de Especialidades, en una reunión clínica sobre piso pélvico y una atención quirúrgica para salpingoligadura; y en el CESFAM, en consultas de salud reproductiva con la matrona. También observé lugares de tránsito de ambos establecimientos, como la sala de espera o la oficina de dirección en el hospital.

A continuación se muestran resultados de las actividades de observación en ambos establecimientos de Valparaíso y también incluyo dos actividades realizadas en Chiloé.

4.3.1 Oficina de la dirección de la Unidad Gineco-obstetrica, Hospital

Este fue el espacio donde permanecí la mayor parte del tiempo, casi a diario, en la revisión de fichas clínicas. A veces, estuve presente en reuniones y distintas actividades que realizaba el personal, pero yo no participaba. El médico encargado me presentaba y yo seguía en mi trabajo, lo que generaba una sensación de ausencia algo incómoda al inicio, y entre ellos/as se comunicaban con lenguaje técnico y codificado, aumentando la distancia. Con el tiempo, mi presencia ahí se hizo familiar, sólo personal no médico intercambiaba algunas palabras conmigo, preguntándome qué hacía allí, pero el resto se limitaba a saludar. En este espacio se desarrollan interacciones entre el personal médico y de salud de maternidad y residentes de medicina, con un carácter administrativo: programación del pabellón quirúrgico, citación de pacientes para ser operadas, organización de turnos y jornadas de trabajo del personal, firmas diarias de entrada y salida del personal, por lo que

se da un gran afluencia de quienes trabajan en maternidad y también el espacio se presta para interacciones coloquiales, toman café, descansan, comentan sobre el trabajo, entre otras cosas. Además, en esta sala se realizaban reuniones de equipos de salud y actividades de docencia clínica. Ocurrieron acontecimientos externos a la atención pero relevantes en términos administrativos que afectaron mi presencia constante en el hospital y que generaba un ambiente de expectativa, por ejemplo, el desarrollo de algunos sumarios internos que hacía que el personal hablara en voz muy baja, un paro del sector salud que interrumpió mi agenda de entrevistas y licencias del personal que me impidió sacar expedientes.

En este espacio se dan interacciones pedagógicas permanentemente, pues los/as médicos se reúnen después de la intervención y comentan sus resultados, destacando maniobras exitosas, la duración, desafíos, dudas, incluso descripciones de las usuarias. Hacen especial mención a patologías que representan desafíos para los cirujanos, residentes y alumnos, que son la materia prima de aprendizaje para el diplomado.

Predomina un lenguaje descriptivo técnico, despersonalizado y fragmentario, se refieren, por ejemplo, a la patología separada de la persona portadora, “una histerectomía”, “por adenomiosis”, “el ovario lo saqué por el ombligo”, “tenía ligamentos buenos”, “no había nada de adherencia”, “un éxito la operación”. Generalmente, el tono es jocoso, bromean entre ellos/as, “se hacen bulling”. Cuando se refieren a la usuaria, lo hacen opinando sobre algún aspecto físico o de su perfil, con un trasfondo moral o normativo. Por ejemplo, uno de los médicos refiriéndose a una paciente que manifestó su inconformidad porque le extrajeron el útero, la trató de gorda reiteradamente mientras hablaba con un colega por teléfono y en respuesta a la preocupación por su salud sexual, “eso es lo que le preocupa, no otra cosa”.

Como parte de las actividades del diplomado, grupos pequeños de alumnos/as (uno, dos o tres), se instalaban a videos de cirugías, en una pantalla grande, de imagen muy nítida a todo color y en un plano de acercamiento. Sólo se veían los órganos, la vagina, el útero, las manos de los cirujanos cortando y mucha sangre. Eran imágenes impactantes para mí, me fue difícil concentrarme y traté que mi rostro no demostrara repugnancia o espanto, después me acostumbré e incluso puse mayor atención en los videos. En la edición de los videos, agregan música ambiental y una voz suave de mujer que va relatando la operación. Varios de los comentarios de los asistentes (generalmente hombres) tenían una connotación sexual, por ejemplo, “esa mujer no va a poder tener relaciones sexuales como por tres meses” por lo complicada que había sido la operación. En una ocasión, los alumnos bromeando con el médico docente y las secretarias, hablaban de un restaurante cercano al hospital, “hicimos una observación médica” “el que atiende tiene tremendas manos” “imagínate fuera ginecólogo” “el poli estaría lleno para atenderse con él”...

Este es el lugar donde se toman decisiones operativas relevantes, como es la programación y distribución de los recursos quirúrgicos. El personal administrativo es fundamental en la coordinación, las secretarias son las mediadoras entre el público y el personal médico. En general, el personal lleva un buen tiempo trabajando en el hospital por lo tanto se establecen relaciones de confianza y colaboración, aunque siempre en el marco de las jerarquías intrahospitalarias, donde los/as médicos/as ginecos obstetras están en lo más alto de la pirámide. Aparentemente, todo el equipo reconoce tal estratificación, no hay cuestionamiento y sí trabajo en equipo. La estructura hospitalaria y en general, del sistema de salud, está hecho en una lógica “paramédico”, es decir, todo está pensando para realizar las actividades auxiliares, complementarias pero jerárquicas, en función de apoyar la labor del médico.

Aunque las secretarias estén en la base de la pirámide, asumiendo tareas que incluso no les corresponden como lavar la loza, servir el café, preparar refrigerio para las reuniones de equipo y

sesiones del diplomado, entre otros asuntos logísticos, tienen un poder basado en la información que manejan y en la relación directa con cada actor de la situación. Así, por ejemplo, es la secretaria la que responde correos en nombre y desde el correo del médico encargado, le comunica posibles candidatas para operaciones, gestiona las citas con las pacientes e intercede por alguna de acuerdo lo que ella considera de mayor premura, siempre en interlocución con el médico. En una ocasión llegó una paciente registrada en lista de espera para ser operación de prolapso a preguntar cuando la operaban porque tenía un viaje y no quería perder la cita. La secretaria la atendió muy amablemente, le dijo que aún no tenía fecha pero que iba a ser “este año”, la tranquilizó diciéndole que la llamaría hasta encontrarla de modo que no iba a perder la cita. Cuando se fue, la secretaria fue a hablar con el médico intercediendo por ella, “está esperando desde 2013”, “pobrecita, no contiene la orina, se hace”, “es abuelita, tiene más de 70 años”.

De esta forma se “negocian” cupos para las cirugías en lista de espera, entre ellas la de esterilización, por ejemplo, cuando un/a matró/a o médico/a detecta a una usuaria que requiere EQ en forma urgente según su criterio, pregunta a la secretaria. El “PUO” pabellón de urgencias obstétricas es el que se ocupa para cesáreas y a veces se deja algún espacio para “cosas pequeñas” como la SLG.

4.3.3 Atención preventiva en el Policlínico de Especialidades, Hospital

El policlínico de especialidades está adosado al Hospital Carlos Van Buren y corresponde al nivel secundario de atención en salud. Las observaciones corresponden a momentos en la sala de espera del sector de ginecología (“Poli Gine”) y a una actividad semanal de atención destinada al Mirena, método anticonceptivo medicado de larga duración que se les ofrece a mujeres que están en lista de espera para esterilización. Previo a asistir a esta consulta, las usuarias reciben una llamada telefónica de personal administrativo (la encargada de la gestión de la lista de espera o la secretaria

de maternidad) en la que se les explica en términos generales las características del método y si aceptan o están dudosas se les cita en el Poli Gine.

En la sala de espera hay muchas mujeres esperando atención. Algunas van acompañadas, de su madre, de su pareja. Me tocó ver a una adolescente embarazada acompañada por el chico adolescente y las madres de ambos, que también se veían jóvenes. Saliendo de la consulta la pareja se tomaba de la mano y se hacían cariño. Salió esta gente e inmediatamente entró otra paciente. La secretaria habla fuerte y con lenguaje coloquial con las consultantes, como si fueran conocidas. Las mujeres salen “contentas” de la consulta. En otra oportunidad, habían cuatro mujeres esperando, dos muy jóvenes y una de ellas con un bebe en brazos. Al parecer, son dos jóvenes con sus respectivas madres.

En un box se atiende por Mirena y en el otro por patología cervical. En el box 2 había un cartel que decía “Mirena” con una imagen explicativa del útero y conducto vaginal, indicando cómo actúa el dispositivo. Se espera a que lleguen las usuarias para llamar a la doctora y siempre que haya *Mirenas* porque no siempre llegan.

Estuve presente en la atención que la gineco obstetra dio a tres usuarias, que consistió en la entrega de información grupal sobre las características y funcionamiento del Mirena, luego ellas decidieron si aceptaban el método y al último ingresó cada una por separado para la instalación del dispositivo. La médica me presentó brevemente, no pidió autorización a las usuarias, sólo informó que yo iba a estar ahí observando.

En la consulta grupal, la médica les pregunta “¿Ustedes saben a lo que vienen?” “¿se cuidan actualmente con algo?” Las usuarias manifiestan dudas, preguntan si duele: “en internet vi que es demasiado doloroso y que hay sangrado”, si provoca efectos secundarios como espinillas o aumento de peso a lo que responde que negativamente, que el Implanon tiene esa sintomatología. La médica

insiste, ¿Estás segura que no estás embarazada?, les pregunta si usan preservativo en todas las relaciones. La explicación que la médica ocupa como ejemplo la T de cobre para resaltar diferencias y semejanzas, “no se produce endometrio por efecto hormonal. No hay regla, tampoco hay evolución”. Pregunta qué tipo de partos tuvieron, a las que han tenido hijos/as, porque una de ellas no los ha tenido, lo que es una excepción a la regla entre las solicitantes de esterilización. Se habla también del costo del dispositivo versus beneficios, entre ellos, ausencia de dolor y tiempo, “es un método caro, \$160.000”, “puede que cueste más pero no hay dolor”; pero dura 5 años, “tienen 5 años para pensarlo”. Las tres usuarias están en lista de espera hace dos o tres años.

Salen dos y queda una sola paciente, que es como se nombra a la usuaria en la atención de salud. En la preparación, la doctora da algunas indicaciones a las que estamos ahí “nunca abran el Mirena hasta que estén listas para colocarlo” y explica que lo primero que se hace es medir la longitud del útero con un histerómetro. Hay dos técnicas paramédicas que se encargan de los preparativos, como ayudar a la mujer a ubicarse en la silla ginecológica y asistir a la médica pasándole insumos e instrumentos que va a utilizar: guantes, espéculo, etc. Se sienta frente a la vagina de la mujer “toce un poco” “respira profundo” “¿viste que fácil?”. El procedimiento es rápido. Termina indicándole que tome antiinflamatorios porque puede tener dolor de ovarios. La primera paciente es funcionaria del hospital, tiene varias enfermedades (dislipidemia, pancreatitis) y es intolerante a los métodos anticonceptivos que ha usado (T de cobre y métodos hormonales). Antes de salir pregunta por cuánto tiempo tiene que esperar para tener relaciones, la doctora responde: “al menos 5 días, échame la culpa a mí no más”.

La segunda paciente, tiene hipertensión pulmonar severa, con 25 años y dos hijos, que nacieron por parto normal. La doctora indaga cuestiones puntuales sobre su salud porque “es un caso especial” mientras avanza en la colocación del dispositivo, “ya, mi amor, ¡arriba!”. Utiliza una serie de *tips* para bajar la ansiedad y generar buena reacción, le muestra el Mirena mientras realiza el

procedimiento, la usuaria exclama “¡que chiquitito!”...“¡listo! ¿Molestó mucho?” “¡no!” dice la joven, y agrega la doctora “este dispositivo te dura hasta el 21 de mayo de 2021”, “¡qué bueno!” La usuaria ríe, cambia su semblante pues llegó como apagada, preocupada y ahora se ve aliviada.

La tercera paciente tiene 33 años, dos hijos que nacieron con cesárea. La doctora le pregunta la edad de su menarquía, si fuma o bebe alcohol La mujer está ya en posición y está nerviosa, la doctora para tranquilizarse “*pa*’ que esta cuestión no moleste... *¡poto*²⁵ bien firme, abajo, un dos tres momia!” “relaja, relaja, sueltecita”. La paciente cierra las piernas (de nerviosa), se tapa la boca, ríe, “no me aprietes, porque *estai súper apretá*”. La doctora me explica, mientras procede a la colocación del Mirena, que en las mujeres que no han tenido partos normales, se oblitera un poco el útero, “hay que ser muy cuidadosa”...“¡Listo! ¿Fue mucho?”. La paciente: “ahh, que bueno”, se ríe, se relaja.

Quienes se encargan de la atención preventiva del Mirena en el Poli Gine son las médicas gineco obstetras, no sus pares masculinos, a ellas les toca “mirenizar” y en tono de broma dice que “las tienen castigadas”, insinuando que esta acción de salud es menos valorada que la cirugía, por ejemplo.

4.3.3 Pabellón quirúrgico, Hospital

Participé como observadora en una salpingoligadura por vía umbilical. Me puse el vestuario estéril que usa el personal que trabaja en pabellones quirúrgicos, incluyendo gorra, mascarilla, pantalones, camisón. Ya en el pabellón, me ubiqué detrás de la usuaria y tomé notas de la dinámica que se daba entre las ocho personas que cumplían alguna función en la sala. La posición de la mujer era acostada, extendida, con la cabeza y más o menos hasta el tronco, ligeramente inclinada por debajo de la altura en la que estaba el resto del cuerpo. Yo, que estaba detrás, la miraba desde arriba, ella estaba como de cabeza. Se veía una posición incómoda para la usuaria, pero muy cómoda para

²⁵ Expresión chilena para referirse a las nalgas.

quienes maniobraban encima de ella. La paciente estaba consiente, pues fue anestesiada localmente, nos encontramos con la mirada varias veces, ella sonreía con resignación. El cirujano a cargo me invitó a que me acercara para ver con detalle el procedimiento quirúrgico. Me impresionó el tamaño de las trompas, son conductos muy pequeños, es una intervención “limpia” en la que casi no se ve sangre. La mujer no alcanzaba a ver.

Después, entrevisté a la mujer que estaba siendo operada, al día siguiente cuando se encontraba en recuperación en la sala de puerperio. Trabajaba como vendedora ambulante, estudió hasta 8° básico, de un nivel socioeconómico bajo. Madre de 5 hijos, todos los tuvo con parto normal, el primero lo tuvo a los 18 años. Dos progenitores, su actual pareja es padre del hijo recién nacido. Quiso esterilizarse por primera vez el año 2011 cuando estaba con la pareja anterior. Estando hospitalizada por su cuarto parto quedó en ayunas pero no hubo anestesista, la esterilizaron finalmente el 1° de junio de 2016 con ocasión del nacimiento de su quinto hijo.

4.3.4 Reunión clínica, Hospital

La reunión clínica es una actividad semanal específicamente sobre problemas ginecológicos y obstétricos del piso pélvico. Si bien, no se trata de la SLG, observar este tipo de actividades del equipo médico me permite tener una visión de la manera en que trabajan, los criterios que siguen, las formas de tomar decisiones respecto a procedimientos y tratamientos a seguir en casos específicos. Para SLG no se hacen reuniones clínicas porque son procedimientos simples, aceptados y conocidos por todos, entonces no es necesario. Antes, cuando estaba normado por ley (con más restricciones) sí se discutían algunos casos. Ahora quien quiera puede hacerse una SLG “incluso si no tiene hijos” (comentario de un médico).

El doctor me prestó una bata blanca para que pudiera entrar. Lo acompañé por pasillos “secretos”, haciendo un recorrido alternativo al que ocupa el público, siendo muy notorio para mí el tratamiento deferente con que ahora me trataban guardias que custodiaban las puertas desde una unidad a otra, por la simbología del atuendo médico. Cuando voy de “civil” me piden pase o debo dar explicaciones para pasar de una unidad hospitalaria a otra.

El médico jefe me presentó al equipo, compuesto por 9 personas: 3 médicos y 1 médica gineco obstetras, 2 alumnos²⁶, 2 kinesiólogas y una técnica paramédica. El doctor me presentó y me instalé al lado de una pequeña mesa a observar y tomar nota durante toda la reunión, que consistió en la discusión de tres casos. La dinámica consistía en que un/a medico/a presentaba el caso, de una paciente suya, con el historial clínico, luego hacen pasar a la usuaria a la camilla ginecológica, entre todos la examinan y observan, a la vez que le realizan algunas preguntas, se le pide que salga y finalmente intercambian opiniones sobre lo que se debe hacer en este caso.

La primera paciente, de 62 años, era diabética y con diagnóstico de prolapso estadio 4. Fue operada hace 6 meses por laparoscópico con una “colpo promonto”, vuelve a los 5 meses con un prolapso estadio 3...se complicó. Discuten sobre lo que usaron en la cirugía, ¿malla? ¿Cuántas bandas? Llaman a la paciente, la hacen subir a la silla ginecológica, siete personas observándola: “puje señora”, la alumbran con una luz potente, opinan alrededor de ella, mientras uno le introduce la mano a la vez que le indican que puje ¿Tienes pareja? “no”, ¿hace cuánto? “hace poco”, “no, pero ya no quiero más”. Ahora otro médico la examina “ahí se toca la malla”. Mientras, una médica revisa la ficha, “se hizo antes una histerectomía abdominal, operada por un mioma”. “Te voy a revisar por atrás Olguita” le dice uno de los médicos a la paciente. La señora dice “me sacaron el útero” “tengo una guagua vieja, tiene 16 años”. Comentan entre ellos/as: “Habría que probar un ring 3 o 4, yo la dejaría en control un tiempo, controlar síntomas. Dejarla con estrógenos”. “Muchas

²⁶ Alumnos del diploma de postítulo en cirugía de piso pélvico. Pasantes práctica HCVB 2016.

gracias” se va la señora, se despiden, algunos le contestan. El médico que controla a la paciente da su opinión e intercambia impresiones con los demás. Se saca a colación la evidencia sobre este tema, discuten si es sintomática o no y cuánto podría molestarle, “yo la estrogenaría bien, le pondría un pesario, si ella acepta”; “¿es sexualmente activa?” “no, pero es joven”. Hablan de una propuesta que otros médicos hicieron de cerrarle la vagina a lo que todos respondieron al unísono y en coro que no (no entendí mucho a qué se estaban refiriendo).

Otro médico presenta la situación de la segunda paciente, es “paciente antigua”, “es una paciente de esas que le gusta venir a control”, “es obediente”, “en general las que tienen prolapso son bien aplicadas”. Mencionan a los médicos que la atendieron, antes fue a *kine* y sigue igual. Su calidad de vida no es mala, “tiene siete”. Entra la señora con bata blanca “¿cómo *estai* chiquilla?”, le dice el médico a modo de saludo. La revisan, la tratan por su nombre. Está todo tan encima que hasta yo veo todo porque la silla ginecológica está casi el frente de mí. Le preguntan “¿Tiene actividad sexual?”, el médico que la controla refuerza “*tai* pololeando?” “¿Cuánto tiempo que no pololeas?” “¿Cómo te sentís?” “¿te molesta mucho?”. Comentan: Con esa asintomatología y sin actividad sexual, lo bueno es que aparentemente no le molesta; sí tenía actividad sexual hasta hace dos meses. La señora: “yo esperaba una buena noticia”, médico: “¿cuál sería una buena noticia?”, señora: “que no me operaran”. Opciones discutidas por el equipo, a largo plazo, histerectomía, traquelectomía; sacarle una *eco*, ponerle un peso.

La tercera paciente tiene 80 años, con diagnóstico de depresión y dificultad para orinar, “noto un bulto que ha ido en aumento”, dice el médico que expone la situación. Le preguntan “¿no tiene actividad sexual?” se produce un silencio general como diciendo “obvio”, a lo que el que preguntó refuta en tono de broma “¡pero puedes tener un toy boy!”. Entra una señora viejita de pelo blanco, “que nervio ver tantos hombres”. La llaman por su nombre. Todos se ponen alrededor de ella. Se nota más cuidado, como cariño con ella. Se le escucha respirar con dificultad. La *kine* habla con

ella, está a su lado, mientras los demás están a la altura de su vagina y le dicen que puje, que tosa. Un médico-alumno la examina. Hay una mujer *kine* a cada lado, conteniéndola, una le toma la mano. Las tres mujeres no médicas ayudan a la paciente a que se pare y se vaya a la otra sala, mientras los médicos (entre ellos, una mujer) se sientan a discutir el caso. “No tiene actividad sexual, hace 10 años que no y no está interesada”, “era asesora del hogar y lo dejó hace 5 años”. Evalúan su nivel de actividad física, de actividad sexual, las molestias que tiene, “A una paciente de 80 años debe evitar ser operada y especialmente con las complicaciones de la anestesia”. Se propone darle estrógenos, pesario y TOT (malla trans obsturatriz).

4.3.5 Consulta de salud reproductiva, Centro de Salud Familiar

Esta actividad corresponde al Centro de Salud Familiar, nivel de atención primaria. Estuve presente en la atención de dos usuarias, a cargo de la matrona con la asistencia de una alumna de matronería primero, y de una interna de ginecología, después. En ambas ocasiones, le explica a la usuaria que estaré presente como antropóloga y que estaré observando, pregunta si tienen algún problema a lo que responden que ninguno.

La alumna en práctica (AP) hace pasar a la señora que tiene alrededor de 60 años, viene a consultar por el PAP, tuvo un cáncer de ovario en 2007. Le entregan el examen con resultado negativo, “está súper bien usted, ¿viene por eso no más?”, la AP le hace algunas preguntas mientras digitaliza la información, esto interrumpe la comunicación pero mientras, la matrona le habla y explica, “tiene que seguir así, tire pa’riba”. Una vez que se va la paciente, las profesionales llenan la ficha y comentan su historia. Tiene una larga historia de violencia con su marido, que está enfermo y ella cuida. La matrona le ha dicho que tiene que tomar la decisión de dejarlo pero ella se siente obligada y en el intertanto desarrolló cáncer de ovario.

Revisan la historia clínica de la paciente que está por entrar, de 39 años, su última consulta fue el año pasado, estaba embarazada. Tiene dos niñas, de 14 y 5 años. Tuvo un embarazo ectópico izquierdo complicado, shock anafiláctico al diclofenaco; le hicieron una salpingectomía izquierda y una ligadura derecha. En ese momento fue esterilizada. Pregunta “¿yo puedo volver a tener un bebe entonces?” “Dije en ese momento que no quiero más, sáquenmelo todo, pero quiero tener otro”, la matrona le responde que existe la posibilidad de recanalización pero tiene que cumplir ciertos requisitos, “la edad te juega un poco en contra, por los riesgos”. Explica los riesgos, posibilidades de éxito, que son bajas, posibilidad de otro embarazo ectópico. La paciente pregunta “¿y si me hicieran inseminación? Lo he conversado con mi pareja. Yo estaba separada en el momento del embarazo ectópico”. Cuenta que uno de los médicos del hospital le hablo de un estudio en el que podía participar. Al mismo, tiempo reflexiona “Si ya mi cuerpo no funciona para qué lo voy a forzar” “tuve problemas a la tiroides” “ahora me siento hinchada” “las manos me pican” “he subido 10 kilos” “es lo que más me preocupa”. La usuaria es informada, maneja cierta información “investigué en internet”. Le van a tomar el PAP. Le pregunta a la alumna si ha tomado el PAP antes, mientras se prepara para la toma del examen comenta con humor: “mi hija chica me estaba pidiendo hermano” “ella quiere un hombre chiquito”, ríe. Las matronas le hacen bromas para que se relaje. Sigue su relato: “cuando estornudo me salen gotitas de orina y ha ido aumentando” “hay algo que tengo malo definitivamente” “tengo un olor muy ácido, como que quemara” “todo esto después de lo que me pasó” “el olor es molesto incluso para tener relaciones, que pasa, me estaré pudriendo? Le dan tratamiento de óvulos. La experiencia del embarazo ectópico fue traumática, se le “reventó” la trompa, mucho dolor, andaba con su hija menor que tuvo que dejar al cuidado del carabinero de turno, llegó de urgencia y fue en ese contexto que gritó “¡que me saquen todo!”. Terminando la consulta dice “tenía muchas preguntas”. Tiene aspecto deportista, anda mucho en bicicleta, trabaja en la municipalidad. Antes tomaba pastillas anticonceptivas. Se come las uñas, se ve acelerada y un poco nerviosa.

Para hacer la consejería por solicitud de SLG, se guían con las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad, no hay un protocolo específico. La oferta de métodos de este consultorio consiste pastillas combinadas (progestágeno), inyecciones mensuales, inyecciones de 3 meses, implante de 3 años, entre los métodos hormonales, además dispositivo intrauterino (T de cobre) y preservativo. En cuanto al stock, la matrona entrevistada considera que es suficiente, alcanza para las necesidades de la población que atiende el establecimiento, sin embargo, han pasado por periodos en que no hay o se acaban las pastillas y los preservativos. Por otro lado, los métodos anticonceptivos se compran con fecha de vencimiento a corto plazo para abaratar costos pero esto limita y dificulta las acciones de regulación de la fertilidad. Como criterios para recomendar una SLG, se considera que la usuaria haya probado otros métodos antes, además de su deseo de no tener hijos, sin considerar los factores de riesgo que también se ponderan.

4.3.6 Jornada de Capacitación de Matronas, Chiloé

Durante tres días se abordaron diversos temas: métodos anticonceptivos, terapias de reemplazo hormonal, lactancia materna, cáncer de mamas y cervicouterino, parto humanizado, cesáreas, entre otros; alrededor de 40 personas como público, mayoría mujeres, solo dos hombres. Sin embargo, la mayoría de los exponentes eran médicos o matrones varones y de Santiago.

En los tiempos del café, me presentaron a varios equipos de salud de la Isla de Chiloé, de hospitales, consultorios y postas rurales de Castro, Quellón, Dalcahue y Ancud. Se generó una conversación espontánea sobre el tema de investigación, coincidieron que es un *temazo*; comentaron sobre la práctica de un médico “que asusta a las mujeres distrayéndolas y haciéndolas desistir de su decisión”; sobre las listas de espera y como se gestionan, “luego el hospital dice tengo tantos cupos y así corre la lista”, “se le da prioridad no solo a las que tienen riesgo biomédico sino también a las que tienen riesgo social. Pero una vez en el hospital, pueden “rebotar” porque

cambian de decisión o les rechazan la solicitud”. Hay muchas mujeres multíparas, refiriéndose con ello a que la necesidad de la esterilización existe. También plantearon que aún no existen protocolos para acceder a las fichas clínicas, eso se debe hablar con cada encargado.

Con las exposiciones surgen varias líneas de reflexión para la investigación sobre planificación familiar, perspectiva de género en la regulación de la fertilidad, problemas relacionados con el ciclo reproductivo de las mujeres, entre otros. En el segundo me dieron un espacio para exponer mi investigación. Algunos puntos interesantes son los siguientes:

- La EQ no se nombra, pese a que los temas abordados en la capacitación se relacionan con la regulación de la fecundidad.
- Los métodos anticonceptivos de nueva generación –los implantes e inyecciones de larga duración – se consideran “ideales”, pese a los efectos secundarios que tienen. Varias exposiciones se orientaron a mostrar las bondades de estos métodos y a minimizar los efectos secundarios. Mirena es uno de los productos que se promociona.
- Las posturas personales e ideológicas de los exponentes y del público se reflejaban claramente en las exposiciones. Uno de los médicos que expuso afirmaba que “hoy a la mujer le incomoda sangrar y eso es muy bueno”; “la menstruación es una consecuencia de un ciclo hormonal determinado, no es un fin”. Ante una pregunta del público sobre qué pasa cuando una mujer no se siente cómoda con la ausencia de menstruación, el expositor responde aludiendo a las mujeres mapuches “piensan que se van a quedar locas, que se les envenena la sangre, a ese nivel estamos”; “si (a la paciente) le extraña que no le llegue la regla es porque no hubo una consejería adecuada”; “lo que mide el éxito de mi trabajo son los embarazos no deseados, si yo logro eso con Implanon, o con la “T” de cobre, lo estoy haciendo bien”.
- En mi exposición, un participante (matrón) interrumpió objetando que la EQ fuera un

método anticonceptivo, tal como afirmé. Le repliqué que así está indicado en las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad. Hay una noción instalada sobre los métodos anticonceptivos, no actualizada, que los define por su característica de reversibilidad, según la cual la EQ, al ser irreversible, no estaría considerada como método anticonceptivo.

- Después de mi exposición, se acercó otro matron para preguntarme si había considerado la existencia de médicos que rechazaban a las pacientes que quieren esterilizarse. Eso pasa en Castro donde hay un médico que rechaza todas las solicitudes por razones ideológicas y de creencias personales, situación que él considera injusta porque tienen muchas mujeres que lo necesitan.
- Una matrona de una isla pequeña, me comenta que en su larga experiencia ha visto situaciones aberrantes como la de dos mujeres jóvenes que fueron intervenidas sin su consentimiento extrayéndoles el útero y los ovarios. Piensa que hubo una época en que se hicieron experimentos con las mujeres tipo “nazi”, en Chiloé.

4.3.7 Reunión con mujeres williches, Chiloé

Fui a Wequetrumao, comunidad williche, a media hora de Quellón, a encontrarme con un grupo de mujeres organizadas. El día estaba despejado, luminoso y frío, el pasto estaba congelado, se veía todo blanco. Me invitaron a conversar en torno a una *mateada*, sentadas alrededor de la cocina a leña. Una de ellas había sido esterilizada.

Me contaron que hubo una época (hace treinta años atrás) en que esterilizaron mucho a las mujeres, a todas las solteras (con hijos) las esterilizaban y a las casadas, le pedían el permiso al marido. Las esterilizaban así *care palo*, sin consentimiento. Su cultura no les prohíbe esterilizarse ni interviene en esas decisiones. Dos de ellas comparten la idea que no es bueno tener un solo hijo, que la mujer debe tener hijos, su familia. Relataron dos ejemplos de mujeres que conocen que decidieron tener

un solo hijo y después se les murió, quedándose solas en la vida. Cuentan que acá las mujeres tienen a sus hijos solas, que los hombres pasan y se van, ellas quedan embarazadas y se hacen cargo de sus hijos. Siempre ha sido así. Una de las asistentes tiene 4 hijos de distintos hombres, les puso su apellido “así se mantiene mi apellido” y “por qué le voy a poner el apellido suyo si no él está”.

Las mujeres (sus madres, sus abuelas) antes tenían entre 9 y 13 hijos, ahora el promedio es de 4 hijos, 5 máximo. El método que más se usa es el implante, “dura 4 años”.

La sede de la organización es autoconstruida, de madera, tiene dos boxes de atención y un espacio abierto donde está la cocina a leña, una cocinilla a gas, mesones y sillas. A un costado tienen el huerto y al otro costado funciona el jardín infantil de la comunidad. Vienen a hacer el PAP a su sede y ellas le dan yerbas a tomar a las mujeres para que afirmen el útero y los tejidos, cuando vienen al mediodía, les dan un plato de comida. El día de atención es el lunes, entonces están de turno y atienden a todas las mujeres que llegan, no necesitan cita previa. Cuando estábamos ahí llegó una abuelita bajita, vestida de falta, medias, calcetas, pantuflas plásticas, gorro de lana morado con un pompón. Venía a preguntar por un remedio para su dolor de cabeza, se siente así hace dos días, con mareos y se le *maleó* el estómago. No se le pasa con nada. Le hacía preguntas para tener una idea de cuál podía ser la causa (presión, un virus que anda en la comunidad...) y le recomendaron agua de romero, frías de orina de *fresco* en la cabeza. Luego de eso se fue. Entre las posibles causas del malestar de la abuela nombraron la *removedura*, dicen que se provoca cuando se hace mal una fuerza o un esfuerzo muy grande, duelen los músculos. También, cuando una mujer tiene una regla dolorosa, esa mujer está *removida*. Es como un desajuste interno.

La mujer que se había esterilizado tiene 40 años y 3 hijos. En su último parto, hace 5 años, que fue cesárea, pidió que la esterilizaran. Lo pensó mucho, “no es una decisión fácil”, le pidió al doctor que “matara dos pájaros de un tiro”. Tuvo miedo de “irse” en el parto, había sido un embarazo

difícil y la mañana anterior a su hospitalización un *cheuque*²⁷ gritó dos veces muy fuerte frente a su ventana. Pero además ya había tenido problemas de salud que venía arrastrando años. La placenta de su hija pesó 8 kilos y su hija 4.100 kilos, al final no podía ni moverse. Quiso esterilizarse porque tuvo miedo por su salud y porque ya tenía tres hijos del mismo hombre, “¡ya sabía que todos iban a salir igual de flojos! (risas)”. Pasó años con hemorragias provocadas por un quiste en el ovario. La iban a operar y cortar un ovario, fue cuando le dio pena no poder tener más hijos, pero finalmente varias veces le suspendieron la cirugía, porque no había cirujano. Una de las veces que fue en busca de ayuda a la posta se encontró con una señora conocida y ella le recomendó un remedio a base de “*kulantrillo del pozo, yerba loza y atinka*”, las dos primeras son yerbas que crecen silvestres y lo último se consigue en la farmacia, “es un polvo blanco que afirma los huesos y los tejidos”. Tenía que preparárselo otra persona y tomárselo dos veces al día por dos días. Con esto se le pasó la hemorragia y nunca más tuvo problemas. Tiempo después cuando la atendió el ginecólogo en el Hospital de Quellón, le hizo una ecografía transvaginal y no le encontró nada. Después de haber sido esterilizada, el médico le dijo que tenía que seguir usando algún método anticonceptivo (le dio pastillas) porque no era segura, ella pensó “entonces para qué me esterilicé”. No siguió las indicaciones y no se ha embarazado, pero ella conoce a una mujer que tuvo su *domingo siete* después de haber sido esterilizada. No ha sentido molestias después de la esterilización, solo se cuida de no hacer grandes fuerzas. Al parecer ella tomó la decisión de esterilizarse sola, sin el marido.

4.3.8 Reflexiones derivadas de las actividades de observación

El proceso de autorización para entrar a los establecimientos fue bastante largo ya que debía pasar por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud, lo que incluyó muchas observaciones al protocolo original y una presentación al Comité. Desde el principio las preocupaciones se

²⁷ Ave típica de Chiloé, considerada mágica.

concentraron en cuestiones metodológicas y éticas. Reconociendo su desconocimiento en investigación cualitativa en salud se solicitó apoyo con una inducción de parte de un docente de la Universidad de Valparaíso, con la cual el hospital trabaja en convenio. Las dudas y cuestionamientos apuntaron a la representatividad de los sujetos de estudio, desde un parámetro metodológico cuantitativo, y al procedimiento para utilizar los expedientes clínicos como fuente de información. Además se me interpeló sobre mi posicionamiento respecto a algunas actuaciones de los/as médicos/as en relación a la esterilización, justificadas desde el punto de la salud pública, pero que son cuestionadas socialmente por algunos sectores interpretándolas como violencia institucional o violencia obstétrica. Me plantearon que hay situaciones en las que el personal de salud debe decidir por la mujer y que son parte de las prácticas de atención a la esterilización.

Para ser autorizada fue necesario que un médico con cargo de dirección en el hospital se hiciera “cargo” de mí o que fungiera como mi tutor, respondiendo por mis acciones y para entrevistar a personal de salud del hospital, fue necesario que la secretaria de maternidad me presentara informando que era mandato del jefe médico.

Siguiendo el propósito de contextualizar la atención institucional a la esterilización quirúrgica, me interesa destacar los siguientes aspectos que la observación permitió iluminar: la estructura jerárquica del sistema de atención, la relación prestador/a de salud-paciente y la construcción simbólica de las mujeres como pacientes de salud sexual y reproductiva.

Con estructura jerárquica del sistema de atención me refiero a la supremacía médica presente en cada práctica o acto de atención, por supuesto no es nada nuevo, ya que las profesiones de salud están pensadas con esta orientación “paramédica” desde su formación académica. Así, las personas que llegan en busca de respuesta a una dolencia o problema de salud, son “preparadas” a través de tareas auxiliares y mecánicas realizadas por personal técnico, y “entregadas” al equipo médico para su examen e intervención. Por otro lado, se puede apreciar desigualdades de género al interior de las

profesiones y entre ellas. Por ejemplo, el hecho que sean las médicas y no los médicos, quienes se hagan cargo de las actividades preventivas, como el Mirena, y que sean las mujeres, especialmente, las de profesiones no médicas, quienes contengan emocionalmente a las pacientes en revisión. Esto último puede estar relacionado con el tipo de trabajo al que está orientada la kinesióloga o el técnico paramédico, por ejemplo, sin embargo, creo que va más allá de este factor. Las mujeres, médicas o no, son las que en primera instancia se sienten convocadas y a quienes se les atribuye habilidades más apropiadas para abordar la subjetividad que aflora en la atención de salud y menos apropiadas para aquellas donde se pone a prueba la experticia y el conocimiento científico.

En las entrevistas se nota una diferencia en la recepción y actitud que tuvo el personal dependiendo de su ubicación en la jerarquía hospitalaria, por ejemplo, los/as técnicos/as paramédicos/as respondían sin una posición personal muy clara, incluso con nerviosismo, y en forma mecánica sólo con el objetivo de cumplir con lo que se les pedía, en cambio, matronas/es y médicos/as tenían un posicionamiento definido frente a la esterilización. Las matronas demuestran interés y seguridad en la entrevista, buen manejo de información sobre el tema y posicionamiento claro, seguramente porque reconocen en la esterilización un tema propio de su profesión; lo mismo ocurre con los/as médicos/as, aunque en ellos/as se aprecian posturas más tajantes con una actitud de autoridad.

La lógica “paramédica” también impregna la tecnología médica y en especial la reproductiva, donde vemos que las “pacientes” son dispuestas en muebles especialmente diseñados para la comodidad del/a médico/a, lo que ya ha sido puesto en evidencia ampliamente por el movimiento del parto humanizado. La silla o camilla y el instrumental ginecológico generan temor entre las mujeres, y si a eso le agregamos, ser expuesta a un público numeroso (como en la reunión clínica), la experiencia de atención es desagradable y eventualmente traumática. La disposición de la usuaria en la camilla quirúrgica para ser esterilizada es totalmente incómoda, con la cabeza inclinada hacia abajo, sólo busca la comodidad del cirujano. La experiencia para la mujer es de disociación y fragmentación de

su persona, provocado por el efecto anestésico y el tratamiento despersonalizado del cuerpo. La observación del cuerpo que ejercita el personal médico en forma permanente es asimétrica, entre ellos/as, pues los/as médicos/as son quienes tienen la palabra autorizada del conocimiento científico, “Aunque acostumbrado a la observación como una práctica necesaria para el aprendizaje sanitario (fíjense en la cantidad de profesionales acompañados de estudiantes en los actos sanitarios), este tipo de relaciones siempre son asimétricas (pues forman parte de la relación docente-discente)” (Blázquez, 2008, p.19), y entre ellos/as y la paciente. El mismo término “paciente” denota esta relación asimétrica entre un activo y un pasivo.

En cuanto a la relación prestador/a de salud y paciente, lo primero que salta a la vista es la forma en que médicos/as y matronas se dirigen a la usuaria, tuteándolas, en tono familiar, y unilateral, incluso si se trata de una mujer mayor a la que le preguntan sobre su vida sexual. Siendo yo misma del contexto cultural en el que se inserta la observación, considero que es chocante tal familiaridad y que proviene justamente de una relación jerárquica, porque para la usuaria adoptar el mismo tono para referirse al médico. Estando en “terreno médico”, las “pacientes” se ajustan a su dinámica, dejando poco o nada de margen para la objeción o el cuestionamiento. Esto es notorio en la forma que tenía el personal de salud de presentarme en las actividades en las cuales estuve como observadora. Si bien, en la consulta de APS, la matrona le pregunta a la usuaria si tiene algún problema con mi presencia, opera como formalidad pues ya estando ahí, las personas se someten a las reglas institucionales y simbólicas para obtener lo que busca: respuestas y soluciones a su problema de salud. El saber biomédico se impone de tal forma que la mujer poca o nula posibilidad tiene de refutar o cuestionar algo.

En relación a la construcción simbólica de las mujeres como pacientes de salud sexual y reproductiva, es interesante la centralidad de lo sexual en los discursos de *los* médicos cuando discuten comparten apreciaciones sobre las patologías, las prácticas quirúrgicas y los “casos”, es decir, las mujeres. No desconozco que la especialidad de estos profesionales los mantiene

pendientes de la zona genital del cuerpo de las mujeres, pero sus discursos reflejan construcciones de género y de sexualidad bastante claras que pueden estar interfiriendo en la práctica clínica.

4.4 Resultados de la revisión de expedientes clínicos del HCVB

4.4.1 Estadísticas generales del Hospital

Las estadísticas disponibles sobre la EQV en mujeres en el Hospital Carlos Van Buren abarcan 12 años y nos muestran que la EQV ha disminuido sostenidamente en términos globales (figura 5). Su descenso se ha dado principalmente como evento quirúrgico exclusivo mientras que la esterilización realizada en contexto de una cesárea se ha mantenido constante, ampliándose progresivamente la distancia entre una y otra forma de realizar esta intervención, tal como se observa en un periodo de 10 años (figuras 6 y 7). Según datos del DEIS, el 83,20% en la Región de Valparaíso y el 71,65% en el HCVB, de acuerdo a datos de la misma entidad, de las esterilizaciones a mujeres son realizadas en el contexto de un parto por cesárea²⁸.

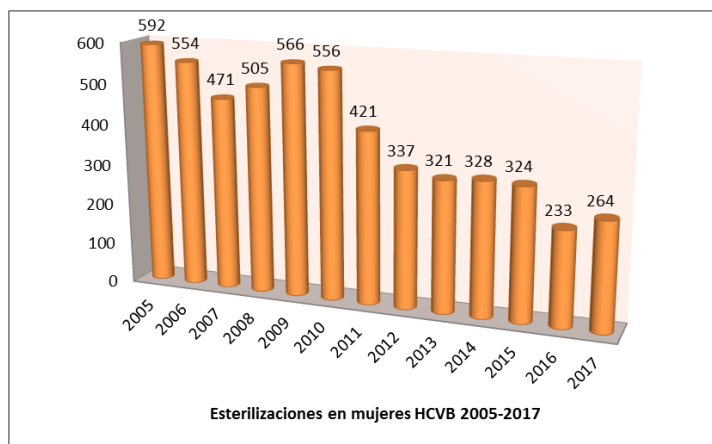
En la salud privada es más notoria la asociación entre cesárea y esterilización. En 2013 se realizaron 46 EQ como evento quirúrgico exclusivo en el sistema privado, frente a 144 en el sistema público en la Región de Valparaíso, es decir, que solo el 24,21% de las EQ de esta modalidad se hicieron en el sistema privado. A nivel nacional, la proporción es similar, tomando en cuenta el mismo año, en el país se realizaron un total 4086 EQ como evento exclusivo, de las cuales 3130 se hicieron en el sistema público y 956 en el privado, lo que representa un 23,39%²⁹.

²⁸ EQ 2013 según el REM (1571) y EQ 2013, según egresos hospitalarios (144) Región de Valparaíso.

²⁹ Elaboración propia en base a estadísticas del DEIS y de estadísticas del hospital.

A través de la cesárea se intenta subsanar la demanda insatisfecha con las EQV limitando al máximo las que se realizan en circunstancias ajenas al proceso de embarazo, parto y puerperio. Las figuras 5, 6 y 7 muestran la situación descrita.

Figura 12: Total de esterilizaciones quirúrgicas en mujeres, Hospital Carlos Van Buren 2005-2017



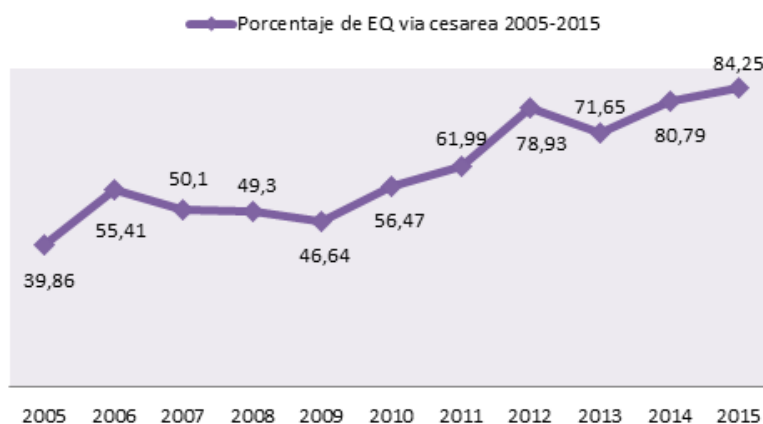
Fuente: elaboración propia en base a registros REM del HCVB.

Figura 13: Esterilizaciones quirúrgicas en mujeres vía cesárea y como evento exclusivo 2005-2015 en hospital Carlos Van Buren



Fuente: elaboración propia en base a registros REM del HCVB.

Figura 14: Esterilizaciones quirúrgicas en mujeres vía cesárea 2005-2015, Hospital Carlos Van Buren



Fuente: elaboración propia en base a registros REM del HCVB.

Una información relacionada con el tema de estudio es la evolución del tipo de parto, que como ya sabemos a nivel nacional, el aumento sostenido de la cesárea y la consecuente disminución del parto vaginal. En este hospital, se observa un discreto pero constante aumento de la proporción de las cesáreas respecto al total de partos, representando en 2003 el 32,41% y ya en 2015 era del 37,29%, mientras que los partos vaginales representan el 67,59% en 2003 y baja a un 62,7% en 2015³⁰.

4.4.2 Descripción del expediente, forma de registro, uso y manejo ético

La ficha o expediente clínico es considerado un documento de sumo valor no sólo en el ámbito médico sino para asuntos de muy diversa índole. En ella hay información privada sobre la vida de una persona. Por ello, progresivamente a nivel nacional internacional se han perfeccionado los sistemas de protección de las fichas clínicas. La ficha clínica o expediente clínico se define como sigue:

³⁰ Datos de elaboración propia con información facilitada por el Departamento de Estadísticas del HCVB.

Historia biológica de una persona, redactada por los integrantes del equipo de salud durante distintas etapas de su vida. Relación ordenada, detallada y cronológica de todos los datos y conocimientos, anteriores y actuales, relativos a un enfermo, que sirven de juicio acabado de la enfermedad. Documento privado de tipo universal donde debe quedar perfectamente registrada toda la actuación profesional que el equipo de salud brindó al paciente. Documento en que quedan descritos todos los pasos que el médico realiza al paciente durante la enfermedad. (Varas, 2010, p.57)

En el documento “Acceso excepcional a la ficha clínica sin consentimiento informado, con fines de investigación” de la Comisión Ministerial de Investigación en Salud (CMEIS, 2015, p.4), se describen los contenidos de la Ficha Clínica o expediente clínico en términos genéricos:

- a) Identificación actualizada del paciente: nombre completo, número y tipo de documento de identificación: cédula de identidad, pasaporte, u otro; sexo, fecha de nacimiento, domicilio, teléfonos de contacto y/o correo electrónico, ocupación, representante legal o apoderado para fines de su atención de salud y sistema de salud al que pertenece.
- b) Número identificador de la ficha, fecha de su creación, nombre o denominación completa del prestador respectivo, indicando cédula de identificación nacional o rol único tributario, según corresponda.
- c) Registro cronológico y fechado de todas las atenciones de salud recibidas: consultas, anamnesis, evoluciones clínicas, indicaciones, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, intervenciones quirúrgicas, protocolos quirúrgicos u operatorios, resultados de exámenes realizados, interconsultas y derivaciones, hojas de enfermería, hojas de evolución clínica, epicrisis y cualquier otra información clínica.
- d) Decisiones adoptadas por el paciente o respecto de su atención, tales como consentimientos informados, rechazos de tratamientos, solicitud de alta voluntaria, altas disciplinarias y requerimientos vinculados a sus convicciones religiosas, étnicas o culturales, en su caso.

La ficha o expediente clínico es una valiosa fuente de información para la investigación, más allá del tratamiento cuantitativo de ésta, la revisión de cada ficha es sumergirse en la vida de una persona pues cada ingreso al hospital es una circunstancia específica en un contexto particular por el que está pasando. No obstante, su gran potencial como fuente de información, son pocos los datos sociales que se consignan y son muchos más los acrónicos médicos que a veces hacen difícil su lectura (Ver anexo 8, ejemplo de ficha clínica HCVB). En la ficha reproductiva se puede apreciar

que en el tiempo han cambiado las formas de registrar los datos y se han establecido acuerdos entre el personal de salud, por ejemplo, incluir datos que no están considerados en la ficha pero que cada prestador lo incluye aparte o lo destaca, como la participación y la edad del progenitor, también se notan diferencias de interpretación, por ejemplo, respecto del embarazo deseado o no, solo hay dos opciones, pero no pocas veces aparece tachado el no deseado con la palabra “aceptado”.

La ficha clínica es en realidad un cúmulo de información que recorre toda la historia clínica de la persona, por lo tanto, contiene fichas o formatos específicos por cada ingreso médico, y diagnósticos, exámenes, etc., por cada evento. Se va formando así un archivo de tamaño variable, a veces muy voluminoso porque contiene la historia clínica desde el nacimiento de la persona, otras, por el contrario, son pequeñas ya que solo tienen información del último evento médico por el cual ingresó al hospital. El formato de registro Historia Clínica Materno Perinatal (HCMP) es uno de los componentes más importantes de la historia clínica porque es el instrumento cuyo formato permite obtener más datos sociodemográficos, de la trayectoria reproductiva, el protocolo operatorio o los detalles del parto, entre otros. Por cada hospitalización hay un seguimiento sistemático de su estado de salud por distintos profesionales, aunque el espacio para las indicaciones del personal de enfermería o técnico paramédico es distinto al que ocupan médicos/as y matronas/s. La forma de escribir en este seguimiento es escueta, estandarizada y codificada. Generalmente, el/la profesional anota lo mismo que el/la colega anterior, a menos que haya cambiado la situación. En esta parte es posible encontrar, a veces, datos como la edad de menarquia, tipo de MAC utilizados, partos anteriores y sus principales características (año, peso del recién nacido, tipo de parto), abortos, enfermedades concurrentes del embarazo u otra patología relevante. En toda la historia clínica no se encuentran grandes relatos, excepcionalmente, hay aportaciones de la trabajadora social por tratarse de un “caso social”, o que por lo extensa de la historia clínica, una puede construir una idea más completa de la vida de esa persona.

Uno de los componentes claves del expediente clínico de la usuaria de esterilización quirúrgica es el formato de consentimiento informado. Este documento, viene firmado por la solicitante y la matrona desde la APS, pero en el hospital, a veces, se repite el formato con la firma del médico que va a intervenir quirúrgicamente. También, por norma, debe llevar la firma del director del hospital, aunque esto generalmente no se cumple y de hecho, el formato que se utiliza en el hospital no considera la firma del director y entre las modificaciones que se estaban proponiendo a nivel central del Ministerio de Salud, en el segundo gobierno de Michele Bachelet, es que se eliminara ese requisito³¹. El formato es simple, se define lo que es la salpingoligadura “operación que interrumpe la permeabilidad tubaria, impidiendo así el embarazo. Se puede realizar por vía abdominal que incluye laparoscopia, o por vía vaginal”. Explicita posibles complicaciones, se informa que la operación es muy efectiva, que existe posibilidad de reversión mediante la recanalización tubaria y que se utiliza anestesia. También dice que en cualquier momento la usuaria puede revocar su decisión. Firma el médico tratante y la usuaria (ver Anexo 11).

La ficha clínica, tal como se señaló anteriormente, es una rica fuente de información que no sólo puede servir a la persona que es titular de la misma sino también para generar conocimiento en salud y mejorar así las políticas en la materia y la salud de la población. Para ello, habrá que sortear algunas limitantes que se presentan en distintos niveles, una de las cuales es el contexto prohibitivo que impera en las instituciones de salud respecto a la investigación en salud y especialmente en relación al acceso a las fichas clínicas, otra limitante es la forma en que está construida la ficha, en base a procedimientos médicos, de enfermería, laboratorio, etc., haciendo prácticamente inaccesible su lectura para personas que no pertenecen al área biomédica. Consideramos que “La historia clínica debe ser elaborada con letra clara y legible, debe conservar su estructura en forma ordenada, garantizando el resguardo y permanencia de la documentación que la compone” (Varas, 2010).

³¹ Información obtenida en una entrevista con el equipo del Programa de Salud de la Mujer MINSAL.

Hay una parte del trabajo de revisión de fichas clínicas que no quedará registrada en la planilla Excel, ya que debo traspasar el dato lo más “limpio” posible, es decir, una palabra o mejor una inicial o un número, sin mayores explicaciones. Sin embargo, no pude evitar añadir recuadros donde integré detalles de la vida de la dueña de aquella ficha que ocasionalmente pude encontrar. Además de los 109 expedientes que constituyen la muestra para la construcción de la base de datos, revisé otras 40 fichas de mujeres que aún no habían sido esterilizadas. Cuando recorro historia por historia (clínica) voy imaginando sus vidas, para todas ellas, la maternidad y cada evento reproductivo es un quiebre, bueno o malo, que de alguna manera interrumpe su vida cotidiana, expectativas y planes. Algunos expedientes tenían varias solicitudes de SLG acumuladas, una incluso tenía un consentimiento del año 2001 en el formato utilizado antes del cambio de normativa, con las dos firmas, cuando le exigían la autorización del marido. Las situaciones son muy diversas, pero cada una ilustra la complejidad que rodea a la esterilización como opción anticonceptiva. En el siguiente recuadro expongo someramente algunas historias revisadas:

Cuadro 1: Ejemplo de información de las usuarias titulares de las fichas clínicas revisadas no incluida en la base de datos

Usuaría 1: Quedó huérfana desde pequeña y después, a los 4 años, lo fue también de padre, murió en un accidente automovilístico donde iba ella. Fue hospitalizada con fractura de tobillo, perdió la memoria. No se adaptó a vivir con la familia de su hermano y fue internada. Tenía 34 años, 4 hijos, de dos hombres, cuando fue esterilizada.

Usuaría 2: Catalogada como “añosa” porque su tercer hijo nació a sus 44 años, edad en la que fue esterilizada. Tenía varios problemas de salud previos, una sífilis antigua y en tratamiento, fue operada de colecistectomía, tuvo hipotiroidismo gestacional. Tuvo tres hijos de tres hombres distintos, entre el segundo y el tercer hijo pasaron más de 20 años. Para tener su tercer hijo estuvo intentándolo durante tres años, quiso retirarse el DIU pero no fue posible en el consultorio. Su nueva pareja no tenía hijos...

Usuaria 3: Vendedora en una panadería, se esterilizó a los 29 años, ya tenía hijos. Su pareja tiene 9 años más que ella, es funcionario municipal. Un hijo fue deseado y el otro no. Tuvo problemas obstétricos, la operaron de cerclaje cervical por acortamiento cervical.

Usuaria 4: Fue mamá a los 4 años, tuvo 3 hijos de hombres distintos, todos obreros. Ella es dueña de casa, se esterilizó a los 26. Tuvo un aborto “legal”, es decir, por una indicación médica porque era un huevo anembrionado. En su primer embarazo le diagnosticaron desnutrición.

Usuaria 5: Fue madre por primera vez a los 18 años, tuvo tres hijos del mismo hombre. Es dueña de casa y su pareja es mecánico. A los 5 años tenía problemas de conducta y rendimiento escolar, además le diagnosticaron epilepsia. Tenía apenas 4 años cuando la esterilizaron, con ocasión de su último embarazo que fue interrumpido por prolongación (tenía 40 semanas de gestación).

Usuaria 6: Creció con su tía porque su madre llevaba años en prisión y su padre era alcohólico. Se convirtió en adicta a la pasta base, contrajo varias enfermedades de transmisión sexual, llegó al hospital varias veces con graves vaginales, no aparecen las causa pero las más probables eran las ETS, abuso sexual o ambas. Casi todos sus niños/as estaban en el sistema de protección social, en hogares. Se fugaba del hospital cada vez que podía, y aunque firmó el consentimiento informado para ser esterilizada, no respetaba el ayuno previo a la operación porque lo único que quería era irse. Por eso no la esterilizaron antes, llegó a tener 7 hijos/as. Aquí se notaba que la EQ era más una motivación del personal de salud que de ella.

Usuaria 7: De 36 años, esquizofrénica con “impulsividad erótica-sexual”, tiene 5 solicitudes de SLG a lo largo de su historia clínica, han estado a punto de operarla dos veces pero ella dice que no desea esterilizarse, que es por presión familiar. A los 20 años fue la primera solicitud que rechazó. Los/as médicos no ejecutan cuando la paciente, aunque tenga cierta discapacidad, expresa su voluntad de no desearla.

Usuaria 8: Solicitó ser esterilizada a los 19 años cuando tenía dos hijos, no se la hicieron sino hasta los 25 años cuando ya tenía 4 hijos y había acumulado varias enfermedades crónicas.

Usuaria 9: Una mujer con 7 hijos, era prostituta. Dos de sus hijos eran “casos sociales”, remitidos al tribunal de familia para proteger al recién nacido.

Fuente: elaboración propia en base a expedientes clínicos revisados.

4.4.3 Caracterización de las usuarias de expedientes clínicos seleccionados

La revisión de expedientes clínicos del hospital Carlos Van Buren tuvo como propósito construir una base de datos con información básica sobre mujeres usuarias de la esterilización quirúrgica, ya sea porque accedieron a la prestación o porque la solicitaron y se encuentran en espera. La información se distribuyó en 50 categorías (el instrumento se encuentra en anexo), elaboradas en función de lo que puede ofrecer este tipo de expedientes del hospital seleccionado, abarcando datos sociodemográficos, reproductivos, de salud y de atención en salud. La información se analizó estadísticamente en base a frecuencias simples.

La calidad de los datos no es homogénea, no obstante, con lo que se obtuvo es posible configurar un contexto general sobre las mujeres que acuden al hospital público, dándonos una idea de quienes son, sus edades, actividades económicas, número de hijos, escolaridad, edad en que solicitaron por primera vez ser esterilizadas, etc.

a. Características sociodemográficas

En esta sección se describe a las mujeres seleccionadas según edad, actividad, previsión de salud, escolaridad, tipo de unión. Las tablas presentan los resultados por separados de las mujeres esterilizadas (LEQ) y de aquellas que están en lista de espera (LE).

En relación a la edad de las usuarias al momento del último ingreso al hospital, el 37,7% de las usuarias ya esterilizadas se concentran entre los 29 y 35 años, mientras que el 43,7% de las usuarias

en lista de espera se concentra entre los 36 y 42 años. Si sumamos los tramos de edad donde se concentra la mayoría de las mujeres, tenemos que el 75% de las usuarias en lista de espera tiene entre 29 y 42 años, frente al 66,7% de las ya esterilizadas. Comparativamente entre ambos listados, se observa que hay más usuarias entre 22 y 28 años que ya fueron operadas y más mujeres entre 43 y 49 años años que están inscritas en lista de espera.

En cuanto al progenitor, si bien es una información con alta omisión, se observa que el mayor porcentaje de las parejas de las mujeres esterilizadas tiene entre 38 y 43 años, con un 17,1%, mientras que el 31,8% de las parejas de las usuarias en lista de espera tiene entre 32 y 37. En el caso de las usuarias en lista de espera, una proporción importante de sus parejas se ubica entre los 20 y 25 años, con el 29,5%. La información correspondiente a las mujeres esterilizadas es menor y más dispersa.

Tabla 2: Edad de usuarias seleccionadas de EQV según listado

Edad	LE	LEQ
Categoría	LE	LEQ
15-21	1,6	4,44
22-28	7,81	22, 22
29-35	31, 25	37,77
36-42	43,75	28, 88
43-49	14,06	6,66
50 y mas	1,6	0
S/i	0	0
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la escolaridad, cerca de la mitad de las usuarias, de ambos listados, completaron su enseñanza media, mientras que la quinta parte, no alcanzó a completar el mismo nivel. Sumando todos las categorías que expresan escolaridad incompleta, tenemos que el 28,2% de las usuarias en LE no completaron sus estudios, lo que alcanza al 31,1% entre las mujeres esterilizadas. Estudiaron en nivel superior (que en el caso de la muestra seleccionada se refiere a estudios de nivel técnico), el 10,9% de las mujeres en lista de espera, frente al 20% de las mujeres que ya fueron operadas.

Tabla 3: Escolaridad de usuarias seleccionadas de EQV según listado

Escolaridad	LE	LEQ
Categoría	LE	LEQ
Analfabeta	1,6	0
E. B. C.	4,7	4,4
E. B. I	1,6	8,9
E. M. C.	46,9	46,7
E. M. I.	20,3	17,8
Superior	10,9	20
S/i	14	2,2
Total	100	100

En relación al tipo de unión, se encuentran distribuidas más o menos proporcionalmente entre casadas, convivientes o solteras, sin embargo, se observa una discreta mayoría, del 35,9% en las usuarias de LE y del 42,2% en las con EQ, en la categoría de convivientes, y le sigue en orden decreciente, las casadas y por ultimo las solteras. Hay un mayor número de usuarias de LE sin esta información en sus fichas clínicas, pero en ambos listados se observa la misma distribución.

Tabla 4: Tipo de unión usuarias seleccionadas de EQV según listado

Tipo de unión	LE	LEQ
Categoría	LE	LEQ
Casada	29,7	28,9
Conviviente	35,9	42,2
Soltera	21,9	26,7
Sin información	12,5	2,2
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la actividad económica o productiva a la que se dedican, el 51,6% de las mujeres de LE y el 57,8% de las mujeres LEQ son dueñas de casa. El resto de las actividades declaradas no alcanza a ser relevante en términos numéricos porque abarcan una amplio espectro, entre las cuales están: garzona o camarera, guardia, auxiliar de aseo, asesora del hogar, cajera, vendedora, operaria, manipuladora de alimentos, técnico paramédico, telefonista, reponedora, estudiante, chofer, dueña

de relojería, auxiliar de jardín infantil, instructora de baile, artesana, comerciante, peluquera. En la LEQ 5 usuarias y en la LE 4, se desempeñaban como técnico profesional en distintas áreas.

Por su parte, los progenitores, también muestran una alta dispersión respecto a la actividad económica, pero predominan los choferes, mecánicos y obreros de la construcción. También hay una importante proporción de estudiantes, debido a que corresponde al progenitor del primer embarazo de la usuaria, pero no es el progenitor de los siguientes embarazos.

De acuerdo a la previsión de salud de las usuarias, como es un hospital público y además de base, es decir, de gran cobertura, no solo comunal sino regional, casi 100 por ciento de quienes pertenecen a FONASA y dentro de ésta, la mayoría de las usuarias está afiliada al tramo A y B, es decir, al de las personas que tienen menos recursos y, por tanto, tienen acceso casi exclusivamente a la red asistencial pública. En ambos listados, la mayoría de las usuarias pertenece al tramo B y sumando ambos tramos de menores recursos, el 75,5% de las usuarias de LE y el 76.6% de las de LEQ pertenecen a los tramos A y B de FONASA. Las usuarias que pertenecen a los tramos C y D, usualmente son funcionarias de salud, incluso del mismo hospital; son “carga” del marido, cuando este tiene un trabajo asalariado o ellas mismas trabajan en forma estable, pero son las situaciones menos frecuentes.

Tabla 5: Previsión de salud usuarias seleccionadas de EQV según listado

Previsión de Salud	LE	LEQ
Categoría		
FA	31,1	32,8
FB	44,4	43,8
FC	15,6	12,5
FD	6,7	10,9
P	2,2	0
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia.

Resumiendo, en relación a las características sociodemográficas de las usuarias de esterilización quirúrgica seleccionadas, vemos que gran parte de estas mujeres se definen como dueñas de casa en

cuanto a la principal actividad que realizan, la mayoría tiene escolaridad completa, incluyendo una pequeña proporción que estudió carreras técnicas, sin embargo, hay un tercio no completó sus estudios. En cuanto a la edad, en general son mayores las mujeres que se encuentran en lista de espera que las que ya accedieron a una esterilización, lo que quizás sea reflejo del tiempo que llevan esperando. Por último, por ser un hospital público, era de esperar que casi todas las mujeres de la muestra estén afiliadas a FONASA y que en su mayoría, pertenezcan a los tramos de menores ingresos.

b. Características reproductivas

En este punto se presenta una descripción de los aspectos reproductivos recogidos en la base de datos, tales como la edad de la menarquia, métodos anticonceptivos utilizados, número de gestas, tipos de partos, número de abortos, número de hijos vivos, deseo de embarazo, espaciamiento entre partos, edad de su primer parto, número de progenitores, número de hijos al momento de ser esterilizadas, edad al momento de ser esterilizada.

Algo más de un tercio de las usuarias, de ambos listados, tuvieron su primer parto entre los 17 y 19 años, dato que incluye los embarazos llevados a término, descartando los abortos pero independiente de la sobrevivencia del recién nacido. Un alto porcentaje, el 67,2% en LE y el 73,3% en la LEQ tuvieron su primer hijo/a antes de los 22 años, incluyendo esa edad. La proporción de mujeres que tuvieron su primer hijo/a entre los 14 y 16 años, en el caso de LE, es igual a la de las que lo hicieron desde los 26 en adelante, con un 10,9%, y en las usuarias esterilizadas, el porcentaje del tramo menor (14-16 años) supera al de mayor edad (26 y mas), con un 13,3% frente a un 11,2%.

Tabla 6: Edad en primer embarazo, según listado

Edad primer parto		
Categoría	LE	LEQ
14-16	10,9	13,3
17-19	31,3	33,3
20-22	25	26,7
23-25	3,1	11,1
26-28	7,8	9
29-31	0	2,2
32 y mas	3,1	0
Sin información	18,8	4,4
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia.

Otro dato construido es el de número de progenitores como un aspecto relevante de la trayectoria reproductiva y encontramos que en la mayoría, 37,5% en la LE y 49% en la LEQ, sus hijos son del mismo hombre. En la LE son más las mujeres que tuvieron hijos con dos progenitores y en la LEQ son más las que tuvieron hijos con tres. Solo una mujer, de la LE tuvo 4 hijos con distintos hombres.

Tabla 7: Número de progenitores, según listado

N° Progenitores		
Categoría	LE	LEQ
1	37,5	49
2	23,4	13,3
3	4,7	13,3
4	1,6	0
Sin información	32,8	24,4
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia.

Respecto al uso de métodos anticonceptivos, la gran mayoría en ambos listados, sobre el 40 por ciento usa o usaba anticonceptivos orales, siguiendo en frecuencia decreciente, el dispositivo intrauterino representando principalmente por la “T de cobre” – solo una usuaria usaba Mirena – y

luego los inyectables. Estos últimos tienen igual proporción que la “T de cobre” en el caso de la LE. Hay un alto porcentaje de expedientes que no tienen la información sobre el método anticonceptivo utilizado por la usuaria en el caso de la LEQ, lo que puede estar relacionado con que en este listado la mayoría de las EQ fueron realizadas mediante cesárea.

En cuanto al número de métodos utilizados durante la historia clínica contenida en el expediente, la mayoría de las usuarias, el 65,6% LE y el 51,1% LEQ, había usado uno solo método durante su historia clínica.

Tabla 8: Tipos de MAC utilizado, según listado

MAC utilizado primera opción	LE	LEQ
	Píldoras	42,2
DIU (T cobre)	18,7	22,2
DIU (Mirena)	1,6	0
Inyectable	18,7	11,1
Implante	1,6	2,2
Condón	7,8	2,2
Sin información	9,4	26,7
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9: N° de MAC utilizados, según listado

N° de MAC	LE	LEQ
	0	9,4
1	65,6	51,1
2	18,7	13,3
3	6,3	8,9
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia.

La edad y el número de hijos que tenían las mujeres al momento de solicitar la esterilización, en el caso de las que están en LE, o al momento de ser operadas, en el caso de las de la LEQ, son datos importantes para dimensionar las circunstancias de vida presentes en el momento de decidirse a no tener más hijos/as. El 32,9% de las usuarias tenía 30 años o menos en el momento de solicitar la EQ y el 37,9% de las ya esterilizadas tenía esa edad al momento de ser intervenidas. La mayoría, fue esterilizada o lo solicitó por primera vez entre los 25 y 35 años. Una proporción importante de usuarias LEQ, el 7,9%, fue esterilizada entre los 19 y 24 años. La esterilización se concentra en las mujeres que tienen entre 31 y 35 años, en cambio las edades de las usuarias en espera se distribuyen de forma más homogénea.

Tabla 10: Edad primera solicitud, según listado

solicitud	LE	LEQ
19-24	6,3	17,9
25-30	26,6	20
31-35	29,6	33,3
36-41	28,1	20
42 y mas	6,3	4,4
Sin información	3,1	4,4
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 11: N° hijos primera solicitud, según listado

N° hijos 1° solicitud	LE	LEQ
0	3,1	2,2
1	4,68	0
2	42,2	31,11
3	32,81	51,1
4	9,4	6,66
5	4,68	2,2
Sin información	3,1	6,66
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a otros eventos reproductivos como el aborto, si bien es un dato con alta omisión, se observa mucho mayor consignación entre las usuarias LEQ que entre las de LE, esto se debe a que las que ya han sido esterilizadas, en su ingreso para ser operadas se les hace un breve cuestionario sobre sus principales características reproductivas, en cambio las que están en espera, no necesariamente se han atendido por eventos reproductivos y si lo han hecho, a veces, no son consecutivos o son muy antiguos, por lo que se pierde la información. En todo caso, también existe una resistencia de parte de las mujeres a entregar esta información. La mayoría de las usuarias seleccionadas, de ambos listados, declaró no haber tenido abortos; una proporción importante, el 21,9% de LE y el 33,3% de LEQ declaró haber tenido uno. Si sumamos las categorías de aborto realizado, el 29,7% de LE y el 44,4% de LEQ tuvieron un aborto o más durante su vida reproductiva antes de ser esterilizadas en el caso de las ya intervenidas y hasta antes del último ingreso hospitalario, las que se encuentran en lista de espera.

Tabla 12: N° de abortos, según listado

N° abortos		
Categoría	LE	LEQ
0	59,4	55,6
1	21,9	33,3
2	7,8	6,7
3	0	2,2
4 o mas	0	2,2
S/I	10,9	0
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia.

La decisión de esterilizarse marca un antes y un después y más aún cuando la operación se concreta, cambia la calidad de vida de las mujeres, por eso la desatención ante esta necesidad de salud puede generar un gran impacto. El 13,2% de las usuarias registradas en la LE y el 16,6% de las usuarias esterilizadas tuvo 1 o 2 hijos después de haber solicitado la EQV por primera vez.

La carga de enfermedad de las usuarias seleccionadas es muy alta. El 84,3% de las usuarias en lista LE y el 93,3% de las usuarias en LEQ, tiene alguna enfermedad relevante (crónica), mientras que el 48,43% de la LE y el 88,8% tuvo una o más patologías gineco-obstétricas o asociadas con el embarazo. Las enfermedades o problemas de salud fueron agrupadas en ocho categorías, de acuerdo a las mayores frecuencias encontradas: hipertensión, diabetes, cánceres, problemas tiroideos, obesidad, problema social, trastorno mental leve, problemas con el método anticonceptivo y violencia. Ninguna usuaria es completamente sana entre las que se encuentran en espera y sólo 6 lo son entre las ya operadas.

Resumiendo este apartado, la mayoría de las mujeres incluidas en la base de datos, tuvo su primer hijo/a siendo muy joven, antes de los 22 años, un tercio de ellas lo hizo entre los 17 y 19 años y alrededor del 10 por ciento fue madre entre los 14 y 16 años; y casi la mitad tuvo hijos con un mismo hombre. En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, los resultados muestran coherencia

con el patrón de uso nacional, donde las píldoras anticonceptivas son el método más utilizado, seguidas por la T de cobre y en tercer lugar, los inyectables. Llama la atención que la mayoría haya utilizado un solo método en su trayectoria reproductiva. El aborto y los/as hijos/as después de haber solicitado la esterilización, son indicadores de consecuencias de la desatención. Por último, un importante dato es la alta prevalencia de enfermedades en usuarias de esterilización quirúrgica, lo que puede deberse a distintos factores, uno de ellos es el tipo de población que atiende el hospital focalizado, con alta prevalencia de enfermedades como las consignadas en la base de datos, y otro, es el efecto de los criterios y mecanismos –formales e informales- de priorización de la esterilización.

5. MUJERES USUARIAS DE LA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA

En este capítulo se presentan los resultados de las entrevistas a profundidad realizadas a seis mujeres³² que optaron por la esterilización como forma de cerrar su ciclo fértil y no correr riesgos de un nuevo embarazo. En las entrevistas, la esterilización fue el detonante de un relato de vida que contextualiza la opción anticonceptiva como parte de un proceso personal y de vida que abarca las condiciones familiares primarias, el proceso de independencia y construcción de un proyecto propio, el descubrimiento y relación con el cuerpo, la sexualidad y la pareja, la trayectoria reproductiva y las búsquedas y proyecciones de desarrollo como mujer y persona.

En este capítulo la información se presenta alternando una descripción de cada contenido con extractos de los relatos de las mujeres que fueron entrevistadas, organizada en torno a cuatro temas: Caracterización social y de salud de las entrevistadas; construcciones socioculturales de cuerpo, sexualidad y reproducción; procesos de autonomía, relación con otras mujeres y participación social; experiencias reproductivas y regulatorias de la fertilidad: los caminos de la esterilización.

5.1 Características de las mujeres entrevistadas

Como una forma de caracterizar en términos generales a las mujeres entrevistadas podríamos comenzar destacando aquellos aspectos en los que se diferencian y, por otro lado, los compartidos. Entre ellas, cada historia es diferente, llevándonos a pensar la esterilización quirúrgica como una opción diferente y desigual según sean las condiciones materiales y socioeconómicas de vida, la edad, la historia familiar, la pertenencia cultural, entre otras características de cada una.

³² Me refiero a ellas con nombres ficticios: Guadalupe, Manuela, Elizabeth, Lorena, Marion y Mariela; así como también en los extractos citados toda persona mencionada por ellas aparece por un nombre no real.

Respecto a las características sociodemográficas tales como la edad, el tipo de unión, escolaridad y actividad; dos son menores de treinta años, dos más tienen sobre treinta y cinco años y las otras dos ya pasaron cuarenta. Manuela pidió la esterilización a los 25 años pero lo obtuvo cuatro años después, de todas formas es la que pensó en esta alternativa siendo más joven. Respecto al tipo de unión, todas tienen pareja estable con quién tienen hijos/as en común, sólo tres de ellas son casadas y dos tienen hijos de distintos padres. En relación a la escolaridad y al tipo de actividad al cual se dedican, todas se definen como “dueñas de casa”, algunas, como Elizabeth, Manuela y Marion se dedican por entero a ello, mientras que Lorena y Mariela además tienen un trabajo asalariado fuera de casa y Guadalupe trabaja en forma independiente desde su casa donde implementó un taller. Sólo Mariela tiene estudios universitarios completos, Marion tienen estudios universitarios inconclusos y varias carreras y cursos técnicos, al igual que Lorena. Por su parte, Elizabeth y Manuela no completaron sus estudios de secundaria.

En las características socioeconómicas son diferentes, podría decirse que dos de ellas se identifican de clase media, no sólo porque ellas mismas se ubican en ese tramo social sino por las condiciones materiales de vida que pude observar. Viven en casa propia, de construcción relativamente nueva y de buena calidad, ellas o el marido tienen auto, en un barrio de ingresos medios de ciudades de interior aledañas a Viña Del Mar, ambas se atienden en consulta privada de salud y por lo tanto tuvieron su último parto y se esterilizaron en una clínica privada, y en relación a la educación una de ellas, Mariela es la que tiene estudios universitarios y Lorena, estudios técnicos, ambas trabajan fuera asalariadamente. Otras dos entrevistadas, Elizabeth y Manuela, provienen de un estrato social bajo, viven en las zonas altas de Valparaíso en barrios populares que fueron asentándose luego de comenzar como tomas de terreno, sus casas son autoconstruidas con materiales de bajo costo, interrumpieron sus estudios de secundaria debido a su primer embarazo y no los han retomado porque se dedicaron al trabajo reproductivo. Son usuarias del sistema público de salud y fueron atendidas en su último parto así como en la esterilización en el hospital público donde se desarrolló

esta investigación. Las últimas dos entrevistadas comparten la condición de migrantes y por lo tanto, de ser diferentes culturalmente en el territorio donde viven actualmente, pero Marion proviene de otro país, República Dominicana, y Guadalupe, del extremo norte de Chile y su pertenencia es Aymara. Tanto Marion como Guadalupe tienen un origen socioeconómico de pobreza que han podido superar debido a sus tránsitos y búsquedas migratorias, especialmente Guadalupe porque gracias a su trabajo y al de su marido posee casa propia y se estabilizó en Valparaíso; para Marion ha sido más difícil estabilizarse pero actualmente está tranquila económicamente debido al trabajo de su pareja. Ambas terminaron estudios secundarios y técnicos, y en relación al sistema de salud, Guadalupe es usuaria del hospital público de Valparaíso y Marion se atendió en una clínica privada.

Desde el punto de vista reproductivo, las seis entrevistadas ya eran madres de dos o tres hijos/as cuando se esterilizaron. Elizabeth y Manuela fueron madres siendo adolescentes, la primera tuvo tres hijas y la segunda, dos. En general, estas mujeres comparten una condición de salud que por distintas razones se ha deteriorado a lo largo de los eventos reproductivos; así, Mariela, Guadalupe, Elizabeth, Lorena y Marion acumulan enfermedades, malestares o problemas de salud que se han complicado después de intervenciones quirúrgicas, partos y abortos; y para Manuela el uso prolongado de métodos anticonceptivos tuvo consecuencias en su salud.

En el siguiente cuadro, se resumen las características generales de las usuarias de esterilización quirúrgica entrevistadas:

Tabla 13: Características generales de las usuarias entrevistadas

Nombre y edad*	Características sociales	Características reproductivas y de unión
Guadalupe, 43 años	Enseñanza media completa, dueña de casa y microempresaria en el rubro de la confección de ropa; inmigrante de Arica y perteneciente a la cultura Aymara, vive hace 10 años en Valparaíso. Tiene casa propia, bien equipada, auto, entre otros bienes. Nivel de vida en ascenso ya que provienen de familias pobres pero han mejorado sus posibilidades. Su marido trabaja como operador de grúa en el puerto de Valparaíso. De acuerdo al nivel socioeconómico, podría definirse como de clase media baja.	Casada, vive con su marido, con quién tiene dos hijas. Ella tuvo un hijo de una unión anterior. Tenía 21 años en su primer embarazo, no planificado.
Manuela, 27 años	Enseñanza media incompleta, cursó hasta 2° medio y desertó debido a su primer embarazo. Es dueña de casa. Vive en un barrio donde creció, de escasos recursos; su vivienda está dentro del radio de poblamiento más antiguo por lo que tienen servicios urbanos básicos (alcantarillado, agua potable, luz eléctrica); ubicada detrás de la de sus padres, es una “mediagua” pequeña, de material ligero y de autoconstrucción. De acuerdo al nivel socioeconómico, podría definirse como de clase baja.	Convive con su pareja, 13 años mayor que ella, padre de sus dos hijas, trabaja como chofer de taxi-colectivo. En la casa de adelante vive su mamá, su papá y dos hermanas. Tenía 17 años en su primer embarazo, no planificado. Tuvo un aborto entre su primera y segunda hija.
Elizabeth, 29 años	Enseñanza media incompleta, cursó hasta 2° medio y desertó debido a su primer embarazo. Es dueña de casa. Vive en un barrio donde creció, su vivienda es autoconstruida con material ligero, en el sitio de los padres de su pareja. Su pareja trabaja principalmente en el rubro de la construcción, pero pasa por periodos inestables laboralmente. De acuerdo al nivel socioeconómico, podría definirse como de clase baja.	Convive con su pareja, con quien tiene tres niñas. Pareja joven, nacieron y se criaron en el barrio donde viven, espacio en el que conviven con otros familiares. Su primer embarazo fue a los 17 años, no planificado.
Lorena, 44 años	Estudió nivel técnico superior en secretariado y contabilidad. Trabaja los fines de semana como cajera en un supermercado, el resto de la semana es dueña de casa. El marido trabaja como funcionario en el Congreso Nacional y estudia. La casa donde viven es propia, nueva, ubicada en un conjunto habitacional tipo condominio en Quilpué. De acuerdo al	Casada, vive con su marido y tres hijos (un hombre y dos mujeres). Su primer hijo lo tuvo a los 31 años y fue planificado. Tuvo un aborto entre la segunda y tercera hija.

	nivel socioeconómico, se define como de clase media.	
Marion, 38 años	Es dominicana, emigró a Chile hace 8 años. Estudió en su país la carrera de derecho por un año y no terminó. En Chile tomó varios cursos técnicos. Viaja seguido a su país. Su actual pareja es chileno, padre de su último hijo, trabaja como chofer de camión. Vive en Casablanca, en una vivienda pequeña de madera, en regular estado, de propiedad de la madre de su pareja. De acuerdo al nivel socioeconómico podría definirse como de clase media baja.	Convive con el padre de su tercer hijo, chileno. Tuvo cuatro embarazos, tres hijos vivos y una que murió al mes de nacida. Tuvo dos uniones anteriores. En su primer embarazo tenía 19 años.
Mariela, 37 años	Psicóloga, es funcionaria pública, trabaja en el área de educación con niños con discapacidad intelectual, dueña de una empresa de capacitación. Vive en casa propia, nueva, bien equipada, amplia, en Quilpué. Su marido es profesor. De acuerdo al nivel socioeconómico podría definirse como de clase media.	Casada, vive con su marido y sus dos hijos. Su primer hijo lo tuvo a los 28 años.

*Edad que tenían al año 2016.

Hasta aquí presenté una breve caracterización del grupo de entrevistadas intentando resaltar sus puntos en común y diferencias. Lo siguiente será presentar a cada una de ellas en forma un poco más detallada para conocerlas en el contexto de sus propios relatos de vida.

GUADALUPE

Originaria de Arica, de familia materna y paterna aymara, con cuatro hermanos, dos mujeres y dos hombres. Su padre era músico de banda (de fiestas de pueblo y fiestas ceremoniales) y la madre, dueña de casa³³, la pareja se separó cuando ella tenía alrededor de 10 años, quedando la madre como única responsable de los 4 hijos/as que aún se encontraban en edad escolar. Desde muy joven comenzó a migrar hacia el sur, primero a Antofagasta, luego a Coquimbo y por último, Valparaíso,

³³ En México se dice “ama de casa” a las mujeres que asumen como actividad principal todo lo que implica el trabajo reproductivo: cuidado y crianza de los/as hijos/as, labores domésticas, proveer alimentación del grupo familiar, entre muchas otras actividades.

siempre buscando mejores oportunidades laborales para ella y luego, para su pareja. Guadalupe comenzó a trabajar apenas egresada de la secundaria en el rubro que estudió en un liceo técnico, corte y confección. Durante su primer trabajo como obrera en la fábrica de Wrangler, con 21 años, quedó embarazada, y como no recibía apoyo del progenitor continuó por alrededor de seis años en esa empresa hasta que tuvo que retirarse por problemas de salud asociados al trabajo, con horas extras y turnos de noche. Emigró hacia Antofagasta en busca de trabajo junto a su padre, trabajó en la confección de ropa y como comerciante, conoció a su actual pareja, con quién emigró más hacia el sur, esta vez a Coquimbo donde vivía la familia de él y llegó su segunda hija. Cuando se vino a Valparaíso, tuvo a su tercera hija, instaló finalmente su propio taller y microempresa, que lleva nombre aymara como marca de ropa escolar y deportiva, pero también incursiona en vestuario folklórico para grupos de danza andina. Aprendió a elaborar proyectos, ganándose varios fondos públicos con los cuales ha adquirido máquinas y ampliado cada vez más su negocio, llegando a ser importante fuente de ingresos para la familia en momento de crisis laboral del esposo. Vive con sus dos hijas -de 15 y 11 años-, su hijo de 21 años y su pareja, en una casa propia que construyeron juntos, donde él se encargó de la construcción y ella del diseño y la decoración, es una casa grande, de tres niveles, aun inconclusa en el último nivel. Su esposo trabaja como operador de grúas en el puerto de Valparaíso, es padre de sus dos hijas menores. El sector donde vive es industrial, popular pero ya mezclado con muchos edificios residenciales nuevos, en el límite entre Valparaíso y Viña Del Mar, a pie de cerro. Mantiene una actividad social y comunitaria activa, se involucra en asuntos vecinales lo que le ha valido liderazgo en la junta de vecinos, y forma parte de asociación de mujeres microempresarias. Antes de casarse, pero ya con su primer hijo, se compró una casa en Arica, la que ella llama su “casa de soltera”, lo que da cuenta de su espíritu independiente. Se esterilizó en el año 2015 después de esperar 7 años desde que la solicitó, entremedio tuvo muchos problemas de salud, entre ellos, mastitis, la operaron de la vesícula, hipotiroidismo, etc. Dice que todo lo peor le pasa a ella, dos de sus operaciones se complicaron, incluyendo la esterilización por la cual demoró alrededor de un mes para recuperarse. Guadalupe es una mujer trabajadora que,

junto con definirse como dueña de casa, siempre ha luchado por mantener su independencia económica, proyecto al que actualmente le está dando prioridad en su vida.

MANUELA

Manuela proviene de una familia compuesta por sus padres, que llevan más de 35 años juntos y cuatro hermanas, ella es la tercera. Vive en la parte alta de Valparaíso, sector popular y antigua toma de terreno de 40 años que ya está urbanizada (electricidad, alcantarillado, agua potable, pavimentación) y regularizada (con títulos de dominio). Su familia paterna es las primeras en habitar este territorio, compuesta por los 12 hermanos de su padre con sus respectivas familias, por lo que son conocidos y “respetados” en el sector. Sus hijas estudian en la escuela básica que hay en el mismo cerro, donde ella también estudió. Su casa, autoconstrucción tipo “mediagua”³⁴, está detrás en el terreno de sus padres ubicado en la quebrada del cerro, rodeada de vegetación; vive con sus dos hijas y su pareja, padre de las dos niñas. Él trabaja como chofer de taxi colectivo y ella como dueña de casa, labor a la que se dedica desde que fue madre a los 17 años, razón por la cual suspendió sus estudios secundarios. Se lleva muy bien con su familia, especialmente con su hermana mayor con la que vive en el mismo terreno, apoya en las labores domésticas a su madre que está enferma con un grado de invalidez y participó en el levantamiento de una microempresa familiar de empanadas.

Se define como una mujer joven, con mucho tiempo por delante para hacer otras cosas, no tiene planes de estudiar o trabajar a corto plazo, quiere dedicarse a sus hijas, lo más importante en su vida. De pequeña era buena estudiante, en sus ratos de ocio le gusta dibujar, no tiene amigas ni es muy sociable pero sí lo es con su familia que es bastante numerosa entre las cuales tiene hermanas y primas. Tiene un sentido de pertenencia fuerte a su barrio que lo ha sido toda su vida y el de sus

³⁴ “Mediagua”, nombre que se le da a las construcciones de emergencia o muy básicas.

padres. De mentalidad práctica, decidida, toma las cosas con tranquilidad, no descarta alguna vez separarse ante lo cual asume que le tocaría trabajar. Le importa la confianza con su pareja y la independencia de ambos. Siempre tuvo claro que quería dos hijos/as por eso no le fue difícil decidir esterilizarse cuando ya las tuvo, para lo cual debió esperar cuatro años desde que lo solicitó; contó con el apoyo de su familia y de su pareja pero al mismo tiempo recibió mucha presión de parte del personal de salud para que desistiera, ante lo cual ella se mantuvo firme. Manuela es la entrevistada que se esterilizó más joven, a los 25 años; en su familia predominan las mujeres con pocos hijos y varias esterilizadas antes de los 30 años. Su familia es católica, aunque “no apostólica”, dice ella, pero sí practicantes fieles de la tradición de la Virgen de Los Vásquez a la cual van a visitar en familia todos los años, por lo que comenzó a ir “desde que estaba en la panza” y ahora con sus hijas repite la tradición.

ELIZABETH

Elizabeth es una joven que proviene de una familia pequeña compuesta por su madre y su hermana, siendo pequeña llegó a vivir en el barrio donde creció ella y su pareja, y que sigue siendo el escenario de la infancia de sus hijas; de extracción popular, antigua toma de terreno, ubicado en las zonas altas de Valparaíso, con una hermosa vista a la bahía. Su casa está ubicada en el terreno de los padres de su pareja, autoconstruida con materiales de bajo costo pero con un diseño original y moderno, que le imprimió su pareja quién tiene conocimientos y habilidades para la construcción. Elizabeth recuerda una infancia dura porque su madre era soltera y pobre, una mujer que debió trabajar mucho para mantener a sus dos hijas. De niña acompañaba a su madre al trabajo, el que generalmente era de empleada doméstica, debiendo vivir en casas ajenas y trasladándose de ciudad e incluso de país. Su hermana, 14 años mayor, la cuidó cuando su madre trabajaba a tiempo completo o estaba en otra ciudad, por eso también es “como su mamá” y, al igual que ella, fue madre a los 17 años. Al quedar embarazada interrumpió sus estudios, en ese momento segundo año

de secundaria, actualmente no tiene proyecciones claras de retomar estudios o de trabajar, lo haría sólo si fuera necesario para complementar el ingreso familiar y con algún tipo de negocio que le permitiera estar en casa. Estudió en la escuela pública del sector donde también estudiaron sus hijas. El padre de sus hijas y actual pareja es su amor de infancia, tienen fuertes lazos en común, sus familias se conocen, comparten amistades, gustos e historias. Él asume el rol de proveedor, manteniendo económicamente a la familia con grandes esfuerzos pues pasa por periodos de inestabilidad y precariedad laboral, lo que Elizabeth vive con angustia y la afecta en su salud.

Se esterilizó después de tener a sus tres hijas, no tuvo que esperar mayor tiempo pues cuando estuvo hospitalizada de su tercer parto, la operaron, “tuvo suerte”, dice refiriéndose a la rapidez de la atención pero por otro lado, padece secuelas de la intervención quirúrgica que fue por vía abdominal. Elizabeth es una mujer joven, dedicada por entero a sus roles de madre, dueña de casa y esposa -aunque no están casados formalmente- con largas y agotadoras jornadas de trabajo pero que son compensadas por una intensa y disfrutada vida familiar.

MARION

Marion es dominicana, llegó hace ocho años a Chile en busca de mejores oportunidades de vida. Su familia de origen estaba compuesta por su madre y padre, quienes estuvieron juntos 45 años; y 6 hermanos, dos de ellos, medio hermanos. La muerte de su madre ocurrida hace pocos meses la afectó fuertemente por no haber podido estar presente, a quien describe como una mujer fuerte que trabajó duró para mantener a la familia mientras que su padre siempre fue más dependiente. Ella y sus hermanos trabajaron desde pequeños/as, como algo normal en su entorno. Después de pasar por Santiago y Viña Del Mar, se instaló en Casablanca, comuna al interior de la Región de Valparaíso. Vive con sus dos hijos menores, el de 18 años vive en su país, el del medio se lo trajo siendo pequeño y el bebé, recién nacido, nació en Chile, y su padre y actual pareja es chileno. Antes de su primer hijo, tuvo una niña pero murió a días de haber nacido, experiencia que la marcó

emocionalmente así como en su trayectoria reproductiva. Aunque no reconoce haber vivido racismo en su estancia en Chile, le costó mucho tiempo adaptarse social y culturalmente y mejorar su situación económica. Vivía con nostalgia de su país, su cultura, su gente y de la vida de familia pero nunca se decidió a volver porque asumió como desafío personal surgir fuera de su casa. A pesar de ello, nunca tomó la decisión de regresar pero intenta visitar su país en forma más o menos frecuente. Pasó periodos de depresión por lo cual estuvo en terapia psicológica durante un año, y estableció algunas relaciones de afecto y apoyo que la ayudaron a sobrellevar momentos de tristeza y abandono. En muchos aspectos, su estancia en Chile ha sido de un gran choque cultural lo que expresa en un buen retrato que hace de la forma de ser de los chilenos y las chilenas, especialmente de los hombres con quienes en general no ha tenido buena experiencia. Siente que ahora está mucho mejor, especialmente porque ya tiene “una vida” en el país, refiriéndose a su actual familia, aunque tiene pendientes emocionales en República Dominicana. Antes de emigrar, su situación socioeconómica era buena, muy superior a la actual, descenso que atribuye a malas decisiones con sus relaciones de pareja. Ahora no trabaja, depende económicamente de su pareja y vive en una casa que se encuentra en regular estado, de propiedad de la madre de él. Teniendo cuatro cesáreas en su trayectoria reproductiva, se vio obligada a esterilizarse porque era riesgoso hacerse otra cesárea. En el periodo de las primeras entrevistas, Marion estaba pasando por un momento de extremo agotamiento porque estaba saliendo hacía pocos días del hospital y debía atender a su dos hijos pequeños, sin embargo, es una mujer que transmite mucha energía, alegría, reflexividad y voluntad para superarse.

LORENA

Lorena es la menor de tres hermanos. Tiene buenos recuerdos de su infancia, su padre era de la Armada y como tal lo trasladaban de lugar de trabajo, por lo que pasó parte de su infancia en la zona austral de Chile, Punta Arenas y Puerto Williams. Años después emigraron a la zona central,

Viña Del Mar, Villa Alemana y finalmente Quilpué, donde vive actualmente. Como hija de marino en zona austral su infancia fue particular, asistió a la única escuela que existía en ese lugar, que era pública porque no existían las subvencionadas ni particulares, en un contexto en el que “no conocía la delincuencia ni la pobreza”. Su padre tuvo que alistarse en un ejercicio de guerra contra Argentina. Estas experiencias le exigieron una nueva etapa de adaptación en la zona central donde después se instaló junto a su familia. Su madre tuvo una presencia autoritaria y controladora en su vida, marcándola en aspectos que le llevó muchos años deconstruir y cuestionar para ser quien es actualmente, una mujer con ideas y proyecto de vida propias.

Vive actualmente en una población más o menos nueva, casa propia, solida, dos pisos, espacios pequeños pero con antejardín y un patio, totalmente equipada y está rodeada de áreas verdes, con sus dos hijas (de 10 y de 4), un hijo (15 años), su esposo y la suegra, quien está enferma con grado de invalidez. El marido, padre de sus tres hijos/as, estudia y trabaja como funcionario público. Lorena estudió carreras técnicas (secretariado, contabilidad) y ha trabajado toda su vida, aunque lo central para ella es ser madre y dueña de casa. Trabaja los fines de semana como cajera de supermercado. Se autodefine de clase media que proviene de una familia tradicional, católica, “normal” y “bien constituida”.

Ha tenido varios problemas de salud por lo que se decidió por la esterilización hace en 2012. Se atendió en una clínica privada, la programó con su tercer parto, que fue cesárea. De las entrevistadas, es la que tuvo su primer hijo y que se esterilizó a una edad mayor que las demás entrevistadas. Lorena es una mujer muy dedicada a sus hijos/as y a la familia, se reconoce aprensiva y muy pendiente de ellos/as, lo que a veces la angustia, y al mismo tiempo está pasando por un periodo personal especial, de búsqueda, pues se siente poco valorada y realizada, por ello, siente necesidad de generar tiempo y espacio para su relación de pareja y para ella, distintos a la maternidad y a la casa.

MARIELA

Mariela proviene de una familia que ella define como “de harto esfuerzo”, compuesta por su madre dueña de casa y su padre comerciante, cinco hermanas/os, cuatro mujeres y un hombre, ella es la menor de las mujeres. Las hermanas mayores fueron a liceo público en tiempos en que se intercambiaban los útiles escolares y la ropa porque no alcanzaba para comprarles a todas. Como reflejo del ascenso social, destaca que los hijos/as menores ya fueron a colegios subvencionados y ella incluso fue a colegio particular. Mariela fue la única que tiene estudios universitarios, estudió psicología en una universidad privada y actualmente trabaja como psicóloga educacional en una institución pública, además tiene una pequeña empresa de capacitación cuya idea y experiencia heredó de su padre. Pasa varias horas del día fuera de la casa, se apoya con una trabajadora doméstica a tiempo completo para cumplir con su rol de dueña de casa, que no descuida. Es casada hace 9 años, vive en Quilpué, muy cerca de la familia de ella, en casa propia que heredó su marido, una construcción amplia, nueva, solida, tiene auto, un departamento que rentan, y en general, se nota que tiene una situación económica acomodada; vive con sus dos hijos pequeños y su esposo, él también es profesional del área educacional.

Su trayectoria de vida ha sido pensada y planificada, incluyendo su matrimonio y luego el primer hijo que nació estando ya casada, más adelante con cinco años de diferencia nació su segundo hijo. Se atiende en consulta de salud privada por lo que sus partos los tuvo en una clínica privada con la médica particular con la que se atiende regularmente. Se esterilizó hace dos años en el parto de su segundo hijo, motivada por sus problemas de salud. Mariela es una mujer pragmática y muy activa, con varias jornadas diarias de trabajo que incluyen su desempeño como madre y dueña de casa y su trabajo en dos espacios laborales distintos; se define como una mujer responsable, ordenada y clara en sus ideas.

5.2 Procesos de autonomía

5.2.1 Desapegos familiares, construyendo libertades

Por procesos de autonomía me refiero a aquellas acciones, decisiones, experiencias, reflexiones, que dan cuenta del acto de mirarse a sí misma reconociendo intereses y posicionamientos, haciendo valer una visión propia de la vida, así como de ir a contracorriente con los patrones hegemónicos de género y sexualidad con los que les toca enfrentarse en el transcurso de sus vidas.

Los procesos de autonomía a veces se materializan en el desapego y distanciamiento de las pautas familiares y especialmente, de la madre. Guadalupe, sintió la necesidad de salir de su casa siendo adolescente para distanciarse de una madre demasiado estricta en momentos en que necesitaba su apoyo, pues estaba comenzando su experiencia como madre y trabajadora. Desde que era pequeña, aspiraba a ser una mujer independiente antes que tener un proyecto como madre y esposa. Para Lorena, su primer proceso de independencia implicó desobedecer a su madre, que se guiaba por patrones muy conservadores. Marion, con una madre fuerte y sostenedora de la economía doméstica, recuerda una infancia transgresora de las pautas maternas.

Es que mi mamá era de esas...aparte de que vivíamos como con ella no más, decía ‘mientras vivan en mi casa van a hacer lo que yo digo’, era así como de esa mentalidad y ya yo empecé a trabajar *altiro* y a tener como independencia. (Guadalupe)

Nunca tuve expectativas así de tener un marido con hijos, no, tener independencia, tener mi casa, mi espacio, hacer lo que yo quiera, estaba en esa *pará*³⁵ en ese entonces y después me embaracé así como...no fue programado. (Guadalupe)

Yo hacía lo que yo quería hacer nada más, no me importaba, mi hermana no, siempre fue más sumisa más de la casa y sin embargo, ahora después que crecimos ella era peor que yo (ríe), todo como que cambió, yo soy más tranquila ahora, soy como más de hogar ahora, antes no, antes era lo contrario. Nunca más tuve *pololo*³⁶ así, ella sí, yo no. Ella salió *embarazá* de la casa, yo no, yo tuve mis hijos cuando me fui con el papá de mi hijo mayor, nada más. (Marion)

³⁵ Quiere decir en esa disposición.

³⁶ Novio.

Los recuerdos de infancia traen al presente imágenes de sí mismas. Respecto a la vida comunitaria y las amistades, algunas, reconocen que desde siempre fueron sociables y que la vida de barrio en ese entonces era disfrutable, a diferencia del tiempo actual en el que hay más inseguridad y violencia; otras, en cambio, no acostumbraban a interactuar con sus pares fuera del espacio familiar. Guadalupe no tenía amigas en el barrio, sólo hizo una amiga en el liceo que mantiene hasta el día de hoy, es su “comadre”. Manuela, creció en un ambiente colectivo por tener familia extensa en el barrio donde vive hasta ahora. Tíos, tías, primos, primas, se repartieron por el cerro generando una identidad colectiva con la cual se identifica y se siente segura. Elizabeth se recuerda como una niña libre, que le gustaba jugar y hacer amistades en el barrio donde creció y vive hasta el día de hoy, sus amistades son de aquella época. Marion, tiene amigas de su país y chilenas pero mantiene con ellas una relación esporádica y superficial. Pese a estas diferencias, pareciera que es una experiencia común el temor con que se relacionan como mujeres y madres con el espacio de la calle, y la tendencia a no cultivar la amistad entre mujeres, aunque ello varía dependiendo de la vida comunitaria y la permanencia o migración desde el territorio donde vivieron su infancia.

No salía yo mucho a la calle, de hecho como media autista en la casa y amigas así de barrio, no, no recuerdo tener amiga del barrio, casi habían puros hombres...no recuerdo alguna amiguita, no, en realidad no. Más bien en la adolescencia sí, mi amiga del liceo que ahora es mi comadre, con ella hablamos todo tipo de temas. (Guadalupe)

Acá me he criado, yo creo que acá me gustaría quedarme, pero si igual postulamos a un departamento igual me gustaría irme. Acá ya nos conocimos esto ya *po'*, prefiero vivir donde ya nos conocen que llegar a un lado que no tengo idea de la gente que vive y que no. Acá conozco a los malos, conozco a los buenos, entonces ya...los malos me conocen a mí, sé que no me van a venir a robar, creo yo. Hace poco un vecino se cambió, como que subió de estatus y se cambió a un departamento bien lujoso y todo, ¿pero qué? si le robaron todo a la semana...le robaron plasma³⁷, sillones...estaba muy arrepentido de haberse ido porque aquí ya lo conocían *po'*, los *malulos* que estaban acá ‘ah no si ya...’ lo conocían, llegaba con sus plasmas así a su casa y jamás le entraron a robar, se fue y le robaron *altiro*, a la semana que se fue a vivir, no me vaya a pasar lo mismo a mí. Igual Pedro dice pretende ir a vivirse al sur, que la mamá igual ya está mayor, dice...nooo ándate solo, ya *pa'llá* no me gusta el sur a mí. (Manuela)

³⁷ Se refiere a un tipo de televisión, con pantalla plana de plasma.

Es que de tercero básico que siempre fui amiga de la Maite que es mi comadre ahora y muchas amigas que todavía las hablo *po'*, tengo hartas...porque estuvimos hartos años en el mismo colegio de compañeras y niños así...la verdad que más que andaba jugando y peleando con ellos más que lo que andaba pendiente si me gustaban o no, era re brusca yo. (Elizabeth)

Con las de mi país nos vemos, a veces nos vemos, yo por lo regular mi peluquera es de mi país y nos llevamos súper bien, yo voy harto allá a arreglarme el pelo y ella aparte de eso no nos vemos nada más en la peluquería sino cuando ella hace actividad me invitan, ella me organizó mi *baby shower*, ellas me...nos juntamos todas ahí. Todas nos juntamos cuando me hicieron mi *baby shower*, cuando una cumple años a veces, todas las que nos conocemos, obvio. (Marion)

La madre es figura relevante en todos los relatos. La critican pero la admiran. Admiten verse reflejadas en ella e incluso repetir patrones con los que no se identifican, por lo que también son el referente para cambiar formas de ser.

La madre de Elizabeth es figura central en su vida, fue “madre soltera”, desde Linares emigró a la zona central en busca de mejores oportunidades. Su hija habla de ella como una mujer fuerte que no tuvo reparo en preferir su independencia aunque ello significara trabajar sin descanso, en vez de juntarse con hombres flojos, como describía a quienes fueron el progenitor de ella y de su hermana. Así, con mucho esfuerzo sacó adelante a sus dos hijas, Elizabeth recuerda su infancia en este sentido como un periodo duro. Su hermana, mayor que ella 14 años, asumió por periodos su cuidado, siendo también importante para su formación. Recuerda una madre trabajando largas jornadas, la mayor parte del tiempo como asesora del hogar incluso “puertas adentro”³⁸, quedándole poco tiempo para atenderla a ella. Después de un periodo de rebeldía que atribuye en parte a una experiencia de abuso sexual del que fue víctima alrededor de los 6 años, mejoró la relación con su madre, siendo clave en ello su primer embarazo, después del cual se sintió más identificada con ella y la relación se volvió más cariñosa.

Cuando yo nací ella se vino para acá porque, claro, una *guagua*³⁹ más y todo eso, ella no podía por el arriendo, entonces ahí pidió ayuda a la municipalidad, le dieron una mediagua y le dieron

³⁸ Así se le llama a las trabajadoras domésticas que viven en la casa en la cual trabajan.

³⁹ Bebé.

un terreno acá y de ahí empezamos. Ahí ya después, conociendo gente acá, unos que se hicieron mis padrinos, ellos me cuidaban porque mi mamá tenía que trabajar, mi hermana estudiar, mi mamá llegaba en la noche, cuando llovía aquí las *micros* llegaban hasta abajo, llegaban abajo. Tenía que subir *embarrá* todo eso *pa' rriba*, nooo fue súper duro, súper duro. (Elizabeth)

Trabajaba cocinando, haciendo aseo, trabajó mucho tiempo, después cuando yo era un poco más grande trabajó por un plato de *comía*, a ella le pagaban que yo estuviera ahí con ella y que me dieran un plato de *comía* y unas monedas *pa'l* pasaje y eso. Mi hermana era joven igual y estudiaba, así que mi mamá no tenía otro apoyo. Mi hermana es de otro papá. A mi mamá no le gustaban los hombres flojos entonces ella no pudo tener pareja, no le gustaba tampoco que la estuvieran como, no sé si mandando, pero como depender de...ella se vino muy joven, ella es de Linares, se vino chica a Viña del Mar. Ahí trabajó por hartó tiempo, tuvo a mi hermana, mi hermana estuvo en un hogar, pero ella siempre visitándola pendiente de sus cosas y todo y después cuando tuvo un trabajo más estable se la llevo con ella. (Elizabeth)

Yo apenas quedé *embarazá* cambió todo, ya como que regaloneaba más con mi mamá, conversaba ya más profundamente con ella, tuvimos otra relación y yo...me cambió *altiro* la mente, como que yo sentí que ya no tenía esa necesidad de salir. (Elizabeth)

Lorena habla de su madre como una figura que la marcó en su forma de ser. Mirando retrospectivamente, tiene una visión crítica de cómo fue con ella al mismo tiempo que reconoce verse reflejada en muchas cosas. Se refiere a su madre como una mujer controladora llegando a ser castradora, lo que debido a su postura conservadora católica se hacía notar principalmente en cuestiones relacionadas con la sexualidad, la familia y la reproducción. Esto contribuyó a que Lorena desarrollara una personalidad insegura que tuvo que trabajar para afrontar su propio proyecto de vida, ahora se ve con muchos más elementos para hacer valer su visión de las cosas ante su madre, pues antes no era capaz de contradecirla aun siendo una mujer adulta. Entre sus hermanos, ella siempre fue de carácter más influenciable.

Si ahora tenemos una mejor relación porque hubo un tiempo en que no nos llevábamos muy bien, porque ella es como...bueno yo soy como ella (ríe), muy controladora tal vez muy enojona, entonces yo sentía que tenía 28 años y ella me trataba como *cabra chica* y yo como que crecí todo ese tiempo siendo así, o sea, como...aceptando sus cosas y de pronto uno se da cuenta que a veces las mamás coartan a los hijos, no los dejan ser porque quieren que sean como ellas quieren que sean, entonces a veces uno se pregunta que me hubiese gustado que...me hubiese gustado que ella me hubiese inculcado de pronto o me hubiese hecho sentir más segura de mi misma (...) Yo ahora puedo tener una actitud que hace años no la hubiese tenido, yo no le

hubiese rebatido a mi mamá antes, entonces siento que a lo mejor en ese sentido era como muy castradora, no había mucha comunicación, por ejemplo, en la parte sexual nada, nada. (Lorena)

5.2.2 Vida social y relación con otras mujeres

En estas historias, las amistades entre mujeres son limitadas, generalmente es la amiga de la niñez, el colegio, la vecina con la que jugaban siendo pequeñas o una pariente con la cual se llevan especialmente bien. Está muy presente en sus relatos la intimidad del hogar en contraposición con la calle y las actividades sociales fuera de la familia. El tiempo es escaso y prefieren dedicárselo a la familia y a la pareja, además que es mejor mantenerse alejada de la vida social para evitar chismes y habladurías. Prevalece la idea de no mezclar el espacio privado, representado por la relación de pareja y la vida familiar, con el espacio público, representado por el vecindario, las amigas, la escuela. El primer embarazo siendo adolescente, y en general, el comienzo de una vida en pareja, conlleva un cambio de vida que en lo social se expresa en repliegue al espacio hogareño. Para Elizabeth y Manuela esto fue muy notorio y ellas lo asumieron sin problemas porque lo ven como parte de la maternidad, además es reforzado por la familia en el caso de Elizabeth. Por otro lado, la soltería significa libertad expresada en “hacer lo que quiero” “mandarme sola” “salir con amigas”, la que pierden cuando se casan o juntan para formar pareja, y más aún cuando tienen hijos/as, pero es algo que forma parte de la nueva etapa de vida y del contrato con el otro.

Sociable no soy con toda la gente mucho, en el colegio, por ejemplo, no pesco a nadie, soy yo y mi hermana mayor no más que ahora entró a trabajar, porque, no sé, no me agrada la gente mucho sobre todo la gente que es como conflictiva, no me entra, no sé, me molesta que tomen esa actitud, yo en el colegio no hablo con nadie. (Manuela)

Esa es una de las cosas que yo no te puedo llamar ti te las voy a contar, o sea, esas son cosas mías personales, mías, de mi marido, de mi casa. No tengo porque salir a hablar a ella, por decirte amiga, de mi marido le voy a decir eso, no, a mi amiga de la peluquera tampoco porque no son para esas cosas, no me gusta. (Marion)

Después ya yo recién *embarazá* tampoco salía mucho, estuve en alto riesgo porque, claro, como era primera vez, me mandaron a controlar y entonces no salía, no pasaba frío, me cuidaba,

andaba siempre con una bufanda de polar *enrollaita* en la *guata*⁴⁰ *pa'* tenerla calentita y él siempre ahí'. Entonces no tuve como esa desesperación de que '*pucha*, quiero salir o anda por allá', no, y hasta el día de hoy. La mamá de él también siempre le dijo 'tú sales y tienes que salir con tu señora', siempre le dijo, 'tú vas para allá tienes que estar con ella, tú vas a estar con amigos tienes que ir con ella y al revés igual', entonces siempre nosotros hicimos eso. (Elizabeth)

Si yo voy a estar contratando *nana*⁴¹ prefiero *pa'* salir con mi marido y nos vamos a tomar...nos gusta salir harto igual a nosotros juntos como pareja entonces prefiero priorizar lo otro. Lo que si yo tengo, por ejemplo, un grupo de amigas y que ahora desde que nació Alejandro los encuentros son en mi casa (ríe), entonces los chiquillos molestan un rato pero después de un rato ya se van a dormir, entonces ahí ya me puedo quedar con tranquilidad, si despiertan yo estoy ahí y lo hacemos en mi casa en vez de salir yo sino tendría que estar que ir con ellos o estar viniéndome temprano, no soy de salir con amiga a tomarnos algo, no. (Mariela)

Le estaba diciendo a una compañera es que yo los viernes prefiero no ir a ninguna parte porque le expliqué que yo lo dejo para la familia y va a ser tarde porque van a esperar todos su turno para ir, así que dije no, no voy. (Lorena)

Para Manuela, la familia es su primer y casi único espacio de sociabilidad, no es buena para tener amigas "una amiga tengo del colegio pero se fue a La Calera (...) la única que tenía pero nada más, no soy de mucha amistad, no me gusta" (Manuela). En forma similar, Elizabeth tiene un reducido círculo de amistades, compuestos principalmente por familiares y amigos/as del barrio con los que estableció lazos fuertes desde la infancia, pero en general, prefiere estar en la casa antes que hacer vida social.

Son poquitas pero bien, de hartos años, de harta confianza. Igual tengo varias así que no las veo nunca pero igual somos bien, con hartos cariño, pasan hartas cosas, siempre están ahí, con la familia...pero yo no soy muy buena para andar en otras casas, no soy de ir a visitarlas, tampoco soy de, de repente estar aah me siento así, me siento mal o estar pidiendo ayuda, no. (Elizabeth)

Guadalupe, se involucra en las cuestiones que afecten a su barrio participando en la organización vecinal para mejorar el entorno y asumiendo, por cualidades con las que define, de ser práctica y responsable, el liderazgo de algunos procesos comunitarios. También forma parte de una

⁴⁰ "Panza".

⁴¹ Niñera.

organización de mujeres empresarias que le ha facilitado el acceso a información sobre recursos de apoyo para su actividad laboral, a redes institucionales y relacionadas con la microempresa, además de establecer lazos de amistad con algunas integrantes. Rápidamente Guadalupe se involucra y asume roles de liderazgo dentro de la organización. De todas, ella es la que más tiempo dedica a participar en actividades fuera de la casa. Sin embargo, pese a toda esta actividad social, Guadalupe dice sentirse más cómoda en la casa que “en la calle”, “me gusta a mi estar en la casa, no soy muy callejera si, en realidad no soy muy callejera de salir, más prefiero compartir en la casa que en la calle”. Tanto en ella como en las demás entrevistadas hay una clara oposición entre “la casa” y “la calle”.

Desde pequeña, Lorena participó activamente en una comunidad de la iglesia católica que funcionaba en el barrio y que fue el espacio donde hizo amistades, vivió su primera experiencia amorosa y tuvo la oportunidad de viajar a Francia, gran experiencia para ella en una etapa en que se recuerda tímida y obediente, y que si la viviera ahora, le sacaría mayor provecho.

Yo participé mucho en la iglesia católica, o sea, desde ahí...es como raro, o sea, yo con mis compañeras de quinto básico me acuerdo que como todas vivían cerca de ese colegio participaban en la iglesia y yo me entusiasmé y empecé a participar y ahí me preparé para mi confirmación después, hubo grupos juveniles y siempre como que seguí ligada. (Lorena)

Lorena prácticamente no tiene actividades fuera de su casa y su trabajo, se esfuerza por participar de vez en cuando en actividades de encuentro entre sus colegas de trabajo, casi no tiene amigas, sólo una con la que entabló amistad desde quinto básico. Cuando crecieron cada una tomó caminos distintos y se distanciaron pero actualmente están recuperando su amistad, a partir del momento en que la amiga la acompañó en un momento doloroso, la muerte de su abuelita.

Y desde quinto básico me acuerdo que tuve como una, desde ahí, tuve una súper buena amiga, o sea, que era mi mejor amiga de quinto a cuarto medio, y ya, bueno, ella era *matea*⁴², a ella le iba bien, entonces cuando salimos de cuarto, yo estudié secretariado y ella se fue a estudiar a la

⁴² Significa una persona muy estudiosa.

universidad, ahí nos separamos no nos veíamos muchos, cambiamos de mundo, nos separamos por largo tiempo.

5.2.3 La recuperación de sí mismas

Estar sola, escapar por un rato de las obligaciones y rutina diaria, es un anhelo de varias de las entrevistadas pero también puede ser un deseo sin sentido para otras. A Marion le gusta tener espacios para ella y cuida su privacidad. Guadalupe, como parte del proceso de autonomía personal que está viviendo, está pensando en hacer un viaje sin su pareja, darse “un gustito”. Manuela, en cambio, no acostumbra y no le gusta estar sola, siempre está acompañada ya que su casa está casi pegada a la de sus padres, donde transita diariamente colaborando con su madre en las tareas domésticas. La soledad es un bienpreciado y escaso para alivianar la carga del rol de madres y esposas, y por otro lado, es algo con lo que no saben lidiar pues no es parte del ser mujer disfrutar de estar consigo mismas, entregarse al ocio o a actividades que no estén al servicio de otros.

A veces quisiera estar sola, es que yo me acostumbré, bueno, yo no sé si te conté, que yo era una mujer libre, o sea, me gustaba mi libertad, yo no creía en el amor no tenía un hombre hace mucho tiempo, no sé si te dije eso, y conocer a mi marido me hizo muy bien, muy bien me hizo, pero no sé si quiero seguir así. (Marion)

De repente el otro día analizaba decía ¡*pucha* más lo que trabajo!, me gustaría darme un gustito, de salir, viajar, algo. Por ser, ahora con la asociación gremial viene un encuentro de empresarias en el Perú, Apec, no sé, una cuestión y decía yo ‘ya *po*’ darme un gustito’, ir a pasear al Perú y también conocer otras...sí, podría ser. (Guadalupe)

La del medio me estaba preguntando ‘mamá ¿qué es lo que tu más amas del mundo?’ los chocolates le dije yo, ‘yaa’, me dijo, ‘pero aparte de eso’, la coca cola, ‘yaa pero aparte de eso’ que más, un helado... ‘que más te gustaría, deja de lado eso, ¿te gustaría un día en familia todos juntos?’ ¡No! Le dije yo, quiero estar sola ‘ya en serio dime la verdad’ si en serio, quiero estar sola. Después decía por dentro ¡diosito mío me va a castigar! me va a dejar sola (se emociona), (...) pero sí colapso y de repente me gustaría estar sola o tener no se *po*’, aunque sea una hora y dormir, comer chocolate, ver tele o no se *po*’, estar así tranquila. (Lorena)

Imaginar que después de esta etapa en pareja pueden estar solas o tener otros proyectos de vida que no involucren a su actual pareja, es una forma de construir autonomía. Guadalupe, imaginando como una posibilidad a futuro la separación con su marido, tiene algo propio donde rearmarse. Antes de casarse, compró una casa en su ciudad natal, su “casa de soltera”, la cual simboliza su independencia, autonomía y vuelta a sus raíces, en el norte, en territorio aymara. Tener su casa le permite imaginar posibles cambios en su vida con serenidad: “en todo caso no me asusta ¿ah? Si me llegase así como a separar, no porque...es que mira, si no tuviera esa casa en el norte...”. En ese escenario ficticio piensa en una separación amigable, después de todo él es un buen marido, nunca la ha violentado. En este aspecto, la actitud de Manuela rebela un espíritu libre por la forma en que toma su relación de pareja, ante todo para ella es importante la confianza, la libertad que ambos miembros de la pareja deben tener y acepta la posibilidad de una separación “sin dramatismo”. Lorena, frente a la posibilidad de separarse y con sus hijos/as ya grandes, considera importante retomar sus espacios y amistades, y para hacer cosas que le gustan como ir al gimnasio o leer. No quiere repetir la experiencia de su madre a quien ve muy limitada a la familia sin relaciones sociales, al contrario, ella quisiera viajar con su amiga, conocer y disfrutar.

Si tuviese que irme de ahí yo pesco todas mis máquinas y me voy a mi casa del norte. Yo creo que incluso si llegásemos a pelear tampoco me interesa sacarlo de la casa porque no es mí...de sacarlo, por ultimo ¡ya! yo me hago una pieza en el tercer piso y él se queda con todo el piso medio y yo me quedo con el primero y con el tercero, pero eso, porque tampoco a mí me anda golpeando encima, insultando...no ha llegado a esos extremos ¿me *entendis*? Porque yo creo que si él fuese así un hombre golpeador o que me insultara delante de toda la gente, yo creo que ahí querría puro sacarlo de la casa, que se fuera, pero tampoco es la idea, sino que yo creo que sería que cesara la convivencia. (Guadalupe)

Yo más adelante me veo vieja no subiendo escala, me veo así en Arica (...) esa sí que está hecha cien por ciento a mi pinta, toda, está muy bonita mi casa esa de Arica. Y en esa yo me proyecto a futuro, con o sin marido, yo me voy a ir para allá porque yo no me hayo así con edad, o sea vieja, subiendo esa escala que da acceso *pa'* la casa, esa subida y el clima, no sé, no me hayo así viviendo la tercera edad acá, me hayo allá en Arica. (Guadalupe)

Es que yo soy súper *relajá*, porque si hace algo mal, no sé, (...) no le ando *pintando el mono*⁴³, que anda haciendo... porque su *hobby* es los autos no más *po'*, tiene una moto la pasa arreglando con un amigo en un taller, entonces en eso no me puedo meter en su vida así tan... porque es su *hobby*, también él quiere tener su espacio y yo el mío, si yo quiero salir con mis primas él no se puede meter *po'*. (Manuela).

La otra vez conversaba con mi mamá, mi mamá la casa y el trabajo y eso que ella sale a partes puntuales a trabajar porque ella ya jubiló, ella es peluquera, entonces va a peinar a una que otra clienta no más, no más allá que eso, entonces no me gustaría esa vida, trabajó toda la vida ¿y para después estar cuidando nietos y bisnietos en la casa? Yo de repente le digo pero mami sale, disfruta, pasea, conoce, no le conozco una amiga, entonces su mundo es la familia, no la veo integrándose a algo. Mi abuelita, la mamá de ella, curiosamente era todo lo contrario, no le faltaba *carrete*⁴⁴ por así decirlo, era súper activa (...) Y eso es lo que yo he pensado si por equis motivo no llego a estar con mi esposo de viejita no me gustaría quedar así, me gustaría tener un par de amigas, no muchas, pero salir, pasear, tener vida social. (Lorena)

La dedicación casi exclusiva al trabajo reproductivo pocas veces deja espacio para el desarrollo de otras habilidades, el esparcimiento o simplemente ocupar el tiempo y las capacidades en otras actividades que sean fuente de autorrealización. Guadalupe, se apasiona por el diseño, habilidad que plasmó en la construcción de la casa propia, poniendo toda su creatividad en diseñar los espacios tal cual los imaginó, “Me amanecí con revistas, así el alto de revistas en la cama me acuerdo dibujando la casa que yo quería acá y la dibujé (...) en su 90% es la casa que yo dibujé, construida, aprovechando los espacios” (Guadalupe).

A veces, la monotonía de la vida doméstica y la dependencia económica en la que se encuentra Marion por dedicarse a la maternidad, la hacen anhelar una especie de borrón y cuenta nueva y estar sola, pero al mismo tiempo acepta la realidad de los compromisos asumidos con sus hijos y pareja. En el fondo, son ensoñaciones que tiene producto de una insatisfacción que siente en este momento de su vida.

Si yo no hubiese estado con él, ni hubiese tenido al niño pues yo hago así y este se lo dejo a mi hermano, un decir, o me lo llevo porque tiene su familia allá y se lo dejo a su familia allá, ellos

⁴³ Expresión chilena que significa “no lo ando molestando”.

⁴⁴ Expresión chilena que significa fiesta o panorama.

que le costeen eso y agarro trabajo, me busco plata, me compro un pasaje y me voy *pa'* mi casa, allá voy a cerrar el ciclo con mi madre y todo eso, pero no lo he podido hacer porque no puedo agarrar e irme así, tampoco él no me puede buscar una cantidad de plata porque la necesitamos, estamos pagando cosas que son prioritarias también, realmente yo también tengo presente y soy realista de que mi mamá ya no está, no gano *na'* con desesperarme, irme, ¿tú me entiendes? (...) Pero te juro que quizás la soledad a veces es buena porque tú te mandas sola, aunque él a mí no me manda pero tampoco puedo partir por ligera, no puedo tomar una decisión así tampoco, porque yo ya le debo un compromiso a él, ya me debo a él, un compromiso, me comprometí a estar con él, le di un hijo, ya esas son cosas mayores por menos que yo quiera tengo que estar aquí ya, a menos que no me separe para siempre pero que parta por ligera no puedo hacerlo, no puedo agarrar e irme y sin decir ninguna explicación o partir con mis propias decisiones, no puedo (...) Entonces como quiera tengo ya que estar sometida a algo que ya...no es tampoco que yo estoy obligada porque igual yo te digo yo lo adoro a él, yo estoy bien con él, no me hace falta nada, pero si hubiese sido de otra forma, no sé, no estuviera aquí, me hubiese ido a mi país un tiempo. (Marion)

La esterilización forma parte de una serie de circunstancias de la etapa de vida por la que atraviesa actualmente Lorena, siendo una de sus características dar mayor importancia a los procesos personales con el consecuente ejercicio de mirarse a sí misma y revisar los anhelos y deseos más íntimos. Transmite cierta nostalgia y frustración por no haber experimentado siendo joven otras cosas para las que ya no se siente capaz, “era tan pava”, dice, y se lamenta no saber “para qué soy buena”. No le gusta la idea de resumir su vida como madre y dueña de casa, quiere más y a veces siente injusto ser ella la que se ha postergado mientras que su esposo se ha seguido desarrollando profesional y laboralmente. Sueña con viajes, conocer otros lugares y personas, pero se siente egoísta y abrumada por los obstáculos objetivos que se interponen en ello, “De repente he pensado en escaparme aunque sea una semana sin niños, sin esposo, sin nada” (Lorena).

Muchas veces, sí, muchas veces lo he pensado, de hecho, hoy día estaba *choriá*⁴⁵ igual porque...yo digo si tuviera un accidente ahora ¿cómo se resume mi vida? ¿Tener hijos y cuidar a la suegra? Y yo qué he hecho conmigo y lo que pasa, lo que te decía la otra vez, si tuviera la posibilidad de estudiar, porque tal vez cuando mi esposo salga a lo mejor se va a dar la situación, la condición, de que yo pueda a lo mejor estudiar algo que yo quiera, pero no sé qué. (Lorena)

⁴⁵ Expresión chilena que significa cansada, aburrida, harta.

Yo sé que mi familia me quiere mucho y valora, y valora todo lo que hago pero yo no siento que haga muchas cosas y la otra vez, por ejemplo, le decía a un *empaquetador*⁴⁶ si yo tuviera oportunidad de estudiar nuevamente no tengo idea para qué soy buena. Me gustaría de repente estudiar pero después digo yo y ¿qué voy a estudiar? No me gusta la cocina, no soy buena *pa'* las manualidades, no soy buena para leer y para estudiar hay que leer...no sé qué me gustaría estudiar, no sé para qué soy buena. (Lorena)

Pero me gustaría, o sea, es como querer empezar como a retomarme, porque todo ese tiempo antes como en los niños, era como que todo enfocado en los niños pero ahora que están más grandes un poco como que uno puede respirar un poco más, preocuparse de uno un poco más. Antes lo que, no se *po'*, el tiempo te dejaba ponerte y lo que el tiempo te dejaba hacer para ti bien *po'*, pero ahora no, ahora es como sentir que uno está retomándose uno como persona porque eso que en cierta forma, de repente, rabeo con toda esta situación porque siento que no tengo mucho tiempo para mí, entonces de repente a uno quisiera hacer las cosas que a uno le gusta hacer, como te digo retomar el tiempo para uno. (Lorena)

5.2.4 El trabajo como escape y detonante de procesos de independencia

Tener un trabajo con el cual generar ingresos propios es, para algunas, una forma de ganar independencia y autonomía, que se expresa no sólo en lo económico sino también en la relación de pareja, la distribución del trabajo doméstico y de cuidado, y en la ampliación de libertades.

Guadalupe siente que está en una etapa especial de su vida, donde su trabajo pasa a ser lo central. Mariela encuentra en su trabajo un espacio de descanso de lo doméstico, particularmente en el que realiza en forma independiente, una consultora que montó con la ayuda de su padre y hermana que representa una motivación y desafío para ella. Lo mismo relata Lorena, para quién tener un trabajo asalariado los fines de semana, es una fuente de distracción necesaria. Todas, buscan la forma de compatibilizar sus jornadas laborales con la doméstica. Por otro lado, Marion, añora volver a trabajar porque siempre lo ha hecho y sólo en las actuales circunstancias en que está recién parida, dejó de hacerlo.

Como a los 24, 25 yo ya estaba como terminando la universidad y surgió la idea de hacer esto del negocio, este negocio, y para mi es súper significativo porque yo lo llevo con mucho cariño porque es como...lo vivo como un el hecho de haber tomado como un desafío, como haberme

⁴⁶ Persona que trabaja empaquetando en las cajas del supermercado.

puesto un desafío y haberlo realizado. Entonces, fue costo económico, de tiempo, yo todavía estaba en los últimos años en la universidad, yo me acuerdo que nosotros estábamos en otro lugar, en Maturana aquí en Villa Alemana, cuando abrimos yo era la secretaria, la auxiliar de aseo, ¡yo era todo! (Mariela)

Mantener la carga más fuerte del trabajo reproductivo al mismo tiempo que un trabajo remunerado, genera a veces más estrés o frustración que autorrealización. Para Lorena trabajar es importante pero se siente frustrada producto de las mismas decisiones laborales que ha tomado -trabajar solo los fines de semana- en la empresa no tiene posibilidades de asumir un cargo más atractivo y conveniente, y tampoco ve posible estudiar o dedicarse a otra cosa. De todas maneras, trabajar le ayuda a desconectarse del trabajo reproductivo que en la semana se le hace muy pesado, con tres hijos/as, la suegra enferma y sin el apoyo de su pareja porque llega tarde.

Me desconecto un poco de la casa o si no sería muy idiota, muy...o sea, uno termina idiotizada con la casa porque...además que estoy prácticamente sola porque mi esposo no está en el día, ahora bueno, vino después del trabajo llegó temprano, estuvo harto rato acá descansando, tomó once un poco y se fue a estudiar, pero yo tengo otras cosas que hacer. Tengo que ver a los niños, entonces hay cosas que yo, por ejemplo, yo no le puedo contar a los niños, los problemas o las cosas que me pasan ellos no tienen por qué enterarse, entonces salir a trabajar me despeja, me hace bien. (Lorena)

Pero a medida que fueron pasando los años, uno en la parte laboral, en mi caso, estoy ahí, estancada, si yo quisiera o tuviera tiempo y condiciones, no puedo aspirar a nada más porque en el trabajo no me van a ascender porque si voy a trabajar solo los sábados y domingos a la empresa no le sirvo en ese sentido, o sea, no puedo tener un cargo de jefatura, ya con los tres no tengo tiempo para estudiar. Hay otras compensaciones si *po'*, la satisfacción de que yo veo a mis hijos, que yo estoy con ellos en la semana. (Lorena)

El trabajo remunerado, en la experiencia de algunas de las entrevistadas, impulsa procesos de valorización de capacidades, espacios y proyectos personales, que impactan en la relación de pareja. Para Guadalupe, dedicarse al trabajo le ha valido conflictos de pareja debido a su nueva actitud. Antes, dice, era más callada y asentía lo que él dijera mientras que ahora responde y da su opinión, provocando tensiones porque su pareja proviene de una familia machista y mantiene resabios de esa

formación. La transformación que está teniendo, acentuada por la independencia de los hijos que son grandes y la esterilización, molesta a su marido, quien adopta una actitud defensiva y a veces agresiva con el trabajo que ella realiza, “se siente celoso”, dice. Guadalupe percibe que su marido no valora su trabajo, dejando siempre claro que él es el proveedor de la casa, “es que a veces se le olvida que yo también he hecho sacrificios porque dice ‘no, es que yo trabajo y la cuestión’ pero es que no es solo él, yo igual me he esforzado re harto” (Guadalupe). El trabajo también le ayuda a mantener vínculo con sus raíces culturales, ya que como indígena busca promover su cultura a través de fondos públicos de apoyo a esta población específica.

Es que desde que me afloró la parte, como se dice, lo mujer empresaria hemos tenido como roces, porque él estaba acostumbrado a la mujer así, ¿dependiente, se puede decir? Y ahora no *po'*, yo manejo mis platas, quiero hacer algo voy y lo hago, si lo quiero comprar, lo compro y eso él como que no estaba acostumbrado a eso, es como medio machista aunque diga que no pero él es como machista en ese sentido *po'*, no estaba acostumbrado a esta mujer de ahora. Y antes ya, yo así como *pa'* no hacer problema me decía algo, no sé, como que le llevaba ya hagámoslo así como tú *querís*, ahora no *po'*, no es como tu *querís* porque también se puede hacer como yo digo y ahí es donde estamos chocando (...) No le está gustando *na'* esta mujer de ahora, que antes ya lo escuchaba y se quedaba callada y todo, no, esta mujer responde. (Guadalupe)

Él es machista no está acostumbrado a la mujer de opinión y yo creo que eso es más que nada de...yo lo he notado en su núcleo familiar, papá, mamá, la mujer se queda *callá* el hombre habla y él aunque no quiera ser como su padre, que lo detesta, lo está haciendo así conmigo, o sea, quiere ser como él y yo se lo hago ver, no le gusta que le diga las cosas y yo le digo no *po'*, yo le digo yo no soy tu mamá, yo respondo, yo tengo opinión, yo opino y eso es lo frontal y lo contestadora que soy yo y no solo con él. (Guadalupe)

Me invitaron a un congreso de microempresarios indígenas de todo Chile, con los gastos pagados y todo, en un hotel allá en Santiago, era una jornada así de todo el día, un foro no sé. Y yo fui y ahí dije ‘¡fue interesante mi proyecto!’ Me sentí así como... (ríe con orgullo) ¡Les gustó! (Guadalupe)

Mariela trabajó desde muy joven para tener sus propios ingresos, haciendo suyo el valor inculcado por sus padres de esforzarse para disfrutar de mejores condiciones de vida y no acostumbrarse a recibir todo regalado, es lo que ella le transmite también a sus hijos. Trabaja desde antes de casarse y ha continuado en forma constante, también durante sus embarazos, sólo disminuyó la jornada

laboral en uno de sus trabajos cuando se embarazó por primera vez. Le gusta trabajar para tener otras actividades y para distraerse cuando se siente saturada por la crianza y la casa, “me gusta a mi tener una actividad a fuerza, me gusta la verdad tener la excusa que si estoy *sobrepasá* aquí tengo que salir” (Mariela). Idealmente, quisiera mantener su trabajo de empresaria, dejar el de funcionaria pública por la poca flexibilidad de tiempo que permite, pero nunca dejar de trabajar.

Yo siento que uno igual lleva mucho de la crianza que yo tuve, o sea, en mi casa nosotros nunca se nos regalaron cosas incluso pudiendo, o sea, si en algún minuto hubo buena situación económica nunca se nos regaló demás, nunca tuvimos nada demás y si queríamos algo y ellos podían había que ganarse ese algo. (Mariela)

Eso es lo que me gustaría, seguir con una actividad porque no soy de quedarme solo en la casa pero quiero una actividad flexible que me permita...hacer, si quiero irme a Viña a darme una vuelta y vitrinear todo lo que quiera vitrinear, no sé, si me quiero quedarme durmiendo, quedarme durmiendo, eso quiero, eso es lo que me gustaría. (Mariela)

Marion comenzó a trabajar siendo niña, en condiciones de informalidad ya que no tenía la edad exigida por ley, “Me fui a trabajar a un hotel después siendo menor me acuerdo que con una cedula falsa de una prima mía que se parecía a mí” (Marion). Creció en una familia encabezada por la madre y un padre que tenía un rol secundario en la economía del hogar, era normal comenzar trabajar desde pequeños/as y aunque no era un imperativo familiar, a ella y a sus hermanos/as les gustaba trabajar para costearse sus gastos, “Mi mamá siempre se sacó la mugre para nosotros todos, yo veo que era como un tema como *pa'* independizarnos, *pa'* ser más independientes, *pa'* poder hacer lo que queramos, así lo vi yo” (Marion). Marion trabajó siempre en muchas y diversas cosas, es esforzada y con ímpetu de superación, “En Viña estudié en el Jonh Kennedy, hice maxofilaxia, masajes, estética y en mi país trabajaba en el Palacio de Justicia, trabajaba en muchas cosas, trabajaba en peluquería” (Marion). Por eso, se siente inquieta con la situación actual en la que está, sin trabajar y dependiente económicamente de su pareja. No trabajar fuera de la casa en estos momentos fue un acuerdo, él no está en contra que ella trabaje pero le pide que se dedique por un período a cuidar y criar al hijo recién nacido.

Mi único problema es que como te digo, necesito trabajar porque siempre he trabajado y en cuanto a eso, te lo digo porqué, a ver, si va a llegar la hora, mi hijo a mí no me pide dinero, no me pide nada, el grande de allá, tiene un padre muy responsable y todo el cuento, pero puede llegar el momento que él me pida algo y yo dependo cien por ciento del marido, tendría que yo pedirle a mi marido o economizarme de algo para, cohibirme de algo para mandarle a mi hijo algo (...) siempre tomamos decisiones, siempre lo conversamos, sí, pero no es lo mismo, me gusta tener mi plata mía, mía, trabajada por mí. (Marion)

Si él me dice ‘mi amor espérate que esté más grandecito, si quiere trabajar te vas a trabajar’, si, no, porque él me dice que no me exige que vaya a trabajar, quiere que ojalá que me quede con el niño todo el tiempo pero que si yo quiero, como yo quiero no me va a quitar esa ilusión tampoco, pero que por favor espere que esté más grande *pa’* que no lo deje en jardín, sala cuna, que si yo no veo todo lo que pasa por la *tele*, como él es papá primerizo también. (Marion)

Como que no me acostumbro a estar acá, así como tan *encerrá*, como dependiendo no me gusta depender de otra persona, nunca he sido dependiente de otra persona entonces se me hace un poco más difícil pero por lo menos... el me hace la vida muy feliz, por lo menos se me aplaca un poco mientras, hasta ver qué onda esperar que el niño crezca, está muy chiquitito ahora. (Marion)

Marion emigró de su país hacia Chile en busca de mejores oportunidades después de una etapa importante de su vida en la que estuvo casada, tuvo dos hijos, comenzó a estudiar una carrera. Después que cambiaron sus condiciones socioeconómicas decidió dejar todo y probar suerte en otro lugar donde no tenía lazos ni redes. Los costos de esta decisión fueron grandes para ella y los suyos, especialmente sus hijos, el mayor quedó en su país a cargo de su padre y el que en ese momento era su hijo menor se vino con ella en uno de sus posteriores viajes. Una vez en Chile se dedicó a trabajar –lo hizo como niñera primero- para generar las condiciones adecuadas para traer a su hijo menor, lo que incluyó la construcción de redes de apoyo, conoció a una familia que la acogió a ella y a su hija y con quienes hasta ahora mantiene relaciones de amistad.

Hace muchos años me vine a este país, después fui y me busque a mi hijo, este del medio, lo traje de dos años, acá me puse a trabajar y me lo traje a él y viví mi vida así trabajando, yendo a mi país, volví a mi país como al año y un mes de haber... cuando vine volví como al año y un mes, fui volví a ver a mi familia volví y a los seis meses volví a buscar a este del medio. (Marion)

Elizabeth y Manuela no ven en el trabajo un espacio de realización personal, al menos no por ahora que prefieren dedicarse a sus hijas. Plantean que no trabajar es para ellas una opción, en todo caso la pareja no se opone si quisieran hacerlo, “no tiene problemas, si en eso somos relajados, no sé en qué trabajaría sí” (Manuela). Sólo lo harían si se vieran obligadas por las circunstancias, en caso de separación (Manuela) o en caso que no alcance el ingreso familiar (Elizabeth). Manuela considera que viven bien, sin lujos pero les alcanza para lo básico (televisión, internet, auto). En cualquier caso, el trabajo por el que optarían sería secundario, invirtiendo el mínimo de tiempo y energías. Manuela no cierra posibilidades en el futuro, terminar sus estudios y quizás seguir educación de párvulos. Elizabeth piensa terminar en algún momento sus estudios secundarios, en su entorno le han insistido que lo haga y que trabaje pero para ella lo más importante es disfrutar a sus hijas y verlas crecer, no quiere que pasen por lo que ella vivió debido a que su madre se vio siempre obligada a trabajar. Ambas tienen experiencia laboral pero en empleos temporales y cortos.

Si llegase a faltar en la casa *po'*, porque igual el papá trabaja bien, igual *tenimos* lo que tiene una familia media, *tenimos* auto, las *teles* que salen ahora, computador, internet, todo lo que es básico de una casa así que yo encuentro que estoy bien en este punto de la vida no estoy en el pasado, voy creciendo, considero que estoy bien hasta ahora pero si tengo que trabajar, lo voy a hacer, no me voy a quedar de brazos cruzados si le falta algo a mis niñas. (Manuela)

No, nunca he sido muy buena *pa'*...quiero hacer esto, estudiar esto, tener esta profesión, no, nunca fui así, no así de..., por ejemplo, todos me dicen pero estudia ahora, siempre me lo han dicho de la Julia chica, estudia, trabaja, estudia, estudia, pero y todas esas cosas de las niñas, verlas crecer, tantas cosas...por lo que yo pasé cuando chica. Yo no me las quise perder, yo dije no *po'*, ya voy a estudiar cuantos años, voy a trabajar cuanto tiempo, cuando mis hijas ya esté grande, ya no me pesquen, ya no...y haberme *perdíó* todos esos momentos *po'*, entonces nunca me proyecté así como ‘este año voy a estudiar, pal próximo voy a hacer esto’, no, no, quedé *embarazá* y...*na po'* feliz, todo bien. (Elizabeth)

Elizabeth relata las dificultades económicas que les ha tocado pasar producto de la inestabilidad laboral de su pareja, exigiéndole a veces trasladarse de ciudad por trabajo por lo que ha pasado periodos especialmente duros para ella y sus hijas. Habla de sus habilidades para la construcción, “la casa la hizo él solo” y lo injusto del hecho que él no haya podido estudiar. Ante la adversidad

económica que les ha tocado enfrentar, el estar juntos como familia es el factor que más la fortalece.

La casa la hizo él porque como fuimos papás joven, el salió de cuarto y no pudo seguir estudiando, igual fue un poco después pero los papás a todos sus hermanos le dieron estudios, son todos universitarios, pero en el tiempo que el salió de cuarto, al papá le fue mal en el trabajo y todo y no le pudieron dar estudios. (Elizabeth)

El Juan hartas veces intentó trabajar en otros lados pero sufríamos mucho, lloraba él, lloraba yo, lloraban las niñas, así que aquí está súper malo, cuesta, gana poco (se emociona), para lo que él hace, súper poco, no nos alcanza ni nada pero estamos juntos. *Tamos, pucha*, llegan las 6-7 de la tarde y las niñas y yo sabemos que va a llegar, él sabe que va a estar aquí, llega y lo atendemos y estamos con él y estamos súper tranquilos en ese sentido, feliz y eso *po'*, los dos por la experiencia de infancia, yo creo. (Elizabeth)

Lorena estudió dos carreras técnicas, elección que estuvo condicionada por objetivos prácticos y la negativa de los padres a la posibilidad de estudiar lejos de casa, entre otras cosas. Ha trabajado en forma permanente, antes y después de casarse, intentando compatibilizar su labor de dueña de casa, madre y trabajadora, pues se sentía mal de dejar a sus niños/as al cuidado de otros aun cuando fueran su madre o suegra. Tuvo una mala experiencia en la empresa donde trabajaba cuando quedó embarazada de su primer hijo, la presionaron para que renunciara generando un ambiente hostil hacia ella, y a raíz de lo vivido reflexiona sobre la desigualdad en este aspecto entre hombres y mujeres, creyendo que podría haberse visto afectado el desarrollo de su hijo por las tensiones y angustias que pasó.

Todo esto partió cuando teníamos solamente al mayor, que a mí me hacía sentir muy mal tener que dejarlo, ya sea con mi suegra o con mi mamá, era mi mamá o mi suegra no eran desconocidas pero yo me sentía mal al dejarlo con esas personas. Entonces, yo trabajo en un supermercado y ahí está el sistema de turnos, entonces para mí *tranqui*...y también pasé por un periodo de mucho estrés, eso me tenía muy mal, y busqué la forma por intermedio de mi trabajo de optar a trabajar solo los fines de semana, entonces así mi hijo ya no iba a estar 'encargado de' sino que de lunes a viernes lo iba a poder ver yo que era lo que yo quería de verdad. (Lorena)

En esa empresa no les pareció muy bien que yo quedara embarazada, entonces estuve como en un mal ambiente laboral, pasé muchos malos ratos, muchos. Yo no sabía que eran así las cosas, algo que para uno...era algo tan bonito y agradable sobretodo el primer embarazo y sentí, por

parte de los hombres y de mujeres (...) rechazos o malas maneras, malas formas, actos, gestos que a una la hacen sentir como que uno no vale *po'*, no sé, no cuenta, como que es un objeto, no es una persona. (Lorena)

La mujer sufre esa discriminación porque es mamá (...) los hombres trabajan sin remordimiento de consciencia, sin sentimiento de culpa porque saben que en la casa está la esposa o alguien cuida al hijo porque su rol es como el de proveer por así decirlo, pero cuando la mujer trabaja y tiene que dejar al hijo con alguien hay un sentimiento de culpa, es diferente ese tema ese tema como para el hombre y la mujer. (Lorena)

5.3 Construcciones socioculturales de cuerpo, sexualidad y reproducción

5.3.1 Descubriendo el cuerpo y la sexualidad

El periodo de desarrollo corporal y descubrimiento de la sexualidad transcurrió para estas mujeres en total ausencia de personas adultas cercanas con quienes aprender, conversar, preguntar sobre los cambios que se hacían notorios en sus cuerpos y en la relación con sus pares. Las que tuvieron suerte, recibieron advertencias sobre la llegada de la menstruación para que “se cuidaran”. Lorena relata: “Y cuando me llegó me dijo que tenía que ser más cuidadosa, tenía que preocuparme más, tener más cuidado, que mi cuerpo iba a cambiar, yo practicaba deporte entonces también lo asocié con eso”. A Manuela, la mamá comenzó a hablarle “de los hombres y todo eso” cuando tenía alrededor de 11 años, y por ser una familia donde predominan las mujeres, la primera menstruación no fue un tema tabú. El día de su primer sangrado estaba en casa con el papá, quien le dijo qué hacer en lo inmediato y aunque le dio vergüenza, no fue traumático.

Me llegó a los 13 años, sí, iba a cumplir casi 14 porque me llegó como en marzo del...ni me acuerdo del año y yo estaba de cumpleaños en julio y cumplía los 14. Y me tocó decirle a mi papá (ríe) horroroso, estaba en la casa y me tocó avisarle a mi papá es que no estaba mi mamá justo, me tocó decirle a mi papá así que mi papá ya fue y me dijo ‘ya ponte esto en el calzón’ y yo tenía vergüenza. (Manuela)

La menstruación es entonces la excusa para “tocar el tema” pero no se habla de sexualidad sino del peligro que se inaugura para ellas en tanto mujeres y del comportamiento que deben tener para evitar problemas. En este mismo sentido, pero con una connotación más positiva, la llegada de la menstruación significa el tránsito de niña a mujer, lo que para muchas jóvenes es motivo de orgullo, como fue la experiencia de Mariela. Su madre y hermanas mayores la felicitaron cuando ocurrió, era un tema del que se hablaba con naturalidad y lo convirtieron en un hecho social, pero a ella le molestó la transgresión de su intimidad.

A los 12...sí, sí me acuerdo. Me acuerdo que yo me enojé con mi mamá, porque o sea en mi casa el tema de la regla era frecuente si eran, imagínate yo tenía 3 hermanas mayores más mi mamá, o sea, no era tema, en algún minuto me tenía que llegarme el periodo y cuando me llega yo la llamo y así como en la intimidad ‘mamá mira me llegó el periodo...’ uhhh sale corriendo y le cuenta a todo el resto de mis hermanas, la casa entera se enteró, fue súper poco privado”. (Mariela)

La llegada del primer sangrado menstrual acusa la orfandad en la que las niñas reciben la noticia de su menstruación. Guadalupe se sorprendió al ver sangre saliendo de su vagina y su mamá la calmó diciéndole que era algo normal, “le digo ‘¡mamá mira tengo sangre!’”, no, no te asustes, que era normal...de eso me acuerdo”. Para Elizabeth, fue un acontecimiento traumático, con mucho dolor y sin saber que le estaba pasando y Lorena sólo supo lo que pasaba cuando su madre descubrió sus calzones manchados después de varios días de estar sangrando.

Fue traumático igual porque yo no sabía los dolores, que dolor era, nunca me hablaron, entonces yo me acuerdo que yo estaba en el baño, porque lo único que teníamos de cemento era el baño y era helado, entonces yo quería algo helado, yo estaba de guata tira ahí y llorando porque me dolía mucho, me enrollaba y era muy doloroso, entonces fue como...me acuerdo que vi y como que ¡ahhh! No, si fue...yo tenía 10-11 años, entonces aparte me llegó chica. (Elizabeth)

En cierta forma, disculpan a sus madres y padres por no haberlas orientado en sexualidad debido a que también tuvieron que aprender de lo que observaban fuera de casa, en un tiempo de mayor

represión incluso que la época que a ellas les tocó vivir. Lorena se recuerda como una niña ingenua, lo poco que alcanzó a captar sobre sexualidad lo escuchaba de sus amigas, que eran igual de desinformadas que ella:

Entonces, claro, ella dejaba como los hilos *movíos* ya ‘tú *tenis* que lavar, tú *tenis* que ordenar estas cosas...’ pero así sentarse y ‘mire hija a ti te va a pasar esto y tú tienes que tener cuidado’...no, yo una vez le toqué el tema porque lo conversé con algunas amigas me acuerdo... ‘¡ay! ¡El que te quiera te tiene que respetar!’ y eso fue la conversación, ella como que se enojaba, no sé, a lo mejor se frustraba al no saber cómo tocar el tema, uno después va más atrás y a ella tampoco le hablaron y cometió ella muchos errores tal vez también. Yo digo gracias a dios a mí, dios me cuidó en muchas cosas porque yo era como un pajarito, las cosas que hice o supe fue por mis amigas y que muchas de mis amigas eran de la iglesia entonces no eran “amigas locas”, que si uno va ahora... ‘¡ah, hazlo no más!’ es diferente la postura ahora y eso po’. (Lorena)

En este contexto, el descubrimiento sexual es un proceso vivido en solitario y luego con quienes serán las primeras parejas sexuales, que para algunas fue con el hombre que más adelante sería su marido y para otras, el primer amor o un amante ocasional. Lorena, vivió el despertar sexual con su marido, única relación significativa y estable que le ha permitido generar la confianza necesaria para deshacerse de sus temores y prejuicios con los que creció, “yo estaba llena de tabúes, de complejos, de cosas que no se hacen y después de todo este proceso de los hijos he ido probando, experimentado otras cosas y disfrutándolas”. Para Mariela, aunque vivió un periodo de exploración sexual antes, su pleno desarrollo comenzó con su marido,

Ya llevábamos como un año y algo cuando empezamos esta exploración sexual y que fue, yo lo sentí que se fue dando que tampoco una presión ni por parte de él, ni nada, pero se fue generando entre los dos, pero siento que quedó como ahí, como en haber pasado quizás de los afectos a una etapa mayor pero tampoco...ahí no más también. Y con quien siento que tuve como experiencia sexual como plena es con mi marido, yo siento que ahí yo recién podría haber dicho, sí, mira, tuve como intimidad, tuve un desarrollo sexual, el otro era como una curiosidad. (Mariela)

Marion, como dominicana, marca la diferencia en este tema por provenir de una cultura que vive con mayor naturalidad su sexualidad, para ella “el amor te rejuvenece, te alegra y es verdad”.

Siendo muy joven, con 12 años, vivió su despertar sexual con un joven de 20, a escondidas y asumiendo la paliza que la esperaba, “yo me acuerdo que me fui a su casa, una hace tantas cuando cabra ¡ohh que terrible!, me fui y amanecí con él ese día, me dieron una *golpiá* pero valió la pena”. Marion habla de su proceso de exploración sexual, de cómo fue reconociendo su propio placer y prefiriendo prácticas no penetrativas como forma de autocuidado, aunque quizás no fuera tan consciente: “Yo no era mucho de hacer sexo, me gustaba andar y todo el cuento pero no era de las que...yo llegué a tener pololo y me iba a los moteles con ellos y no me penetraban, solo tenía otras cosas, no me penetraban hacia sexo oral” (Marion).

Y de cómo aprendió a tener orgasmos:

No conocía mi cuerpo, fui experimentando, ahí lo conocí, ahí supe cómo hacerlo, ahí supe todo experimentando y conversando porque mira, yo me acuerdo que tenía una amiga que todavía hoy hablamos por *face* pero ya no...y ella, yo tenía el papá de mi hijo mayor cuando vivía con él, estaba *pololeando* con él, pero yo vivía y estaba *pololeando* con él, o sea, teníamos relaciones a eso me refiero y yo no tenía orgasmo, no sabía lo que era, y ella me dijo una vez, tienes que hacerlo así, así y así, me dio una técnica, cosa de muchachos, no sé, yo estaba muy joven, yo tenía como 14 años, 14-15 años y me dio una técnica, te lo juro que me funcionó, lo experimenté. (Marion)

Se les hace difícil hablar del placer para ellas mismas, Lorena, por ejemplo, reconoce nunca haber experimentado la masturbación. Marion, aunque le da importancia a su disfrute sexual, le da prioridad a la satisfacción de su pareja masculina, “las dos cosas, me gustaría quedar satisfecha pero mucho más me importa que él...complacerlo”. Las demás, se refieren más bien a la importancia de generar y mantener espacios de intimidad sexual con la pareja, lo que no es fácil lograr debido la rutina diaria impuesta por la vida con hijos/as pequeños/as que deja poco o nulo margen para ello. Tener una vida sexual que sea satisfactoria para ambos miembros de la pareja es condición importante para mantener una relación según la opinión de Manuela, para que “no se pierda el encanto”.

La sexualidad es súper importante, yo de repente con mi esposo busco instancias por ultimo le digo vamos a salir los dos sin los niños, a dar una vuelta por ultimo le digo yo a caminar un rato, sin los niños (ríe), le digo no es que yo no los quiera, los quiero y los adoro pero me siento ahogada, nosotros nos acostamos aquí y llegan, le digo para respirar le digo yo, no sé. (Lorena)

La formación -por omisión o deformación- que recibimos sobre sexualidad en sociedades occidentales, marcadas por el dogma judeocristiano, causa muchos trastornos en el desarrollo de la personalidad y del ser social de niños y niñas. El miedo, el asco, el rechazo son sentimientos que se apoderan de las niñas cuando comienzan a acercarse a la vivencia sexual. Especialmente castradoras son las familias -encarnadas las más de las veces por la madre- influidas por la religión, como fue el caso de Lorena y de Marion, ambas evangélicas. Para Lorena, atreverse a contrariar a su madre fue parte de un proceso personal de mejorar su autovaloración y autonomía.

Mi mamá es evangélica y ella no estaba de acuerdo que yo me fuera a vivir con mi esposo y mi esposo es de carácter fuerte también y en el sentido en que ella quería dominarlo a él también como lo hacía conmigo y él no se dejaba (...) pero me costó dar ese paso porque no quería contrariar a mi mamá, si yo estaba...como que yo le tenía miedo, no sé, le tenía miedo. Yo ahora yo sé que con el tiempo y todo yo soy capaz de decirle las cosas a mi mami ahora, pero en ese tiempo me costó mucho, mucho. (Lorena)

Desde su impronta patriarcal, se crea una separación excluyente entre amor y placer, donde a las mujeres se nos asigna el lado del amor, un amor reñido con el placer sexual. La historia de Marion retrata bien este aspecto en su primera experiencia sexual, se sintió “marcada” y temió que por haberse “entregado” ya ningún hombre la iba a querer:

Si me lo imaginé así, no te creas, y fue como tan rico y todo pero no sé, después de ahí sentí como un miedo, como dije como que ya pensé que mi vida iba a cambiar, como que ya no me iban a mirar bien, pasaron miles de cosas por mi mente (...) fue algo que hicimos los dos pero siento como que falté a lo que mi mamá me decía, no sé, y después realmente así pasó como que él después no me quería, yo me encuentro que él cambio más conmigo, después que yo me le entregué, ya después como que no era lo mismo. Ahí cabe cuando dicen que nada más te quiere *pa'* la cama, que por eso uno no puede dar nada a los hombres antes. (Marion)

La otra cara de la moneda de vivir una etapa tan importante como la del descubrimiento sexual sin el apoyo formador y orientador de quienes están a tu alrededor, es la violencia sexual, tan común para muchas niñas y adolescentes. Elizabeth relata el abuso sexual del que fue víctima alrededor de los seis años, por parte de un tío, y como sucede en estos casos, lo calló por mucho tiempo y sólo lo contó cuando tenía 12 o 13 años a su madre y a su hermana. El hecho la afectó de muchas maneras, generando culpabilización, temor de ver al sujeto en los lugares donde ella transitaba, desconfianza hacia los hombres en general, adoptó actitud rebelde con la mamá, le empezó a ir mal en la escuela y repitió de curso, y tuvo un episodio de consumo de fármacos con el fin de llamar la atención de su madre. Contarle a su madre, hermana y a su pareja fue un alivio y un paso importante en su proceso de sanación.

Hasta el día de hoy yo lo veo y me da ese dolor de *guata* y no lo puedo mirar ni *na'*, me voy cruzo la calle o, no sé, me voy me hago la loca o miro *pa'* otro lado porque, no sé, que eso fue como me marcó. (Elizabeth)

El Juan sabe también, con él también he llorado hartito, o sea, lloré, ya no, ya no, con él lloré hartito y le conté...yo siempre fui *pesá* en ese sentido hasta con *pololos*⁴⁷ que tuve, nunca me...de hecho yo, el Juan era el que me buscaba más a mi 'Elizabeth, ya' y yo, como que no...tenía un rechazo, tenía un rechazo, me daba como no se...no sé qué habrá sido pero me puse así, siempre andaba como a la defensiva con todo, me puse súper dura, súper dura. (Elizabeth)

Claro mi mamá y yo también tenía que estudiar entonces yo me iba al colegio sola, ya estaba en primero medio era grande pero como que me rebelé *po'* y ahí quedé repitiendo así que mi mamá me dijo 'ya, voy a tener que mandarte a Valparaíso porque la Natalia es más estricta contigo' y me vine. Y estaba aquí en el Liceo otra vez haciendo primero medio y a fines de año fue, me enteré que estaba *embarazá*". (Elizabeth)

Para todas es importante no repetir el patrón educativo de sus padres en el plano de la sexualidad, lo que sienten más urgente con las hijas, evidenciando que de alguna manera replican la idea de la sexualidad como peligro para las mujeres, pero ya con mayor conciencia, apertura y naturalidad para hablar del tema. Elizabeth y su pareja han hablado con sus hijas mayores e incluyen toallas

⁴⁷ Expresión chilena semejante a "novios" en México.

higiénicas y un calzón en la mochila escolar de la que está pronta a menstruar por primera vez para que esté preparada. Las entrevistadas que fueron madres adolescentes no quieren que sus hijas vivan lo mismo, ponen sus esfuerzos en hablarles claramente -aunque siempre desde la advertencia y el riesgo- sobre los cuidados que deben tener en la relación con los hombres e incentivarlas para que estudien o trabajen para lograr independencia económica, aunque si resulta que la hija queda embarazada, ella la apoyaría. De alguna manera, asumen que esa posibilidad existe y que como madres hay cosas que no pueden evitar. Por otro lado, en general para las que tienen hijas, una preocupación central es protegerlas de la violencia sexual y doméstica, para lo cual no deben depender económicamente de ningún hombre.

Les digo que se cuiden no más cuando sean grande, a la mayor sobretodo le hablo como son las cosas no más porque ya ella tiene 10 años, tiene compañeros que le gustan, entonces ya qué puedo decirle, cuando llegue su primera regla me avise, pretendo cuidarla con pastillas y si llegase a quedar *embarazá* que le voy a hacer, nada *po'*, voy a reaccionar como mi mamá no más *po'*, si quiere seguir estudiando que estudie, creo yo. No es la idea que vaya a quedar *embarazá* a los 13, 14 años *po'*, pero si ella empieza su vida sexual temprano no me voy a poder meter, esa es mi idea. (Manuela)

Yo le digo que no permitan que, no se *po'*, el pololo la esté gritoneando o que la estén tratando mal, que ella tiene toda una vida por delante así que no tiene por qué aguantar (...) que tienen que trabajar, que no tienen que ser mantenidas porque si las mantienen el hombre va a barrer con ellas, porque si no les gusta algo ellas se pueden dar vuelta y...eso es lo que yo le digo a las niñas, que tienen que aprender a trabajar, a ser independientes, que nunca depender en lo posible del marido porque si no les va como bien, no resulta, ellas pueden salir solas adelante. (Guadalupe)

Lo importante es que yo le digo hartito es que siempre tienen que tener ojo, cuidado, que nunca...lo que a mí me importa, lo que me preocupa es ese tema del abuso, de que alguien vaya, no sé, a tocarlas o algo, entonces yo desde chicas siempre les digo, que si viene alguien y ella ve y les está haciendo algo y aunque la amenacen que me van a matar o porque eso es lo que dicen, vamos a matar a tu mamá o a tu papá o esto, nunca tienen que creer porque nosotros siempre vamos a estar ahí con ella y la vamos a defender. (Elizabeth)

La influencia religiosa que marcó la formación de algunas de las entrevistadas a través de sus madres evangélicas, se nota en su posición contra el aborto, tema que salió cuando se les consultó

si era parte de su experiencia reproductiva. El argumento central es que si estás dispuesta a tener relaciones sexuales, lo tienes que estar para asumir un embarazo, sea éste deseado o no, “mi mamá siempre nos crio en su iglesia evangélica y eso no está bien. Mi mamá decía que tenemos que tenerlo, sea de quien fuera” (Marion). En estos relatos es posible observar que la sexualidad, para las mujeres, se concibe unida a la reproducción, lo uno (puede) llevar a lo otro, por lo tanto, no son cosas que se puedan separar en la práctica.

No sé, nunca ha estado ella a favor al aborto, sí cuando por violación obviamente y si viene enfermito porque es más sufrir criarlo enfermito que...pero si yo hubiese tenido relaciones sexuales y hubiese quedado *embarazá* y abortar, no eso no, porque uno ya sabe a lo que va, a lo que está expuesta en realidad, eso siempre me dijo. Así que desde que supe, no *altiro*, o si el papá no hubiese querido, chao, yo igual apechugo no más *po'*, con el apoyo de ellos siempre. (Manuela)

No deseado, no sé, si uno tiene relaciones sexuales es porque igual *podis* quedar *embarazá*, ya *sabis* mas o menos a lo que *vai* sin protección o puede fallar algún método, porque yo me falló el condón como dije y me falló el DIU, me falló, entonces si hubiese quedado embarazada no es como no deseado porque ya se a lo que voy. (Manuela)

El cuerpo, ese desconocido con el que descubren transformaciones, se va a convertir en la carta de presentación y negociación con el mundo y con los hombres, adquiriendo un valor distinto según el papel representado por las mujeres en el juego de las construcciones de género. Para Marion, una mujer dominicana, negra, voluptuosa y hermosa, su cuerpo siempre fue su orgullo y la admiración de los/as demás, comenzando por su pareja de ese tiempo que la exhibía ante sus amistades como trofeo. En relato de Manuela, en cambio, vemos que ella valora su cuerpo en tanto madre, no importando los parámetros de belleza pues es un cuerpo funcional para la reproducción, con “huellas de batalla”, sólo se preocupó por una cuestión de salud porque llegó a pesar 90 kilos debido al uso de métodos anticonceptivos y su pareja tampoco la criticaba, “No, para mi pareja tampoco, no era tan...de ‘ah que *estai guatona*⁴⁸’ no, igual él me dijo que si me sentía mal que dejara de cuidarme y él hacia lo posible *po'*”. El relato de Lorena, por su parte, revela una lucha

⁴⁸ Expresión chilena que significa “panzona”.

interna por revertir el descuido al que ha sido sometido el cuerpo reproductivo, aunque como Manuela, sin expectativas ni modelos de belleza a seguir pero sí con el deseo de conocerlo y aceptarlo como es ahora.

Mi cara si me gusta pero como que el resto del cuerpo no...no me enfocada mucho como en mirarme, no me gusta mucho cuando me miro al espejo ese cuerpo entero, por eso también fui al gimnasio pero, a ver, hay cosas que encuentro que tengo bien, que están proporcionales y veo a otras personas que digo yo estoy bien en comparación con otras personas entonces no me quejo, la verdad es que no soy obsesiva con mi cuerpo y no lo indago y no lo curioso mucho tampoco. (Lorena)

Yo decía, yo tenía un cuerpo de guitarra todo el mundo me decía, un cuerpecito así bien bonito, el papá de mi hijo era loco conmigo, el grande, el papá de mi hijo grande el doctor era loco conmigo y los amigos de él, como me llevó muy niña, muy jovencita, iban a hacer operativos médicos que ellos hacían, políticos, y él me llevaba y a él le decían ‘¿y tu niña?’ yo era su niña (Marion).

5.3.2 Aprendiendo a ser mujeres, imaginarios de la maternidad

La idea de que van a ser madres algún día las acompaña desde que tienen uso de razón, nunca se preguntaron si querían o no ser madres, eso era lo normal.

Yo siempre supe que iba a ser mamá, que uno tenía que ser mamá, o sea, no era “que ganas de ser...” no, era obvio que uno tenía que ser mamá, como que...era parte de la vida, era obvio que te ibas a tener que casar y era obvio que ibas a tener hijos, era como...nunca me lo cuestioné de chica. Tampoco era de las que andaba con la muñeca ahí jugando mucho, no fui ni de las *barbies* ni de las muñecas ni nada de esas cosas mucho tampoco, pero sí *po'*, o sea, dentro de los planes tenía que haber hijos, entonces no me lo cuestioné mucho, había que tener hijos...no así como “ohhh que rico” pero tampoco era terrible. (Mariela)

Lo que cambia entre ellas es la mayor o menor planificación del primer embarazo, pues algunas, como Lorena y Mariela, lo hicieron una vez que tenían asegurado el plan de casarse. Las otras cuatro entrevistadas asumieron el primer embarazo de buena gana aunque no lo tuvieran previsto, no respondiera a su ideal o el progenitor haya abandonado su responsabilidad, como le sucedió a Guadalupe: “había que apechugar, no quedaba otra”.

Luego del primer impacto de saberse embarazadas fuera del modelo social ideal, en el caso de las dos entrevistadas que eran adolescentes, lo más importante en sus vidas pasó a ser el cuidado del recién nacido, dejando de lado los estudios aun cuando tuvieron la posibilidad de continuarlos con el apoyo de la madre. La noticia fue bien recibida en la familia de ambas, así como ellas, otras mujeres de la familia y del entorno donde viven eran madres siendo muy jóvenes. Refiriéndose a esto, Manuela ejemplifica con una de sus hermanas que por embarazarse a los 25 años ya era “mamá vieja”.

Lo que pasa es que igual cuando nació la Ernestina igual mi mamá me dijo que siguiera, yo seguí en el liceo, iba en el Liceo 1 de Niñas que está en Av. Argentina, pero ¿sabe qué? que yo no pude, me dolía el alma dejar a la Ernestina, como que soy como súper maternal, mis otras compañeras me acuerdo que ‘ahh, no la dejé con mi mamá’ y después se iban a *carretear* y todo, pero yo no podía no, no, sentía un dolor en el alma que la dejaba acá, así que ‘mamá ¿sabe qué? yo no puedo estudiar más’, le dije, no puedo estudiar más. Así que me salí no más *po*’ y hasta ahora, que después nació la...la Ernestina tenía cuatro, iba a empezar de nuevo y quedé *embarazá* de la Claudia, dije no, *nica, nica*⁴⁹ voy a seguir estudiando. (Manuela)

A los 17 igual que mi hermana, ¡buen ejemplo! (ríe). A los 17 tuve a mi hija pero, pasé a segundo medio y de ahí me dediqué cien por ciento a mi hija. Tuve con mi pareja, lo bueno que tuve el apoyo de él, de su familia, que nos conocíamos de muchos años porque éramos vecinos. Así que desde ahí *po*’, dueña de casa. (Elizabeth)

Con su hija menor Elizabeth vivió una experiencia traumática. La niña estaba mostrando gestos y comportamientos extraños que denotaban algún problema desconocido, la llevó al médico pero hubo solución y acudió a rezadoras porque le habían dicho que lo que tenía su hija es que la habían ojeado. La mujer que la atendió le dijo que el daño provocado se debía a la envidia de ver que ella y su pareja eran felices y estaban superándose materialmente, por lo que le recomendó bautizar a la niña en forma urgente, a lo que ella accedió convocando al cura a su propia casa, sin ser católica practicante se considera creyente lo que se reforzó en ese periodo que enfrentó con mucha fe. Se

⁴⁹ Expresión popular chilena para decir “ni cagando”, es decir, que no lo haría de ninguna manera.

juntaron varias cosas que la afectaron, una de ellas fue el deseo frustrado de que fuera niño y no niña y la envidia de la gente por tener una linda familia y buena situación de pareja.

Fue después ya grandecita, el cuellito así como chueco, entonces la llevé a médico, hartas cosas le hicieron y nada *po'*, no encontraban nada, no tenía nada ningún problema, nada, así que la llevé a un lado a donde la...una señora que la rezaba y eso y claro, me decía que...y no solo a una, la llevé a tres, a tres señoras que no es que haya visto así en otro cerro o en internet o algo, no, gente conocida, entonces claro *po'* ahí me decían que la niña estaba *ojeaita*, lo pasé mal porque la Paola no podía tomar leche, yo le tuve que dejar el pecho, cortar el pecho porque me dijeron que la...como se llama, por producto de la envidia y eso yo tenía como...yo le daba pecho a la Paola y ella vomitaba todo, vomitaba, estaba flaca, vomitaba vomitaba y ya no...yo no podía dormir, cerraba los ojos y a saltos, fue pero súper fuerte. Hubo un episodio que la Paola empezó, de la nada empezó...hizo así (muestra) la teníamos en brazo, el Juan la tenía en brazos, de repente: “Juan mira a la Paola”, de repente empezó a vomitar y cuando empezó a vomitar se le pasó y miramos y miraba así como ida, los labios se le pusieron morados, veníamos en el colectivo con las niñas también y pálida, yo la movía ‘¡Paola, Paola!’ le pegaba aquí en la cara, no reaccionaba, la movía y era un...fue horrible, lo pasamos pero mal, mal, mal, fue lo más doloroso que he *sentío* yo aquí el verla así, yo pensé que me iba a morir (se emociona) y como estábamos aquí cerca, en vez de llevarla a la posta o algo así, la llevamos *altiro* donde la tía del Juan, *altiro*, y ella como que, la Paola como que miró y como que lloraba pero no le salía el llanto, no le salía y cuando llegamos ahí, la vio *altiro* y dijo ya pásenmela, pásenmela, le rezó y empezó así...y escuchamos el llanto de la Paola así fuerte y ahí le volvió el color y todo y me dijeron ‘Elilzabeth *tenis* que bautizarla rápido’, la tuve que bautizar, esto fue un día miércoles yo el viernes ya la estábamos bautizando, fuimos a hablar con el cura y la bautizamos, el cura vino *pa' cá pa'* la casa, empezó a bendecir la casa. (Elizabeth)

Por lo que me dijeron eso, mucha gente que nos ve que vio que empezamos a construir, con el Juan siempre juntos, las niñas yo ya estaba *embarazá* otra vez mi tercera hija y estábamos muy bien, fue un tiempo súper relajados, súper bien, feliz, súper bien pero...no se *po'*, a veces la envidia es muy grande, es muy muy grande, yo lo pasé pésimo, a mí se me caía el pelo, yo...no, yo estaba mal, lo pasamos súper mal, muy mal, muy mal. (Elizabeth)

Ser madre no sólo pasa a ser lo más importante sino se convierte en un desafío y en la motivación para desarrollar proyectos personales de vida, por ejemplo, Guadalupe atribuye a este acontecimiento el esfuerzo que hizo por tener su casa propia, la que ahora ella llama su “casa de soltera”, “te da un motivo para seguir esforzándote”. Quedar embarazada implica hacerse responsable como madre: “yo siempre pensé que si iba a ser mamá, tenía que ser mamá con...o

sea, pudiendo mantener un hijo, o sea, siempre consciente de la responsabilidad que es ser mamá” (Guadalupe).

Nunca me había puesto a pensar eso...yo creo que no hubiese puesto, por ejemplo, yo quise tener mi casa cuando ya estaba *embarazá*, era como que no naciera así como sin nada, es que por lo general cuando una se embaraza así en esas circunstancias cuesta como re mucho así, por lo general, tu *veis* que viven *allegás* donde las mamás, viven así como mantenidas y no quería yo ser algo así. (Guadalupe)

La maternidad es un oficio duro, que exige incondicionalidad, dedicación completa y cuando la situación económica lo amerita, toca estirar al máximo el tiempo y las energías para cumplir varias jornadas de trabajo. Esa fue la experiencia de Marion, Elizabeth, Lorena, cuyas madres fueron ejemplo de esfuerzo para ellas, porque debieron trabajar al mismo tiempo que continuaron asumiendo la principal responsabilidad de su cuidado. Generalmente son jornadas laborales largas y extenuantes que dejan un tiempo sobrante para ocuparse de los/as niños/as, y a pesar de ello no sueltan el control de la crianza. Hoy, las entrevistadas que trabajan asalariadamente lo hacen inventando formas para compatibilizar ambos roles: Mariela, que tiene más recursos, contrata a una trabajadora doméstica; Guadalupe, trabaja desde su casa; Lorena, trabaja solo los fines de semana. Finalmente, poder dedicarse en cuerpo y alma a los/as hijos/as se valora positivamente, por eso Elizabeth no siguió el ejemplo de su madre, Lorena, reduce al máximo su trabajo fuera de casa para no repetir las ausencias que ella hoy reclama a su madre, en cambio, Manuela dice que es “muy maternal” al igual que lo fue su madre.

Conozco personas que dejan a sus hijos solos sin querer dejarlos solos, los dejan a cargo de...y gracias a dios yo tengo la posibilidad por ultimo de rabiarse con ellos pero estoy yo, que si yo trabajara afuera no trabajaría tal vez tranquila porque no los estaría viendo yo, no los estaría cuidando yo porque yo aunque rabeo con ellos, peleo todos los días, a mí me gusta estar con ellos y si yo estuviera trabajando afuera no estaría trabajando feliz tampoco porque me gustaría poder estar acá en la casa y compartir, ir a buscarlos, irlos a dejar, como tengo la posibilidad de hacerlo, eso sí yo lo valoro. (Lorena)

Mi papá y mi mamá me dieron buena infancia, bueno a nuestras cuatro hermanas, mi papá siempre trabajó, mi mamá igual trabajaba, poco porque también como que yo creo que por eso venimos de esa crianza de cuidar a los niños porque igual se dedicó a nosotras casi *po'*. Mi mamá de los 56 años que está cumpliendo hoy día, habrá trabajado dos veces en su vida y por tres meses (ríe). (Manuela)

Las que se dedican por entero a su rol de madre y dueña de casa, también tienen una jornada de trabajo agotadora, que comienza a primera hora en la mañana levantando a los/as hijos/as y hasta al esposo, y termina cuando se acuestan, con tareas domésticas todo el día y trámites o gestiones escolares, de salud, de abastecimiento, entre muchas otras, para generar las condiciones de trabajo y estudio para los/as demás. “Estoy programada” dice Elizabeth con humor. Lorena incluso intenta darse un tiempo para ella misma entremedio del sobrecargado día.

Yo me preocupo de todo eso, hago las cosas, tengo que estar pendiente de la hora porque tengo que bajar temprano a buscarla a la...tengo que estar *preocupá* que tengo que bajar a buscarlas y con la Paola en brazos para todos lados. Después llego, de ir a buscarla rápido al colegio, pasar a comprar algunas cosas, me vengo, termino le doy almuerzo, al ratito ya tengo que...¡ah! y tengo que estar también con la mente ‘¿habrá llegado abajo mi cuñada o alguien para que se quede con ella?’, porque si yo bajo, que lo he hecho, que bajo con las dos, con una en brazos y la otra al lado y la locomoción aquí, en la Avenida Argentina es pero...repleta pasa, de repente no me paran. Y llego, les doy almuerzo y tengo que ver eso, bajo otra vez a buscar a mi otra hija que sale a las tres y media, de ahí llego ya un poco más relajada, pero entre comillas porque a seguir ordenando porque son bien desordenaditas, que la Julia que llega también del colegio, que la ropa que la deja por ahí y estarle todo el día diciendo, ¡Ana pero recoge eso!, ¡Julia!, ese también es mi problema que me gusta tener ordenado y con tres niñas, una pareja, es difícil y así todo el día, de ahí ya las chiquillas con sus tareas listas, trabajos que tengan que hacer, ya al rato llega el Juan y así...y entremedio que una que me dice cosas y que me pide y que la otra y así. Yo termino a las 10,11 de la noche, o sea, ella es la última, que se queda dormida tarde, ahí termino tarde, ya que todos tomaron onces, que dejé la ropa lista para el otro día y así todos los días. (Elizabeth)

La rutina de todos los días, sumada a las preocupaciones por el bienestar de cada uno/a de los/as niños/as, con sus particulares intereses y necesidades de acuerdo a la edad, convierten a este trabajo en uno de los más estresantes. Así lo atestigua Elizabeth, con estados de ansiedad y angustia que la aquejan cuando se ve sobrepasada por la carga de trabajo, la falta de apoyo y los apuros

económicos por los que pasa cuando falla el empleo para su pareja, lo que se hace patente cuando se necesita comprar útiles o materiales para el colegio. Lorena, por su parte, frecuentemente se siente agotada, lo que aumenta por estar a cargo además del cuidado de su suegra enferma. Para ella, este estar pendiente de los/as hijos/as todo el día construye una maternidad aprehensiva, que provoca incertidumbres y una fuerte presión y culpa por los posibles resultados de su crianza. Con este ritmo de vida, tanto Elizabeth como Lorena tienen problemas de salud, se sienten nerviosas, tensas, irritables, sensibles, con eventuales alteraciones de la presión arterial, dolores de cabeza, entre otros síntomas que normalizan. Mariela, por su parte, reconoce que sus hijos son demandantes y ella organiza sus tiempos e intereses para responder a esa demanda, descartando salir sola o que su pareja se haga cargo.

Me gustaría hacerlo bien pero siento que (llora) no sé si lo hago bien...son buenos niños pero yo sé que lo que yo haga ahora va a dejar huellas en el futuro entonces...no sé si ya he cometido errores que van a dejar huellas más adelante entonces... como estoy yo con ellos de repente me culpo de las cosas que les pase a ellos, que vaya a ser todo mi responsabilidad, sé que no pero, no sé, alguna cosa que ellos no hagan bien en el futuro va a ser responsabilidad mía en cierta forma, de mi esposo también pero es que uno es donde más...enderezando, puliendo y si uno se equivoca eso se va a ver en el futuro. (Lorena)

Si voy a salir, son súper demandantes los dos, si me desaparezco yo sola, por ejemplo, dejo a mi marido solo con los dos, es un caos me están llamando, no sé, ¿cada media hora? Que donde estás, que como, que qué pasó, que está llorando, que no sé qué, entonces es un lío. Entonces cuando necesito salir busco a alguien que se quede en la casa, o la niña que me ayuda, mi nana, o mi suegra, entonces ahí puedo salir con tranquilidad porque sé que están los niños atendidos con todas las necesidades que ellos tienen y si voy a hacer eso yo prefiero priorizar y salir con mi marido. (Mariela)

La situación de Marion muestra una fuente de estrés y angustia como madre migrante. Su segundo hijo, que debió quedarse un tiempo en República Dominicana y después se vino con su madre, es el que le demanda mayor dedicación y desgaste emocional porque su proceso de crecimiento y adaptación en Chile no ha sido fácil. Está abocada a atender todas sus necesidades escolares y de

salud pero el sistema público le provoca desconfianzas que la mantienen alerta en relación a sus hijos.

Ha mejorado harto, estoy muy encantada de esa terapia por lo menos, son caras, así que ahora ya va para...le hacía falta la terapia de la psicólogo, ya la estaba esperando, yo también voy *pa'* psicólogo que me mandaron, de allá mismo la misma neuróloga me dijo que yo tenía que buscar ayuda *pa'* poder sobrellevarlo a él. Pero ya estoy mejor, pero yo a veces he estado en momentos críticos te lo juro, pero no digo que estoy mal porque es capaz que me quieran quitar mi muchacho. (Marion)

La maternidad de Marion ha estado marcada por la búsqueda de mejores condiciones de vida. Proviene de una familia pobre y salió de la pobreza al juntarse con un médico, padre de su hijo mayor. Siempre sus embarazos estuvieron ligados al anhelo de estabilizarse y mejorar económicamente con la pareja, de alguna forma el embarazo fue para ella un medio de negociación, lo que no siempre le trajo buenas experiencias y hoy mira críticamente sus decisiones anteriores.

Cuando tuve mi bebe, a éste, lo tuve porque me junté con el papá de él yo tenía mi otro hijo más grande que te conté y yo para que mi marido pudiera lidiar la situación con mi marido y mi hijo, le tuve un hijo a él y fue como el error más grande, no mi hijo, sino el error que yo cometí porque a veces las mujeres...En ese entonces pensé mal, pensé que teniendo un hijo él iba a cambiar con mi otro hijo, teniéndole un hijo a él iba a cambiar con el mayor y no fue así, y como no tenía...pero no, él cambio nada en la vida, siguió igual. (Marion)

Yo decía que es mejor tenerlo de un hombre que no tiene hijos y ya un hombre de experiencia, porque el otro no tenía la experiencia que tiene éste, era como más muchacho. Casi pasó igual pero no tan igual porque el otro no tenía experiencia, nunca cambió, éste no porque éste lo vine a vivir con mi hijo aquí después, fue de ahora no desde antes ¿entiendes? Pero me enseñó que uno no...no debe tener los hijos porque el hombre no tenga o que se yo. (Marion)

Sin embargo, y a pesar de todo, la maternidad es una experiencia que toda mujer debería vivir en opinión de Lorena, pues existe en ellas una disposición que, a diferencia del hombre, es natural. Por esto si hay mujeres que no desean ser madres o que quieren esterilizarse sin vivir la maternidad, si bien lo respeta por ser una decisión personal, lo considera complicado. En el caso de los hombres,

por una cuestión social estarían más inclinados a fungir de proveedores que a ejercer la paternidad en un formato parecido al de las madres.

Es que los hombres...como que tienen otro chip (ríe) por eso en todas cosas hay como sus excepciones porque, por ejemplo, mi esposo es muy de piel con los niños, el que juega con los niños es él y el que es más estricto es él, yo soy como la gritona pero hay hombres que son muy fríos o muy, como explicarlo...que no tienen eso de ser papá presente, les da lo mismo, por lo general es así a veces, son más fríos ante esa situación y yo creo que la naturaleza general, no de todas, pero la naturaleza en general de la mujer es para la maternidad. Que hay factores que a lo mejor influyen en cada persona y que no quieren ser madres, sí, pero la naturaleza yo pienso que dios nos dio esa diferencia de mentalidad para que uno pueda...y por eso creo que es importante, por eso encuentro triste que una mujer sin haber probado ser madre aunque sea una vez, tome esa decisión, es complicado. Al hombre yo creo que le llega pero de otra forma ese rol porque a lo mejor la misma sociedad al hombre lo ha enseñado que el rol de padre es como el rol del proveedor, no sé si es el rol del papá que cambie pañales, no sé si es rol del papá apoyador, que se levante en las noches...que hay casos sí, que lo hacen sí, lo hacen pero no sé si el hombre está educado así, para eso, entonces no sé qué tan importante es para el hombre el ser papá, más allá de que el apellido perdure tal vez en el tiempo, que eso yo creo que a veces a algunos les puede influir, que vayan a dejar descendencia. En cambio para la mujer yo creo que es otro el factor que influye para ser mamá, como un llamado creo yo que toda mujer en alguna etapa debe sentir. (Lorena)

La primera escuela, dicen, es la familia y en las historias que aquí presentamos se confirma. La división de roles es clara para ellas, el hombre provee y a ellas les toca el trabajo reproductivo, con todo lo que ello implica. Las diferencias generacionales se dan de acuerdo a la situación socioeconómica, por ejemplo, Mariela es la única de su familia que estudió una carrera universitaria y que trabaja en ello, pudiendo compatibilizar su rol de madre, dueña de casa y trabajadora gracias a los recursos que genera. Las mujeres pobres y sin el apoyo económico del progenitor se ven obligadas a trabajar para generar ingresos, pero se debe a que no tienen alternativa y no a una opción, como fue el caso de la madre de Elizabeth. Otras, como la madre de Lorena y de Marion asumieron un rol importante en la economía familiar aun teniendo pareja pero sin descuidar el rol doméstico. Finalmente, todas provienen de familias tradicionales en cuanto a roles de género.

Mi papá es bien...él es dominante de carácter entonces él es muy como que el proveedor, la mujer que ve a los niños, mi mamá trabajó pero trabajó por necesidad y la mayor parte del

trabajo fue en la casa, fue cuando hacia las costuras, entonces tampoco era un trabajo fuera de la casa. O sea, yo no tengo recuerdos de mi papá cocinando, en la vida, nada, si es que poniendo un servicio, yo creo que ahora más que...nada *po'*, se sentaba en la mesa y había que poner la mesa, poner las cosas, tampoco de levantar el plato después que terminabas de comer, nada, esa no era pega de hombre *po'*. (Mariela)

Para las mujeres que crecieron en contextos difíciles, marcados por la pobreza, ven la vida desde una perspectiva pragmática, enfocadas a conseguir logros que mejoren sus condicionales materiales de vida y que permitan a sus hijos acceder a lo que ellas no pudieron. Esta visión de la vida, no conoce de sueños más allá de los que puedan hacerse realidad.

Después ya desde que tengo uso de razón yo siempre he dicho que hay que vivir el día a día, mi mamá siempre nos ha criado así, no que...tener sueños es bueno pero mejor vivir el día a día porque mi mamá quería hacer muchas cosas y con su enfermedad no pudo. (Manuela).

Terminar cuarto y hacer algunos cursos, la verdad es que ahora tengo pensando hacer un negocio pero en mi casa. Yo la verdad no quiero tener un sueldo grande, quiero tener un ingreso que a mí ahora, que me cubra el día, yo feliz (...) Entonces necesito algo por mientras así no más, no podría pensar en una carrera, estudiar hartos años, no puedo, necesitaría más plata para tener para los estudios, para los pasajes, no me alcanza. (Elizabeth)

La división sexual del trabajo se mantiene firme, incluso cuando ellas trabajan, justificando tareas serviciales en favor del hombre proveedor, “como que al hombre había que atenderlo y yo en ese sentido...no, pero, o sea, igual...por ejemplo, ahora mi marido llegó recién y viene cansado y tengo que atenderlo y servirle *po'*, no puedo decir ‘ya, sírvete solo’” (Guadalupe).

Me ayuda harto, no es de esos hombres que se creen la gran cosa (...) aparte que el único que trabaja es él tiene que dormir porque él es camionero, tu sabes que eso le puede jugar en contra y no me molesta que no me ayude con el bebé de noche a cargarlo porque *pa'* eso estoy yo *po'*, si yo soy la que tengo la teta *po'*, obviamente tengo que dársela yo. (Marion)

Mi casa es súper tradicional, o sea, somos matrimonio joven pero yo soy la que ve la casa, tengo una niña que me ayuda, pero soy yo la que ve la casa, tengo una niña que está cuando...porque no estoy yo porque tiene que ver a los chiquillos o hacer las cosas pero soy yo la que ve los almuerzos, la que ve...soy dueña de casa, entonces si falta la comida, si falta el champú, o sea, todo eso lo veo yo, lo asumo yo como responsabilidad doméstica. (Mariela)

Yo creo que yo lo mal acostumbré porque siempre yo fui...es que soy como media, en ese sentido, todos me critican, mis amigas, mi familia, todos, porque 'Elizabeth pero como *vai* a...' a mí me gusta servirle, siempre servirle todo, 'no, como *vai* a estar en la cocina, yo cocino', 'ay, yo lavo la loza, no, no *hagai*, yo lo hago', así siempre, entonces ya se acostumbró. Ahora él ya se dio cuenta porque, claro cómo me vio como *estresá*, como colapsada y todo eso, se preocupa de algunas cosas. (Elizabeth)

Siguiendo con las diferencias generacionales en los roles de género, las mujeres entrevistadas enfatizan en formar a sus hijos/as en valores como la honestidad, generosidad, humildad; retrasar los comportamientos de conquista y seducción hacia el sexo opuesto, que no sean "agrandadas" y sacarlas de la pobreza, "no quiero que anden en la calle, que pasen necesidades" (Elizabeth); en valores y comportamientos femeninos o de "señoritas" para que no "den qué hablar" (Guadalupe), así como también el traspaso de conocimientos y habilidades para el ámbito doméstico. Elizabeth enseña a sus hijas a cocinar y a ser ordenadas como parte de sus procesos de independencia más que para atender a sus parejas, aunque éste sea también parte del rol que se ha transmitido de generación en generación entre las mujeres de su familia. Manuela considera que tuvo buena infancia porque su padre no fue un hombre que le gustara tomar y entre sus padres nunca hubo violencia, lo que hoy es más difícil de encontrar, "Ahora no *po*', algunos femicidios, que peleas, que golpes, yo nunca vi eso, jamás, mi papá jamás llegó borracho a la casa, hizo escandalo nunca, jamás" (Manuela).

Más que *pa*' su pareja, *pa*' ellas, que tienen que saber...porque ellas también dicen que van a ser mamás *po*', la Julia nunca me ha dicho así como que 'no, no quiero...' no, saben que pueden más adelante tener familia, su casa, entonces yo siempre les digo más que *pa*' su pareja, *pa*' ellas, que tener, no sé, ordenado, ya me preguntan...la Ana se mete a la cocina me pregunta todo, la Julia ya ha cocinado arroz y fideos (...) tienen que saber igual *po*', de ser atentas, de atender, de hacer cosas, de cocinar, de...todas esas cosas *po*' y mi abuela fue así, mi mamá fue así. (Elizabeth)

Yo no meto las manos al fuego por ellas pero sí, que no den que hablar, que se comporten, que sean señoritas, pero lo que he sabido así de personas 'no, si tus hijas son señoritas, van en el mismo colegio así que se comportan' (...) me refiero así que no andan...no son como loquillas digo yo, que anden con uno y otro niño, no, que se comportan bien *po*'...no sé a qué... yo digo

portándose bien, no se *po'*, no andan con la falda por aquí (señala la altura de la pierna), son bien *ubicás* las dos. (Guadalupe)

5.3.3 Construcciones de género y relaciones de pareja

Todas las sujetas de este estudio tienen pareja estable con hombres con quienes tienen hijos/as. Todas, excepto Marion que lleva poco tiempo con su pareja actual, han vivido un largo proceso de construcción de la relación, conociéndose, acomodándose, estableciendo acuerdos, siempre en el marco de roles de género tradicionales.

Guadalupe y Marion formaron pareja durante su camino migratorio. Guadalupe pasaba largos periodos sola con sus hijos/as debido al tipo de trabajo de su pareja y siguiendo las oportunidades de empleo de él fue que llegó a Valparaíso en busca de estabilidad. Marion, estaba en una segunda relación cuando decide venirse a Chile con la cual rompe y más adelante, se junta con un chileno con quien ve nuevamente la posibilidad de formar una familia. Para ambas, la experiencia de trasladarse de territorio en busca de mejores oportunidades incluye la relación de pareja.

De hecho nos casamos aquí en Valparaíso, acá nos casamos, porque como antes convivíamos no más. Yo decía si me trajo desde allá (risas), o nos casamos o nos separamos porque no...ya con tres hijos tu no *podís* estar así como a la aventura. (Guadalupe)

Manuela y Elizabeth, han tenido una sola relación de pareja desde que eran adolescentes y comenzó por el primer embarazo. Manuela lo conoció siendo ella pasajera y él, chofer de un taxi colectivo, es bastante mayor que ella, por lo cual la madre se opuso en un primer momento pero ya estando embarazada, comenzaron a convivir junto a la familia de ella. Para Elizabeth, la historia de amor comenzó siendo niña, ya que siempre vivieron en el mismo barrio y sus familias se conocían, también ubicaron su hogar en el espacio familiar, esta vez, la de él.

Y después claro como éramos tan chicos, él tenía 13 años *po'*, él tenía 13 años ya pero igual como que yo era vergonzosa, él igual, después no nos hablábamos y así pasaron muchos años, después en el liceo, él desfilaba en la Avenida Argentina porque él iba donde van las chiquillas ahora y yo lo miraba desde mi liceo cuando desfilaba y todas me decían '¡Eli, Eli, el Juan está desfilando!' y éramos chicos, 14 años...y ahí lo iba a ver y pasó harto tiempo que como que *pinchábamos, pololeábamos*⁵⁰, pero de noche porque al otro día nos veíamos y ninguno de los dos nos saludábamos, que éramos chicos *po'*. (Elizabeth)

Él se fue a trabajar, tenía su casa igual, después igual nos juntamos cuando no tenía donde vivir que armamos este pedazo primero me acuerdo, primero una cama ahí...todo así como...tenía como dos añitos la Emilia, de ahí ya empezamos a vivir juntos hasta ahora. (Manuela)

Lorena y Mariela convivieron años antes de casarse y luego tuvieron hijos. Lorena tenía 30 años en su primer embarazo, aunque le hubiera gustado comenzar antes, "Me casé casi a los 30, me hubiese casarme antes a mí, si, es que es como una tradición *po'* y uno se basa en la tradición, casi todos se casan como a los 25 años". Mariela, conoció a su actual marido en el colegio, *pololearon* once años, se casó a los 27 años y decidieron tener hijos/as cuando ya estuvieran medianamente "armados", lo que implicó que ambos estudiaran y se ubicaran laboralmente.

Mi marido ha sido mi pololo toda la vida prácticamente, nosotros nos conocimos en el colegio, pololeamos como 11 años, entonces recorrimos el camino de los estudios juntos siempre supimos que íbamos a estudiar y después ya teníamos que trabajar y una vez que ya estábamos ambos con trabajo ahí nos casamos y después de casados llevábamos como un año y medio más o menos cuando quedé embarazada de Manuel. (Mariela)

El matrimonio no es una meta a perseguir para todas. Tres de las entrevistadas son casadas, Marion se casó dos veces anteriormente y ahora no está dentro de sus prioridades. A Elizabeth le gustaría casarse por la iglesia, al que le da más importancia que el civil, pero tiene un costo que actualmente no pueden asumir. Manuela no quiere casarse, "casarme nunca ha estado en mis planes". Elizabeth y Manuela miran con desconfianza al matrimonio, le atribuyen algún efecto perjudicial para la relación por experiencias cercanas de parejas de muchos años que una vez casadas, se separan. Para

⁵⁰ Pololo o pinche, expresiones similares a novio.

Mariela, aunque siempre estuvo en sus planes, su matrimonio tuvo un gusto amargo porque –al ser la hija menor- sus padres, especialmente su madre, se sintieron en cierta forma, abandonados.

Es que sabe que he visto igual que mis primas o mi misma hermana se casó y mi hermana duró seis meses casada o un año duró casada, entonces yo digo *pa'* qué, si estaban re bien cuando no estaban casados y como que casaron y se sintieron más seguros o él se sintió más seguro de ella o ella de él, no sé qué habrá pasado porque un año no más duraron casados *po'* y antes habían estado dos años súper bien, se casaron y como que ya empezaron a pelear, que por qué *salis pa'* ese lado, yo no quiero vivir eso porque estoy bien así. (Manuela)

Fue como agridulce porque... nosotros con mi marido llevábamos como once años pololeando, o sea, *caía de cajón*⁵¹ que en algún minuto yo me iba a ir de la casa, yo nunca me quise ir a vivir, o sea, nosotros teniendo el departamento podríamos habernos ido a vivir igual antes y no... pero fue como amargo porque yo tenía la sensación que en mi casa no querían que yo me fuera, entonces no era la alegría porque se casa, era como la pena porque se va, entonces es como no poder disfrutar de ese minuto de salir, de crecer, del matrimonio, de hacer tu vida y yo te digo que hasta el día de hoy, es como... casi que los abandoné. (Mariela)

La historia de Marion en relación a sus parejas es la más intensa. Antes de su primer embarazo, siendo aún adolescente, tuvo amores e parejas sexuales, y luego, van sucediéndose sus tres relaciones de pareja más importantes, con quienes tuvo hijos. Es apasionada en su relato, “nos amábamos, él me amaba con locura”, y también ha sufrido mucho. Con su primera pareja tuvo dos hijos/as, la primera murió. El segundo, fue el que le trajo más desgracias, se vino a Chile enamorada de él, “en el sentido de que por la distancia, el error más grande que una mujer puede cometer es irse a otro país dejando un hombre allá en su otro país de origen”. El tercero es el actual, un chileno pero *no tan chileno* porque, según ella, no se comporta como tal, pues para confiar de nuevo debió soportar el racismo que experimentó en Chile, representado en la relación que los hombres establecían con ella, de interés eminentemente sexual. Entre los aprendizajes que saca, habla de la importancia del compromiso en un hombre que se expresa en el apoyo económico y en la paternidad y no tener hijos con la intención de dar el gusto o cambiar la forma de ser del hombre.

⁵¹ Expresión chilena que significa “era obvio”.

También es interesante destacar, que en su condición de migrante y al no tener redes afectivas y de apoyo en el país de destino, generó estrategias afectivas con varias personas, una fue con un hombre mayor que la apoyaba económicamente y la apoyó emocionalmente en momento de angustia y tristeza.

Y por lo que te dije porque este era flojo, ese era otro que era dependiente de mí, yo era la que tenía que saber todo y tener el control, cosa que jamás quiero en mi vida, en mi vida esa vida no la quiero volver a vivir nunca más. El hombre que yo tenga tiene que hacerse cargo de todo, no yo, porque yo esa vida no la quiero volver a vivir. (Marion)

Y empecé con el cómo de a poquito nunca pensé que iba a tener una relación tan estrecha con él hasta el punto de tener un bebé, con el de ahora. Y fue una relación así como de calentura no más y surgió de verdad. Pero en él yo encontré cosas especiales, muchas cosas buenas que nunca pensé encontrar en un chileno (...) para mí él no es chileno. (Marion)

Me costó mucho volver a tener un hombre acá, yo no quise volver a tener una relación, me encerré tanto que odiaba a los chilenos, te lo juro, los odiaba. (Marion)

Él fue la primer persona que yo tuve acá en Chile, hombre, o sea, el primer hombre que yo tuve, la relación que yo tuve y me dejé como llevar un poquito con él y fue como que en pocas palabras, como que me compró, como que me tenía *comprá* con todo lo que me daba y eso, me ayudaba hartito con mis hijos, a él lo quería mucho me ayudaba mucho, con él me compraba de todo y a mí, tengo muchos recuerdos de él. (Marion)

En la distribución de tareas y responsabilidades, como vimos anteriormente, asumen una división sexual del trabajo basada en roles de género tradicionales, pero valoran la colaboración de sus parejas en las tareas domésticas, considerándolo menos machistas o distinto a otros hombres. Por otro lado, destacan la preocupación y la actitud solidaria ante necesidades que puedan tener, por ejemplo en salud. Marion se siente contenta con su actual pareja porque además de ser proveedor, ayuda en la casa y se preocupa tanto de su hijo biológico como del que no es suyo y ya han ido juntos a su país. Lorena, se siente apoyada por su pareja, quién es el proveedor principal y estudia con miras a mejorar su posición en el trabajo, lo considera buen padre entre otras cosas porque se queda a cargo de los/as hijos/as mientras ella trabaja los fines de semana.

El me ama mucho, nosotros nos llevamos súper bien, lujos tal vez no tenga pero tengo mucho amor y todo es complementario porque nada más de amor no se vive pero, por lo menos yo, ponte tú, él lo que yo necesite él me lo busca, dentro de sus posibilidades porque tampoco es que vaya a coger prestado ni a robar *pa'* darme lujos, claro que no. Ayer fui al médico a Viña a hacerme un electro que quería hacerme y me salió todo por 40 *lucas*⁵², 49 trescientos y tanto y él me lo hizo, o sea, lo que te quiero decir con eso es que, que se preocupa por mí. (Marion)

En ese sentido es como bien apoyador porque es él es como...es como proactivo en ese sentido, no es *quedao*⁵³, él sabe cómo cambiar los pañales, él sabe sacar los chanchitos, hacer la leche y todas esa cosas, bañarlo, no tiene drama en ese sentido, no se cohíbe, entonces me he sentido bien apoyada en él. (Lorena)

En un aspecto más íntimo, es importante para ellas buscar espacios para estar con la pareja, estar solos, compartir juntos saliendo de casa, ajustándose a las limitaciones de tiempo y dinero, pero que no es un impedimento para las que tienen menos, siempre pueden “darse un gustito”.

Salimos, por ejemplo, ahora así a conversar de la vida, nos tomamos un...no café no, un traguito, comemos algo, caminamos por la playa, todavía tenemos esa...se las dejo a mi mamá un rato y ya vamos. Igual salimos juntos, al mall, le gusta ir a ellas al mall, nos alcanza *pa'* todo eso lo que gana, nos alcanza para hacer eso. (Manuela)

Cuando salimos lo pasamos bien porque como digo nos conocemos de tanto tiempo, tenemos los mismos gustos, hacemos lo mismo, no nos gusta ir a disco preferimos andar en la calle tomándonos, no sé, una chela, tranquilos conversando, no sé, entonces no paso eso de necesidad de que ya como que no quiero estar acá o salir, cuando me pasa eso es cuando ya estoy estresada pero lo bueno es que él se da cuenta y él me ayuda. (Elizabeth)

La relación de pareja que tiene Guadalupe con su marido es lúdica, alegre y también de dependencia y control, “anda pendiente mío”, dice. La llama frecuentemente durante el día, la pasa a buscar en auto a donde ella esté, se ha metido en su *Facebook* y hasta sospecha que le revisa el teléfono, comportamientos que toma como broma, sin mayor cuestionamiento, “es que anda con la oreja *pará*, es como metete, anda pendiente de lo que hago, yo creo que me debe hasta revisar el teléfono me da la impresión, no lo he pillado pero...” Durante las entrevistas, él quiso participar,

⁵² Expresión chilena que se refiere a miles de pesos.

⁵³ Expresión para referirse a una persona sin iniciativa propia, lo contrario a proactivo.

enterarse de qué se trataba y dar su opinión respecto al tema, debido a lo cual una de las entrevistas se realizó con ambos presentes e incluso una parte del relato, estuvo sólo él. Lorena reconoce sentirse presionada y desgastada en ciertos periodos por la demanda de la maternidad, lo que afectó a su relación de pareja en la intimidad y la sexualidad. Sintió la necesidad de recuperar espacio para sí misma y con su pareja.

Me afectaba un poco la relación porque era estresante, hubo momentos de mucho estrés acá, pero no porque yo fallara o porque fallara mi esposo, entre nosotros no fallaba la comunicación en ese sentido, él me apoyó sí, pero los dos sentimos como ese cansancio, es que los niños los tres son súper inquietos, entonces estaba encima de la niña...de la *guagua*, uno tenía que estar pendiente del niño que iba al colegio. (Lorena)

Refiriéndose a la paternidad que ejercen sus parejas, Lorena, Elizabeth, Mariela destacan su afectividad: es “querendón”, “de piel”, “sensible” con los/as hijos/as. Mariela cuenta que aprendió a ser cariñosa con sus hijos gracias a su pareja, ya que su madre y su padre no acostumbraban a hacerles demostraciones de afecto. Elizabeth describe a su pareja como un hombre muy sensible, apegado a ella y a sus hijas, pues procura cambiar lo que vivió en su infancia, donde primaban los hombres y con un padre particularmente duro y machista. Se siente afortunada comparando su experiencia con la de otras mujeres y por eso mismo, no siente la necesidad de estar con otras personas.

Pero conozco hartos casos así de mamás y solteras, tengo muchas amigas si *po'*, que le han tocado hombres malos o que tienen mi misma edad (...) tienen sus hijos y buscan a puros gallos que no les dan nada, ni futuro nada (...) me ha demostrado *caleta*⁵⁴ que ya muchos años ya que estamos juntos que es pero súper buen papá, súper buena pareja, amigos porque nosotros salimos, *carreteamos* lo mismo, nos gusta la misma música, tenemos amigos de infancia que son los mismos. (Elizabeth)

A veces, en sus relatos es posible identificar una admiración exacerbada hacia él. Elizabeth valora lo que su pareja ha hecho por ella y sus hijas, construir la casa en la que viven y aceptar distintos

⁵⁴ Expresión chilena que significa “mucho”.

trabajos, algunos muy precarios y explotadores, sacrificando sus propios proyectos personales como estudiar una profesión. Destaca sus cualidades, admira su inteligencia y voluntad, se muestra afectada (llora mientras habla de esto) por lo que debe soportar su pareja en pos de una mejor vida para ellas, “Eso también me da pena porque verlo que él tiene las ganas, él es muy inteligente, muy inteligente y tiene las ganas, entonces ver eso, que no puede” (Elizabeth). La madre de Elizabeth refuerza los elogios “ella tuvo suerte” “gracias a dios que tiene pareja buena”, “él hizo la casa solo”, “por eso ella tampoco puede molestarlo porque él hace mucho”, “él es casero, ella no tiene el problema de tener que esperarlo en la noche, a ver si llega, que se vaya con sus amigos, nada”, son las palabras agradecidas de su suegra.

Eso es lo que me pone mal, verlo llegar tan cansado y que no le alcanza, verlo como...no lo demuestra pero yo lo noto que está *bajoneao*. De hecho él llega y...ahora parece que va a llegar y va a hacer un pololo a donde la abuela. Busca así no algo que tenga algo malo y va, aparte del trabajo. Y yo creo que a él le *bajonea* también ver que todos sus hermanos todos tienen título porque eso es lo que más quiere, él ha intentado hartas veces, ya dice ya este año sí que doy la PSU⁵⁵ o no sé, pero no...no da, no le da el tiempo. (Elizabeth)

5.4 Experiencias reproductivas y regulación de la fertilidad: Los caminos de la esterilización

5.4.1 Relatos de partos y salud reproductiva

Los relatos de sus embarazos y partos fluyen como experiencias siempre presentes. Tener parto normal es el ideal, pero no siempre el cuerpo y la salud del producto en gestación, lo permite. Quienes tuvieron partos normales lo destacan como una suerte y las que tuvieron cesáreas, describen las circunstancias de salud que las justifican. Para algunas los partos fueron fáciles y rápidos, otras tuvieron complicaciones. Manuela tuvo buenas experiencias de embarazo, ambos fueron partos normales, uno de ellos inducido; Elizabeth tuvo sus tres partos normales; Lorena tuvo

⁵⁵ Prueba de Selección Universitaria.

dos normales y el último fue programado como cesárea para esterilizarse. Guadalupe tuvo tres cesáreas debido a que los bebés eran muy grandes para el tamaño de su cuerpo. Mariela tuvo sus dos partos con cesáreas debido al complicado estado de salud. Marion tuvo cuatro cesáreas, se lamenta de la forma en que le hicieron la primera, porque si bien fue de urgencia, piensa que se podría haber evitado la gran cicatriz que la afectó en su autoimagen.

La primera vez pedí parto normal y estaba con suero, inducción y no dilataba más que uno, y la guagua pesó 3.800 y midió 51, o sea, para mi porte...en ese tiempo yo era delgadísima, era como una *guagua* gigante y decía el doctor que no dilataba más que uno así que la cabeza chocaba y que ahí fue cesárea. Después de la segunda igual intentaron que fuera normal, igual me indujeron y no, pasó lo mismo, no habría más que uno y ya la tercera era derecho a la cesárea, programada. (Guadalupe)

Nada no sentí nada, me la tuvieron que sacar sí porque me dieron fecha para el 23 de junio, entonces yo fui no tenía nada contracciones, nada, y ya tenía 40 semanas, entonces un ginecólogo me...él me rompió membrana y todo para empezar proceso de parto porque si no me iba a quedar ahí, no me quería hacer cesárea nada de esas cosas. (Manuela)

Yo me acuerdo como ahora mismo que me decía, yo le decía ‘doctor no me vayas a dejar así por fa’ y me decía ‘*usté* no va a ser modelo’ (ríe) yo decía *ahh* ya no importa pero no me lo haga...y me la hizo así porque tenía que hacérmela rápido y fue muy grande, aparte mi niña nació como de casi 5 kilos, bastante grande. (Marion)

La verdad es que yo, bueno, no tenía experiencia de la cesárea, no tenía un margen de comparación, pero al tener ya una cesárea comparo con mis dos partos normales mucho mejor el parto normal, si no hubiese sido por la opción de cerrar la fábrica ya de frentón hubiese optado nuevamente por el parto normal, al menos mi recuperación fue bastante más rápida con los dos mayores. (Lorena)

Las experiencias de las mujeres que se ha atendido siempre en la salud pública y las que lo hicieron en el privado muestran una diferencia importante, con Elizabeth la esterilización se realizó por vía umbilical después del parto normal, procurando dar continuidad al tipo de parto, en cambio Lorena, que había tenido sus dos partos anteriores en forma normal, el tercero fue cesárea a pesar que venía evolucionando para ser normal, para beneficiarse del “dos por uno” que ofrece el PAD en la salud privada.

Los problemas de salud que se verían agravados por un nuevo embarazo, las complicaciones o sustos que pasaron durante el parto o el puerperio, fueron factores determinantes para varias de las entrevistadas en su decisión de esterilizarse. Manuela describe como un periodo muy traumático su primer embarazo y parto porque diagnosticaron posible microencefalia. El primer embarazo de Marion resultó en la muerte de la bebé a pocas horas de haber nacida, experiencia que la marcó al punto de afectar su relación de pareja de ese momento. Sintió que toda la responsabilidad por lo sucedido se le cargó a ella, no se sintió apoyada por su pareja en momentos de mucho dolor por la pérdida de la recién nacida.

De la Elena y eso fue lo que más, cuando nació ella pero *uyy* lloraba y también cuando me dijeron, bueno antes que naciera ella fue cuando me dijeron que iba a quedar *hospitalizá, ohhh* me quedó marcado *pal'* resto de la vida. (Manuela)

Yo la dejé en la clínica, cuando la di a luz me fui ya la dejé y ahí murió. Pero algo...fue una etapa de mi vida bien complicada, ahí fue cuando ya empecé ya...mi marido a cambiar, ahí cambió, ahí empezó de mujeriego y yo no me lo quise aguantar mucho tiempo. (Marion)

Pero lo que te quiero decir que cuando un hombre, más si es médico tiene esos problemas con una mujer que tiene un bebé pues ellos buscan el origen, por qué vino así o no sé, pero él no hizo nada, de hecho me echaba la culpa a mí, siempre me quedó esa duda. (Marion)

El periodo posterior al parto, en el que se da un proceso de adaptación, a veces es problemático, afectando la salud emocional y física de las recién paridas. Después del último parto, Elizabeth tuvo depresión; Marion perdió interés sexual, la invade una sensación de estancamiento y saturación; Lorena se sentía cansada, presionada, con episodios de angustia que la llevaron a subir mucho de peso. Los procesos reproductivos de Mariela no fueron fáciles debido a problemas de salud previos a sus embarazos que la llevaron a extremar precauciones y vivirlos con mucha incertidumbre, temores acrecentados por su propia experiencia profesional relacionada con la discapacidad y sus orígenes, algunas de las cuales provienen del parto.

Él tenía que sacarme cada cierto rato el *pipi* con una sonda que se mete por un orificio, no me acuerdo el nombre ahora, pero curiosamente llegaba a la casa y se me pasaba. Entonces no sé si será algo como psicológico. (Lorena)

Lo que pasa es que con ella me sentí más presionada, con la tercera. El primero, claro, hay una presión porque uno no sabe cómo actuar, el primer hijo, uno se aflige mucho por cualquier cosa, ya con la segunda uno ya va teniendo la experiencia del primero entonces una está un poco más tranquila, ella era más tranquila también, pero con la tercera ya es como...era más demandante ella entonces yo me sentía como muy presionada, como que...de hecho ella no quería tomar relleno, quería solamente pecho y si no lloraba, y uno no podía salir a ninguna parte porque no se quedaba tranquila con mi esposo, era como que fuera un caos acá en la casa. (Lorena)

Y mis problemas de presión, en el parto de Patricio que fue generado por presión alta, yo siempre después quedé con niveles de presión alta, entonces el embarazo de Camilo yo empecé, desde que me enteré, con medicamentos para la presión, desde los dos meses y así y todo la presión ya en los últimos meses estaba muy fuerte, tuve que ir a cardiólogo, fuimos así con la preclamsia acá encima, la diabetes, la hernia, entonces yo iba...por la presión 'no, es que el niño va a salir muy pequeño y va a tener tales dificultades', tu ibas a lo de la diabetes 'es que el niño va a nacer muy grande y con otras dificultades' entonces especialista que tu ibas el niño iba a nacer con una u otra dificultad dependiendo de la enfermedad que yo estaba teniendo en ese minuto. (Mariela)

Yo me acuerdo que me decía '¡puja, puja porque ahora sí que sale!' y no salía y yo entremedio cuando empecé a tener como reacción con la anestesia y los medicamentos empecé a vomitar, estaba '¡puja, puja!' y mi marido estaba con la chata parado al lado mío y yo así pujando y vomitando, pujando y vomitando...fue bien feo...hasta que llegó la pediatra y la verdad es que ya llevaba mucho rato en el canal, así a medio asomar incluso, la doctora ocupó hasta fórceps y tampoco salió con fórceps, así que fue cesárea de urgencia. (Mariela)

En este periodo, la lactancia ocupa un buen tiempo de la vida cotidiana de las mujeres, todas tuvieron experiencia de lactancia prolongada, unas más que otras, como Manuela que amamantó a sus hijas por alrededor de tres años y Guadalupe hasta los 4 o 5 años, provocándole una mastitis, "porque la hija tenía como 5 años y todavía tomaba pecho, no había caso, tenía 4-5 años y en la etapa que le estaba quitando la pechuga me paso la mastitis".

Tres años a las dos, se colgaban como lapa y la chica mamó igual *po'*, no como hasta los cuatro terminó hace poco la Celeste, como a los 4, recién me acordaba, si, más o menos, harto, les di harta leche y no comió nada hasta el año la Celeste, no me recibía comida, nada, solamente quería tomar teta. (Manuela)

5.4.2 *El primer embarazo y expectativas sobre los/as hijos/as que desean tener*

Esperar el embarazo o desearlo antes que se concrete, suaviza la recepción de la noticia. Independiente de si fue planificado o no, para todas las entrevistadas el primer embarazo fue una buena noticia, sin embargo, el impacto fue mayor para las que eran adolescentes y se vieron obligadas a interrumpir procesos en curso, como los estudios, y a enfrentarse a un futuro marcado por las dificultades económicas. Elizabeth cuenta que lloró mucho, tenía sentimientos encontrados pues, por un lado, deseaba ser mamá y formar una familia pero, por otro, no quería decepcionar a su madre, aunque eso no sucedió, “Ella dice que quedó mucho más tranquila, yo cambié totalmente porque igual cuando chica *pucha* yo salía, la trataba mal era como atrevida (...) entonces llegó la Julia y cambió todo” (Elizabeth). Manuela, por su parte, se sintió feliz y desde el primer momento quiso dedicarse a la maternidad. Ambas, tienen historias de mujeres de la familia que comenzaron a tener hijos/as siendo muy jóvenes, lo que contribuyó a normalizar sus propias experiencias y a no lamentar tener que dejar los estudios inconclusos, además tuvieron el apoyo de sus familias para establecerse y de a poco instalarse en una casa propia.

La verdad que yo en el momento que me fui a hacer el test de embarazo, me lo hice en un parque, en el Parque Italia en unos baños que hay, fui con mi compañera que ahora ella es la madrina de la Julia que es la mayor y como se llama, fui y me lo hice y en el momento que me lo estaba haciendo yo decía ‘hay ojalá que no pero *pucha* ojalá que sí’ (...) yo sabía que no me iban a decir ‘¡hácete algo!’ o que me iban a pegar, ¡mucho menos eso! Así que como estaba tranquila por una parte, igual lloré hartito, lo tuve guardado hartito tiempo pero era más que nada...no eran tanto pensando en mí, así como ‘ah no voy a poder estudiar, no voy a poder salir, no voy a poder hacer esto...’ como que igual lo tomé como medio...es que yo desde chica siempre dije que quería tener cinco hijos. (Elizabeth)

Lloré hartito porque igual, no sé, es que se me vinieron mil cosas igual, como que... (se emociona) como lo iba a hacer, viendo la situación...más era por mi mamá, que *pucha* mi mamá tanto tiempo trabajando, mi hermana igual quedó *embarazá* de chica, a la misma edad mía, entonces como que fue como *pucha* yo quería haber, no sé, terminado el cuarto, haber estudiado algo más, haberle dado, no sé, más como tranquilidad y más cosas a mi mamá. (Elizabeth)

Para quienes no lo planificaron, el embarazo sólo “llega” en “un descuido”, y a partir de ahí la maternidad pasa a ser el centro de sus vidas. El embarazo detona el proceso de tener “una vida propia”, formalizando la relación de pareja y el paso a la formación de un hogar, aunque ésta no fuera una intención previa como manifiesta Elizabeth en su relación con Juan, con quién ya eran pareja antes del embarazo; o como en el caso de Guadalupe, en quién el primer embarazo y la reprobación de la mamá, impulsó un proceso de independencia en torno al proyecto vital de madre sin pareja.

No quedé embarazada por ni quedarme con él ni por irme de la casa, no quedé embarazada porque...es que en ese momento a mí no se me pasaba por la cabeza, fue como un descuido y...igual yo era chica y eso también, que a mí nunca me...a lo mejor no era excusa pero ni mi mamá ni mi hermana como que estuvieron pendiente así como ‘*pucha* Elizabeth, tú ya ahora la edad que *tenis, tenis* que tener cuidado o te puedes cuidar con esto’, a lo mejor yo sabía pero como que no le tomé, no le tomé el peso en ese momento. (Elizabeth)

Mi mamá se enojó hartó, que casi no me hablaba y eso que yo tenía 21 años, 20 años, a los 21 lo vine a tener a él y ya trabajaba y aun así como que...es que yo trabajaba, pero yo era de las que salía a trabajar pero a mí me hacían todo en la casa y ahí ya no me hacían nada, ya no me hacían las cosas, incluso me acuerdo que yo me compré una lavadora porque mi mamá no me lavaba la ropa...o sea, dejó de lavarme la ropa, me compré una lavadora, o sea, a ese punto. (Guadalupe)

Respecto a la mejor edad para tener hijos/as, comparten como ideal la década de los veinte, por lo que adelantarse a la adolescencia tampoco es mal visto. Según Manuela, su madre “fue mamá vieja” porque tenía 23 años cuando tuvo a su primera hija. Mariela y Lorena, que tuvieron su primer hijo alrededor de los 30 años, pero habrían querido que fuera antes. Marion piensa que no se ve bien una mujer siendo madre alrededor de los 40 años.

Mi mamá fue mamá a los veinte, a ver...tiene 32 la Angélica, ella tiene ¿55, 23? Si dice que fue mamá vieja igual. A ella le costó tener hijos sí, ella tuvo que tomar pastillas y todo porque la primera vez que quedó *embarazá* tenía 20 años, que lo perdió porque ella no resistía, entonces tuvo que estar en tratamiento *pa’* quedar embarazada me contó ella a mí. (Manuela)

Mucho antes, sí, o sea, a mí me hubiera gustado tener por ejemplo 3 hijos, ese era como el número que tenía en la fantasía, antes de casarme decía sí, me hubiera gustado tener 3 hijos y

me hubiera gustado tenerlos yo creo que, yo siempre pensé que iba a ser mamá antes en términos de edad, antes de lo que fui, yo me imaginaba no se a los 25, 26 años teniendo el primer hijo, nunca pensé que iba a tener una brecha de edad tan importante con mis hijos después. (Mariela)

Aparte también por mi edad, ya tengo 38 años, no creo...tendría que esperar como tres años más para tener otro, si hubiese podido tener otro tendría que esperar como dos o tres años más porque no iba esperar tenerlo tan rápido así, y yo encuentro que ya de 38 años ya no...aparte con tres años más cuanto tendría, 41 y yo me encuentro que ya no se ve tan bien una mujer de tanta edad ya pariendo. Es mi creencia, no sé, pero no me gusta, me encuentro que parí vieja igual. (Marion)

La expectativa de cuantos hijos/as tener se va construyendo a medida que va pasando el tiempo y van mudando las condiciones que hacen posible mantener una familia. Algunas de las entrevistadas imaginaban cuantos/as hijos/as deseaban tener en el futuro, Manuela, siempre quiso dos; Elizabeth en cambio soñaba con tener cinco pero finalmente se quedó con tres; a Marion y Mariela les habría gustado tener más hijos/as que los que tuvieron y para Lorena y Guadalupe primó un análisis pragmático de la situación de salud y económica. Manuela piensa que no están los tiempos ni la situación socioeconómica como para tener más hijos/as, por la violencia que existe y las dificultades económicas.

No sé porque está difícil la cosa ahora *po'*, estudios hay que darle, prefiero tener a dos y cuidarlos bien que tener cuatro y andar *corta*, como se puede decir, tampoco vivimos tan de lujo, vivimos con el día a día no más. (Manuela)

No, yo siempre fui de tener poquitos hijos. Porque me gustaba trabajar y siempre he sido de la idea de tener hijos bien criados que tener varios a medio criar así, como que no...siempre...he priorizado el tema de la buena crianza, que no le falte alimento, que no le falte lo material, antes que... puedo tener hartos hijos pero pucha no me alcanza la plata *pa'* pañales y *pa'* eso...no, por eso que siempre tuve cuidado de no tener...por eso que los hijos igual tampoco no son tan cercanos, son un poco lejanos, la únicas que se acercan son la del medio con la chica, pero después de 21 años, el de 21 tiene diferencia con la de la de 7, ¿son como casi 7 años? Es harta la diferencia. (Guadalupe)

La decisión de tener otro/a hijo/a depende mucho de la situación socioeconómica. Cuando la pareja, que es el proveedor principal, tiene un buen trabajo, se piensa en tener otro/as hijo/a, pero luego la situación cambia y con ella, la decisión. La llegada de la segunda hija de Elizabeth fue tranquila porque tenían mayor estabilidad económica pero luego con la tercera hija, cambió la situación. Este factor la afectó en la vivencia del embarazo. Con buena situación se refieren a un trabajo estable que permita a la pareja ofrecer a sus hijos/as bienestar en cuestiones básicas, educación, alimentación, vivienda, y también, para algunas implica la posibilidad de dedicarse a la casa y al cuidado de sus hijos, sin tener que “dejarlos encargados”. Es decir, que la mujer no se vea obligada a trabajar para complementar el ingreso familiar y poder asumir el trabajo reproductivo. Lorena, tenía esto en cuenta cuando contrastaba los mensajes de su iglesia con su realidad, declarándose en desacuerdo con algunos planteamientos como, por ejemplo, tener a la voluntad de dios como única guía para decidir cuantos hijos/as tener y en cambio acepta usar métodos anticonceptivos para tener sólo los/as que pueda asumir y criar bien, ofreciéndoles una buena calidad de vida.

En ese tiempo el Juan tenía un trabajo bueno (...), así que tuve siete meses sin cuidarme y quedé *embarazá*, tuve todo el embarazo bien, súper bien y después cuando nació la Paola, ahí el Juan quedó sin trabajo (...) nos sirvió mucho para darnos cuenta de que cuando uno tiene, tiene que guardar o invertir bien o ir de a poco porque todo eso siempre se va *po'*, la plata viene se va. (Elizabeth)

Estaba más tranquila por el hecho de que ya vivíamos ya, ya vivíamos acá con el Juan, ya vivíamos acá así que fue más tranquilo, fue distinto...fue distinto, pero igual lo pasé mal, en el embarazo lo pasé mal porque le agarré como...todo me molestaba del Juan, no quería estar con la familia de él, me cargaba verlo entonces yo lo pasé mal, pasé rabia, lloraba. (Elizabeth)

Es que no se si ha influido mucho porque si fuese así yo tendría más hijos porque la iglesia es abierta a los hijos, es contraria a los anticonceptivos y esas cosas, ellos son como abiertos, entonces, no sé si han influido de alguna manera en estas decisiones, yo creo que no. Porque donde estamos en este momento es como un círculo vicioso y las cosas en cierta forma se nos han dado, las circunstancias se han dado para que yo por lo menos, por ejemplo, sea yo quien cuida a mis hijos pero si las cosas no fuesen así tal vez mis hijos estarían a cargo de otras personas y yo tendría que haber salido a trabajar también junto con mi esposo. Gracias a dios las cosas no son así y yo estoy en la casa con los hijos y por lo mismo es que...de hecho nos íbamos a quedar con dos, a última hora ya como que la pensamos un poquito mejor y optamos

por “ya, uno más”, pero en el mundo en que uno vive es como muy contrario a lo que la iglesia en este caso te quiere transmitir *po'*. (Lorena)

En la planificación del embarazo, las mujeres ponen en la balanza cuestiones económicas, estabilidad de la pareja, estado de salud, espaciamiento de los/as hijos/as. Casi toda la experiencia reproductiva de Lorena fue planificada y compartida con la pareja, pero a pesar de ello, después de un embarazo anembrionado que terminó en aborto, dejó de usar métodos anticonceptivos y se embarazó nuevamente sin esperarlo. Mariela, en coherencia con su forma de ser, no fue madre sino hasta sentir que tenía ciertas cuestiones de sostenimiento resueltas, como los estudios, el trabajo, la casa, entre otras, hasta que llegó el momento que consideró adecuado, casi a sus treinta años. Pensando en que le iba a costar embarazarse por sus problemas de salud, dejó de tomar pastillas y sin alcanzar a consultarlo con su pareja, quedó embarazada. El concepto de planificación es relativo porque, en el fondo, tanto en el caso de Lorena como de Mariela, es buscado, quizás no para ese momento y no de una manera tan racional o exacta, pero al dejar de usar anticonceptivos, ya estaban abriendo la posibilidad de un nuevo embarazo.

Yo tenía esos diagnósticos sin saber si tenía realmente dificultades para embarazarme o no y ahí fue cuando fui donde doctora con la idea de embarazarme en un año más, pensaba yo que me iba a demorar, sin comentarle la verdad es que sin comentarlo con mi marido, yo dije bueno de aquí a un año lo convengo porque él no tenía ganas de tener hijos aún y quedé *embarazá* al mes y medio. (Mariela)

Yo tenía ya ganas de...porque ya iba camino a los 30 entonces yo sentí como esa urgencia y hace rato yo igual quería bebé pero sentía que no teníamos todavía armado para poder tener hijos y la verdad es que yo me contenté, o sea, siempre he sido paciente de esta doctora y yo tengo resistencia a la insulina, tenía los ovarios poliquísticos, entonces el pronóstico para embarazarme tampoco iba a ser algo fácil. (Mariela)

Las expectativas de estas mujeres versan no sólo sobre la cantidad de hijos/as o que nazcan sanos/as, sino también hay preferencias respecto al sexo. Tener niños y niñas o “la parejita” es un deseo que se vuelve fuerte en parejas que tienen hijos/as de un solo sexo. Marion, luego de la

experiencia de perder a su primera hija y tener sólo hijos varones, se declara “pro macho”:
“Cuando me casé que tuve mi primer hija, yo siempre quise una niña, mi primer embarazo fue niña y nació con problemas y te juro de ahí para acá nunca más quise saber de niñas”; “Me siento muy enamorada de mis hijos, todos machos, todos machos, me quedé con mi macho, me gustan mis machos y ya, me acostumbré a mis machos a mis hombres”, lo que además es compartido por su pareja. Elizabeth, sufre depresión después de su tercer parto al darse cuenta que tuvo una tercera niña y que ya estando esterilizada se cerraba la posibilidad de tener al niño. En el caso de Mariela, su familia y la de su pareja se opusieron en un primer momento a la esterilización porque querían “la niña”.

Lo conversamos en ambas familia, con mi suegros, mis papás, los cuñados y no *po'*, a nadie le parecía buena idea. Que dos era muy poco, además dos hombres, ese era el tema, que la niña, no alcanzó a salir la niña (ríe), entonces a nadie le pareció (...) los últimos dos meses fueron como unos meses muy tensos, no había un relajo respecto al embarazo y había mucha incertidumbre de cómo iba a nacer el hijo, si iba a tener problemas o no, entonces fue como “ya sí, bueno, se tiene que operar porque no va a estar así de nuevo”, como que el resto también lo asumió. (Mariela)

Es su único hijo que tiene, hombre, todas son mujeres, el único hombre es él. Se volvió a casar con una mujer, se volvió a casar con una mujer y tiene dos hembras, es más tenía dos hembras cuando me junté con él y yo le di el macho. (Marion)

Y nació y pucha yo me puse a llorar, me dio pena y el Juan se la pasaron *altiro*, como a mí me estaban revisando como había quedado y todo eso, se la pasaron *altiro* a él y él la vio y así ‘otra princesa más’ decía y lloraba y la abrazaba y la miraba y lo dejaron mucho rato, fue distinto, lo dejaron mucho rato con ella en brazos, lo dejaron ahí adentro y como había una amiga mía ahí también ‘no, ya quédate no más’ y ellas tienen ropa ahí de...por ejemplo, van niñas que son de la calle y no tienen ropa para su bebé, entonces ellos tienen ropa ahí de *guagua* y ella le puso un osito rosado y él le puso el nombre y todo porque yo no tenía nombre *po'* y yo quedé como en *shock*, entonces me decía ‘pero Elizabeth ¿qué nombre...?’ y yo le decía no sé, vean ustedes con la Julia, con la Ana, elijan ustedes. (Elizabeth)

El espaciamento entre uno/a y otro/a hijo/a es algo que las mujeres tienen en cuenta en su trayectoria reproductiva. Generalmente se intenta dejar pasar mínimo tres años entre cada hijo/a, para darle tiempo de recuperación al cuerpo y poder centrarse en el/al más pequeño/a sin descuidar

al que le sigue en edad, son algunas de las razones que aparecieron en los relatos. Lorena plantea que con la llegada de un/a nuevo/a hijo/a hay un impacto emocional en los/as mayores, pues es un hecho que por cuestión de capacidad y energía, se les quita atención y aumentan sus responsabilidades como apoyo con sus hermanos/as menores.

5.4.3 Prácticas anticonceptivas y consecuencias de la desatención

Las píldoras anticonceptivas o “las pastillas” son el método que todas utilizan al comenzar su práctica anticonceptiva. Usarlas exige disciplina y poner un nivel de atención al que no todas están dispuestas o que no se les hace fácil, por lo que deciden dejarlas y cambiar de método, como fue el caso de Guadalupe que se cambió a los inyectables. Elizabeth no tuvo buena experiencia con las pastillas porque le costaba usarlas correctamente, sin olvidos, y cuando se olvidaba recurría al preservativo. Otras, dejan las pastillas por los efectos secundarios que notan en su organismo, como Manuela. Pero también hay quienes se sienten cómodas usando pastillas anticonceptivas, como Mariela, quién reconoce suyas las características que se requieren para ser una buena usuaria de este método.

Yo era bien rigurosa con las pastillas y nunca fue terrible tampoco tomármelas, o sea, para mí era como quien se lava los dientes después te *tomabai* la pastilla entonces tampoco nunca viví la posibilidad de quedar embarazada entremedio, por ejemplo, no era un peso. (Mariela)

Cuando se depende de la salud pública para conseguir el método, hay riesgos de discontinuidad por desabastecimiento y se debe comprar en farmacias, lo que no siempre es posible. Las causas de discontinuidad son muchas: que el método no está en el consultorio, que no disponen del dinero para comprarlo, “Cansada de inyectarme, que a veces había inyección, a veces no, fueron varias cosas como te explicaba, no habían ya los medios, que esa inyección es cara la de cada tres meses”

(Guadalupe), que los efectos secundarios son muy molestos o que están pasando por un problema de salud incompatible con el método. Los periodos de uso de métodos hormonales suelen ser largos, con muchas consecuencias para la salud de las mujeres. Manuela usó inyectable por seis años y Guadalupe por nueve años. Todas estas situaciones representan un riesgo de embarazo no deseado, abortos y acumulación de problemas de salud.

Sí, usaba las pastillas, no tenía el hábito de tomar pastillas, ahora sí con la *eutirox*, ando con esas cosas (muestra cajita para guardar pastillas) pero antes no, no tenía el hábito de la pastilla. De repente usaba cuando no había la *deprodazone* usaba la una al mes pero esa me sacaba muchas espinillas, me salían muchos granos. (Guadalupe)

Pero bueno, ahora estoy mejor y el año pasado tomamos, porque incluyo a mi marido, que dijo ya si mejor, porque estaba inyectándome anticonceptivos y a veces no había en el sistema público y había que comprarlo y las inyecciones que yo usaba no eran baratas también, eran caras. (Guadalupe)

El cuerpo se desajusta con los continuos cambios de método y los tiempos de suspensión, ante lo cual los cuerpos de las mujeres responden de diferentes maneras, pero quizás lo común sea que de alguna manera pierden el control sobre sus cuerpos. Así, la decisión de volver a tener un/a hijo/a no siempre coincide con el momento en que se deja de usar el método. Manuela quedó embarazada el mismo mes que suspendió el método, generándole desconfianza respecto a su eficacia, “En Septiembre dijimos ‘¡ya! vamos a hacer la niña’, ya, en septiembre ya se dio cuando la hicimos y todo, fue súper *cuático*⁵⁶” (Manuela). Elizabeth, en cambio se extrañó de lo mucho que se demoró para embarazarse nuevamente, “pero de la Paola como que quisimos...ay ya mejor no...pero estuve siete meses sin cuidarme, ahí queríamos tener otra *guagua*” (Elizabeth). Lorena, por su parte, se embarazaba rápido al dejar de tomar pastillas cada vez que decidieron con su pareja tener otro/a hijo/a, pero con la última fue diferente pues no usó métodos durante un año pensando en que ya no quedaría embarazada por haber tenido un aborto antes, pero sí sucedió. Mariela, por último,

⁵⁶ Expresión popular chilena que quiere decir exagerado, extraño o genial. En este caso se refiere a algo extraño.

usuaria permanente de anticonceptivos orales, quedó embarazada por segunda vez mientras estaba tomándolas, pese a que ella se define ordenada en su práctica anticonceptiva y regular en su ciclo menstrual, y en momentos en que la espera fue mayor, recurrió a pastillas para bajar la menstruación. Finalmente, los métodos anticonceptivos se apoderan de la regulación del cuerpo reproductivo de las mujeres y éstas pierden la noción de sus manifestaciones.

En febrero nos pusimos en campaña y a fines ya estaba embarazada, no tuve como problemas en que dejar de tomar pastillas y quedar embarazada, no pasó nada de tiempo. Después con la segunda, con ella, pasó como un mes más no más, yo iba a quedar embarazada desde enero y eso fue como en febrero también que quedé *embarazá*, súper rápido. Lo que sí, tuve que bajar un poco de peso, había subido de peso, tuve que bajar antes para no subir demasiado más en el embarazo. Luego se planificó el tercero y ese fue más complejo porque hubo un embarazo fallido, no sé qué nombre científico le dan, pero como que yo estaba embarazada pero no se formó el huevo. (Lorena)

La verdad es que llegó y yo me enteré cuando ya tenía como dos meses de embarazo, yo tuve periodo, a mí me llegó...o sea, yo creía que era el periodo, o sea, tuve sangrado mientras estaba yo ya *embarazá* entonces pero lo que si medio desordenado, yo dije algo raro debo andar con las hormonas medio extrañas le decía yo a mi marido, que raro porque siempre además he sido bien regular. Yo seguí tomando mis pastillas después, o sea, en el periodo en que yo estuve los primeros dos meses de embarazo yo tomé pastillas hasta que me enteré que estaba *embarazá*. (Mariela)

Yo me cuidaba con pastillas entonces suspendimos las pastillas como también llevaba muchos años tomando pastillas, también era un factor que podía afectar y ya, suspendimos las pastillas y no me llegaba la regla al mes siguiente, entonces la doctora me dio unas pastillas para que me bajara el periodo, yo llevaba una semana tomándome las pastillas y empecé a sentirme extraña y ahí me enteré que estaba *embarazá*. (Mariela)

La “T” de cobre es un método que varias usaron, con experiencias diversas, para algunas fue buen método, otras tuvieron malos resultados incluyendo embarazo y malestares, y también hay quienes nunca quisieron usarla por temor. Marion usó píldoras y dispositivos intrauterinos, métodos con los que en general no tuvo problemas, aunque su ex pareja le decía que sentía el dispositivo durante las relaciones sexuales y que le incomodaba. Guadalupe nunca quiso usar la “T” por temores fundados

en varias experiencias quirúrgicas que tuvo. Elizabeth sufrió dolores con el uso de este método y Manuela tuvo un embarazo y aborto usando la “T”.

Yo tomaba pastillas, las dejé, después al tiempo salí embarazada, no tuve que usar ningún tratamiento para salir embarazada, después que me lo tuve a él, después que tuve a la niña que se me murió no me planifique ni nada, me quede así y a los 8 meses salí embarazada de mi hijo y después estaba...me planifique con la “T”, en ese entonces era de plata, después tuve la “T” de cobre que era la que más, antes era como por la edad, no sé, y siempre me fue bien con la “T” nunca tuve ningún problema, de hecho dure 7 años con la “T”. (Marion)

Antes cuando estuve en el primer embarazo tuve una ulcera en el cuello del útero y que me la cauterizaron, te hacen así ¿cómo que queman?, así que de ahí me da susto cosas así como la “T” de cobre, cosas que pinchen, no sé, aunque dice que no pincha, pero no sé, me da susto. (Guadalupe)

Me puse el dispositivo y me molestaba mucho, tuve problemas, de hecho una vez fui al hospital porque sentía molestias y me dice ‘pero está aquí’ lo tenía suelto, lo boté y después otra vez me lo puse y también, me molestaba mucho, me dolía, al momento de que llegaba el día de la menstruación era doloroso así que después de tres años decidí sacármelo y pasaron dos meses y quedé *embarazá altiro*, fue súper rápido. (Elizabeth)

Manuela, para sus pocos años, tiene una larga y en general mala experiencia de uso de métodos anticonceptivos, teniendo que soportar diversos malestares tales como hinchazón permanente, dolor de cabeza, aumento de peso, desánimo para levantarse en las mañanas y cambios en su cuerpo que afectaron su salud. Probó con varios tipos de anticonceptivos hasta que se esterilizó. Uno de los efectos de los métodos anticonceptivos que usó Manuela, fue la suspensión de la regla, lo que no le parece normal y lo relaciona con su aumento de peso. En el consultorio le daban explicaciones no satisfactorias, responsabilizándola a ella por alimentarse mal, sin embargo, Manuela alega que en su casa siempre se comió saludable.

De la Elena con pastillas pero igual *hinchá, hinchá* y con dolor de cabeza, de espalda, horroroso, después probé con la inyección mensual, ahí estuve un poco mejor, no pero tampoco me...y la otra la última que use antes que me operaran fue la de tres meses pero igual me sentía súper mal. (Manuela)

Aparte que no me bajaba nada de regla, no tenía periodo y entonces por eso yo creo que...las matronas decían que no, que era porque comía muchas tonteras, ¡y yo no era así *po*!, en mi casa

no se come...mi mamá siempre, y ahora que es enferma ella, cocía sin cuero de pollo, no compra carne con grasa, aceite no hacemos frituras, nada de eso *po'*, yo siempre he comido normal no más *po'*, igual, comiendo igual engordé mucho. (Manuela)

El uso prolongado de métodos es una pesada carga para algunas mujeres, se sienten cansadas de soportar los efectos secundarios, además de los problemas para proveerse del método y usarlo correctamente para que sea eficaz. Por esto, la práctica anticonceptiva es una de las motivaciones para esterilizarse y cuando ya lo logran, dejar de usarlos es uno de los beneficios que disfrutan.

Primero que todo, olvidarme de estar usando métodos anticonceptivos, o sea, ya me olvidé, o sea, es una preocupación menos y bueno y asumir que ya no corro el riesgo de quedar *embarazá*, de pasar así como el susto, porque igual con los anticonceptivos también *podiai* correr el riesgo de que no fueran efectivos. (Guadalupe)

Cada tres meses, lo probé todo *po'*, me faltó la cuestión en el brazo que eso es hace poco no más *po'*...pero sufrí mucho yo, dolor de cabeza, era horroroso, entonces por eso tomé la decisión de...y ahora no *po'* nada, todo bien, ni un dolor de cabeza, de espalda, *na'*. Así que por eso es buena decisión. (Manuela)

El condón es utilizado como método de emergencia, en momentos en que no se está usando un método en forma permanente, cuando por alguna razón se interrumpió el método que se estaba usando, pero les provoca inseguridad porque depende de la voluntad de la pareja, quién no asume la prevención con la misma responsabilidad que ellas, por lo que intentan reemplazarlo en corto tiempo. Manuela quedó embarazada por primera vez usando condón.

Sí, pastillas pero hacían muy mal, me dolía la cabeza, la espalda, yo creo que era eso *po'*, porque después las dejé de tomar y me sentí mejor, ahí usé preservativo un tiempo pero encontré igual que era como riesgoso. (Manuela)

Lo encontraba muy inseguro yo, que a veces se los ponía a veces no, entonces como que *uyy* ya me estaba preocupando y ¡yo no quería tener más hijos *po'*!, prefiero quedarme con las dos no más, yo creo que la vida de ahora es como *pa'* dos hijos, no más. (Manuela)

Cuando me operaron de la vesícula, por el tema que estuve *hospitalizá* tanto tiempo y justo ya me tocaba la inyección y cuando tu dejas el tratamiento para retomarlos de nuevo tienes que esperar menstruar, que en mi caso no pasaba, tenía que esperar eso y como no pasaba estuve hartito rato sin, sin utilizar inyección, puro preservativo. (Guadalupe)

Desde que la mujer toma la decisión de esterilizarse y la expresa en una solicitud formal en el sistema de salud hasta la cirugía, si es que ésta llega a concretarse, pueden haber consecuencias que afectan la salud y la trayectoria de vida de la mujer. Manuela se vio obligada a continuar usando métodos anticonceptivos que le provocaban malestares y problemas de salud lo que no impidió quedar embarazada y abortar, debido a que esperó alrededor de 4 años para ser atendida en su deseo de ser esterilizada. Estaba usando la “T” de cobre cuando quedó embarazada. Después de esta experiencia aumentó su deseo de esterilizarse.

La niña nació el 2009 y yo el 2013 yo no tenía idea que estaba *embarazá*, entonces en año nuevo ahí me anduve mareando (ríe) y me caí de una escalera, entonces ya era como fin de mes y yo, claro, era como el cinco y a mí no me bajaba la regla todavía, entonces después empecé a sangrar y yo pensé que era regla normal, entonces sangraba después una semana sangrando, muchas toallas higiénicas y yo no pensé, ya no era normal *po'*, como al sexto día fui a la posta y claro tenía dos meses y medio de embarazo y ahí perdí y eso que estaba con el dispositivo, eso es lo que raro *po'* y claro, tenía todo infectado y a todo esto yo no me sentía ni un dolor nada, ni una anomalía, así que me hizo mal. (Manuela)

Lorena comenzó a tomar píldoras anticonceptivas por indicación médica para tratar el acné sin aun tener vida sexual activa, manteniéndolas durante ocho años en que se le presentaron problemas y trastornos de salud, tales como aumento de peso y pérdida del deseo sexual. Por influencia de su familia y de su participación en la iglesia católica pensó en usar el método *billing* pero lo desechó por no considerarlo seguro y no sentirse en condiciones de cumplir con la dedicación que se requiere. Para Lorena este tipo de métodos no son científicos y, por lo tanto, no son seguros.

Nos sugirieron, nos aconsejaron el método *billing* pero yo creo que ese método es como...claro, es como método natural pero es como, muy...no es como científico, es como...a ver como lo puedo explicar, yo tengo que conocerme demasiado mi cuerpo y yo, por ejemplo, mi naturaleza es ser volada entonces a lo mejor dije yo voy a...que tengo que sentir yo en mi cuerpo para saber qué es, de repente voy a tener algo una mucosidad y será el momento, no me dice es que la temperatura cambia y tú vas a sentir...pero ¿cómo voy a sentir ese cambio de temperatura? ¿Voy a tener que estar muy pendiente?, es como muy riesgoso. (Lorena)

El comienzo de la práctica anticonceptiva conlleva legitimar socialmente la vivencia sexual a una edad que aún se cuestiona, enfrentando prejuicios y estigmatizaciones, y ausencia de orientación y educación en sexualidad. Marion cuenta que fue con amigas con quienes supo de las pastillas anticonceptivas porque no tenía otra fuente de información, y Mariela, gestionó una consulta médica para obtenerlas al tiempo que comenzó a tener relaciones sexuales, a escondidas de su familia, “No lo conversé con nadie, no, o sea, impensado, mi papá, además que yo era la última mujer se iba a morir, nooo” (Mariela).

Yo empecé a usar método con el primer *pololo* porque me daba pánico el tema del embarazo, ahora si yo miro para atrás yo creo que no tenía posibilidades de quedar embarazada pero bueno, si *po'*, yo empecé a cuidarme como a los 17. (Mariela)

Y de cuidarme no se te decir pero siempre me cuidé con pastillas, las pocas veces que usé, me cuidé con pastillas y en ese entonces no había, o sea, no buscaba en internet yo porque no sabía, lo que sí, que me juntaba con mujeres siempre más mayor que yo, y ellas me enseñaba, o sea, lo que yo podía captar y escuchar, no era que ellas me decían ven que te voy a enseñar, no, sino que a mí siempre me gustó estar dentro de las mujeres más mayores y así fui aprendiendo. (Marion)

5.4.4 *Los caminos de la esterilización*

En el proceso de solicitud de la esterilización del sistema de salud, las mujeres son informadas sobre las dificultades existentes, comenzando por el tiempo que probablemente tendrán que esperar. En general, llegan a pedirla teniendo una idea de qué se trata e incluso enteradas de las complicaciones de acceso. A Guadalupe la llamaron alrededor de un año después de haberla solicitado para ratificar la decisión, pero logró esterilizarse finalmente a los siete años de espera. A Manuela se le informó que el tiempo de espera era largo, a lo que ella estuvo dispuesta con la esperanza que ese día algún día llegaría.

Cuando la Celeste tenía tres años... ¿o dos? Porque esperé como cuatro años más o menos me acuerdo, me dijeron que tenía que esperar como cinco, por eso decía yo ‘ah me falta un añito todavía’ porque ahí todo me hinchaba mucho, si yo estaba gigante ¡95 kilos *po'*!, entonces no sé si era subida de peso por los...y ya estoy en ochenta y...voy bajando desde que me operé he

bajado harto de peso todos estos meses. Así que eso *po'*, me llamaron, me dijo venga el día martes porque está aprobada para una operación y si todavía quiero *po'*, obviamente le dije sí, si voy a estar allá. Igual me entrevistaron, me dijeron que igual lo que iba a pasar y todo, le dije sí que yo estaba de acuerdo que yo no quería tener más hijos, así que ya dijo vamos a hablar con el doctor, que necesitaba una cirugía alta y una baja y la mía como era baja salí aprobada *altiro*, ¡yo estaba feliz *po'*, saltaba! (Manuela)

No es una ni dos las motivaciones para esterilizarse sino un conjunto de factores que inciden en ello. Varias ponen en primer lugar los problemas de salud pero a medida que avanza la entrevista, aparecen intereses personales por los cuales no quieren tener más hijos/as o una evaluación pragmática de las condiciones en que viven. La única que estuvo siempre decidida a esterilizarse una vez que tuviera la cuota de hijos/as que deseaba tener es Manuela, la más joven del grupo. Para otras, como Guadalupe, fue una combinación de factores, destacando la ambición personal de desarrollarse en el ámbito laboral, “el ser más independiente porque un hijo te amarra, o sea, te coarta la posibilidad de hacer otras cosas”, pero también influyó la cambiante situación económica debido a sus procesos migratorios y a la inestabilidad laboral de su esposo. Para Mariela fue predominantemente un asunto de salud. Marion, se vio obligada a esterilizarse porque ya iba a tener su cuarta cesárea y su pareja no quería más hijos/as. Para Elizabeth y Lorena, además de los problemas de salud, las motivó el cansancio y agobio con que viven el trabajo reproductivo y la situación económica.

Se unieron varios factores, uno el tema salud, que yo ya no me...como dije con todos estos achaques y después teniendo *guagua* y ahh todo eso, dije ya no. Otra que cuando inicialmente me inscribí para que me hicieran la operación ahí fue netamente tema monetario porque la situación económicamente había cambiado abruptamente y no podía darme el lujo de quedar *embarazá* nuevamente y ya después al pasar el tiempo fue el tema como te decía salud, y ya cuando me volvieron a preguntar si me quería operar, ya era el tema que yo me dedico en forma independiente al trabajo que yo realizo, que es la confección, se llama mujer microempresaria que no puede ser...o es mamá o es microempresaria, opté la opción de trabajar y no más *guagua*. Por eso, son los tres factores. (Guadalupe)

De verdad que me operé, o sea, yo no quería operarme pero en vistas de que ya tengo 4 cesáreas no puedo tener más, era muy arriesgado tener más, aparte ya tengo mi útero bien me dijo la

doctora y todo pero que era mucho ya cuatro cesáreas era demasiado, aparte que no es tan fácil tampoco, muy difícil ya, 4 bebés, pero yo no me quería operar. (Marion)

Así que lo conversamos la verdad con mi marido, a mí me dolía en el alma en un inicio considerar el operarme porque yo decía, *pucha*, con dos igual es poquito, a lo mejor otro más, pero la verdad es que en el proceso del embarazo me fui convenciendo de que no iba a estar físicamente lista para para después tener otro hijo, yo no lo iba a tener luego, o sea, si iba a esperar ¿iba a esperar cinco años más? entonces si ya con 35 años estaba con problemas, a los 40 *pa'* mi iba a ser inviable. Entonces tampoco iba a estar dispuesta a tomar medicamentos, pastillas. O me operaba ahí o me iba a tener que operar después solo *pa'* operarme y estarme cuidando con pastillas anticonceptivas. (Mariela)

Si tuviéramos los recursos ya sería diferente porque claro, hubo en un principio una intención de que hubiese una persona que me ayudara en la casa y todo, pero no se pudo y más encima ahora después llegó lo de mi suegra entonces menos se puede. Yo creo que en el corazón a él le gustaría tener más hijos, sí, igual rabea con los niños de repente también porque a él le toca los fines de semana quedarse con ellos y con la mamá *po'* y rabea con la mamá *pa'* abajo, ninguno se salva, pero si estuviesen las condiciones yo creo que él feliz. (Lorena)

En el proceso de decisión, el marido o pareja es consultado pero es variable su influencia y la responsabilidad que asume. Cuando no quieren cerrar la posibilidad de tener más hijos/as, intentan convencerla que cambie de opinión, lo cual logran a veces como fue el caso de Guadalupe. En su tercer parto, el marido le pidió entrando al pabellón quirúrgico que no se operara, a lo cual accedió y “perdió” la oportunidad en la cesárea, tuvo que esperar siete años para una esterilización de intervalo, que es la que menos se realiza y con mayor posibilidad de complicaciones como efectivamente ocurrió. Finalmente, él aceptó. El personal de salud se enfrenta a esta situación frecuentemente, “siempre me hacen lo mismo, se acerca el marido a hablarles al oído y se arrepienten”, le dijo el médico a Guadalupe. Elizabeth y Lorena tomaron la decisión junto a la pareja, aunque ellos hubieran tenido más hijos/as, les costó convencerse e incluso intentaron disuadirlas, pero cedieron ante los problemas de salud que ellas presentaban. Los relatos de Marion y Mariela muestran la situación contraria, estaban dudosas y la pareja no estaba interesado en tener más hijos/as, volviendo a la consulta un mero acto formal porque delegaron en ellas la responsabilidad de resolver.

De repente sí le da como que dice ‘ah que ya no va a poder tener más hijos’ por lo menos conmigo pero a la vez entiende de que no se puede, por el tema de que yo estoy ahora, estoy en la etapa de trabajar, de ser independiente, de preocuparme más de mí, cosas que si tuviéramos un hijo no podría ser ahora, estaría cuidando *guagua*...no podría ser independiente en mi trabajo. (Guadalupe)

Desde que empezamos a pololear o desde que nos conocimos mejor dicho, él me dijo a mí que no era *muchachero*, él no es de los que le gustan tanto los muchachos (...) entonces yo por hablar con él y todo porque como por cumplir pero no yo sabía que no, me decía que yo era la que sabía pero que por él sí me operara pero si yo no quería, que no me operara. (Marion)

Él no quería, obvio, no *po’* obvio. Pero fue más por cómo se llama, no por el niño ni nada porque él feliz con las chiquillas, pero decía, más adelante, no se *po’*, cuando estemos más grandes, más adultos, haber tenido otro...es que también es de familia grande entonces yo creo que eso, yo igual *po’*, yo desde chica siempre dije que quería tener cinco hijos y yo siempre dije, mi mamá se acuerda. (Elizabeth)

Cuando quedé embarazada de Alejandro él me había dicho, me dijo ‘bueno, yo hasta con uno me habría quedado’, entonces él se hubiera quedado feliz hasta con Manuel, o sea, *pa’* él no era un tema después tener otro más, o sea, no quedó sufriendo la diferencia. (Mariela)

Cuando me estaba yendo al pabellón mi esposo me preguntó si estaba segura porque por él, hubiese sido parto normal y hubiésemos seguido teniendo más hijos, a él le gustan los niños (...) Así que tomar la decisión no me costó, porque de hecho nosotros nos íbamos a quedar con dos y ya con tres ya estaba bien ya la cuota. Mi esposo decía (ríe) si nos ganamos el Kino unos 4, 5 podrían 6, ¡noo tendrías que adoptarlos! le dije yo porque yo no voy a tener más... ¡adoptados si *querís* todo lo demás! le dije yo pero (ríe) ni con el Kino, no, tener más no, es que uno se limita mucho, mucho. (Lorena)

La vasectomía es una opción considerada por algunas parejas, pero que pocas veces llega a concretarse, ya que, aunque se les ofrezca en la consulta médica, todo tiende a que sea la mujer la que finalmente se esterilice. A veces, ellas mismas desincentivan la iniciativa que puede tener el hombre justificando que al estar embarazada es cosa de “aprovechar el parto”. Sucede también que al no tener experiencia con el sistema de atención, el cual efectivamente está orientado a la atención de la salud reproductiva de las mujeres, no toman la iniciativa para iniciar el trámite. La motivación de ellos para considerar la vasectomía es aliviar los problemas de salud de su pareja. En un momento en que Elizabeth se sentía débil y con varios problemas de salud derivados del embarazo, él consideró la posibilidad de hacerse la vasectomía, sin embargo, como ella se siente

con mayor propiedad en esta materia, prefirió ser quién se esterilizara porque tenía el proceso de solicitud adelantado. En el caso de Lorena, su pareja tuvo la intención pero, como ella misma dice, finalmente quedó sólo en eso, “yo lo molesto le digo lo dilataste tanto, tramitaste tanto que me tuve que yo ligar no más *po*” (Lorena), incluso le propuso adoptar pero él se niega a esa alternativa.

Él quería operarse en un momento porque yo en el embarazo tuve problemas con la presión entonces a él le daba miedo eso (...) lo que pasa es que yo de mi hija no me tome los calcios, las vitaminas, nada, siempre he sido muy mala para las pastillas y tomar todos los días eso del fierro, del calcio, no, no me los tome. Y yo a mis dos hijas más grandes les di pecho hasta los cuatro años, entonces yo me descalcifiqué mucho en mi tercer embarazo, me bajaron las defensas, todo eso. Entonces ese era el miedo que él tenía y él también hubo un momento que dijo y si yo me... [Hago la vasectomía] pero no, dije no yo, ya tenía listo, así que ya y como fue rápido el segundo día me llamaron, entonces no tuve mucha posibilidad de ya a ver volvamos a pensar y a pasar el tema. (Elizabeth)

Y la verdad es que nosotros íbamos a llegar hasta ahí no más, no... si me cuidaba pero la verdad es que íbamos a cerrar la fábrica y la intención nuestra es que mi esposo se hiciera la vasectomía. Claro, porque era más rápido, más barato, todo era mejor si se lo hacía él. Y se nos ocurrió el tercero que fue el que no prosperó y de ahí yo ya no me seguí cuidando más y aun así yo no quedaba embarazada, entonces dije bueno será así no más *po*, que hasta ahí no más llegamos, con la segunda. (Lorena)

El entorno familiar es el primero que las mujeres consultan durante su proceso de decisión. Si bien, puede que la familia no tenga una influencia decisiva, sí contribuirá a reafirmar la decisión ya tomaba, ya sea por el apoyo que encuentra como en el caso de Manuela como por la oposición, como en el caso de Marion. En la familia de Manuela siete mujeres se esterilizaron jóvenes, son de pocos hijos/as, incluso una de sus hermanas tiene uno y no quiere tener más, aunque aún no se esteriliza. Entonces, no fue sorpresa cuando ella decidió esterilizarse, “con mi hermana mayor, ella como que me apoyó a mí, me dijo que era decisión mía porque ella quería tener uno no más *po*, al puro Carlos, no quería tener más hijos ella” (Manuela). Marion, le comentó a su hermana -que es parte de su familia que se encuentra en República Dominicana-, quién le aconsejó que no se esterilizara porque más adelante no iba a tener cómo darle un hijo al próximo hombre que tuviera

en caso de separarse. Marion no estuvo de acuerdo pero comprendía sus razones pues fue histerectomizada muy joven, producto de lo cual tuvo depresión.

Lo único que dijeron es decisión tuya, nada más, ni que porque lo voy a hacer, no nada, yo me voy a operar, chao decisión tuya, es tu cuerpo, chao, lo único que dijeron todos. Mis primas igual están todas operas casi con dos hijos, parece que viene de familia a lo mejor, no sé. (Manuela)

Ella siempre pensando en un futuro pero estará loca un futuro *pa'* qué, yo voy a tener otro hombre acaso, yo no quiero más hombre ni quiero más muchacho, no, me dijo tú nunca sabes si te puede dejar ese hombre mañana y tener otro hombre y no tiene hijo o quiere un hijo y no se lo vas a poder dar. (Marion)

La decisión de esterilizarse implica a veces ir contracorriente y enfrentarse con una institucionalidad de salud que querrá disuadirla. Esto le pasó a Manuela, que por ser joven y tener dos hijas, estaba fuera de la priorización subjetiva de la esterilización. Desde que ingresó al hospital hasta el momento mismo de la cirugía, todo personal de salud que la atendió, opinó, le preguntó, insistió y cuestionó su decisión. Fue muy presionada pero no vaciló, porque desde siempre tuvo claro que quería solo dos hijas, pero quizás otra mujer sin esa una convicción habría desistido.

Porque los doctores me decían 'no, que después vas a tener que venir a arreglarte', no, porque es una decisión que tomé y nadie puede meterse en mi decisión. Todos, todos, desde que llegué, me empezó a decir, que no, que no iba a poder tener más hijos, yo decía no, porque es mi decisión, yo no quiero tener más hijos, estoy bien con las dos y después igual *po'*, el que iba entrando me iba diciendo, ahí yo repetía no, no, no, si quiero, si quiero, hasta que ya estaba con los pies abiertas ahí, el doctor me decía, ya te voy a *cortaar*, te voy a *cortaaaar*. Si, si es verdad, hasta el anestesista todos, '¡ah!, la mujer tan joven y ya toma decisiones'. ¡Obvio, si yo soy adulta ya *po'*! le digo. 'Te voy a cortar, ¡ya! no *podís* hablar más porque ya *estai* lista'. Hay gracias le dije yo, nada más. Desde que llegue a las 8 de la mañana hasta las 4, todos me decían, después no vas a poder, ya, no importa decía yo. (Manuela)

Consultadas sobre la atención recibida durante la hospitalización, la evalúan bien, incluso cuando la experiencia es negativa como en el caso de Guadalupe, que en la operación sufrió complicaciones. El resultado no lo atribuye a un mal desempeño medico sino a su supuesta mala suerte, porque no es

primera vez que sufre complicaciones producto de intervenciones quirúrgicas. Manuela, por su parte, describe su hospitalización e intervención quirúrgica como ambulatoria, rápida, y valora la deferencia del médico con ella al preocuparse por realizar una cirugía vía vaginal atendiendo a sus partos normales.

Vaginal, porque el caballero, el doctor me buscó si tenía alguna cicatriz de cesárea yo le dije que no, que yo no tenía nada *po'*, me dijo no dijo entonces... porque me iban a hacer un tajo supuestamente en el ombligo me explicaba la enfermera antes que yo había llegado, yo le dije que no porque que sea no me gustaría que me tajaran, entonces dijo lo que sea *po'* y el doctor dijo 'no', dijo, 'si ella no tiene nada en su guatita no, por abajo no más', así que fue intravaginal. (Manuela)

Quedé conforme pero lo que me pasó, o sea, eso fue lo único que no me gustó, que justo me ocurriera eso. Pero me habían hablado de que podía, o sea, que es uno de los riesgos que se corre al no haberlo hecho justo cuando tuve la cesárea, por hacerlo después. (Guadalupe)

Hay situaciones en que las mujeres que pidieron esterilización, se arrepienten a última hora o están dudosas porque necesitan ver que su hijo/a nazca bien o de acuerdo a sus expectativas. Según el criterio médico, la mujer debe solicitar la esterilización con un tiempo suficiente para asegurar una decisión firme y consciente, lo que se estima debe darse en periodo de control del embarazo y según recomendaciones oficiales, se acepta que pueda arrepentirse en cualquier momento (MINSAL, 2010). Esto no sucedió en el caso de Marion, quien debido a la pérdida de su primera hija a los días de nacida, no estaba totalmente convencida de esterilizarse pero la médica tratante le negó la posibilidad de decidir una vez que se estuviera segura de la salud del recién nacido. En el caso de Elizabeth, habría querido saber el sexo del bebé porque deseaba un niño.

Pero como yo tuve una bebe con problemas, yo te conté, la primera, me dio como miedo y dije a lo mejor, entonces yo le decía a la matrona que porqué ella no esperaba que el bebé naciera en la sala de cirugía me dijo que no era posible porque esa era una decisión que no se puede tomar así de una vez, que había que tomarla con tiempo y no se puede tomar de una hora a otra y que no era posible operarme allá ni firmar allá, entonces ya le dije bueno que sea lo que dios quiera y firmé la hoja del consentimiento y ahí entonces todo salió bien, gracias a dios. (Marion)

No estaba muy segura en ese momento porque yo hice todo donde me dijeron... como yo tenía dos niñas y ya estaba esperando el tercero, entonces dije 'ya tengo el niño, dos niñas'... pero en ese momento me había salido otra niña, y quede como con las ganas de tener el niño, ahí dudé. (Elizabeth)

Elizabeth fue una de las afortunadas de ser esterilizada sin tiempos de espera, salvo el que transcurre con el embarazo y habiendo seguido la ruta de atención estipulada en la salud pública. Solicitó ser esterilizada durante los últimos meses del tercer embarazo y fue operada durante la hospitalización por parto, ahí se da cuenta al conversar con las mujeres que compartían la sala que la suya no es una situación frecuente, pues debieron volver a sus casas sin conseguirlo o llevaban esperando años para ser esterilizadas.

Fue *altiro*, fue rápido, yo salí al tercer día normal de que uno está en la maternidad, ya *operá*, yo tuve suerte, yo allá conocí a niñas que llevaban casi un mes esperando que la llamaran para operar, estaban hospitalizadas, ellas decidieron quedarse ahí, preguntaron si se podían quedar por el hecho de que la mayoría sale y le dicen 'ya, te llamamos', pero... yo conozco una niña que pasaron años que no la llamaban. Entonces se quedaron ahí. Y yo tuve suerte que al segundo día de haber tenido a la Paola, entran y dicen 'necesito cinco mamitas para operarse'... ¡*altiro!* (Elizabeth)

Al personal de salud le importa transmitir seguridad respecto a la eficacia del método, no sólo sobre su alta tasa de éxito, sino también sobre el carácter permanente del método y las dificultades de reversión. Tal mensaje lo entregan en la consejería, en las distintas oportunidades de atención que el personal tiene para interactuar con la usuaria y en la misma cirugía, con una práctica que tienen algunos/as médicos de hacer partícipe a la mujer del proceso quirúrgico mostrándole los trozos de trompa a medida que los cortan. Esta práctica se reportó en quienes se atendieron en clínica privada. Las mujeres reaccionan dependiendo de las motivaciones de su decisión, si hay alguna duda, caer en cuenta del significado de la cirugía es más duro que si hay total convencimiento. Marion sintió una sensación extraña, "le dio cosa" y tristeza.

Te cortan y te quitan... me cortó y me mostró ahí está uno, ahí está el otro, me daba como una penita....pero bueno. (Marion)

Me las cortaron, ‘cortá’, porque hay muchas que la amarran, no sé, las ligan, no cacho, a mí me las cortaron, la doctora me dijo ‘nunca más, ya, ya no vuelve e tener’, me cortó una cuestión chiquita así’, me la mostró, me dijo ‘mira esta es la primera’ me la pasó por arriba de la cosa que le ponen a uno y ‘ésta es la segunda’, ‘ya está lista, nunca más, solo por obra y gracia’ me dijo. (Marion)

Que cortaron las trompas, de hecho ella me mostró, uno se las imagina más grandes *po*’, me mostró unos globulitos chiquititos *po*’, ‘aquí están’ me dijo, ‘para que sepas, por si acaso’, diferente es, por ejemplo, mi hermana creo que se ligó, eso es reversible, en este caso esto no *po*’, se cortaron y se cortaron, no hay vuelta atrás, no hay arrepentimiento. (Lorena)

Otras representaciones de la esterilización se refieren a lo que se hace durante la cirugía, si las trompas se cortan o se ligan, atribuyéndole mayor seguridad al corte. En el momento de la operación, ellas están conscientes y, si bien, no todos/as los/as médicos/as muestran a las usuarias el procedimiento, ellas sienten lo que está pasando. Así, por ejemplo, Manuela relata que le “bajaron cosas” y tenía “todo afuera”, a lo cual atribuye las molestias y dolores que tuvo en los días siguientes, “Yo vi como que algo, como que me tira...sentí como que me bajaron muchas cosas y como que eso más me molestaba después” (Manuela).

Pese al esfuerzo por transmitir la idea de la esterilización como método definitivo, el hecho que se acepte la posibilidad de falla –estipulada además en el formato de consentimiento informado–, genera cierta incertidumbre: “Sí, igual, más seguro, aunque igual me metieron miedo que se podía regenerar la cuestión” (Manuela). Por otro lado, una fuente de información de las mujeres son otras mujeres que tuvieron la experiencia, más allá que ésta sea correcta o no, ejercen influencia en la percepción del método. Marion tenía temor por posibles complicaciones y secuelas porque una amiga le advirtió que después de la cirugía podían venir enfermedades graves como el cáncer.

Me dijo ‘yo después que me operé he tenido tantos problemas’ me dijo ella, no sé, pero empezaba a tener problemas de cáncer, del útero, que se yo, no sé, me dijo que ha tenido hartos problemas, le dije bueno, no sé, pero yo ya lo hice. (Marion)

Yo tuve que firmar el papel, bueno todas, el papel donde dice si es que falla, es porque hay posibilidades que falle *po'* y que no es culpa de ellos, es porque esto puede fallar, pero hasta el momento me ha resultado bien y la Paola ya tiene dos años. (Elizabeth)

En la salud privada, la ruta de atención se simplifica porque la usuaria ya tiene relación previa con la/el ginecóloga/o que la va a operar, la ha seguido en su embarazo, por lo tanto, hay más posibilidades de conversar sobre las alternativas y tomar una decisión informada. Las cuestiones administrativas relativas a la esterilización son rápidas, el consentimiento informado se firma en la consulta privada o en el momento mismo de la hospitalización. Respecto a la parte económica, Lorena tuvo sus partos en clínicas distintas y buscando la opción más conveniente, lo hicieron a través de FONASA para cubrir de una vez la cesárea y la esterilización.

Pero es que mucho más allá que explicar no había porque uno ya iba con esa intención, o sea, nosotros le propusimos eso a la doctora, no fue ella quien nos sugirió nada, ella nos explicó y que estaba de acuerdo, que estaba bien...porque de hecho como el tema se había tocado en alguna oportunidad antes porque como mi esposo se lo iba a hacer, la doctora le dijo que sí, que era incluso más fácil en los hombres, más rápido y todo y bueno, el tema había quedado ahí. (Lorena)

5.4.5 Cambios, complicaciones y evaluación de la experiencia

Varias de las entrevistadas tuvieron secuelas o complicaciones derivadas de la salpingoligadura. Guadalupe tuvo una lesión a la vejiga y Elizabeth padece molestias y dolores en la zona umbilical después de dos años de haber sido esterilizada por umbilical. No ha ido a control médico por las dificultades de acceso que tiene como usuaria del tramo A de FONASA, que le implica largos tiempos de espera, no puede pagar en forma particular los exámenes médicos y en las prioridades de la distribución del ingreso familiar así como del tiempo diario, es secundaria la atención de su salud.

Guadalupe tuvo complicaciones derivadas de la cirugía –que están estipuladas en el formato de consentimiento informado y de las que ella recuerda haber sido informada-, provocándole molestias y dolores, uso de sonda para orinar, inflamación de la herida, todo lo cual la obligó a guardar reposo en su casa y a desatender su trabajo que se encontraba en una temporada de alta productividad. Marion tuvo una hemorragia fuera de lo normal durante su cirugía, observó que al equipo de salud le costó controlarla, pero no supo la causa o su gravedad y supone que se debió al corte de las trompas, “Ella me hacía, me la sacaba de aquí la sangre, me exprimían de aquí y me bajaba mucha sangre y después me lo controlaron no sé cómo pero no se me controlaba el sangrado” y después quedó con problemas digestivos.

Justo como la... “de una en mil” me pasó a mí de que en el procedimiento, como yo tengo tres cesáreas, al hacer el corte por la misma cesárea me pasaron a llevar la vejiga, así que no fue *na'* ambulatorio, tuve que estar varios días hospitalizada, tomando antibióticos, con una sonda y bueno, me mandaron así *pa'* la casa con una sonda, no pude trabajar, no pude hacer nada, varios días hasta que después me retiraron la sonda, porque ya...es que era para que no se inflara la vejiga, como estaba saturada, era para que no se reventara, no sé, y aparte que tuve que tomar antibióticos, así que no fue una experiencia muy grata para mí porque lo que era ambulatorio pasó a ser ya de varios días. (Guadalupe)

Al principio de que me operaron me costó como eso de, quedé como rara, quedé como estreñida, me da mucho estreñimiento cosa que a mí no me pasaba, tan pronto me operaron yo sufrí de eso, de ahí para acá, pero no tampoco un estreñimiento severo pero sí en comparación como yo era antes, sí, y cuando me operaron me costó ir al baño, mucho, y también cuando me operaron me dio un sangrado muy fuerte, lo único que me pasó fue eso pero después mi cesárea. (Marion)

También mas hinchada y me duele ahí cuando me aprieto, me duele por ejemplo me he agachado así no más y me da como un dolor. Me han pasado hartas cosas, harta inflamación, pero no sé, no sé, lo que pasa es que me dan diagnóstico pero no hay como un...ecografías, un scanner, nada *po'*. Por ejemplo, ya he tenido tres veces gastroenteritis porque se me infla mucho la guata, me duele mucho...pero no se...quiero hacerme una ecografía, apenas pueda me voy a hacer una ecografía, el Juan el que más me dice ‘apenas podamos Eli una ecografía’, para ver bien...porque a todo esto me salió una pelotita al lado también. (Elizabeth)

Tengo que darme el tiempo porque con tres, tengo que tener tiempo para sacar la hora, para ir a la hora...ahora ya creo que me va a aliviar un poquito más porque si la Paola va al jardín, para ir sola porque tenía que ir con ella al hospital, tengo que andar con ella en brazos y me duele, me la tengo que correr *pa'* allá, *pa'* cá, en los lados la tengo que tener yo no la puedo tener acá y ya es grande ya, tiene dos años. (Elizabeth)

La menstruación y la sexualidad son los ámbitos que sufren bastantes alteraciones pero que menos reciben atención, tanto de parte de las mujeres como del personal de salud. En relación al ciclo menstrual, a algunas no les llegó más *la regla*, a otras se les alteró el ciclo cambiando el flujo y la regularidad. Guadalupe no sabe si atribuir la suspensión de su menstruación a un posible proceso menopaúsico o a la esterilización, lo que sí tiene claro es que son cambios que se le presentaron luego de ser operada y siente extraño no tenerla. Lorena, después de cuatro años que lleva esterilizada, los cambios se manifestaron en ciclos irregulares y más abundantes, pero no lo plantea como un problema de salud o una molestia mayor. Repitiendo la explicación de su médica, atribuye estos cambios al cese de la práctica anticonceptiva. Para Elizabeth, las menstruaciones se han vuelto irregulares, más abundantes y dolorosas.

Cuando tenía sangramiento yo sentía como que bajaba, decía ‘¡ah me está llegando la regla!’ y no alcanzaba ni a mancharme y me estaba llegando, era así como de sentir mi organismo y no lo siento ahora, no me llega, no siento eso, que ‘¡ah!’ es como que tu sientes por dentro que va bajando el fluido internamente y ahora no, no me pasa eso. (Guadalupe)

Es que como me dijo como yo ahora no estoy tomando anticonceptivos, entonces como que ahora estoy como ovulando y a lo mejor como que el endometrio se dilata un poco y eso provoca que yo tenga como un sangrado y después viene como la regla misma, entonces tengo como en una semana tengo como tres días, pasa una semana y me viene la regla abundante. (Lorena)

Ve que me va a llegar me enfermo pero mal, me llega distinto no como antes, caigo hasta en cama y mucho. Yo era súper regular también, me llegaba cada 20 días me duraba 3, 4 días, ahora, dura 5...y más que nada es la molestia en el ombligo. (Elizabeth)

Después de ser esterilizadas todas han notado cambios en su vivencia sexual, no siempre negativas, de hecho para Manuela y Lorena ha sido la oportunidad para disfrutar y darle más atención a este aspecto de sus vidas, “Ahora que no puedo tener hijos *buuu* (ríe)” (Manuela). Dejar atrás el temor al embarazo y la sensación de estar en una nueva etapa de sus vidas, son compartidas.

Hay quienes han notado cambios problemáticos en su sexualidad. Guadalupe pasó un largo tiempo con molestias derivadas de las complicaciones quirúrgicas que afectaron su sexualidad. Identifica sequedad vaginal y “frigidez”, refiriéndose a la falta de deseo, “Algo de frigidez noto yo, me cuesta, me cuentas las relaciones” (Guadalupe), pero no sólo ella manifiesta problemas en este sentido sino también su pareja. No tiene claridad sobre sus causas, pero sí que después de la esterilización se acentuaron, “Yo lo estado como asociando a eso porque antes era más activa, ya estoy como *fome*⁵⁷ encuentro yo y ahora más *fome* aun porque como ando como *enojá*”, piensa que puede ser de orden psicológico y quizás tenga que ver con lo que le dijeron, “yo había escuchado de que después que te hacen la ligadura o te pones de fuego o te pones de hielo” (Guadalupe). Antes de su esterilización Lorena pasó por un largo periodo en que le ganaba el cansancio inhibiendo el deseo sexual, lo que ella también atribuye al uso de píldoras anticonceptivas. Una vez que se dejó atrás el temor al embarazo, notó cambios positivos en su sexualidad, aumentó el deseo pero reconoce que es tarea pendiente hacerse el tiempo y más espacios de pareja.

No lo asumo físico, es como...quizás psicológico, no sé, será que he estado con mucho estrés, mucho trabajo. Antes lo asumía porque estaba como recién curándome por dentro internamente, pero ya creo que no es eso. Por eso que tengo que ver a la matrona que me revise y ver qué pasa porque me preocupa el tema que no estoy menstruando o es que ya me llegó la menopausia adelantada. (Guadalupe)

Yo creo que más positivo porque yo creo que la...lo habíamos comentado creo que anteriormente, que el uso de pastillas me tenía así como *fome* así sin ganas, no sé, coartada, bueno, eran otras etapas también, yo vivía súper cansada y ahora que ya no estoy con las pastillas a lo mejor esa parte hormonal...como se llama eso ¿la libido? Antes no tenía tanto, no tenía ganas y como vivía cansada menos ganas tenía pero ahora eso no me sucede, ahora es como mejor, pero mucho tiempo no hay (ríe), por eso hay que ver los tiempos. (Lorena)

Marion siente extraño no tener la preocupación de evitar un embarazo, “Se siente raro así al principio pero después tú te acostumbras...que no tomas nada ni tenga nada puesto”. La nueva situación la toma como una oportunidad para enriquecer la sexualidad, “si porque ya no tengo que

⁵⁷ Expresión chilena que significa aburrido.

estar usando la “T” ni pastillas ni nada de eso, si ya no, todo bien...se cerró la fábrica pero se abrieron los juegos de diversión”. Sin embargo, a poco más de un mes de su parto y esterilización, reconoce que no tiene ganas de nada, lo que atribuye al desgaste que le provoca el cuidado de sus dos hijos pequeños, uno recién nacido, y la rutina doméstica sin salir de casa, además de la dependencia económica a la cual no está acostumbrada.

Últimamente te digo la verdad no tengo ni deseo de nada, yo no sé si es porque estoy así, ando *bajoneada*⁵⁸, ando como tensa por el niño porque me satura todo el día, me satura todo el día, me estropea todo el día (...) no estoy como antes *pa'* que te digo (ríe), antes no se me quitaba pero ya no, como que me apagué (ríe). (Marion)

Mi marido me dice ‘ay ya no me atiende, que ya esto, no me quiere’, no...no se trata de eso, lo que pasa es que...no es que tampoco he dejado de quererlo pero como que yo no sé son los problemas, tensa que estoy así, la falta de yo trabajar siempre había trabajado, depender totalmente, cien por ciento de él me ha puesto también muy...no me ha hecho falta nada gracias a dios pero tampoco no es la idea de que...no me siento bien así, ni me siento cómoda y me ha costado asimilarlo, lo he hecho pero con sacrificio. El caso es que no tengo ganas, no tengo deseo de *na'*, lo hago pero ya no tengo deseo por ahora, no sé si también tiene que ver con eso, la operación, no sé. (Marion)

Mirando hacia atrás la decisión tomada y la experiencia de estar esterilizadas, las mujeres se sienten satisfechas y predomina una sensación de liberación, otorgada por el cese de las prácticas anticonceptivas. Al mismo tiempo, reconocen que es extraño no tener esa preocupación en sus vidas. Al imaginarse con más hijos/as en caso que no hubieran optado por la esterilización, se convencen que tomaron la decisión correcta. Lorena reconoce con humor que cuando ve un bebé le dan ganas, pero que se acuerda de sus tres hijos/as y “se le quita”.

Soy creyente, debiera pensar que los hijos son un regalo de dios y que dios provee, claro, hay un movimiento de la iglesia que piensan así y sientes así y lo viven así y no se cuidan, entonces van trayendo familias como de 9 hijos, 6 hijos y bien, pero yo en ese sentido soy más práctica, o sea, prefiero tres bien que, no se *po'*, unos 5 o 7 pasándolas mal de repente, no sé, a lo mejor no le di el espacio a dios para que él decidiera en ese sentido y tomamos con mi esposo nosotros la decisión porque es como tener el control de lo que tú vas a hacer con los hijos. Si yo no me

⁵⁸ Expresión para referirse a una persona que está deprimida o con bajo ánimo.

cuidara y si yo siguiera teniendo hijos, yo no sé qué pasaría más adelante, si voy a poder darle una buena educación, una buena alimentación, una buena vivienda, porque los medios económicos de nosotros no nos dan para más *po'*. Mi esposo ahora está tratando de continuar unos estudios para optar a algo mejor y poder dejarles una vida mejor a nuestros hijos en lo que es la parte económica, yo también me he sentido como súper desgastada, yo quiero mucho a mis hijos pero en mi físico yo me siento como desgastada en esa parte, a los huesos, no sé, por mi cansancio mental, la presión, eso. Yo creo que sigo manteniendo, sí uno echo de menos esos momentos de la maternidad, sí, pero creo que sí es una buena decisión.

Pero después claro no, ya tres, después hubiese tenido el cuarto, nooo, hubiese quedado pero...dificil también entonces ahí fue un rato que...pero no, creo que fue lo mejor y espero que me dure la operación porque también conozco otro caso que una niña que está esperando al quinto hijo y estaba *operá* y quedó *embarazá*. (Elizabeth)

Me siento como liberada del tema del cuidarse, de las pastillas, o sea, yo siempre fui súper ordenada entonces en las noches y ahora así como...los primeros meses como que me faltaba ir a buscarla (ríe), tenía como la costumbre después ya no así como ah! ¡Me liberé!” (Mariela)

Es extraño sentir que hay una parte de uno que ya no funciona como normal, por ponerle un nombre, pero la verdad es que yo es como, con el ritmo de vida no tengo mucho tiempo para pensarlo no más. (Lorena)

6. SISTEMA DE ATENCIÓN, PRÁCTICAS Y REPRESENTACIONES DEL PERSONAL DE SALUD

En este apartado se presentan los resultados de las entrevistas aplicadas a personal de salud que se desempeña en dos establecimientos de salud públicos de Valparaíso, un centro de salud familiar y un hospital regional, siendo un primer punto la caracterización general de los/as entrevistados/as.

Al igual que en el capítulo anterior, la información se presenta con párrafos introductorios sobre cada contenido reforzado con extractos de los relatos y se organiza en tres grandes temas, cada uno de los cuales contiene categorías de análisis específicas: 1) La esterilización en el sistema de salud; 2) representaciones en torno a la esterilización quirúrgica; 3) construcciones de género.

6.1 Caracterización del personal de salud entrevistado

Se realizaron entrevistas semi estructuradas a 20 prestadores/as de salud, 3 del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Jean y Marie Thierry y 17, del Hospital Carlos Van Buren, de distintas disciplinas: psicóloga, matrona⁵⁹, asistente social, médico gineco-obstetra, técnico paramédico y personal administrativo. Todos/as ellos/as actúan en alguno de los tres niveles de atención en la ruta que deben seguir las mujeres para acceder a una esterilización quirúrgica voluntaria en el sistema público de salud, desde la solicitud que se emite en la atención primaria de salud, pasando por la

⁵⁹ La matrona o matrócn se refiere a quién se formó en obstetricia o matronería, profesión médica que se encarga del embarazo, parto y puerperio, incluyendo la salud del recién nacido, y la salud sexual y reproductiva de las mujeres en todo su ciclo vital. En Chile es una carrera universitaria creada en 1834 por la Universidad de Chile y sería el símil de lo que en México se denomina partera profesional o partera técnica, cuyo desarrollo universitario es reciente (<http://www.medicina.uchile.cl/pregrado/resenas-escuelas/126706/escuela-de-obstetricia>).

interconsulta en el policlínico de especialidades hasta la cirugía en el hospital. También, la mayoría de los y las gineco-obstetras atienden en forma privada, ya sea en sus consultas particulares o en clínicas.

Casi todas las personas entrevistadas tienen una larga experiencia laboral en la salud pública – en promedio 18 años -, gran parte de la cual han desarrollado en el establecimiento de salud incluido en el estudio. En cuanto a las disciplinas del personal de salud entrevistado, se incluyeron gineco-obstetra (7), técnico-paramédicos (3), matronas/es (5), administrativas (2), psicóloga (1), asistente social (1) y urólogo (1) y de acuerdo a la distribución por sexo, 13 son mujeres y 7 hombres⁶⁰. Las entrevistas fueron realizadas en el mismo establecimiento, solo una se hizo en un espacio externo.

En el siguiente cuadro se presenta en forma general a los/as prestadores/as de salud entrevistados/as:

Tabla 14: Características generales prestadores/as de salud entrevistadas/os

N°	Cargo	Establecimiento	Experiencia
1	Jefe unidad gineco obstetra (maternidad)	Hospital CVB	25 años como gineco obstetra y 10 en el cargo en el HCVB
2	Médica gineco-obstetra de maternidad	Hospital CVB	20 años en el HCVB Jefa de residentes
3	Médica gineco-obstetra de maternidad	Hospital CVB	3 años en el HCVB
4	Médica gineco-obstetra	Hospital CVB Clínica Ciudad del Mar	Policlínico de Especialidades de ginecología
5	Médica gineco-obstetra	Hospital CVB	20 años de experiencia en medicina reproductiva
6	Médico gineco-obstetra	Hospital CVB	14 años en el HCVB
7	Médico gineco-obstetra	Hospital CVB	Más de 30 años de experiencia en

⁶⁰ Las citas textuales de las personas entrevistadas serán identificadas en términos muy generales de modo que se proteja su identidad e incluso algunos atributos serán cambiados (el sexo, por ejemplo).

			salud pública
8	Matrón jefe de puerperio	Hospital CVB	1 año en el HCVB Encargado de unidad de puerperio
9	Matrona	Hospital CVB	20 años en el HCVB
10	Matrona	Hospital CVB	11 años en el HCVB, Supervisora del Servicio de obstetricia y gineco
11	Matrona	Hospital CVB	15 años en el HCVB
12	Técnica paramédica	Hospital CVB	Arsenalera quirúrgica
13	Técnico paramédico	Hospital CVB	31 años de experiencia en el HCVB, trabaja en pabellón quirúrgico
14	Técnico paramédico	Hospital CVB	27 años en el HCVB, trabaja en unidad de puerperio
15	Becado de urología	Hospital CVB	2° año de residencia médica en urología
16	Secretaria del Servicio de Gineco Obstetricia	Hospital CVB	20 años en el cargo
17	Encargada de gestión de listas de espera NO GES	Hospital CVB	Funcionaria antigua
18	Matrona Jefa del Programa de Salud de la Mujer	CESFAM Jean y Marie Thierry	15 años en el CESFAM JMT
19	Psicóloga	CESFAM JMT	9 años de experiencia en el CESFAM
20	Trabajadora Social	CESFAM JMT	8 años de experiencia en el CESFAM

Fuente: Elaboración propia.

6.2 La esterilización quirúrgica en el sistema de atención en salud

En este apartado se aborda el proceso de atención en salud a la esterilización quirúrgica, donde se incluyen descripciones de las prácticas, valoraciones y representaciones de los métodos

anticonceptivos en contraste con la esterilización quirúrgica y su contexto en las acciones de regulación de la fertilidad; el acceso, las dificultades que encuentran tanto usuarias como el personal de salud para responder a las necesidades en salud en este ámbito; la consejería, como espacio privilegiado de interacción entre el/la médico/a o el/la matró/a y la usuaria; y los criterios, formales o no, y las prácticas para establecer prioridades y así responder en alguna medida a la demanda insatisfecha de esterilización.

6.2.1 Contexto de la esterilización quirúrgica: planificación familiar y política poblacional

Los programas de regulación de la fecundidad en base a la disponibilidad y entrega masiva de métodos anticonceptivos modernos han sido históricamente parte de políticas poblacionales vinculadas a políticas económicas y de desarrollo, siendo en algún momento Chile uno de los países que quiso promover la esterilización como método para controlar el crecimiento de sectores poblacionales específicos. Esto es algo que no está documentado pero forma parte de la experiencia clínica y de formación de generaciones de profesionales médicos formados hace cincuenta o cuarenta años. Según la experiencia de uno de los entrevistados que conoció de cerca el inicio de la planificación familiar hubo resistencia de diversos sectores a la creación de APROFA, institución privada financiada por EEUU, y a los objetivos políticos, sociales y económicos que estaban de tras de estas decisiones, orientada a limitar el crecimiento de los pobres.

APROFA es una institución internacional con apoyo importante desde el punto de vista gubernamental en algún momento, generó políticas incluso de esterilizaciones masivas que yo conocí por lo menos en un programa, que no fui pero fui invitado, a un programa de esterilizaciones en territorio colombiano agrícola, de gente que no tenía buen acceso a la salud y que se hacían por laparoscopia, con un resultado seguramente bastante más pobre que el que tiene una cirugía en este tiempo. (Médico 3, hospital)

Esas son políticas poblacionales, o sea, son políticas que tiene fundamento en condiciones que yo creo que la razón fundamental por la que se van produciendo tiene que ver con razones sociales y económicas, que son peligrosas porque su objetivo no necesariamente es la salud sino

que es el control económico, no cierto, y darle una cierta seguridad a la sociedad desde la perspectiva del estatus quo, porque a quienes iban dirigidas esas políticas a la gente pobre *po'*, a la gente con poca cultura, con poco acceso, a la gente que está más oprimida. (Médico 3, hospital)

Y de hecho, hubo mucho reclamo incluso contra la actividad de APROFA en algunos momentos porque se consideró que tenía una segunda mirada que no era apropiada desde el punto de vista que nosotros pensábamos o que la mayoría del país por lo menos era capaz de pensar en ese minuto. Estamos hablando del tiempo de Kennedy, por ejemplo, en que las condiciones para los prestamos tenían detrás una serie de cosas, algunas muy bonitas y muy buenas como la... que se yo los cambios, no cierto, en la agricultura, terminar con los latifundios, pero por otro lado también, controlaban una realidad y una serie de cosas. (Médico 3, hospital)

Según la apreciación de uno de los entrevistados, la introducción de los métodos anticonceptivos como parte de las acciones de salud dirigidas por el estado tuvo un impacto en la baja fecundidad chilena actual. La baja natalidad y el envejecimiento de la población se perciben como problema nacional.

Yo creo que hay cosas que lamentablemente se hacen con buena fe en principio y terminan en mala forma. Por ejemplo, ahora se habla, yo he escuchado mucho de que creo que el 2015, 2020 se va a producir por primera vez en Chile la igualdad de mayores de 60 con hijos de 15, de acuerdo pero eso es una consecuencia de cuando aparecieron los anticonceptivos, o sea, antes de eso no había ese problema, aparecieron los anticonceptivos y esta es la, digamos, el producto que se está teniendo. (Técnico paramédico 2, hospital)

Desde la perspectiva hospitalaria se detectan deficiencias que se atribuyen a aquella parte que le falta a este nivel de atención o que por definición no le corresponde, pero que es necesaria: la visión integral y contextualizada del/a paciente, la prevención y el seguimiento.

Aquí en el hospital como estamos tan acostumbrados a que los pacientes son de paso dejamos un poco de lado esa parte social de comunitaria que hacen en los consultorios las colegas o los colegas médicos que conversan hartito con la señora, conocen su familia, conocen las relaciones que tienen, cuántos hijos, esta señora es de acá, donde vive, con quien vive, cuáles son sus factores de riesgo, yo creo que eso en el hospital hemos perdido mucho y eso lo podríamos enfocar para la salpingoligadura de la señora, para tomar una buena decisión. (Matrona 4, hospital)

A pesar que las actividades de los tres sectores de salud están bien delimitadas y que según ello a los hospitales no les corresponde responder a las necesidades de regulación de la fertilidad, la atención hospitalaria tiene un gran potencial para mejorar las actividades de regulación de la fertilidad, ya que es en estos establecimientos donde las mujeres llegan a parir o a abortar y después requieren ser apoyadas en su deseo de regulación. Según la opinión de algunos/as entrevistados/as, lo ideal sería que se vayan después del parto con un método anticonceptivo y especialmente aquellas que solicitaron ser esterilizadas y que no fueron operadas durante su periodo de hospitalización. Se reconoce que existe una deuda del estado con las necesidades de salud de la población en el ámbito de la regulación de la fecundidad y en particular con las mujeres que desean limitar el número de hijos/as por medio de la esterilización.

(...)Y la razón por la que en muchos países la planificación familiar se establece al momento del alta del parto es porque con una guagua, si es tu primer hijo o con una guagua más varios hijos es absolutamente improbable que tú te adhieras a un control en el consultorio, entonces vas a ir la primera vez con tu guagua pero tal vez no llegues al control de la matrona, porque tal vez la matrona se atrasó o no tenía hora *pa'* ese día y no vas a ir un día dejando a la guagua sola o al resto de tus hijos solos. Entonces ¿cuál es la realidad? Una baja tasa de cumplimiento en los deseos de planificación familiar. (Médico 2, hospital)

6.2.2 La consejería como acción de salud reproductiva orientadora de la decisión

La consejería es una actividad de salud a la cual se le da máxima importancia, enfatizando en la calidad y en la oportunidad que el personal de salud tiene para orientar adecuadamente la toma de decisión de las mujeres que solicitan una esterilización quirúrgica. La consejería más importante la dan en la atención primaria de salud, pues es el punto de partida de la solicitud. Se mencionan varias características que debería tener una buena consejería, en primer lugar, siendo su principal objetivo lograr que la mujer comprenda cabalmente en que consiste la esterilización, lo cual pasa por conocer toda la gama de alternativas que existen en métodos anticonceptivos.

La responsabilidad del profesional es entregar una consejería que permita a la usuaria tomar una decisión consciente y responsable, que implica hacerse cargo de las consecuencias que esa decisión tendrá para su vida.

Es muy importante la consejería clínica y fundamentalmente ofrecerle las distintas alternativas a la paciente. La paciente a veces cree que la única alternativa es la salpingoligadura y no es cierto. Como te decía recién, los dispositivos medicados, los implantes dérmicos, actualmente hay inyectables que duran tres meses, o sea, la paciente se inyecta cada tres meses y tiene una muy buena anticoncepción. O sea, existen muchas alternativas que son poco invasivas algunas de ellas, que tienen muy buenos resultados y que no son mutilantes ni son irreversibles. (Médico 1, hospital)

Un elemento de la consejería es el consentimiento que, en términos formales, consiste en un formato en el que la mujer declara haber recibido consejería y estar en conocimiento del procedimiento. Que este documento refleje una toma de decisión adecuada y no simplemente un trámite o respaldo para el/la prestador/a, si ha sido parte de un proceso que pasa por los distintos niveles de atención o sólo se aplicó en el hospital en el último punto de la ruta de atención, va a depender del desempeño de cada profesional que intervenga en el circuito de atención a la esterilización. El consentimiento es componente fundamental de la consejería y aunque se considera que debe venir firmado desde el consultorio porque ello asegura el tiempo necesario para una buena toma de decisión, no hay una única práctica sobre el momento en que éste se aplica y, de hecho, se reconocen situaciones en que se ha esterilizado durante el parto vía cesárea sólo con el consentimiento firmado durante la hospitalización.

(...) antes se exigía que viniera con la consejería, ahora la mujer puede venir con la consejería pero además el consentimiento es el que manda. De hecho muchas mujeres no vienen con la consejería y si tienen toda la decisión de ligarse se les hace el consentimiento acá y si pasan, por ejemplo, tienen que hacerse cesárea, la cesárea se les hace igual. (Matrona 3, hospital)

Eso es un error porque consideramos que la paciente en el momento del parto no está en la plenitud de sus condiciones fundamentalmente mentales para decidir una cosa como esa, o sea, eso tiene que haberse hecho durante el embarazo. No en el momento del parto. O sea, si a mí una mujer me re-jura digamos en el momento del parto que no, que quiere operarse, que quiere ligarse, que se yo, yo le digo que no porque no ha tenido el tiempo suficiente *pa'* meditarlo

siquiera, conversarlo con su pareja, etc., entonces eso tiene que hacerse antes, en el periodo previo, ha tenido todo el embarazo *pa'* planificarlo y pensarlo. (Médico 1, hospital)

Una buena consejería debiera explicar con claridad no sólo en qué consiste la operación, su nivel de seguridad, etc., sino también su carácter irreversible. Para algunos/as es necesario plantearlo así aunque en rigor no lo sea, para no generar dudas o expectativas en relación a la posibilidad de revertir el proceso. Se cree que las usuarias ven fácil operarse una vez para esterilizarse y luego para recuperar la fertilidad, y como esta última es de difícil acceso y baja eficacia, se considera necesario hacer énfasis en ello. Por otro lado, antes la cirugía de recanalización era más desconocida pero actualmente es una información que las mujeres manejan en términos generales, lo cual contribuye a relativizar el carácter de irreversibilidad de la esterilización.

Hace 10 o 15 años atrás el tema de la recanalización no se hablaba, entonces dar el paso, era saltar, saltar y darte cuenta que no iba a haber regreso atrás, en cambio, muchas vienen con la mentalidad de, claro, como que fuera un método anticonceptivo cuando en realidad no lo es, o sea, no es un tema de que tu...no es como una pastilla o como un Implanon que '¿sabes qué? que me dieron ganas, me lo saco', o no es como un dispositivo, esto es como algo más definitivo y en la medida que sea posible debe ser mirado así, como 'ya, yo resuelvo esto en mi vida', entonces, está muy en boga el tema de la recanalización y ha llegado a muchas partes de la población, por lo tanto, muchas te dicen, y a veces te pasa así que de repente son de 24 años, que tienen un hijo y piden ligarse, entonces tu a veces le...igual te llama la atención entonces tú le comentas pero tú sabes que esto es una decisión importante que tú estás haciendo, que es definitiva, que hay otros métodos que antiguamente no existían y te dicen 'no, pero es que si en el caso que me arrepienta a los 30 me recanalizo'. (Matrona 3, hospital)

Porque no es como dice '¡ah! Bueno me opero ahora, me evito cuidarme por 10 años y en 10 años más tengo otro hijo, me opero de nuevo y todo, claro, no es costo-efectivo pasar por dos cirugías con anestesia y todo, pero hay mujeres que sí lo piensan así de repente, dicen '¡ah! Bueno' pero no, hay que plantearlo como que es irreversible. (Médica 3, hospital)

La consejería también debería ser transparente en cuanto a las reales posibilidades de acceso al servicio, por lo que se les plantea claramente la situación de demanda insatisfecha y de escasos de recursos quirúrgicos que atraviesa el hospital.

Si ella la solicita se hacen los papeles igual, se le explica que probablemente el procedimiento no se le va a hacer o no se le va a hacer de aquí a un buen periodo de tiempo. Todas las que han llegado a solicitar ligadura les contamos que hay una lista de espera gigante, que son al menos tres años lo que están esperando, pero como eso es externo a nosotros le hacemos la solicitud de ligadura igual, ahora ellas tienen que saber que esta cosa no es para media hora más, no es para medio año más, tiene *pa'* mucho rato más y si aun así quieren seguir adelante, ningún problema y se les explica y cuando las llamen, ellas en cualquier momento pueden decir no ya no la quiero. (Médica 2, hospital)

El lenguaje que se ocupa es un elemento importante para una mejor comprensión, algunos/as optan por un lenguaje técnico y otros/as más didáctico, para explicar el modo de funcionamiento de la salpingoligadura. La comprensión del procedimiento y, más específicamente, de su carácter definitivo, no es automática ni simple, lo que se refleja en la frecuencia con que llegan mujeres al hospital con su consentimiento firmado sin la suficiente claridad para decidir. Por lo tanto, la sola entrega del documento con las firmas correspondientes no es garantía de una buena toma de decisión en cuanto a la esterilización quirúrgica.

Pero una les da una consejería, en el fondo, yo siempre les explico, en el fondo, que...y también hay que aclararles muy bien porque uno se da cuenta que hay muchas pacientes que tienen la percepción que la ligadura es como una cintita que se hace una...la cintita, una amarrita y que después uno la suelta y recuperaste la fertilidad, está este concepto, entonces yo les explico ¡no!, esto se amarra a un lado, se corta un pedazo y yo les explico que esto es una carretera, que uno saca un pedazo de la carretera y no hay como juntar al ovulo con el espermio y que eso es irreversible. (Médica 3, hospital)

(...) no pueden entrar a pabellón sin su consentimiento informado, por médico y la paciente. Eso implica que la paciente leyó este consentimiento, entiende a cabalidad lo que se va a hacer y el medico si firma es porque le explicó a la paciente en qué consiste este método, la esterilización. Ahora esto no deja, no deja de...de que sucedan hechos en los cuales la paciente sale y no entiende que le hicieron y eso se ve con harta frecuencia aquí, que tú las educas y después tú vas y preguntas y no entendieron ni la cuarta parte de lo que tú le trataste de explicar, entonces hay que utilizar un lenguaje muy claro, muy didáctico. O sea, por lo menos yo lo hago así acá, porque hay mucha gente que le habla en forma muy científica y las señoras no entienden *na'*. (Matrona 2, hospital)

A nivel hospitalario existe una percepción crítica sobre la calidad de la consejería que se da en los centros de salud de APS, responsabilizando a este sector de las solicitudes de esterilización por parte de mujeres jóvenes con pocos hijos, quienes de acuerdo a la opinión de los/as prestadores/as de salud hospitalarios, no deberían esterilizarse. Se plantea críticamente que la consejería en el consultorio a veces tiene el objetivo de convencer a la mujer que se esterilice en vez de orientarla a una anticoncepción reversible, por lo que la postura de las matronas de este sector podría estar influyendo en las solicitudes de esterilización.

Me toca evaluar por supuesto pacientes obstétricas y yo te diría que no hay ninguna que llega con la claridad de lo que significa, de cómo se realiza, de *los pros y los contras* que puede tener una salpingoligadura, así que la educación en la atención primaria es mala. (Médica 1, hospital)

(...) y de repente, ponte tú, uno ve pacientes que la vieron las matronas en el consultorio y que no le dieron una buena consejería, tú le preguntas pero...y cree que es el lasito, la matrona le hizo firmar el papel y punto. (Médica 2, hospital)

Cuando ellas llegan con su papel firmado del consultorio es porque ya tuvieron una consejería previa, o sea, ellas manifiestan su deseo de ser ligadas, la matrona les hace una educación, les explica en que consiste todo el procedimiento, con riesgos, beneficios, etc., etc., pero eso también no sé qué criterios, puede que una matrona a lo mejor más vieja se detenga y converse más y otra matrona a lo mejor no se hace tanto problema en decir ella es dueña de tomar la decisión que estime conveniente y yo cumplo con informar, te fijas. (Matrona 1, hospital)

Una consejería puede también transmitir información errada acerca de algunos procedimientos médicos, quirúrgicos o de algunos métodos anticonceptivos, influenciando a la usuaria y generando mitos que afectan un buen proceso de toma de decisión. Un factor que atenta contra la posibilidad de retroalimentación y así mejorar la calidad de la consejería es que la comunicación entre los distintos niveles de atención es deficitaria, lo que se agrava por una situación de inestabilidad laboral que afecta al nivel primario.

Entonces con esos mitos llegan las pacientes, un nivel de consejería súper básico, que ni siquiera está estandarizado y lamentablemente con el cual no tenemos injerencia como para generar un *feedback*, porque cuando yo recibo todos estos mitos, no tengo mucho otro actor *pa'* decirle “oye *sabis* que los pacientes de tu consultorio están llegando con esta *pelá* de cable, qué

onda”. La rotación de matronas en la APS es alta, mucho más alta que la de los médicos de este hospital, entonces muchas veces nosotros tenemos un interlocutor en un consultorio y al cabo de 6 meses ya no está. (Médico2, hospital)

Para contrarrestar la falencia que detectan estos/as profesionales en la atención primaria respecto a la calidad de la consejería realizada, consideran necesario hacer una segunda consejería en el hospital para reforzar y “asegurarse”, especialmente cuando se trata de mujeres jóvenes. También se propone estandarizarla en sus contenidos y al mismo tiempo ampliar la oferta de métodos anticonceptivos, lo que de acuerdo a experiencias internacionales, favorecería que las usuarias opten más por métodos reversibles y en menor medida por la esterilización.

Entonces acá viene el segundo filtro, yo por lo menos, converso y si son muy jóvenes sobre todo, la pongo en situaciones que puedan suceder a posterior, o sea, ya, puede que, tienes un hijo o dos hijos, en diez años más o quince años más estás todavía en edad fértil, por lo tanto, puede que te cambie tu situación de vida y quieras nuevamente tener hijos, ya, y a veces han desistido de hacerlo porque no tienen la información suficiente. (Matrona 1, hospital)

El estudio *Choice* que aparece después del huracán Katrina en *New Orleans* logra demostrar que cuando tu eliminas el factor económico, generas una consejería establecida, el factor económico al momento de decidir el método anticonceptivo, generas una consejería pre establecida, con documentos y con información estandarizada, la elección de los métodos anticonceptivos, mayoritariamente el 90% de las pacientes es hacia los métodos de larga duración y los métodos de larga duración más reconocidos son la T de cobre que dura 10 años, la “T” con medicamentos que dura 5 o 3 años, el implante subcutáneo que dura 3 años. (Médico 2, hospital)

6.2.3 Disponibilidad y preferencias anticonceptivas

La oferta anticonceptiva en la salud pública, según la percepción de algunos/as entrevistados/as, es restringida en cuanto a variedad y calidad de métodos, y su prescripción depende de la preferencia del personal que realiza la consejería en salud reproductiva. Sin embargo, de todas formas se

reconoce que actualmente existe una disponibilidad mayor y más variada de métodos que hace tres o cuatro décadas atrás⁶¹.

Entonces, acceso a planes de anticoncepción...un solo tipo de pastilla en los consultorios, cuando existen más de 40 en el mercado y que tienen razones de ser por las cuales son distintas, no hay Mirena, no hay *Hidest*, que sería como el Mirena *pa'* las mujeres que no han tenido embarazo que es más chiquitito; implante, el Mirena es mucho mejor que el implante, la "T" de cobre súper estigmatizado no se le pone en ningún caso a una mujer que no ha tenido hijo. Entonces, la oferta anticonceptiva es mala, la consejería es súper dependiente de la matrona que está ahí, no es estándar, no es nacional, no aprietan un botón y sale un computador que podría ser una consejería y al final de la cual la paciente elige y el consultorio le entrega lo que ella eligió, no, dependiendo de lo que a la matrona se le ocurre ese día es lo que le recomienda, dependiendo de lo que el ginecólogo se le ocurre en la consulta es lo que se recomienda. (Médico 2, hospital)

La información que se entrega a la usuaria sobre métodos anticonceptivos debe ser completa y veraz, lo que incluye transparentar la efectividad real de los métodos y sus posibilidades de error, dejando claro que no existen métodos cien por ciento seguros.

Yo pienso que la función del médico fundamentalmente debe ser informar a la paciente, primero, en lo que existe y de la real utilidad de aquello que existe, porque también uno no puede decir mire si usted se pone un dispositivo, usa anticonceptivos orales o inyectables, me entiendes, lo que sea, no se va a embarazar nunca porque eso no es cierto, o sea, existe un riesgo, tampoco le puedo decir que si se opera no se va a embarazar nunca porque también existe un riesgo. (Médico 3, hospital)

Respecto a los tipos de métodos anticonceptivos, existen preferencias por parte del personal de salud con argumentos que destacan las ventajas de unos sobre otros. Actualmente se tiene al dispositivo medicado Mirena -por su nombre comercial- como la mejor opción, especialmente

⁶¹ Los métodos anticonceptivos modernos disponibles en la salud pública (APS) son: preservativos masculinos, anticonceptivos orales combinados, anticonceptivos orales de progestina pura, anticonceptivos inyectables combinados, anticonceptivos inyectables de progestina pura, el dispositivo intrauterino, implante subdérmico y la píldora anticonceptiva de emergencia. <http://www.elmostrador.cl/agenda-pais/vida-en-linea/2017/01/17/las-trabas-que-enfrentan-las-chilenas-para-acceder-a-los-anticonceptivos-modernos/>

porque es tecnología de nueva generación, pero la salud pública no tiene acceso usualmente a este tipo de métodos por su alto costo. Hay quienes promueven el clásico dispositivo intrauterino “T” de cobre por su bajo costo y alta eficacia, pese a que no está muy bien valorado por algunos problemas y molestias que genera. Se atribuye al Mirena alivio del dolor menstrual, del acné, entre otros efectos benéficos, pero la mayor ventaja comparativa entre estos dos dispositivos pareciera ser la disminución de la menstruación hasta el punto de eliminarla en algunas mujeres, aunque de acuerdo a la experiencia clínica de la APS, este atributo no es valorado en forma homogénea por las usuarias. Para algunas es importante experimentar y ser conscientes del sangrado menstrual mientras que para otras, la supresión de la menstruación les facilita llevar una rutina sobrecargada entre el trabajo reproductivo y el asalariado.

Existen métodos anticonceptivos que están preparados para dar otros beneficios a las mujeres como reglas más cortas o algunos suspenden la regla, son menos dolorosas, entonces... pueden tratar el acné con eso, diferentes cosas y a lo mejor con eso ya han tomado otro camino, otra opción, más que solamente ligarse, existen dispositivos que están mejor preparados en vez de hacer algo tan definitivo. (Médica 2, hospital)

(...) de hecho en el 80% de los casos provoca amenorrea, o sea, que la regla no llega, hay mujeres que son felices no teniendo regla y hay otras que la necesitan para vivir, o sea, es como parte de su esencia de mujer, entonces también tiene que ser un perfil de una mujer que esté dispuesta a eso. O sea, las mujeres que se van por la línea más natural y cosas, no quieren nada de invadir a su cuerpo, no quieren con ninguna cosa extraña ni intoxicarlo con nada y se cuidan con otras alternativas, con otros métodos, ¿ya? Pero son las menos *po'* porque por el ritmo de vida que llevan las mujeres es como... unas trabajan, estudian, son mamás, dueñas de casa, tienen múltiples roles, entonces tratan de adoptar por un método que sea así ‘casi 100% efectivo’, a largo plazo, que me haga venir las menos cantidad de veces a la consulta, porque no tengo tiempo *po'*. (Matrona, Cefam)

Uno de los criterios de la salud pública para evaluar la política anticoncepcional, el tipo de métodos que estarán disponibles y el alcance de su distribución, es el costo. Desde este punto de vista, la esterilización resulta más cara que otros métodos, cuya diferencia y ventaja en cierto sentido es la irreversibilidad, ya que ningún otro método aparte de la esterilización brinda la posibilidad de terminar definitivamente con la fertilidad. La esterilización, y principalmente su reversión, resulta

más cara que otros métodos anticonceptivos aun considerando que los métodos reversibles deben ser repuestos una y otra vez, pero en el fondo, se plantea que vale la pena la inversión en anticoncepción reversible antes que la esterilización.

Entonces, por ejemplo, a esa *lola*⁶² de 22 tú le ponis un Mirena y a los 27 le *ponis* otro y a los 32 le ponis otro y el hospital gastó 300 *lucas*⁶³, ¡guau! Mucho, *¿pa'* 15 años? ¡no gastó nada! Porque la subvención de esa mujer embarazada es mucho mayor en términos de *plata*, el 'Chile Crece Contigo' gasta mucho más que 300 *lucas* en un embarazo no planificado, primer concepto. Pero segundo, si ella cambia de opinión y quiere tener una guagua a los 35 y yo no puedo satisfacer eso porque tiene una ligadura y trato de operarla, la cirugía vale más de un millón de pesos y el resultado es bajo, ya salí *pa'* atrás de nuevo y si esa mujer tiene una necesidad de salud que es tener un bebe y yo no lo puedo atender eso no tiene valor, es mucho más caro aun, entonces al final, a los 22 años, tu no deberías ligar a nadie. (Médico 2, hospital)

Otra característica de los métodos anticonceptivos que se toma en cuenta es el tiempo de duración, se prefiere que sean de largo plazo para minimizar la participación de la usuaria, factor que se señala como el principal responsable de la eficacia de los métodos. Desde este punto de vista, se toma como ejemplo a las píldoras anticonceptivas como el método menos conveniente y seguro porque depende en mayor medida de una adecuada administración.

Yo les digo saben que se aseguren mientras tanto con un anticonceptivo que sea seguro, cierto, porque está claro que no quieren tener más hijos, están con una paridad cumplida, cierto, que se asegure con un anticonceptivo que sea más a largo plazo, que sea seguro, a lo mejor que no tenga que estar viniendo tantas veces, o algo que sea...que no se les olvide, digamos, como la píldora que tiene que estar todo los días tomándose. Entonces ahí tratamos de buscar que sea más a largo plazo y de pronto también le decimos si está con una pareja estable, cierto, si su situación de pareja es como bien estable, bueno dígame a su pareja también que se opere *po'*, o sea, es una opción también porque siempre la mujer tiene que hacerse cargo del anticonceptivo o de controlar la natalidad. (Matrona, Cesfam)

⁶² Expresión chilena que significa joven o adolescente.

⁶³ Expresión chilena que significa miles de pesos.

El Implanon se usa intrahospitalariamente aunque en forma más selectiva que el Mirena porque hay menos disponibilidad, se coloca a las mujeres que no están muy seguras de esterilizarse, pero también se reconoce que cuenta con varios factores en contra por las molestias y efectos secundarios que conlleva su uso. Nuevamente las ventajas de este método sería su larga duración, de 3 y 5 años, su eficacia y que la mujer no debe preocuparse de su administración, excepto de acudir a los controles.

Mas hoy en día en que el servicio público cuenta dentro del arsenal farmacológico de la atención primaria, que es donde se entregan los anticonceptivos, ha inyectado más recursos en métodos anticonceptivos a largo plazo que son muy seguros, como por ejemplo el implante. Entonces muchas veces dicen 'pero existe el implante, colóquese el implante', para evitar también lo que significa a lo mejor el costo de una intervención quirúrgica. (Matrona, Cesfam)

Porque el Implanon se lo instalan a las pacientes pero igual es como complicado porque produce alergia, rechazo, el cambio del útero está más séptico recibe muchas más cosas, en cambio de la piel no, muchas pacientes hasta una colega, una amiga también tuvieron que sacárselo, así que por eso la propuesta nuestra fue del Mirena porque como es un dispositivo es menos inocuo que las otras cosas y como las mujeres están acostumbradas al dispositivo y este es nuevo y todo, entonces la gente como que se entusiasmó y ha resuelto hartito de lista de espera. (Administrativa 1, hospital)

Existe la percepción que el sistema público de salud dispone de lo necesario para que las personas que no quieren tener hijo/a puedan hacerlo, que hay oferta y acceso a los métodos anticonceptivos, por lo que la falta de prevención obedece a fallas más bien individuales.

Porque fue una relación pasajera, porque él no quería tener un hijo y apenas lo supo se fue, entonces es como, no sé, como si realmente tu no, no estás seguro de querer tener hijos, cuídate *po'*, de la forma que tu *querai* pero cuídate, o sea, el acceso acá anticonceptivos, condón *pa'* los hombres, anticonceptivos orales, inyección, o sea, nosotros acá, eso es abierto, las posibilidades están. (Trabajadora social, Cesfam)

Si bien, prima en los discursos del personal de salud y en la oferta misma los métodos anticonceptivos "modernos", "artificiales", hay quienes prefieren los métodos naturales o, al

menos, no hormonales. Una concepción distinta de la regulación de la fertilidad que promueva procesos personales y de pareja de mayor conciencia y control sobre el propio cuerpo, parecerían no tener cabida en el modelo de salud pública.

Yo no soy muy hormonal *pa'* mis cosas en el sentido de que no me gusta mucho de que las mujeres ocupen hormonas, yo prefiero, si una mujer perfectamente podría conocer su ciclo lunar sería ideal, yo soy un poco más de ese estilo y si se pueden conectar con sus parejas en el sentido de que se respeten sus espacios, mucho mejor. Pero obviamente estamos dentro de un sistema público en el cual uno se capacita para ciertos procedimientos como el Implanon, que es un métodos anticonceptivo, que es una barrita que va...del porte de un fosforo que va debajo del brazo y no es tan invasivo hormonalmente porque tienen un solo tipo de hormona. (Matrón, hospital)

6.2.4 Características, desigualdades y desafíos del acceso de las mujeres a la esterilización quirúrgica

La EQ tiene una alta demanda reflejada en las listas de espera de los hospitales públicos, lo que implica seguir todo un proceso formal de acceso aunque finalmente no se concrete la respuesta buscada. Por diversas circunstancias, para muchas mujeres usuarias de la salud pública, la esterilización en tanto derecho reproductivo reconocido legalmente se traduce sólo en un trámite burocrático y no en un acceso real en salud, quedando la decisión finalmente en manos médicas.

Las puertas están abiertas, los conductos están, o sea, su atención en la atención primaria cierto, con un control ginecológico previo, tiene que tener PAP al día, o sea, hay una serie de criterios de inclusión, ¿ya? Y se hace el trámite, el procedimiento, se eleva la solicitud, se firma consentimiento informado, se deriva con interconsulta al poli ginecología. O sea, está el acceso digamos, ¿pero dónde está entrampado? En que se pueda ejecutar esa solicitud, porque ahí los tiempos son muy largos, primero, porque faltan especialistas o las horas de especialistas se priorizan para otras patologías. O sea, la salpingoligadura es como el último recurso, no es una prioridad, no es una prioridad. (Matrona, CESFAM)

(...) hoy en día la esterilización es a solicitud de la paciente pero no hay ninguna garantía que asegure el cumplimiento de esa petición, por lo tanto, finalmente en la práctica igual es de indicación médica. (Medico 2, hospital)

El acceso a la esterilización quirúrgica se caracteriza por ser restringido en el sistema público de salud mientras que en el sistema de salud privado, es expedito. Las causas inmediatas de esta diferencia de acceso se explican por la falta de recursos quirúrgicos -especialmente de pabellones y anestesistas, incluso la maternidad del hospital no cuenta con anestesista propio- en el sistema público que lo obliga a dejar de lado la demanda de esterilización, especialmente de aquellas mujeres que tienen parto vaginal. De esta manera, se vulneran los derechos reproductivos de las mujeres de menores recursos económicos debido a la desigualdad entre las mujeres que se atienden en la salud pública y las que pueden acceder a través de un pago a la salud privada.

(...) llegar a lograrlo en este servicio está siendo extremadamente difícil porque las pacientes que tienen indicación de cirugía en su parto, es decir, de una cesárea programada, la salpingoligadura se hace inmediatamente no hay problema, pero las pacientes que tienen parto y se quieren ligar después de eso, la posibilidad en este minuto de ligarlas es cero. (Médica 1, hospital)

(...) nosotros no tenemos anestesista. O sea, la anestesia en el parto es AUGE por lo tanto se debiera cumplir cien por ciento, pero la maternidad en sí no tiene un anestesista permanente para nosotros, dependemos del anestesista de la posta y, dependiendo de la urgencia que tenga la posta es los tiempos que ellos se pueden arrancar entre comillas a ayudarnos acá. (Matrona 2, hospital)

A veces las pacientes solicitan la salpingoligadura, nosotros las ponemos en tabla, que se yo, *pal* día siguiente y el asunto de los anestesistas que a veces no hay disponibilidad y por eso se suspende y la paciente a la larga se toma un par de días y cesa su...su...la...o sea, están en la espera. Se aburren o no...imposible a veces hacerla. (Técnico Paramédico 1, hospital)

(...) el tema así como de la libertad de decidir de una mujer respecto de su cuerpo, respecto de si quiere ser mamá o no para las personas que, hablemos sin ningún tipo de limitación, pero decidir, si tú quieres ser mamá, si tú quieres tener más hijos y eso es como súper complejo porque, o sea, lo que yo entiendo de acá es que igual hay muchos requisitos, no es que yo diga me quiero operar y en el sistema público te operen, o sea, si lo haces privado maravilloso pero dentro del sistema público que es a lo que la gran mayoría solo puede acceder, existen una serie de restricciones a esa libertad, no es como llegar y decir, ya yo me opero y listo. (Asistente social, Cefam)

Producto de la falta de pabellones quirúrgicos el personal de salud de la Maternidad y la Unidad Gineco Obstétrica tiene que ingeniárselas para responder de alguna forma a las necesidades de las usuarias, por ejemplo, a veces, se pasan el dato cuando queda un margen de tiempo entre una cirugía programada y otra o buscan la manera de influenciar al equipo médico responsable de la operación. Se ocupan distintas estrategias para dar acceso a quienes según el personal de salud son prioritarias para esterilización, lo que incluye un informe social desde la APS y la solicitud directa de las encargadas de gestión hospitalaria, tanto del Servicio de Salud como del hospital. En la atención primaria de salud la matrona da consejos a las mujeres solicitantes para que tomen en cuenta en el momento de ser hospitalizadas o el mismo profesional le pide al equipo que considere a una usuaria que según su opinión requiere ser esterilizada, apelando a la voluntad del turno médico. Generalmente son las/os matronas/es quienes identifican la necesidad y conversan con el médico responsable de la cirugía. Lo anterior no significa que en la atención primaria se sugiera la esterilización para cualquier mujer pues existe un perfil bastante claro, con una cierta edad y número de hijos, con pareja estable, entre otras características, negándosela de plano a mujeres nulíparas o jóvenes con un hijo.

Nosotros teníamos casos sociales que eran...no tenías por donde no operarla, donde la mujer te firmaba, tu sabes que en este país tu puedes tener una mujer que tiene 8 hijos todos repartidos en todos los hogares y si ella no se quiere operar, no se opera no más. Pero cuando tu hablabas con ella y la hacías entender, y 'ya bueno mejor que si' y firmaban, claro ahí yo me acuerdo que iba donde la secretaria y era '¿Cuándo tienes pabellón?' este miércoles, ya ahí ponme esta chiquilla y con la asistente social que escribía porque esto era prioridad, o sea, estamos hablando que si no iba a llegar el año siguiente con la séptima guagua, entonces claro, ahí era una priorización de urgencia pero lo que es normal que no es una priorización de urgencia se ven tiempos de espera y que ligado también con las paridades. (Matrona 3, hospital)

El mismo hecho que me pase a mi como...mira yo igual me hago bien participe en la salud de las señoras, trato de...si bien no tengo muy buenas relaciones con mis colegas de trabajo, yo soy súper preocupado con las señoras en ese sentido, si tengo que correr los siete pisos *pa'rrriba pa'* hablar con el anestesista y bajar después a hablar con el médico que me dio el pase del anestesista, lo hago. No tengo mayor problema. (Matrona 4, hospital)

Las dificultades para la vida diaria de las mujeres que conlleva el proceso de atención de la esterilización quirúrgica es un aspecto que el personal de la atención primaria lo tiene muy en cuenta, ya que las usuarias generalmente no tienen el apoyo de otra persona ni los recursos para que delegar las tareas domésticas y el cuidado de los/as hijos/as que se quedan en casa durante la hospitalización. Este aspecto de la desigualdad entre mujeres de diferente situación socioeconómica influye en el acceso y en la continuidad de la atención reproductiva.

Y van advertidas, o sea, tiene que estar dispuesta a estar más días hospitalizadas pero cuando están de suerte tiene pabellón el mismo día o al día siguiente de haber parido y otras veces son dos días, tres días más, entonces tienen que ir preparadas con todo lo que significa, cierto, el cuidado de sus otros hijos, dejarlos encargados, el cuidado de su casa y es toda una problemática porque va a parir un hijo pero dejó dos o tres en su casa, entonces mientras más días hospitalizada es más complejo para la pobre señora porque tiene múltiples roles, no tiene solamente el hijo que está pariendo. Y ahí le decimos mira para que se planifique, se organice de tal manera de que si alguien le puede colaborar en su casa. (Matrona, Cefam)

La capacidad quirúrgica está cubierta con la atención a enfermedades o estados de salud que ameritan una intervención de urgencia y que están garantizados por el GES, sin embargo, también se destinan pabellones a necesidades de salud aparentemente no urgentes como, por ejemplo, la destinación de un pabellón específico para intervenciones en el área de la infertilidad, lo que refleja claramente una valoración política, económica y social de las necesidades en salud. También se detectan problemas de gestión que se traduce en la subutilización de los recursos, por ejemplo, los pabellones quirúrgicos sólo se utilizan al máximo de su capacidad la mitad del día.

Ligamos muy excepcionalmente a casos sociales que se yo, pacientes que se yo drogadictas, pacientes de situación de calle, hacemos el esfuerzo y así y todo no es fácil, porque tenemos pocas horas de pabellón, tenemos los pabellones...hay por lo menos dos o tres pabellones que están copados con pacientes GES por cáncer de cuello y cáncer... ¿cómo se llama?, de mama, hay un pabellón que es exclusivo de fertilidad, entonces realmente las pacientes se van sin la posibilidad de la ligadura. (Médica 1, hospital)

Tenemos muy pocos pabellones, yo te expliqué parece, tenemos 9 pabellones centrales de los cuales hay dos que son de urgencia, eso significa que pasan a ser 7 porque los de urgencia

tienen que estar desocupados, solo para la urgencia. Quedan 7 y de los 7 hay uno que se ocupa todos los días para cirugía infantil, los van rotando de especialidad entonces hay una especialidad un día que queda sin, me entiendes, o queda con menos, entonces el año pasado trabajábamos de 8 a 5 los anestesiólogos hasta mitad de año porque desistieron porque eso por un pago especial que se les hacía por licitación y ya no quisieron más, entonces ahora operamos las puras mañanas, la mitad, la mitad y la mitad. (Administrativa 1, hospital)

La capacidad organizativa que tiene porque también las horas se concentran en la mañana *po'*, o sea, aquí se opera y se tiene una actividad yo diría de un cien por ciento de ocupación hasta la una, hasta las dos de la tarde y después es bastante menor y están solamente las urgencias. Por lo tanto, los pabellones son pocos, la mano de obra también, si bien existen horarios suficientes para resolver algunas cosas, ese horario también está concentrado en las horas de mayor pick pero hay horas en que están desocupados los policlínicos, los pabellones y bueno, y solamente este es un hospital que se maneja prácticamente en su mayor tiempo útil de las 24 horas en urgencia, nada más. (Médico 3, hospital)

Con el fin de paliar las deficiencias del sistema de salud en regulación de la fertilidad y en el acceso a la esterilización, hay iniciativas del equipo de salud del hospital y también de profesionales que a título individual entregan una solución parcial y transitoria a algunas mujeres. Una estrategia pensada específicamente para disminuir la lista de espera para salpingoligadura fue adquirir como hospital una cantidad determinada de Mirena, que se otorga en una atención ginecológica en el policlínico de especialidades, previa gestión del personal administrativo para tomar contactos con ellas. Hay diferencias de opinión sobre a quienes ofrecérselo, ya que por un lado, de acuerdo a la orientación de gobierno debe ocuparse en disminuir la lista de espera en relación al tiempo que las usuarias llevan en ella pero a veces el personal la ofrece a usuarias nuevas. Por otro lado, el Mirena se ofrece como alternativa a cambio de desistir de la esterilización, es decir, si más adelante mantuvieran su deseo de esterilizarse tendrían que reiniciar toda la ruta burocrática del sistema de atención. También se ofrece en menor medida el método Implanon a mujeres que se encuentran en puerperio.

En esos casos en que a la señora no la ligaron, yo le ofrezco si ellas quieren el Implanon que dura tres años y ya en el consultorio la pueden programar para tres años más cambiarle el Implanon o bien si desean la salpingoligadura, que le hagan la interconsulta como corresponde

desde el consultorio, empieza a correr la lista de espera y en esos tres años la alcanzan a llamar, como tenemos dos años más menos de lista de espera y obviamente ahí viene una nueva consejería que no es enfocada hacia la salpingoligadura sino que va enfocada al método Implanon. (Matrona 4, hospital)

(...) la salpingoligadura como era una lista muy larga el año pasado, se solicitó la compra de un dispositivo intrauterino que es lo que se propone a las pacientes, eso te lo expliqué la otra vez, que se llama Mirena y a las pacientes las citan al 'Poli', entonces la doctora le explica de que se trata, entonces si la paciente acepta el Mirena significa que renuncia a la salpingoligadura y esa es una forma de ir avanzando y egresando pacientes. Entonces la paciente ya no se va a operar, se queda con el dispositivo. (Administrativa 1, hospital)

Antes de implementar como alternativa el Mirena, debido a una falta de anestesistas aún mayor que la actual, se intentó resolver la demanda de esterilización con una cirugía menor que requiere solo de anestesia local. Este proyecto no continuó porque posteriormente se resolvió el problema inicial de la falta de anestesistas pero también porque hubo resistencia a la técnica de parte de algunos integrantes del equipo de salud debido al dolor que experimentaban las pacientes, que si bien, no se consideraba mayor era evitable y sólo justificada en contextos de máxima carencia asistencial.

Fueron cerca de 250 pacientes que pudimos ligar con anestesia local, o sea, con anestesiando el ombligo, haciendo una incisión en el ombligo, habiendo tenido su parto antes de 48 del procedimiento y dándole medicamento similares a los que se usan en una endoscopía. La paciente un poco dormida y sedada, se anestesiaba el ombligo que es la parte sensible y dado que a dos días del parto, un día y medio posparto, es muy fácil ligar a la paciente a través del ombligo porque el útero está muy cerquita hacíamos el procedimiento con bastante rapidez. (Medico 2, hospital)

Ya con la anestesia que quedaba del parto o sin anestesia, anestesia local, lo que yo personalmente considero que es bastante inadecuado porque es una cirugía en que tú tienes que ir a buscar las trompas, movilizar el útero y eso aunque estés con un poquito de sedación yo creo que no es cómodo, yo pienso que no es justo *pa'* las pacientes someterlas a una cirugía en condiciones no adecuadas en un lugar como este. O sea, si estuviéramos no se *po'* en un lugar aislado que es LA alternativa *pa'* hacer bueno ya pero en un hospital como este, de nivel terciario, yo creo que las cosas deberían hacerse bien. Bueno, no prosperó mayormente, básicamente porque las pacientes no lo pasaban bien en la cirugía, se movían mucho, tenían dolor. (Médica 1, hospital)

Las técnicas quirúrgicas de salpingoligadura se han perfeccionado con el tiempo, el tipo de técnica que se ocupa va a depender de la especialización del establecimiento y de la especialización de los/as médicos/as. En el hospital donde se desarrolló la investigación, las técnicas que más se ocupan es la de Parkland, laparoscópica vía abdominal y la ligadura por vía vaginal, lo que significa que el hospital ha invertido para tener personal especializado y el instrumental médico que se requiere para ello. No todos los hospitales públicos pueden tener esta experticia lo que lo convierte en referente hospitalario en el ámbito de la esterilización.

El problema también recae, y eso tú lo podrás haber visto en las fichas, que para ser laparoscopista *tenis* que ser un ginecólogo con un nivel...pese a que la ligadura laparoscópica es uno de los procedimientos más simples en laparoscopia pero no todos los ginecólogos se manejan en laparoscopia. Para hacerla por vía vaginal *tenis* que ser capos en vía vaginal. Entonces la mayoría que se hacen, las hacen los médicos más jóvenes o los que tienen más tiempo disponible que a veces son los médicos de más antigüedad y no necesariamente van a poder ellos, como cirujanos, optar por las técnicas que te nombre y probablemente van a optar por las de tajito, cuando es de intervalo. (Médico 2, hospital)

La mayoría de los/as médicos/as entrevistados/as se desempeña tanto en el sistema público como privado de salud, experiencia que les permite constatar las diferencias en la atención a la esterilización quirúrgica, centradas principalmente en el acceso que es expedito en el sistema privado, lo que refleja una desigualdad en salud en relación a este problema. Observan la alta tasa de cesáreas en las clínicas privadas, señalando la responsabilidad que tiene en esto una política de salud que incentiva el parto por cesárea a través de un pago subsidiado, que disminuye ostensiblemente el costo a la vez también favorece a un segmento de la población de ingresos medios que aspira a atenderse en la salud privada.

Probablemente en el parto y en esa situación yo creo que ha sido fundamental el PAD para abrir la puerta, digamos, desde el punto de vista económico a un conjunto de pacientes que la posibilidad de hacerlo por sistema PAD, de tener su equipo privado y por lo tanto le garantice de alguna manera, dentro de los embarazos normales, esa es una limitante. Si yo tengo una paciente con sobrepeso o con cualquier patología, incluso el hipotiroidismo que no tendría por qué tener problemas pero hay clínicas que simplemente no lo aceptan como paciente PAD, o

sea, hay limitantes, no es llegar y decir, ‘no yo soy PAD’, no, o sea, yo puedo ser PAD siempre y cuando la clínica acepte mi condición de paciente sana, absolutamente sana respecto al embarazo, si no, no. (Médico 3, hospital)

Por lo que describe el personal entrevistado, hay un seguimiento sólo de aquellas que se controlan regularmente en la atención primaria de salud, que en general son las que tuvieron un parto, pero como los tiempos suelen ser largos, existe descoordinación entre los distintos niveles de atención y las usuarias enfrentan múltiples problemas para ser constantes en las citaciones, frecuentemente se pierde la efectividad de las estrategias de regulación de la fertilidad que aseguren el cumplimiento del deseo de las mujeres. La incomunicación entre niveles de atención se nota en las diferentes percepciones del personal sobre el seguimiento. En general, el seguimiento de la esterilización quirúrgica se reduce a una revisión médica centrada en la recuperación post operatoria y a los controles ginecológicos posteriores en la APS. En la atención privada no cambia mucho la situación y depende más bien de las posibilidades de la usuaria de pagar un nuevo control, pero en definitiva, en ambos sistemas sólo se considera la revisión post operatoria pero no un seguimiento que vele por asegurar que la necesidad de salud de poner término a la fertilidad se cumpla.

Nosotros no nos hemos hecho cargo de un problema que es de salud pública, que es la planificación familiar al momento del alta, delegándolo en una atención que nosotros creemos que va a ser expedita pero de la cual no tenemos ninguna injerencia, por ejemplo, en la asignación de horas, se va la paciente de acá y yo no le puedo conseguir una hora en Plaza Justicia. Entonces yo creo que la van a ver, creo que a los 45 días le van a poder poner el método anticonceptivo pero no sé si eso realmente ocurre y no llevo ningún registro. Y como el tiempo mínimo entre un embarazo y otro, perdón entre un parto y otro parto posterior, va a ser un año, puede que yo ni me acuerde de la cara de la paciente cuando vuelva con otro embarazo no deseado. (Médico 2, hospital)

Que yo sepa al menos no, ninguno, ninguno, ninguno. Porque pacientes que se van de alta de “salpingo” acá no se le hace ninguna interconsulta o... más allá de los 7 a 10 días post parto que se le hace en el consultorio, que se le hace a toda púérpera, pero un seguimiento, no, no hay seguimiento. (Matrona 4, hospital)

Es que a ellas sí o sí se les entrega el método, porque ellas vienen a su control post parto que normalmente es como entre los 7 o los 10 días después del parto, ¿ya? En promedio y ahí,

bueno, uno examina, se entera efectivamente que fue lo que le hicieron, si la operaron, no la operaron y ahí te cuentan toda la historia como fue *po'* (...) seguimos con un control común y corriente de una mujer que está utilizando o pueda utilizar un método anticonceptivo, hasta que la logren operar. (Matrona, Cesfam)

6.2.5 Priorización, selección y candidaturas en la salud pública

La esterilización no se considera prioridad dentro de las necesidades de salud pública pero de todas maneras debe haber una respuesta del sistema de salud a la demanda al ser un derecho establecido legalmente. Como no existe un protocolo formal a seguir para seleccionar a las mujeres que están a la espera de ser atendidas, en la práctica operan criterios más o menos consensuados que van configurando perfiles o candidaturas de mujeres solicitantes, o no solicitantes, pero según indicación médica o sanitaria deberían esterilizarse. Estos criterios no formales se aplican sin mayor revisión y están internalizados al punto que algunos profesionales manejan información errada al respecto creyendo que la edad y el número de hijos aún son criterios vigentes. Por otro lado, la falta de mecanismos oficiales para seleccionar a las usuarias en un contexto de pocas posibilidades puede derivar en situaciones arbitrarias o la desatención de mujeres realmente lo necesita.

No hay *triage* porque en el fondo, yo creo que cuando desaparece en el cambio de legislación que la ligadura era una indicación médica, toda paciente que pide ligadura pasa en el fondo a estar en la lista y nuestra única priorización son los días que lleva esperando. Mientras más días lleva esperando más prioritaria sería hacerlo porque es más probable que se vaya *pa'* la casa, pero no es que alguien acá diga ya, en igualdad de condiciones la que tiene más hijos se liga primero, ya en igualdad de condiciones, la que tiene más riesgo social su ficha tiene mayor puntaje, no, no entra ninguno de esos algoritmos. (Médico 2, hospital)

Aquí están todas las fichas arrumbadas de la salpingoligadura, de dos años, a ver a quien vamos a llamar *pa'* ligarse esta semana...levantan, sacar de aquí, levantan de acá, no hay un trabajo de leer la ficha y leer por último la información de la paciente. No hay como un...como se dice como un filtro, no, no hay. Se llama a las que están para ligar...uno, la diferencia se hace entre parto y cesárea y dos se hace entre las fichas que están en lista de espera, no hay un criterio para elegir, tratan de elegir a las que tienen más hijos no más, siempre o 'oye *sabis* que tengo un

conocido que quiere ligarse, está en lista de espera ¿podis buscarla?’ Pero no hay como un criterio. (Matrona 4, hospital)

Los “casos sociales” o los “casos de riesgo social” son las situaciones que movilizan a profesionales de distintos niveles de atención y que en la práctica se priorizan, llegando a saltarse protocolos administrativos para concretar la esterilización. Son mujeres que por razones médicas, económicas, sociales o de salud no pueden asegurar el cuidado de un recién nacido ni su posterior crianza y mantención, mujeres en situación de calle, con discapacidad mental, consumidoras de drogas, entre otras. Cuando el equipo de salud considera que existe riesgo social para un/a recién nacido/a y con la esterilización se evitaría aumentar el riesgo, se actúa induciendo el consentimiento de la mujer y procediendo legalmente para ingresar al bebé al sistema de protección a menores o de adopción.

(...) fue así como bueno ‘¿mentimos? ¿Le hacemos firmar un documento que ella no tiene idea de lo que se trata? Y la mandamos al hospital’ (...) pero no “sacrificar” a otro niño respecto de las posibilidades va a tener en el futuro y recuerdo que ella firmó, le dijimos que necesitábamos el documento, todo, ella firmó, y resulta que cuando llegó al hospital llegó sin ningún papel, nada, nada, con suerte llegó con su carné de identidad y recuerdo que ahí llamaron a la matrona desde el mismo hospital, llamaron a la matrona que era quien tenía los antecedentes acá y fue como ‘¿procedemos?’ si, ella había firmado, listo, la esterilizaron. (Trabajadora social, Cefsam)

Más bien eso funcionaría como un proceso de tipo legal, de pedir una protección, digamos, que se ha hecho en algunas situaciones en que las pacientes tienen algún conflicto, digamos, en que la única manera de resolverla sería a través de una orden judicial que las proteja, digamos, por si uno piensa que están actuando en contra de su mejor vivir, digamos, y ellas están haciendo algo que les perjudica, uno podría perfectamente...eso funciona mucho para los menores, si la madre insiste en tener una conducta que pueda ser complicada para el recién nacido. (Médico 3, hospital)

Es decir, hay situaciones que ameritarían una esterilización sin importar la edad o la paridad – criterios que generan mayor acuerdo- al mismo tiempo que hay situaciones en las que se confía en las trabas administrativas para cerrar el acceso o se hacen esfuerzos extras para que ciertas mujeres no lleguen a ser esterilizadas aunque lo estén solicitando. Estas últimas son las mujeres jóvenes, consideradas como tal con menos de 30 años, idealmente no deben esterilizarse, especialmente si

tienen uno/a o dos hijos/as. Existe un cierto acuerdo tácito en este sentido aunque la argumentación se reduce a la posibilidad de arrepentimiento más adelante, las mujeres jóvenes se arrepienten más y son las que más solicitan una cirugía de reversión, según la literatura científica y lo que el mismo personal de salud observa en su práctica clínica. La paridad es otro criterio muy ocupado, ya sea para obstaculizar el acceso como para facilitarlo, dependiendo de si tienen pocos hijos/as o son las llamadas grandes multíparas, respectivamente. La combinación de ambos criterios, la edad y la multiparidad, es la fórmula no médica más recurrente para priorizar o postergar, “yo me imagino que es la gran paridad no más, gran paridad y edad yo creo que son parámetros fuertes como para tomar decisiones” (Matrona 1, hospital).

Te puedo referir algún, por así decirlo, ejemplo, no sé, multíparas de 7 que hay, que siempre gran multíparas como le llamamos nosotros y tienen, no sé, 30 años, 32 años y la chicas pueden tener hasta los 40, 45 años, seguir teniendo otros hijos, entonces en ese caso si tú ves que tiene 7 hijos entonces ya...obviamente no va a cambiar mucho el paradigma social de esa señora. (Matrona 4, hospital)

El estado de salud de la mujer es también una causal de priorización, en esas situaciones la esterilización se toma como un recurso para evitar mayores complicaciones o daños severos en su salud, ya que un nuevo embarazo empeoraría su condición. En este caso se trata de un criterio netamente médico pero que generalmente refuerza otros criterios que también están presentes.

Si tiene, no sé, treinta años con dos hijos, ya y tiene patologías maternas porque ese es otro tema importante, una paciente que tiene alto riesgo obstétrico, con mala historia obstétrica *pa'* atrás, entonces también es complejo que se vuelva a embarazar. Entonces son muchas las cosas que hay que considerar en esta toma de decisión y siento que hay mucha ligereza. (Matrona 2, hospital)

Las pacientes que tienen enfermedades graves y que pueden estar condicionadas o agravadas por un embarazo, a esas pacientes les damos prioridad y las ligamos, las pacientes con retardo mental o con alteraciones mentales severas que claramente con opinión de especialistas no puedan ni deban embarazarse. Esas fundamentales o esas son las causales fundamentales de priorización en una esterilización quirúrgica. (Médico 1, hospital)

No está estipulada la objeción de conciencia en casos de esterilización quirúrgica pues es un derecho de toda mujer mayor de 18 años y en plenas facultades, sin embargo, como es parte del código ético médico, algunos que se han manifestado en desacuerdo con ligar a pacientes con ciertas características y ha habido, de hecho, situaciones de negación del servicio. Estas situaciones han afectado principalmente a mujeres jóvenes y eventualmente a mujeres con discapacidad mental que no tienen una autorización médica.

Me he encontrado con niñas jóvenes que han querido que se esterilice pero el médico le ha dicho no, no, no, que eres muy joven, que se yo, y si después vas a tener otro hijo. Ese tipo de casos sí, pero muy pocos, al menos los que yo he visto son re pocos casos. (Técnico Paramédico 1, hospital)

Mira, me ha pasado dos casos que los médicos me rechazaron por la edad, tenían 24 y 23 las chicas, eran múltiparas de tres y de cuatro, respectivamente, y claro, las teníamos en pre parto listas para pasar a pabellón y vieron las fichas, ‘no, muy chicas para...’ (Matrona 4, hospital)

Una paciente múltipara de tres, joven sí, 24 años, múltipara de tres, que no...en algún minuto estuvo la posibilidad de ligarla y el medico finalmente decidió que no se iba a ligar y la respuesta al abogado fue de que era la decisión de la paciente y que como servicio, independiente de lo que pensara el profesional que estaba a cargo, debía ofrecérsele y cumplir con el servicio. Finalmente la paciente no se ligó, se fue, se escapó, no me acuerdo, pero fue súper polémico. (Medica 1, hospital)

Factores relacionados con el desarrollo de la medicina como disciplina científica también intervienen a la hora de tomar decisiones sobre el uso de los recursos y la atención que se le da a una u otra necesidad de salud. Desde el punto de la gineco obstetricia, la esterilización o salpingoligadura es una cirugía simple, poco compleja y por lo tanto, poco atractiva desde el punto de vista del aprendizaje y entrenamiento quirúrgico. Por otro lado, la especialización medica contribuye a que cada quien vele por sus intereses clínicos, en el sentido de dar prioridad a las usuarias que ellos/as controlan y de las cuales tienen conocimiento acabado sobre su condición de salud, entonces cuando se genera un cupo en la tabla quirúrgica, cada médico/a considera más importante o urgente a sus propios pacientes y “pelea” por ello. Su carácter electivo y, por lo tanto,

no urgente y no dependiente del diagnóstico ni la decisión médica, contribuye también a su desvalorización en el ámbito hospitalario.

Entonces las cirugías que son electivas y que no son urgentes van quedando postergadas y entre ellas está la esterilización quirúrgica, que además es una cirugía que es muy simple pero que por su simplicidad tampoco aparentemente tiene el interés de los cirujanos de realizarla en forma tan importante porque no es una cirugía, digamos, interesante desde el punto de vista técnico, por lo tanto, si tenemos un becado que quiere ejercitar digamos alguna cirugía, la que primero va a querer hacer no va a ser la esterilización quirúrgica sino que va a ser otra técnicamente más compleja. (Médico 3, hospital)

En la dinámica interna hospitalaria de ginecología y obstetricia, las pacientes candidatas incorporadas en la programación quirúrgica semanal para una esterilización son seleccionadas por personal administrativo que maneja las listas de espera y elabora la tabla semanal de cirugías, siguiendo las indicaciones del médico jefe de la unidad. Los/as médicos generalmente no participan en la decisión de la candidata sino más bien las/os matronas/es o la secretaria.

No tienen un rol protagónico de que ellos vean el listado y se tomen el tiempo de decir ‘¿sabes qué? que creo que ella...’ no, yo tengo que ser sincera es como más de ‘ponme una ligadura’ y la secretaria decide que ligadura, no es que toman un rol de veamos que...porque la verdad que priorizan más lo otro. (Matrona 3, hospital)

6.3 Representaciones del personal de salud en torno a la esterilización quirúrgica

En este punto se presentan resultados sobre valoraciones y representaciones que el personal de salud hace de distintos aspectos de la esterilización quirúrgica: cómo la definen, si la consideran un método anticonceptivo y un problema de salud pública, su evaluación respecto al cambio de

normativa el año 2000 y la identificación de otros problemas de salud reproductiva que de alguna manera se vinculan a la esterilización, entre otros.

6.3.1 Definiciones de la esterilización quirúrgica

Consultados/as sobre cómo definirían la esterilización quirúrgica, algunos/as optaron por referirse al procedimiento técnico y quirúrgico, y otros/as, al objetivo que se busca, es decir, como un procedimiento para no tener más hijos/as.

Consiste en ligar, amarrar las trompitas, los médicos las amarran, las cortan después con un bisturí eléctrico se coagula un poquito el borde de la trompa que se cortó para que no sangre, entonces quedan separadas, no queda unida queda separada, ya no hay unión de las trompas. (Técnico Paramédico 3, hospital)

¿Qué es para mí?...una toma de decisión súper personal, de índole propio de la mujer y el concepto es no seguir con la paridad por la cuantía de hijos que tienen en el transcurso de su periodo fértil. (Matrona 2, hospital)

No hay acuerdo sobre la clasificación de la esterilización quirúrgica como método anticonceptivo, el punto de debate está en su carácter reversible o irreversible y en el mecanismo con el que actúa sobre el proceso reproductivo. Para unos/as, si no actúa evitando la ovulación o la concepción, entonces no sería un método anticonceptivo, lo mismo si su función no es reguladora sino de clausura de la capacidad reproductiva. Otra visión es que al evitar embarazos, sea cual sea el mecanismo, ya está cumpliendo una función anticonceptiva, “¿es un método anticonceptivo que impide el embarazo?, claro, obviamente que sí, si es esa la definición, sí” (Médico 3, hospital). La irreversibilidad real o relativa de la esterilización quirúrgica es el punto polémico del asunto, que tendrá repercusión en la política de salud en materia de regulación de la fertilidad.

Entonces propiamente tal un método anticonceptivo no es, es una esterilización quirúrgica que es un método quirúrgico...de prevenir el embarazo quirúrgicamente no más, pero así que previene una anticoncepción, yo creo que no. Porque eso es lo que busca un método anticonceptivo, que la mujer no produzca óvulos o no se produzca la concepción. Por ejemplo,

la “T” de cobre no es hormonal pero ¿por qué produce una anticoncepción? porque los espermatozoides suben por la cavidad vaginal y como está la “T” de cobre no genera un ambiente propicio para que se genere una concepción, entonces las condiciones no están dadas para una concepción. (Matrona 4, hospital)

Hay varias cosas que uno le pide a un método anticonceptivo, no cierto, que sea de fácil acceso a ese método anticonceptivo, que sea fácil de usar también por una mujer, que sea inocuo o relativamente inocuo o que no tenga efectos secundarios importantes y por último que se de bajo costo, también es una cosa que uno le pide a un método anticonceptivo porque son cosas masivas que usa mucha población y finalmente lo que uno le pide es que ojalá sea reversible, porque las mujeres cambian de opinión *po’*, como todas las personas...entonces es difícil cambiar de opinión cuando tienes un procedimiento tan radical. (Médico 1, hospital)

La EQ es considerada por la mayoría de los/as entrevistados/as como la última opción en el ámbito de la regulación de la fertilidad, el final del camino, principalmente, porque hoy existe una oferta mayor y mejor de métodos anticonceptivos, tanto en el mercado como en el sistema de salud; métodos efectivos, seguros, de larga duración y de menor costo, “*pa’* mi la ligadura es el final de una historia que parte fallando antes y es que acá no hay planes de anticoncepción” (Médico 2, hospital). En este sentido, la opción por la esterilización puede ser resultado de la desinformación sobre la oferta existente y de la falta de educación sexual.

Para mí también es un poco falta de educación sexual en el nivel primario principalmente debido a que hay métodos anticonceptivos los cuales no tienen que ser invasivos hacia la mujer de tener que meterla a un pabellón y esterilizarla quirúrgicamente, porque yo siento que eso es un...es como palear la falta de educación que tiene la población chilena, eso es mi primero punto. (Matrona 4, hospital)

Una de las opiniones más compartida es que la esterilización quirúrgica, en tanto método anticonceptivo, es un método superado, poco sofisticado, agresivo y de bajo interés para la práctica médica. Así lo indican calificativos como “radical”, “prehistórico”, “invasivo”, “mutilador” con los cuales se refirieron a este procedimiento quirúrgico.

Yo hago *re* pocas ligaduras en la parte privada, ninguna mujer quiere operarse, *pa’* qué se van a querer operar pudiendo usar un método que es reversible que eventualmente las acompañe hasta

la menopausia, *pa'* qué intervenir su cuerpo, igual es algo prehistórico, pero está disponible y entre comillas pareciera ser más barato que lo otro, no es más barato. (Médico 2, hospital)

Lo segundo, que la esterilización quirúrgica igual es un procedimiento invasivo hacia la mujer, porque, ¿por qué siempre se apunta hacia la mujer...? por qué la mujer no se esteriliza *pa'* no tener más hijos si tiene tantos, pero por qué no vemos el otro lado, a lo mejor esa señora tiene una pareja ¿por qué no esterilizamos a la pareja? (Matrona 4, hospital)

Primitivo, si claro, o sea, es mutilador. Hay cosas que uno hace en medicina con las cuales uno no está de acuerdo pero (...) A alguien se le podría ocurrir también por ejemplo que un método anticonceptivo bueno sería sacar el útero y nadie lo plantea, porque es extremadamente radical pero es parecido a ligar las trompas. Entonces parece un poquitito excesivo cuando existen métodos con una alta tasa de eficiencia. (Médico 1, hospital)

Si bien para la mayoría de los/as entrevistados/as, la esterilización quirúrgica no debe ser la primera opción sino la última de varias alternativas para regular la fertilidad, este método tendría la ventaja justamente de evitar la acumulación de secuelas o malestares provocados en algunas mujeres por el uso prolongado de distintos métodos.

Yo soy partidario de la esterilización quirúrgica cuando uno tiene las condiciones suficientes para pensar que en circunstancias normales la persona no va requerir más hijos y eso, digamos, genera una actividad que, de no ser muy compleja, ya sea por la parte económica o por la parte física, produce un beneficio de la paciente, en el sentido de no tener que amarrarla a un sistema que puede tener tantas complicaciones como las que tiene los métodos, ya sea de dispositivo intrauterino o de hormonas y que a veces requiere años de generar, no cierto, situaciones en que la paciente tiene que estar pegada en un sistema de uso de ellos y que la libera de eso y le da la tranquilidad de tener un método que es eficiente y seguro. (Médico 3, hospital)

La esterilización quirúrgica comparte con los demás anticonceptivos un porcentaje de falla cumpliendo con la consabida frase “ningún método es cien por ciento seguro”, de hecho, se conocen casos de mujeres esterilizadas que han vuelto al hospital embarazadas, no obstante, igualmente se considera uno de los métodos más seguros. La definición de irreversibilidad también contribuye a una percepción de mayor seguridad, aunque en la práctica se puede revertir tanto en forma natural como por procedimientos quirúrgicos.

Yo creo que es un método muy bueno, ¿ya? No es cien por ciento porque hay casos en que se recanaliza en forma espontánea, es muy bajo, o sea, dentro de todos los métodos anticonceptivos, claro, el más seguro es la esterilización, lo que sí tiene es que es irreversible. (Médica 3, hospital)

No es definitivo, aquí nos han llegado un montón de veces señoras ligadas y embarazadas, si, como señoras que se ligan y después se recanalizan y quedan embarazadas, como otras que nunca más pueden tener *guagüita*. Pasa. Aquí hemos operado un montón de veces a señoras que han sido ligadas hace años atrás y ahora llegan embarazadas, a la edad de 45, 47 años, que se sorprenden porque ¡cómo pasó! (Técnico Paramédico 3, hospital)

Una perspectiva asociada a la esterilización quirúrgica es aquella que vincula la pobreza con numerosos hijos/as, lo que puede convertirse en una situación desesperada para familias que no tienen lo suficiente para sobrevivir y menos para un buen vivir. La esterilización quirúrgica aparece en este contexto como recurso beneficioso que representa un alivio para las mujeres y las familias más pobres.

No sé si será tan buena pero a lo mejor soluciona grandes problemas, por ejemplo, la gente pobre en el fondo que vive con 5, 6 niños y no tiene como mantenerlos, entre que esos niños anden en la calle y no tenga más niños yo creo que a lo mejor desde algún punto de vista a lo mejor es bueno. (Técnico paramédico 2, hospital)

Actualmente yo te diría que influye mucho el factor económico, mucho, mucho, o sea, las pacientes realmente a veces no pueden mantener más hijos, por otra parte, esto de la polinatalidad tiene que ver con la...la...es una mezcla entre la ineficiencia de la atención primaria en otorgar adecuadamente la anticoncepción y por otra parte con la irresponsabilidad de algunas pacientes de no buscar como corresponde. (Médica 1, hospital)

Pese a que la esterilización quirúrgica ocupa el tercer lugar en la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en Chile, existe la percepción que no tiene mayor impacto en la salud pública en cuanto a la cantidad de mujeres que la usan en comparación con el uso de otros métodos anticonceptivos.

Ahora como la ligadura, como sistema de salud pública, de planificación familiar, a mí me parece que no tiene ningún impacto. Es muy bajito. Al lado, de todos los otros, de los

anticonceptivos hormonales orales, de los dispositivos intrauterinos, de que se yo toda la infinidad de métodos, incluso el preservativo. (Médico 1, hospital)

Desde un enfoque biomédico y de salud pública, el concepto de riesgo es central pues orienta la priorización y la distribución de recursos... ¿cuál es el riesgo asociado a la esterilización quirúrgica? La idea de riesgo aparece cuando una mujer es considerada incapaz para asumir su papel de madre y, por el contrario, su embarazo augura una reproducción de la pobreza y otras malas condiciones de vida. Generalmente es en estos casos que preocupa al personal de salud aquellas mujeres que muestran poca “adherencia” a los métodos anticonceptivos.

Pero hay situaciones que no son menos, que no son pocas la cantidad de mujeres que nosotros tenemos en situaciones súper precarias y que además donde hay un historial donde hay más hijos en hogar, donde hay consumo de drogas, donde tú sabes que efectivamente las posibilidades de ese niño a futuro son mínimas, o sea, lo estás condenando a una realidad bastante parecida a la de sus papás. (Trabajadora Social, Cefam)

Es uno de los temas que vamos abordando, obviamente trabajamos en conjunto con la matrona que la matrona le va explicando también a la paciente, en caso de por ejemplo, posterior al parto o respecto a la poca adherencia que tiene el tema de la planificación familiar, principalmente con los métodos anticonceptivos que no está adhiriendo y vemos que es un riesgo efectivamente. (Psicóloga, Cefam)

Entonces hay una falla tanto en el sistema y en algunas pacientes que realmente no creen en el riesgo, no se preocupan del riesgo, entonces hay un grupo que tiene que ver mucho, o sea, digamos, es mezclado la responsabilidad creo yo. Así que desde ese punto de vista hay mucha gente joven que quiere ligarse *pa'* no tener más hijos porque ya dos y tres a los 20 años, 24 años es hartó. (Médica 1, hospital)

La esterilización quirúrgica no es considerada un problema importante para la salud pública porque no es una enfermedad, no es una urgencia, no es una prestación de indicación médica sino al contrario, es electiva, por lo tanto está en el último lugar de la priorización de las acciones y los recursos de salud. Al no ser una urgencia médica pierde “derecho” a usar los recursos quirúrgicos

escasos como los pabellones y los anestesiistas, calificación que el personal de salud tiene bastante presente pues puede incluso perjudicarles profesionalmente el uso inapropiado de estos recursos.

En cuanto al acceso, es complicado también porque son pacientes que no están enfermas, por lo tanto, en cualquier sistema de priorización están en el último lugar digamos, no...cuando hay poca disponibilidad de pabellones, cuando pocas horas de anestesiólogo, las ligaduras en realidad, o se programan poco o no se programan. (Médico 1, hospital)

(...) para nosotros con las horas de pabellón que tenemos uno tiene que priorizar las cosas que son más importantes, claro la ligadura es un procedimiento electivo sin ninguna prioridad del punto de vista salud de la paciente, o sea, no se va a morir porque no la *operís*, el cáncer si se va a morir, el cáncer de mama si se...entonces las horas de pabellón tienen que ser dadas *pa'* ese tipo de cosas y así priorizando se ha acumulado. (Médica 2, hospital)

No hay horas disponibles en pabellón básicamente porque no es una cirugía de urgencia por lo tanto operarla en turno significa que tu estas de alguna manera haciendo cosas electivas en un horario que es de urgencia y si llega alguna urgencia y tu estas usando el pabellón en algo electivo podría significar problema. Tanto para la paciente que viene como pal medico desde el punto de vista legal, ¿te fijas? (Médica 3, hospital)

6.3.2 Esterilización quirúrgica en mujeres como problema de salud pública

Si bien, la esterilización quirúrgica no sería una urgencia desde el punto de vista de la enfermedad o el riesgo vital, sí es una necesidad de salud importante de ser atendida, e incluso urgente, considerando que las consecuencias de la desatención impactan personal y socialmente, principalmente lo que implica un embarazo no deseado. En este sentido, la desatención de la esterilización quirúrgica es un problema de salud pública.

Por distintas razones que a veces no son fáciles de explicar porque simplemente son déficit que tiene la atención primaria en términos de atención y hoy día la capacidad que tienen de establecer un *screening* que les permita atender aquello que es lo más urgente y simplemente se basan en una solicitud de hora y eso, claro, puede que la persona que tenga esa necesidad que en realidad es una urgencia no real, no tan directa, pero que sí efectivamente es una urgencia de tener una anticoncepción, no la logren y llegan embarazadas de nuevo. (Médico 3, hospital)

No puede ser que alguien esté tres años y nadie ha hecho un estudio de qué pasa con esas mujeres que están esos tres años, cuantas llegan acá embarazadas. Yo te digo que yo que estuve 6 meses en el puerperio, que fueron 6 meses, nada, me di cuenta que eran muchas. Entonces,

que de repente me decían ‘señorita es que sabe que yo vine el año pasado *po*’, si mi *guagua* tiene un año un mes, entonces yo estuve dos días en ayuda y ya ahora yo no...’ y algunas se ponen...y yo no me podía ir de acá si no...entonces claro a esas las terminamos ligando igual porque ya es una cosa de...pero lo encuentro súper injusto porque ellas ya habían resuelto su vida, ellas ya habían decidido no tener más hijos, entonces no es justo ni para el bebé que viene ni para ella que por un tema de no acceder a un pabellón. (Matrona 3, hospital)

Ante la pregunta ¿En base a su experiencia percibe que la demanda de esterilización quirúrgica ha aumentado o disminuido? Hay distintas percepciones, algunos/as piensan que actualmente se solicita menos que antes, otros/as, por el contrario, perciben que la demanda es mayor y también hay quienes creen que ésta se ha mantenido pareja. Los factores que estarían influyendo en las distintas situaciones incluyen cambios sociales y de comportamiento en las mujeres, que no se difunde y por lo tanto no se conoce lo suficiente, el cambio de normativa sanitaria, entre otros.

Quienes perciben que hoy menos mujeres solicitan la esterilización lo notan en la cantidad de cirugías que atienden personalmente. También se piensa que al ser conocida la situación de acceso de las esterilizaciones en este hospital –que el mismo personal de salud se encarga de difundir– inhibe muchas solicitudes al saber que la solicitud no prosperará.

Me parece que se ha mantenido más o menos parejo, más o menos parecido, no ha sido así como un desborde que uno podría haber esperado que muchas mujeres soliciten ligadura, no. Entre otras cosas porque no hay ningún programa digamos, no hay ningún programa de difusión masivo que diga bueno usted vaya, solicítelo y la van a ligar. A lo mejor si hubiera un programa como eso mucha gente se interesaría, digamos. Pero la verdad es que no, al revés, digamos que mucha gente ha ido notando que crecientemente las dificultades son mayores en el acceso a este tipo de técnicas y terminan buscando otras alternativas. (Médico 1, hospital)

Yo informaba 40 mensuales era como lo común, 40, cuarenta y algo y después ahora también ha habido más...por ejemplo, muchas optan a métodos anticonceptivos que en los años 2005, 2004 que estaba cuando yo llegué, no existían, entonces justo fue la época en que liberaron las firmas, se liberaron las edades, se liberaron las paridades, entonces empezaron a acceder. Pero después empezó a decantar porque, una, se juntaron muchas razones, una de las que yo creo es que también empezaron el tema de los GES, entonces el pabellón está casi exclusivo para resolver las listas de espera. (Matrona 3, hospital)

Otra parte de los/as entrevistados/as tienen la percepción contraria, que la esterilización quirúrgica ha aumentado en el último tiempo, lo que se atribuye en general a la mayor facilidad que existe actualmente para las mujeres en cuanto a los requisitos de acceso y también a que más mujeres tienen resistencia a usar la “T” de cobre, antiguamente el método más usado en un contexto de muy pocas opciones. La mayor demanda se nota en que hoy hay listas de espera por este motivo, lo cual no existía antes. Por otro lado, los cambios sociales reflejados en la disminución del tamaño de la familia, el número de hijos/as por mujer y pareja, las mujeres más protagonistas y con más derechos, constituyen factores de contexto histórico-social que explicarían este aumento.

Yo diría que más bien más que por la parte médica va por la parte de la cultura, de la sociedad misma que ha evolucionado y que las personas consideran ya una familia formada y suficiente dos y tres y a veces incluso uno no más. (Médico 3, hospital)

Yo creo que es una mezcla de cosas, por una parte, el cambio de la ley, porque hace no se *po'*, los *itantos* años que llevo acá en esa época era bajo esas condiciones, entonces la salpingoligadura no era frecuente y no teníamos esta lista de espera que tenemos ahora. (Médica 1, hospital)

Una de las características del cambio que ha tenido la demanda de esterilización quirúrgica en mujeres es que hay un aumento de solicitudes de parte de mujeres jóvenes, que comenzaron a ser madres adolescentes y no tuvieron acceso a servicios oportunos y de calidad para espaciar los nacimientos, por lo que tempranamente se ven cumplidas sus expectativas de número de hijos/as y buscan esterilizarse con menos de 30 años.

Yo pienso también que es porque como ahora más mujeres están teniendo bebés más jóvenes, ya con *veinti...* entre 23 a 27 años ya todas tienen casi su paridad completa, lo que desean ellas, tres a cuatro hijos tener, entonces por eso que yo creo que se están ligando...o se ven más la ligadura al menos acá. (Matrona 4, hospital)

Hay más solicitud de mujeres jóvenes actualmente que hay más libertad para la salpingoligadura, lo que no significa que esas se concreten digamos, pero hay más solicitud. Ahora al revés, por disponibilidad de pabellones y por recursos del hospital el número de ligaduras ha disminuido de manera bastante significativa, nosotros en el año, por ponerte un ejemplo, en el año 2008 debíamos hacer alrededor de 300 ligaduras en el año, en el 2015 creo

que hicimos 60, o sea esa es la diferencia más menos, pero esa una cosa por recursos de pabellón. (Médico 1, hospital)

El cambio de normativa en el año 2000 es un hito presente en las explicaciones de la situación actual de la esterilización quirúrgica, no siempre se menciona la ley sino más que nada su traducción en la liberalización del acceso a la esterilización para mujeres y hombres, eliminando requisitos tales como la autorización del cónyuge, un número determinado de hijos/as y dejando la mayoría de edad (18 años) como límite de edad, e incluso la firma del director del hospital. Se hace especial énfasis en el efecto que tuvo para las mujeres prescindir de la autorización del marido, ganaron autonomía e independencia en relación a estos asuntos lo que se reflejó en un aumento de la demanda. La situación anterior se consideraba difícil y perjudicial particularmente para las mujeres, ya que al requerir la autorización expresa del marido eran colocadas en una situación denigrante pues se cuestionaba su capacidad de tomar decisiones respecto a procesos fisiológicos que ocurren en su cuerpo y que impactan directamente en sus proyectos de vida.

Me acuerdo que fui matrona de puerperio en ese tiempo, después que tenía todo eso y tenía que venir con la consejería del consultorio, además de todo eso, o sea, yo no podía a alguien que aquí se le ocurriera después del parto sabes que me quisiera...no, o sea, tenía que venir con toda una consejería del consultorio con la firma del marido, con la edad correspondiente y después que yo tenía todos esos antecedentes se mandaba a la dirección y de hecho el director tenía que firmar, sin firma del director no entraba ninguna a pabellón. (Matrona 3, hospital)

Tenía pedir la autorización, tenía que ir con el marido, claro. Entonces era como 'pero que pasa si su esposo muere', entonces también es como...iban como...no me acuerdo, es lo que me ha comentado, yo tenía...hay una serie de preguntas y que en realidad fue complejo el poder llegar optar a este procedimiento. (Psicóloga, Cefam)

Se, por lo que nos han enseñado, que antes sí se hacía, que había que pedir la autorización al esposo y yo pasé por otro hospital que no es este, donde se le pedía la autorización casi que al jefe del esposo así era una cosa terrible, acá por suerte ya no se hace nada de eso. (Médica 2, hospital)

Pero siempre ha sido un proceso lento, ahora están un poco más informadas y se atreven a solicitarlo...se atreven a solicitar la salpingoligadura porque saben que ya no necesitan la autorización de la pareja. Porque años atrás era terrible, o sea, era casi una esclavitud frente a la pareja, o sea, si tu pareja no te autorizaba no te *podiai* operar, era terrible, el sometimiento era

espantoso. Y más encima los médicos avalaban y médicos de mayor edad con mayor razón, esa concepción también del sistema ‘no *po*’ está muy joven, ¿y tu marido qué dice, y tu pareja que dice?’ entonces era súper limitado, era muy limitado. (Matrona, Cesfam)

No todos/as consideran adecuado el cambio de normativa, hay quienes creen que al abrir el acceso para todas las personas “se fueron para el otro extremo”, que en cambio, debería restringirse y quedar como alternativa para ciertas mujeres con necesidades de salud o características sociales especiales.

Entonces yo creo que las políticas podrían estar orientadas hacia esa parte, ese lado. Y la salpingoligadura probablemente dejarla para casos más calificados, pacientes que tengan, por ejemplo, complicaciones médicas en el embarazo y no puedan embarazarse por ningún motivo, pacientes que tengan alguna deficiencia mental en que no es conveniente que se embaracen y eso tiene que estar muy bien calificado por los especialistas pertinentes y no mucho más que eso. (Médico 1, hospital)

6.3.3 Situaciones de salud reproductiva asociadas a la esterilización

Una situación que se corroboró en la base de datos construida para esta investigación es que la mayoría de las mujeres usuarias de esterilización, en espera o ya intervenidas, tienen una alta carga de enfermedades crónicas, con un impacto en la resolución del embarazo y en la mayor cantidad de cesáreas por sobre los partos fisiológicos, que son cada vez son más escasos.

Nos hemos dado cuenta además que con el tiempo han aumentado mucho las patologías en los embarazos, ya no existe...si viene un trabajo parto fisiológico es muy extraño, casi todos vienen adosadas a alguna patología, la hipertensión, la diabetes, el hipotiroidismo, sí, sí. O no sé si será porque este es el hospital base de la región que todo lo más denso llega acá, pero es muy raro tener la oportunidad de ver un embarazo así como muy fisiológico, sin ninguna patología adosada. (Matrona 2, hospital)

El parto por cesárea es una forma de desahogar la demanda no satisfecha de esterilización, aun cuando ésta no es electiva ya que por una política institucional del hospital se hace sólo cuando se

justifica medicamente, continúa siendo la vía por la cual se practica la gran mayoría de las esterilizaciones, en comparación con las salpingoligaduras que ocupan vía vaginal o umbilical asociadas o no asociadas a un parto. Así, cuando la mujer llega a tener su parto con la solicitud de esterilización debidamente tramitada y se le indica parto por cesárea, la ligadura se realiza sin problemas y al revés, aunque todo el trámite listo si tiene parto vaginal es muy probable que no acceda a la esterilización.

Pero de que la demanda es alta, si, es alta pero de que salen ligadas de acá, son pocas, alrededor...mira así como al ojo porque yo hago la estadística también de la salpingoligadura por cesárea y por parto, al ojo, más menos, serán unas treinta, treinta y cinco cesárea más *salpingo* en un mes por estadística versus una de parto normal que la esterilizan, una. Hay veces que he tenido cero, el mayor record han sido dos, dos en un mes, pero más, nada. Siendo que llegan, yo creo que llegarán solicitando una *salpingo* en una semana normal ¿serán unas 10?, siete a diez, si lo multiplicamos por cuatro ya tenemos casi cuarenta pacientes de parto que quieren ligarse y que no salen ligadas. (Matrona 4, hospital)

Dependiendo del número de cesáreas estaría indicada la salpingoligadura por el riesgo que significa cuatro, cinco cesáreas en un útero, por el riesgo de ruptura y porque las pacientes que se van a cesarizar tienen la opción segura de la ligadura si es que la solicitaron. O sea, y de hecho, en la parte privada se hace, o sea, tu muchas veces operas a la paciente para ligarla porque si tú tienes un parto y la paciente se quiere ligar es doble cobro, la clínica te cobra doble todo, siendo que el mismo equipo, el mismo pabellón, el mismo catéter peridural, todo, sin embargo te cobran doble, así que es una mala práctica pero es una práctica que se hace. (Médica 1, hospital)

La existencia de restricciones en los hospitales públicos para tener un parto por cesárea independiente que sea una medida necesaria debido al abuso de esta práctica – la convierten en una expresión más de inequidad en salud, ya que en el sistema privado de salud su acceso es expedito, limitado solo por la posibilidad de pagar su alto costo. Desde una lectura de libre mercado, el derecho está asegurado en el sistema privado pues es el que reconoce el “deseo materno” como causal para realizar la cesárea, cosa que en lo público no existe. La cesárea electiva o la cesárea por “deseo materno”, válida en el sistema de salud privada, obedece a un criterio económico. Desde el

punto de vista del prestador y de las instituciones de salud es más rentable hacer cesáreas y desde el punto de vista de las usuarias es más económico hacerse dos procedimientos relacionados pagando solo uno, que es lo que se oferta en la modalidad PAD del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Esto redundaría en un incentivo a la cesárea.

En el sistema público no porque nosotros no hacemos cesárea en dos condiciones que sí son importantes en el sistema público: en los criterios de cesárea nosotros no existe el deseo materno, no está. Dentro de las indicaciones nuestras, si una paciente dice yo quiero tener un parto por cesárea, eso no existe. No está, no tiene derecho a pedir eso, no es electiva. Se juega con estas reglas, digamos, y las reglas son que si usted no tiene una contraindicación, ni nada, tiene que tener un parto normal. (Médico 1, hospital)

Si bien es cierto igual hay una tasa alta de cesáreas, Van Buren, por ejemplo, no se caracteriza por hacer cesáreas electivas, definitivamente no ¿ya? De hecho, esa es una queja a veces de las mujeres que dicen me tuvieron hasta última hora esperando, me sufrí todo y no me querían hacer cesárea y yo lo único que quería era que me sacaran la *guagua* luego y que se yo. Esperan los tiempos que sean necesarios y van cumpliendo todo el protocolo, no es que hagan cesáreas así porque sí, las cesáreas que hacen son realmente justificadas porque la condición de salud de la mamá o del bebe, del feto en este caso, amerita esa intervención, pero no se hacen cesáreas electivas. Porque hay algunas mujeres que vienen a sus controles de embarazo dice ‘yo no quiero tener un parto vaginal, yo no quiero sufrir’ y tienen ese concepto de sufrimiento del parto, ¿ya?, ‘yo quiero que me hagan una cesárea’. Entonces uno tiene que empezar a educar de lo que significa, todos los pro y los contra ¿cierto? (Médica 3, hospital)

6.3.4 *Secuelas y consecuencias de la esterilización*

Para referirse a lo que sucede o puede suceder a la mujer después de la esterilización se recurre a explicaciones científicas y a relatos de las mismas mujeres, que a veces son vistos como creencias o mitos.

La primera respuesta de personal de salud entrevistado respecto a posibles secuelas de la salpingoligadura es que éstas no existen, al menos no directamente asociadas a técnica quirúrgica. Teóricamente no implica intervenciones que puedan afectar posteriormente la salud de la usuaria y en la práctica clínica no refieren experiencias de mujeres que se hayan quejado por secuelas de la esterilización.

No, especialmente cuando se usa la técnica de Parkland en que toda la vasculatura de la trompa se respeta, se liga solamente el conducto de la...entonces el ovario queda libre digamos y mantiene su actividad y su función hormonal exactamente igual. (Médico 1, hospital)

Nada, no les cambia en nada. No altera las reglas, no les va a alterar ningún flujo hormonal, nada, en la parte sexual, las veces que hemos visto pacientes que vienen a verse por cualquier otra cosa y uno les pregunta, “no a mí me ligaron en el año tanto” ah y ¿algún problema? “No, ninguno”. Nada. La verdad es que es que yo he visto que no genera ninguna repercusión. (Médica 2, hospital)

O sea, una técnica bien hecha, es decir, una técnica que tu cuidas igual la trompa, que haces buena hemostasia, no hay ni una secuela excepto obviamente que no te puedas embarazar. Pero no tiene nada que ver con que tus hormonas cambian, de que engordas como dice la gente, nada, si lo único que tú haces es bloquear el puente donde se encuentra el ovulo y el espermio, nada más que eso. Así que no hay ni una consecuencia derivada de ese procedimiento puntual que es la salpingoligadura, excepto obviamente el no embarazarte. (Médica 1, hospital)

Las secuelas que se reconocen son situaciones derivadas de errores que se podrían cometer durante la operación o a malestares producto de la cirugía que en sí misma implica un trauma físico generado por cortes y manipulaciones en el cuerpo de la persona, y cuando se trata de una cesárea, las molestias se deben a esa cirugía y no a la ligadura. Entre las diferentes formas de realizar la operación, aquella que ocupa la vía abdominal es susceptible que generar mayores molestias. Igualmente, en su práctica médica reconocen testimonios de mujeres con secuelas.

(...) después en el post operatorio no es raro que tengan esa molestia por lo menos hasta unos 6 meses, 6-8 meses, o incluso nos podríamos dar hasta un año después de la cirugía por todo este proceso de cicatrización porque hay que invadir varias capas hacia adentro y la piel es lo primero que cicatriza pero adentro hay órganos que fueron intervenidos que de alguna u otra manera se inflaman, entonces pueden generar molestias especialmente cuando va a llegar la regla, por una cosa propia que se inflama un poquitito el peritoneo de...en la pelvis, previo a la menstruación. (Matrona, Cesfam)

Otro tipo de situaciones corresponde simplemente a los efectos propios de complicaciones de alguna cirugía que es abdominal, por laparoscopia, como sea, pero que es una cirugía que puede producir algunas complicaciones inmediatas más que secundarias, pero no hay ninguna otro elemento que por lo menos que sea demostrable. (Médico 3, hospital)

No sé si las señoras vienen concientizadas desde que le hacen la operación, de que le dicen ‘no, ahora te va a doler más porque ahora te quemamos las trompas’ entonces no es solo la operación sino que ahora te quemamos las trompas y siempre me pasa que vez que llegan arriba al

puerperio a su recuperación, están con más dolor (...) no sé si un efecto más psicológico en realidad. (Matrona 4, hospital)

Uno de los efectos colaterales que se mencionan son los cambios en la menstruación o desordenes hormonales. Para algunos/as es un mito bastante extendido entre las usuarias, que se explica por la readaptación del organismo al ciclo natural o sin el efecto de anticonceptivos. Sin embargo, como reconocen algunos/as prestadores/as, estas secuelas son mencionadas en la literatura científica como posibles secuelas de la esterilización, pues podría afectarse la funcionalidad ovárica con las maniobras quirúrgicas propias de esta intervención.

Siempre se ha tratado de demostrar que dependiendo del compromiso vascular del ovario a través de la ligadura se pueden producir algún tipo de cambio, hormonales, la verdad es que eso no ha sido demostrado y los cambios hormonales que se han producido o que se pueden ver, generalmente, primero, corresponden a la edad de la paciente y al cambio de sistema, porque obviamente la persona que en una primera instancia, pre ligadura, se ha cuidado en forma hormonal, tiene una ciclicidad que es manejada por este tratamiento, o sea, en el fondo no es su ciclicidad normal sino que es la ciclicidad que le da el tratamiento anticonceptivo que usa. (Médico 3, hospital)

Yo siempre les digo, ese es mi eslogan, 'usted está teniendo reglas marca ¿Cómo se llama usted? Juanita Pérez, reglas marca Juanita Pérez, son sus reglas, son sus ciclos. Lo que pasa es que antes no los conocía porque siempre estuvo sometida a algún efecto de un anticonceptivo, ya sea en inyecciones, en parcha, en pastillas, en implante, ¿ya? Entonces está teniendo sus reglas de marca propia, entonces tiene que aprender a conocerse ahora como funciona'. (Matrona, Cesfam)

Se ha asociado y se ha mencionado un poco el que pudiese haber una falla ovárica o una menopausia un poco precoz, ¿ya? Que se ha descartado un poco pero fisiológicamente sí, al ligar uno, en el fondo, el ovario tiene dos vías de llegada de sangre, ¿ya? Una a través de la trompa y una a través del útero ¿ya? Tiene dos ramas que se juntan, uno al hacer la ligadura bloquea una rama, entonces deja solo la otra, entonces igual podría ser menos y eso si en teoría igual podría influir un poco en que se produjera como una falla del ovario un poquito antes. (Médica 3, hospital)

De acuerdo a los/as entrevistados, las usuarias también establecen algunas relaciones entre la esterilización y la vivencia de su sexualidad que, a veces, la mejora porque ya no existe la preocupación por evitar embarazos no deseados, otras veces, por el contrario, refieren disminución

del deseo sexual. En general se consideran mitos de las pacientes o problemas de la esfera sexual cuyas causas se encuentran en otros ámbitos de la vida de las mujeres que consultan.

Algunas pacientes -tampoco lo tengo tabulado- pero hay algunas pacientes que refieren alguna disminución de la libido y algunas molestias en relación a la esfera sexual de la cual culpan a la salpingoligadura. (Médico 1, hospital)

El tema de que haya alteraciones en su sexualidad, hay que dejarle siempre en claro de que si no hay ningún problema de salud que uno vea de que hay un absceso, que hay una masa que esté ocupando un espacio que esté causando un dolor, o sea, descartando todo eso dentro de un control ginecológico, es netamente psicossomático muchas veces y que tiene que ver con por disfunciones en la relación de pareja, por un tema de comunicación, por un tema a veces de menoscabo, de maltrato ¿ya? Por la condición como viven, a veces están hacinados comparten dormitorios con los hijos o con otros, no sé, no tienen su espacio íntimo para poder vivir su sexualidad de una forma más tranquila y privada, entonces la mayoría tiene una connotación, siempre más que nada es como psicológica. (Matrona, Cesfam)

6.3.5 Representaciones sobre las mujeres que buscan esterilizarse

Una de las observaciones que hacen los/as prestadores/as consultados/as es que hoy son más las mujeres jóvenes que desean esterilizarse, menores de 30 años, que comienzan su vida sexual coital muy temprano y al mismo tiempo se embarazan, por lo que aun siendo veinteañeras ya no quieren tener más hijos/as.

Pero es que tenemos que pensar también que la población nuestra a los 25 años tienen 3-4 hijos porque ha disminuido...el inicio de la actividad sexual también es muy precoz actualmente, 12 años, entonces ya a los 20 tienen dos, dos hijos. (Matrona 2, hospital)

La esterilización se ve como un método de pobres, útil para frenar una especie de irracionalidad reproductiva que caracterizaría a las mujeres pobres, que tienen un/a hijo/a tras otro/a sin control, independiente de si tienen o no las condiciones materiales, sociales, económicas para sustentarlos/as. Es una cuestión cultural, de cómo se reproduce la pobreza y una de las expresiones de esto sería el embarazo adolescente. Esta supuesta irracionalidad reproductiva se expresa también

en que muchas de esas mujeres pobres con varios/as hijos/as, los han tenido con distintos hombres, mantienen relaciones temporales y generalmente asumen la crianza y manutención ellas solas.

(...) también pasa por una cuestión de cultura, cultural, porque hay mujeres que simplemente no entienden lo que tú le tratas de explicar y es un nivel sociocultural demasiado bajo como para tomarle el peso de lo que...que significa la crianza de un hijo porque estos hijos van naciendo y van naciendo, se crían entre ellos y etcétera, etcétera. No es como nosotras, por ejemplo, que nosotras como que *pensai* ¡chuta otro más!, es que el colegio, es que *tenis* que educarlo, ellas no ven el futuro del enano...los chicos se van criando a la par no más, todos juntos, el más grande cuidó al más chico y etcétera, etcétera. (Matrona 2, hospital)

Ahora, en la parte, sobre todo en las chicas que quieren estudiar o que tienen en perspectiva otro horizonte digamos pero en las mujeres más vulnerables, en la chiquita adolescente en que su mamá fue madre adolescente se tienden a repetir las conductas y se embaraza de nuevo, no hay un cuidado posparto siempre y esas son las mujeres que tienen 4,5 hijos, que una las recibe con 30 y algo, ahora atendí recién a una chica con 35 años y con cuarta *guagua*, te fijas, entonces...se dan como ciertos perfiles también dentro de la población, a pesar que nuestra población es población vulnerable, o sea, es población pobre la mayoría (Matrona 1, hospital)

(...) el tema de la alta demanda de la salpingoligadura tiene hartito que ver con la pobreza. De partida, porque claro por lo general aquí en el hospital no atendemos pacientes que viven digamos no se *po'* en el Jardín Suizo o en Reñaca, no sé, cosas así, atendemos más al público que vive en el cerro, viven *aclanados* toda la familia entonces yo creo que va más por un tema social la demanda de salpingoligadura, más que por un conocimiento propio de que es la salpingoligadura, más porque le dijeron que ligándose no iban a tener más *guagua* entonces no iban a tener más gasto en la vida, yo creo que por ahí va. (Matrona 4, hospital)

La gran mayoría de las pacientes que concurren acá al servicio...están con parejas, muchas veces con parejas...como se dice esto por un tiempo, transitorias, ocasionales, porque cuando tu revisas de repente la múltipara tiene dos, tres hijos, y son de distintos papás. (Médica 1, hospital)

También habría un perfil de mujeres de clase media que generan ingresos, son profesionales, alcanzaron un nivel de vida aceptable que quieren mantener o mejorar y buscan esterilizarse porque saben que no podrán otorgar las mismas posibilidades a todos sus hijos/as si éstos fueron más⁶⁴.

Nosotros no tenemos *ABC1*⁶⁵, por ejemplo, como nosotros clasificamos en Chile, pero sí tenemos bajo, estratos medios, medio alto, y ellos tienden las mujeres que acceden y que

⁶⁴ Entendiendo por “clase media”, de modo general, a un segmento de la población que puede acceder a servicios básicos, posee un nivel educacional alto medio o alto, vive de sus ingresos, tiene vivienda, entre otras características.

quieren y que tienen súper clara la película y que no lo piensan y que generalmente, son mujeres que ya son más profesionales que con uno o dos hijos no quieren más porque tienen claro que, o su vida profesional se complica o el tema económico, porque también quieren acceder a colegios que tal vez son más caros entonces saben que la clase media aquí en este país no es muy ayudada, no es como la alta que tiene las capacidades como para poder resolver todo y la baja que le dan mucha ayuda, entonces la media generalmente no recibe mucho apoyo económico en este país. (Matrona 3, hospital)

Como contrapartida, hay usuarias que quisieran no tener más hijos/as pero no se sienten con el poder para tomar tal decisión por sí mismas, generalmente son mujeres viven en situación de violencia, que asumen la maternidad como único ámbito de valoración personal y social y postergan cualquier anhelo individual. Este perfil se asocia a mujeres pobres, sin recursos (económicos, sociales, culturales) propios, con dificultades para oponerse al deseo del marido o pareja, aunque sean mujeres con muchos hijos/as y que desde la perspectiva del personal de salud, sean candidatas a la esterilización.

Pero hay otro porcentaje de mujeres y que normalmente tiene una historia de violencia intrafamiliar, igual como, mínimo, mínimo con dos hijos, yo te diría tres o cuatro, que pasado los 35 años incluso tienen una nueva pareja, que supuestamente están felices, que se yo, y esa pareja le pide un hijo o esa pareja le pide un hijo porque: él no tiene hijos o no tiene contacto con los hijos que tuvo. Entonces como una forma de rehacer una familia y esas son las mujeres que te piden una recanalización tubaria, ¿ya? Y se repite el perfil, pero la mayoría han sido todas violentadas, se repite el perfil. (Matrona, Cesfam)

Porque como es totalmente voluntario el tema de la ligadura y hay mujeres de veintiuno, veintidós que vienen a tener su tercera *guagua*, algunas cuarta y que uno les da esta posibilidad y uno se consigue a toda costa el pabellón porque qué se yo, un hijo anda en un hogar, el otro...y ellas no quieren, hay como más...‘no, es que mi marido no quiere’, ‘no es que mi marido...’ entonces...o también está muy el tema de cuando conocen una pareja nueva, entonces, ‘no es que tengo una pareja nueva’ y como esta necesidad de darle un hijo a esta pareja nueva. (Matrona 3, hospital)

⁶⁵ Clasificación de grupos socioeconómicos de la población chilena utilizada por estudios de mercado, donde ABC1 agrupa a la clase media.

Tal como se mencionó en el apartado sobre consejería y en el de secuelas de la esterilización, el personal de salud hospitalario tiene, en general, una percepción de las usuarias como mujeres desinformadas o que manejan información insuficiente o errada -lo que a veces se atribuye al mal desempeño de otros prestadores/as de salud (principalmente del nivel primario de atención)- , en definitiva, portadoras de mitos y creencias que entorpecen el proceso de decisión. Algunas de estas creencias se refieren a la operación misma, por ejemplo, respecto a las técnicas que se ocupan y a lo que finalmente le sucede a las trompas.

Las pacientes llegan acá pensando que existen dos procedimientos de ligadura, una se llama la *salpinc* ligadura, así le llaman ellas, o ligadura y hay otra que se llama la salpingoligadura. Creen es un amarre de la trompa que después se puede soltar, el problema es que eso no se acerca en nada, equivocadamente, que esto consiste en hacer un nudo que después tu podrías entrar y soltar el nudo y la señora tener un embarazo y creen que cuando falla es porque el nudo se desamarró, o sea, creen que la ligadura a la realidad. (Médico 2, hospital)

6.3.6 Representaciones sobre los motivos de las mujeres para esterilizarse

Las motivaciones de las mujeres para esterilizarse serían principalmente prácticas, centradas en la búsqueda de mantener o mejorar la calidad de vida de su grupo familiar y no en el sentido de la maternidad o en el deseo de ser madre, experiencia que al parecer, desde una perspectiva psicológica, es asumida como algo dado, como algo que no está en cuestión.

No es tan recurrente, no es tan recurrente el tema de no tener más hijos, principalmente porque ha sido quizás el primero o segundo hijo, en general, desde lo que yo recuerdo no han sido como familias con hijos numerosos, por ejemplo, y ha sido uno o dos, y en el fondo no está la problemática, no se está problematizando el hecho de querer tener más hijos o no querer tener más hijos, o sea, no es algo como una problematización que pueda hacer la paciente o las parejas que se puedan atender acá, como a nivel manifiesto. (Psicóloga, Cesfam)

Otras mujeres ven a la esterilización como una oportunidad para desarrollarse personalmente en ámbitos distintos a la maternidad, motivadas por otros intereses tales como trabajar fuera del hogar

para generar un ingreso propio, estudiar, capacitarse, entre otros. Se trata, en general, de mujeres con un nivel educacional más alto, con mayor manejo de información y que sienten que “están en otra etapa de la vida”.

Hoy en día la mujer posterga más su maternidad o la posterga definitivamente o simplemente no está dentro de sus posibilidades porque quieren trabajar o quieren estudiar o quieren hacer otras cosas. Entonces frente a eso, es una posibilidad o a lo más tienen un hijo y como están trabajando tienen la posibilidad de acceder al área privada y tienen la opción de elegir la vía del parto, por ejemplo, y no más, y operarse digamos *pa'* no tener más hijos, y por otra parte, tienen más conocimiento de lo que significan sus derechos ¿ya? (Matrona, Cesfam)

Hay mujeres que son más jóvenes, yo te estoy hablando de, no se *po'*, de 30 años, por ejemplo, dicen ‘no, ya es suficiente, ya tengo dos, tres hijos’ que fueron mamás jóvenes, que se yo, a los 20 años, dijo ‘no, ahora yo estoy en otra etapa de mi vida, quiero estudiar, estoy trabajando, estoy realizándome como mujer, como persona’ y aunque tengan pareja nueva y pidan hijo, ‘*no po'*, o sea, yo ya crie, estoy en otra etapa de mi vida’ súper *empoderá*. (Matrona, Cesfam)

Debido a la necesidad de usar métodos anticonceptivos por tiempos prolongados, la ligadura aparece como una posibilidad de alivio porque permite dejar de lado esta preocupación permanente. Desde la perspectiva del personal de salud entrevistado, el motivo es la comodidad de dejar de usar métodos además de la seguridad que les da la esterilización por el hecho de ser definitiva.

Yo creo que principalmente comodidad, es lo más fácil y lo ve como... ellas mismas relatan eso, lo ven como una de las cosas más seguras y la mayoría de ellas no quiere volver a tener ninguna posibilidad de quedar *embarazá*, entonces esto es lo es lo más seguro y muchas lo refieren textual no quiero estar preocupándome de usar otro método. (Médica 2, hospital)

Yo creo que también pensando un poco en que es una alternativa en que se olvida, o sea, no tiene que estar pensando en tomarse la pastilla, es como más fácil, me entiendes, ‘¡ah! me ligo y ya y después si quiero me recanalizo’, es un tema de facilidad, creo que también ese es otro punto. (Matrona 1, hospital)

Entonces ahí tú te puedes arrepentir y puede ser una instancia en que ‘ahh si igual...’ y las pacientes muchas veces, claro, no lo han pensado mucho y muchas veces la paciente piensa como en la comodidad de dejar de cuidarse en el fondo, decir ‘ah ya me aprovecho, me ligo nunca más me preocupo del tema ni paso susto ni nada’ pero no piensan muchas veces que es irreversible. (Médica 3, hospital)

Algunas mujeres optan por la esterilización no sólo por el alivio que significa dejar de usar métodos anticonceptivos sino porque efectivamente han seguido un largo camino hasta decidirse, con un permanente ensayo y error que muchas veces les trajo como consecuencia embarazos no deseados y problemas de salud derivados del uso de esos métodos.

Yo por lo menos aquí en este centro llevo 9 años trabajando y lo que he visto en términos de la solicitud de la cirugía en las mujeres es cuando definitivamente están cansadas de utilizar un método anticonceptivo y hay muchas que no les resulta nada, se han probado con lo uno y con lo otro, igual quedan embarazadas, ya sea por un tema de salud, salud física, salud mental, su dinámica familiar, relación de pareja, muchas que son como violentadas en ese aspecto, no son respetadas en el fondo y frente a eso ‘*sabis* que yo no quiero...nada me funciona. Yo ya no quiero tener más hijos’ algunas dicen parezco conejo ya así como ‘mi pareja me mira y yo quedo *embarazá*’. (Matrona, Cefam)

Hay un porcentaje de mujeres que ya deciden que no quieren seguir usando un método y que ya saben que completaron su paridad y el otro porcentaje son las mujeres que nunca les ha caído bien en el fondo, o sea, han sufrido, han tenido efectos adversos de los métodos reversibles y que ya dicen ‘¡ya! No quiero más, este es el último, ahora quiero cerrar la fábrica’ y se quieren operar. (Médica 3, hospital)

El concepto “paridad cumplida” aparece frecuentemente mencionado para referir al motivo por el cual una mujer desea ser esterilizada y, aunque no es unívoco el número de hijos/as al cual se alude pues se trata de un concepto subjetivo que varía por cada prestador/a de salud y usuaria, se comparte, en general, la percepción que dos o tres hijos/as, como máximo, por mujer o por pareja serían suficientes, en concordancia con la disminución de la fecundidad en Chile, como hecho objetivo. Sin embargo, depende de la edad de la mujer y de sus condiciones socioeconómicas y de salud para considerarla en situación de “multiparidad” o, por el contrario, que aún no llegado a cumplir su paridad. Así entonces, la paridad cumplida de la que se habla puede ir desde cinco o más hijos/as a uno/a solo/a.

Porque muchas la solicitan por multiparidad pero cuando uno empieza a ver depende de la mujer que es lo que cree que es muchos hijos, o sea, hay algunas que la solicitud después de 5, un gran número la solicita después de tres, me ha tocado ver mucho, como ahora coloco los Mirena, los dispositivos para las pacientes que no fueron ligadas, muchas de ellas vienen como

que después del tercer hijo ya es una paridad cumplida, pero me ha tocado casos que de repente con un solo hijo ya no quieren más y...nunca me ha tocado nadie que venga a ligarse porque no ha tenido hijos y ya no los desea, no todavía. (Médica 2, hospital)

6.4 Prácticas y representaciones del personal de salud sobre género, sexualidad y reproducción

Si bien podemos encontrar alusiones a las construcciones de género transversalmente en todas las categorías de análisis, se focalizó esta parte en tres componentes que aparecen más contundentes y coherentes con las opciones teóricas escogidas y que mejor dan cuenta de las construcciones de género que intervienen en la atención de la esterilización quirúrgica. El primero, el proceso de decisión o la autonomía de las mujeres desde la perspectiva del personal de salud sobre cuándo, quienes y en qué circunstancias pueden tomar esta decisión; si la esterilización es un derecho y que implicancias tiene aquello; y cuál es la participación que le cabe o que tiene en la práctica el personal de salud en ese proceso de decisión, donde aparece el concepto y los instrumentos protocolares del consentimiento.

El segundo gran tema de este apartado es la maternidad, cómo vista por el personal de salud y en que sentidos intervienen sus representaciones en el proceso de atención y de decisión relacionados con la esterilización.

Por último, se incluye la visión que tiene el personal de salud sobre los hombres y su participación, real y como debería ser, en el proceso de decisión y acceso de la mujer a la esterilización.

6.4.1 Proceso de toma de decisión en torno a la esterilización

La capacidad de las mujeres para decidir sobre su fertilidad se relativiza, ya que siempre se alude a la posibilidad del arrepentimiento, siendo la edad biológica ligada a procesos fisiológicos, el único indicador verdaderamente fiable desde la perspectiva de los/as prestadores/as de salud para determinar el cese de la capacidad reproductiva. En este sentido se cuestiona fuertemente la capacidad para decidir de las mujeres jóvenes (menores de 30 años) apelando a los años que les resta por vivir y a la importancia de estar en condiciones de reproducirse.

Y llegan acá y de repente tú te las *encontrai* en el parto, tuvo su *guagua* y de repente dicen hay una paciente *pa'* ligarse y tu *vai* a hablar con la paciente y la señora no sabe ni de que se trata, ¡cabras de 22 años que se quieren ligar *po'*!, y tú le *decis* “oye como te *vai* a ligar, *tenis* 22 años” “es que tengo 3 hijos ya no quiero tener más”, “ya ok, pero *tenis* 22 *cachai* que en 15 años más todavía vas a ser fértil y tal vez en 15 años más tu sí *queris* tener otra *guagua*”, entonces quien soy yo *pa'* decirle que no se liga ¡nadie! Pero de lo único que me preocupo es que como el hospital después no le va a poder asegurar tener un hijo cuando ella eventualmente cambie de opinión, porque no lo va a poder asegurar, por lo menos, yo asegurarme de antes de hacer un procedimiento que ella haya decidido con todas las herramientas en el juego. (Médico 2, hospital)

Yo creo que habría que fomentar otro tipo de métodos y que este sea ya una opción, que siga siendo una opción de la mujer pero no como la primera opción porque creo que, no sé, más adelante, mujeres jóvenes a lo mejor, claro una chiquilla a los 18 años, 19 años que piensan ¿no sabes? que yo quiero estudiar y en este momento un hijo es un obstáculo, ya, pero más adelante, quien sabe las vueltas de la vida así como que te arrepientas de esas decisiones. (Trabajadora Social, Cefam)

Pero la decisión es de la mujer, sí, aunque sean, por ejemplo, han llegado niñas de 24, 25 años, que ya tienen su segunda *guagua* y el medico el pregunta ‘*tai* segura que te *vai* a ligar’ ‘si’ le dicen ellas o a veces se arrepienten en el momento ‘no, no me quiero ligar’, la hemos sacado del pabellón, ‘no, no me quiero ligar, soy muy joven’. Los médicos le explican ‘tu podía cambiar de pareja, ahora *estai enamorá* viviendo al máximo pero quien te dice que en 10 años más tu pareja fallece o te *separai* y *vai* a conocer un hombre que sea el amor de tu vida y le *vai* a querer dar hijos y no *vai* a poder’, entonces la señora lo piensa y dice ‘ya, no me ligue’ y no se liga. (Técnico paramédico 3, hospital)

Producto de lo mencionado anteriormente, las mujeres jóvenes que desean esterilizarse deben sortear muchas barreras para acceder finalmente a la operación, de algunas se encarga el propio

sistema administrativo y burocrático que obliga a cumplir un largo protocolo de derivación y otras, se les presentarán en las varias consultas médicas y consejerías orientadas a desalentar su decisión. Incluso se considera someter a una evaluación psicológica a algunas mujeres jóvenes para descartar patologías de salud mental.

O sea, hacen su solicitud, nosotros hacemos consejería y habitualmente esas pacientes quedan en lista de espera y no se priorizan. Y la verdad es que lo más probable es que no se prioricen nunca. Ahora, cuando tengamos los recursos suficientes habrá que decidir con ellas, ahora, cuando son muy jóvenes le hacemos evaluación psicológica también. Claro, porque una paciente que puede estar pasando por una depresión, una paciente muy joven me refiero, puede estar pasando por una depresión en ese minuto y tomar una decisión en ese minuto que no es acorde a la realidad. Entonces hay que tener cuidado con eso, tenemos mucho cuidado con las mujeres jóvenes que quieren ligarse. (Medico 1, hospital)

Pero está súper contenida porque para llegar a demandarla, que tienes que hacer, tienes que ir a tu consultorio, la matrona tiene que hacerte la consejería y tú debes persistir en tu deseo, esa es la primera barrera que tienes que franquear y te van a poner todos los peros posibles, que *tenis* muchos años, que te ligaste, que ya *tenis* varios hijos, que *pa'* que *queris* tener otro hijo, *cachai*, de nuevo autonomía versus solicitud de algo, *pa'* algunas cosas te considero un interlocutor válido, *pa'* otras, piénsalo bien, *tai* segura, vuelve si realmente lo quieres, ya has tenido muchos hijos, como *vai* a querer otro, *tenis* plata *pa'* la educación y le empiezan a hacer todo un *bulling*, que varias desisten. (Médico 2, hospital)

Se considera que hay ciertos periodos de la trayectoria reproductiva de una mujer que las inhabilita para tomar este tipo de decisiones, como por ejemplo, cuando se encuentran en proceso de parto o luego de él momento en el que no estarían en condiciones emocionales para tomar una decisión como la de esterilizarse. De hecho, una de las razones por las cuales no se acepta (oficialmente) una solicitud de esterilización durante la hospitalización por parto es que no están en el mejor momento para tomar una decisión “tan trascendental”.

Como se encuentra inestable, lábilmente en el sentido que si les dicen una cosa como que la asimilan *altiro*, entonces están con muchas dudas frente a su embarazo y más le ofrecen el tema de ligarse, de que le empiezan a decir, ‘oye, ya *tenis* cuatro *guaguas* por qué no te *ligai*, *aprovechai* si te hacen cesárea, por qué...’ entonces empiezan como a asimilar y yo creo que ahí la opinión del resto de las personas influencia mucho en las señoras, más que la opinión propia de ella misma. (Matrona 4, hospital)

Existe una percepción generalizada de las usuarias como personas fácilmente influenciables por otros/as, especialmente por la familia y amistades, pero también por el personal de salud. De alguna manera se presupone que la decisión tomada por ella y reflejada en el documento de consentimiento puede cambiar, que no es firme porque obedece a deseos, intereses o a una visión de las cosas que no es la propia y responde finalmente a la presión social.

Yo obviamente antes de cualquier esterilización trato de hacer una buena consejería a esa mujer que va a...que desea esterilizarse. Principal motivo, ¿por qué te quieres esterilizar? ¿Es decisión tuya? o tu familia te dijo ‘oye anda a esterilizarte porque...’ influye mucho la familia, ‘oye *tenis* tres *guaguas* y *tenis* 25, *podís* tener 7 *guaguas* más entonces mejor esterilízate y te *despreocupai* el resto de la vida’. (Matrona 4, hospital)

Hay mujeres que se ligan sin tener la certeza cien por ciento de querer hacerlo, a lo mejor por una cosa de presión, de presión cultural, que se yo que la mamá le dijo, que la tía...porque nuestra población se deja guiar mucho por esto de los comentarios externos, o sea, me contaron que esto dolía mucho, me dijeron que no tenía que gritar porque me iban a retar, entonces son conceptos que se vienen generando de año luz, décadas, que yo desde que estoy trabajando los vengo escuchando y en realidad yo nunca he visto a alguien gritar, ni nada de esas cosas. (Matrona 2, hospital)

La capacidad de decidir se ve mermada en condiciones de vida precarias, de marginalidad o violencia, porque decidir implica asumirse con una cierta autonomía, con intereses y proyectos propios en la vida. Particularmente complicada es la situación de las mujeres que viven violencia machista para adherir a planes de regulación de su fertilidad.

Porque igual hay mujeres que por más que tratemos de intervenirlas o de que se empoderen de su rol de mujer y de su capacidad de decidir cuándo y con quien tener una vida sexual activa es como un perfil de una mujer violentada, por ejemplo, que tiene una autoestima por el suelo, entonces finalmente tampoco adhiere a tratamientos anticonceptivos, entonces después sale con otra *guagua* y esa *guagua* es víctima de todas la situación de vidas, toda las circunstancias adversas. (Matrona, Cefam)

El discurso general es que corresponde a las usuarias decidir sobre regular o no su capacidad reproductiva, sin embargo, hay situaciones de vulnerabilidad específica, como la discapacidad

mental, que ameritan la intervención del personal de salud y que sea éste el que tome la decisión por ellas.

Pero hay situaciones que no son menos, que no son pocas la cantidad de mujeres que nosotros tenemos en situaciones súper precarias y que además donde hay un historial donde hay más hijos en hogar, donde hay consumo de drogas, donde tú sabes que efectivamente las posibilidades de ese niño a futuro son mínimas, o sea, lo estás condenando a una realidad bastante parecida a la de sus papás. Entonces en ese sentido yo sería más...no se ahí yo como que me olvidaría un poco de la libertad de la persona, de la mujer y no le preguntaría, o sea cuando tú ves que esa persona tampoco esa persona tiene un pronóstico como de mejoría hacia adelante, no sé, yo ahí sería un poquito más nazi *pa'* mis cosas (ríe), pero en la normalidad de los casos yo creo que es completamente decisión de la mujer, completamente. (Trabajadora Social, Cefam)

Se acepta que la decisión de tener o no tener más hijos/as o incluso de no tenerlos, implicada en la esterilización quirúrgica le corresponde en última instancia a la mujer, con lo cual se valida la normativa sobre la esterilización que sólo requiere del consentimiento de la persona que se va a esterilizar, “Yo creo que es un derecho de la mujer, porque puede haber una mujer que con uno lo pida, una que no quiere tener hijos y lo pida, una que tiene tres hijos” (Médica 3, hospital).

Un hombre no más que es del turno dice que él no autorizaría a su mujer, un día en una conversación, que él no autorizaría a su señora a que se ligara. Dije ¡pero si es decisión de nosotras *po'*! ahora ya no es como...antes, antiguamente dicen que los maridos tenían que autorizar las ligaduras de la señora, antes habían muchos más partos que ahora, pero ahora no ahora ya es decisión de la mujer y él decía no, que él no autorizaba (ríe). Es decisión de uno, noo si es muy válido que no quieran tener más niños, *pa'* mi es válido. (Técnico paramédico 3, hospital)

Pese a que persisten representaciones sobre las usuarias de la esterilización quirúrgica que las muestra con dificultades para decidir por sí mismas el cierre de su capacidad reproductiva, coexiste la percepción contraria que ve a estas usuarias y, a las mujeres en general, como sujetos responsables, que lo demuestran justo ante el dilema de reproducirse o no, lo que se refleja en cuestiones como la esterilización y el aborto.

Yo considero que es un tema de derecho, personalmente, o sea, yo cuando alguien toma la decisión de ligarse y de no traer más hijos al mundo yo creo que es una decisión muy madura, muy personal y yo agradezco eso a que uno le esté restringiendo cosas o poniendo límites y después finalmente la población, o sea, las leyes a veces ponen muchos límites pero nadie se hace cargo de los resultados que a veces tienen esos límites. (Matrona 3, hospital)

Me he dado cuenta que las mujeres que optan y eligen por tener un aborto no lo hacen por capricho ni porque no tenían ninguna otra cuestión mejor que hacer, la mayoría lo hacen con un nivel de conciencia súper elevado y muchas de ellas carga erróneamente con una culpa de por vida que las persigue y afecta su sexualidad, su maternidad posterior y entonces, la misma conducta de decir yo quiero proteger esa vida ahora que está gestando a mí me gustaría que el país no tenga sobre aquella mujer que quiere está iniciar su vida sexual y no quiere quedar embarazada. (Médico 2, hospital)

El miedo a las consecuencias sociales y culturales de la esterilización, así como las secuelas físicas, más allá que se sustente en informaciones correctas o en mitos, es un factor que también estaría influyendo en el proceso de decisión por este método anticonceptivo definitivo. Muchas deciden no esterilizarse porque creen que la pérdida de fertilidad las va a afectar en su identidad como mujeres pues ya no podrán “dar” un/a hijo/a a su pareja, o por el contrario, tienen miedo a que la operación no funcione y a quedar embarazadas nuevamente.

Hay algunas mujeres por ejemplo que tienen todas las posibilidades de ligarse y ellas no quieren por la sensación de no sentir que son fecundas, esa sensación todavía se da. Todavía se da de ‘no, no, yo no quiero porque después yo quedo...’ les da la sensación y de hecho tomar la sensación en general a la mujer chilena todavía le cuesta muchísimo, no es una decisión fácil, de decir ‘noooo, yo voy a tener este segundo y me voy a ligar’, igual les cuesta como tomar la decisión, no es un tema...yo creo que socialmente es como más para analizarlo, es un tema cultural. (Matrona 3, hospital)

6.4.2 La esterilización como derecho

Se admite que la esterilización quirúrgica es un derecho de la mujer pero ese derecho es condicionado a que sea producto de una decisión “bien tomada”, lo que de acuerdo al personal de salud se logra con consejo médico y educación. El derecho a decidir implicado en la esterilización

es válido siempre y cuando la mujer esté totalmente segura de lo que quiere y en ese sentido que sea una decisión responsable, es decir, que no se vaya a arrepentir más adelante. La noción de derecho a la esterilización quirúrgica es particularmente delicada debido a su carácter definitivo, porque si hay una mala práctica o una decisión errada puede provocar un riesgo o daño en la vida de la persona, de ahí, que se deberían tomar medidas para asegurar que ese derecho sea bien ejercido.

O sea, en el fondo también tiene que ver con un derecho pero teniendo la convicción efectiva de que no quiero tener hijos o no quiero tener más hijos, entonces tiene que ver también con un tema de autoconocimiento, tener claro cuál es la realidad de la persona para poder tomar una decisión. Pero ahí también es súper importante la educación que se pueda tener al respecto, ¿no? (Psicóloga, Cefam)

Yo creo que la decisión debe ser de la paciente. Paciente, digamos, en su sano juicio yo creo que tiene el derecho de elegir, pero sí con consejo médico. O sea, yo en general pienso que pacientes jóvenes con uno o dos hijos, existiendo métodos alternativos que pueden funcionar bien, por ejemplo, como el Mirena, que te dan una seguridad de 5 años, yo creo que deberían pensarlo mejor. Pero yo creo que finalmente la decisión y como dice la ley, es de la mujer. (Médica 1, hospital)

Si es un derecho pero todo derecho lleva consigo una responsabilidad y la responsabilidad es que ella tiene que hacer una buena consejería antes de esterilizarse. De estar segura cien por ciento. (Matrona 4, hospital)

Por tanto desde ese punto de vista, claro, la esterilización yo siempre abogo al tema de la libertad de la persona, pero que pasa cuando esa libertad implica un riesgo cuando las decisiones no son las correctas o cuando finalmente tú no quieres esterilizarte, no es una opción para ti, no lo consideras siquiera. (Trabajadora Social, Cefam)

Algunos/as prestadores/as de salud consultados tienen consciencia del estatus legal de la esterilización como un derecho y que consecuente con ello no deberían ponerse barreras como la lista de espera para finalmente acceder a la prestación, que a veces se extiende por años o la falta de difusión de la misma. Si se obstaculiza el ejercicio de este derecho, el personal médico está expuesto a ser demandado porque, aunque no esté de acuerdo, debe responder.

No lo tomaría como primera opción, pero sí el tema de divulgar que es tu derecho *po'*, si el tema de que efectivamente sea tu derecho y sea tu decisión, no que sea, que por el hecho de 'no, *sabis*

que esta chiquilla tiene 25 años, no tiene hijos' la dejamos al *finaaal* de la lista de espera, ya que cuando tenga 30 recién le va a salir la interconsulta, es distinto. (Trabajadora Social, Cesfam)

Legalmente en Chile basta con que la mujer firme, antiguamente firmaba el hombre y la mujer pero actualmente basta y bueno, debe ser mayor de 18 para poder firmar. Lo firma y tiene el derecho, o sea, por ejemplo, una mujer que diga yo me quiero ligar y el médico no la quiere ligar, es ilegal en el fondo, la mujer te puede demandar a ti. (Médica 3, hospital)

Si la persona no se convence digamos de las opciones que se le dan, simplemente se hace lo que ella solicita porque no existe la posibilidad de negarse en una situación, salvo que uno establezca que hay un estado de conciencia que no permita a la persona resolver por sí mismo. (Médico 3, hospital)

Junto con la esterilización, la cesárea, es una intervención médica electiva aunque también es indicada por razones de salud, y trae a la discusión la noción de derecho en estas materias al cuestionarnos hasta qué punto decide el equipo médico y el sistema de salud en asuntos que son optativas o adquieren ese carácter más claramente cuando se trata de acciones de salud que sí o sí deben hacerse para preservar la salud de las usuarias. La cesárea electiva ¿es un derecho reproductivo? El mismo dilema plantea el aborto.

Cada vez se está incorporando un poco más a las normas internacionales y todo, el derecho de la mujer de elegir una cesárea y la cesárea por deseo materno, de hecho está incorporada en las guías norteamericanas y todo “cesárea por deseo materno” y de hecho nosotros en la clínica la tenemos como dentro de las indicaciones de cesárea dentro del protocolo “cesárea por deseo materno”. (Médica 3, hospital)

Yo creo que es una necesidad del ser humano, o sea, se mete en líos y busca una solución *po'*. Ahora, esté bien o esté mal, yo creo que depende de otros factores (...) una vez conversaba con una paciente y en realidad ella tenía un tremendo, el marido era navegante, que se yo, y llevaba no sé, como 7, 8 meses navegando y ella había tenido un pequeño desliz había quedado *embarazá* y ahora llegaba el marido y ¡que hacía con 5 cabros chicos!, el marido...entonces decía ‘¡estoy *obligá!* Tuve que hacerme algo, *obligá!*’ entonces uno dice ¿será tan culpable? Porque no creo que el marido haya estado...portándose tan bien, entonces...claro, ¿sí o no? ahí yo creo que a los médicos también les pasa, yo creo que de repente dicen ‘¿qué hago *weon?*’’. (Técnico Paramédico 2, hospital)

6.4.3 *El papel del personal de salud en la decisión y el consentimiento*

La opinión general es que el rol del personal de salud en este tema es apoyar la decisión de la mujer a través de la consejería, oportunidad que para muchos permite convencer a la mujer para que no se esterilice. En casos en que ellos/as no están de acuerdo, confían en poder convencer, disuadir y revertir esa decisión sin oponerse abiertamente a ella y básicamente esforzándose en lograr en la usuaria una buena comprensión del procedimiento y sus consecuencias.

Si conozco colegas que no están de acuerdo con ligarlas y que han convencido a la paciente que no se quiera ligar pero han convencido a la paciente, no es que la paciente haya pedido la ligadura y él se haya opuesto, esa situación es más...por lo menos en este hospital la considero más, formaría más como de un mito urbano que de la realidad. (Médico 2, hospital)

Yo creo que tiene que ser solo de educar, informar y en ningún caso tratar como influir o cambiar la idea de esa paciente. Ahora siempre tratamos de mmm como se podría decir, educar de la mejor manera posible cuando vemos que es una paciente muy joven o que ha tenido solo un hijo, uno trata de exponerle cuales son los beneficios pero además las desventajas, como va a poder, si es que lo requiriera, revertir el proceso, pero fuera de eso no podemos hacer mucho más, la decisión es de ella. (Médica 2, hospital)

Todas las oportunidades de encuentro con la paciente son oportunidades para asegurarse que la decisión que tomó es correcta o directamente para disuadirla de esterilizarse en caso que de no estar de acuerdo, sin excluir el momento mismo de la cirugía, llegando a ser majaderos.

Incluso más de una vez como *pa'* 'oye pero estás segura' y yo también siempre cuando estoy ahí [en plena operación] '¿estás segura? ¡Porque ahora es cuándo!' sí, sí, sí, en medio sí, sí y ahí voy. Entonces, claro, hay un montón de instantes que la paciente puede pensar bien la decisión y tomarla con todos los elementos y conociendo todo. (Médica 3, hospital)

La tarea de educar, informar, orientar a la mujer solicitante de una esterilización que se adjudica el personal de salud está traspasada de sus propios posicionamientos, creencias e incluso mitos relacionados con la esterilización.

Habían diferencias pero ¿sabes qué? porque habían mitos al respecto y personal de salud que obviamente no estaba muy familiarizado con el área de la ginecología y la obstetricia obviamente también como que casi a aportaban los mismos mitos que te aportaban los usuarios, o sea, era como ‘no porque va venir porque va a tener problemas en la reglas, va a engordar’ y bueno y los mayores, ‘bueno y como no va a tener más hijos’, esa cosa de que es una obligación por ser mujer tienes que tener hijos, ¿ya? Entonces ha cambiado la cultura hoy en día. (Matrona, Cefam)

6.4.4 Maternidad

No hay cuestionamiento al deseo de ser madre de las mujeres, se toma como algo dado, prácticamente no existe en el imaginario del personal de salud que hay mujeres que no quieren tener hijos/as y que no desean ser madres. Una de las entrevistadas reconoce la vigencia de creencias machistas que naturalizan el rol materno de las mujeres y que patologizan a las mujeres que deciden no ser madres como personas “incompletas”.

Con la esterilización más incluso que con el tema del aborto, yo creo que ahí hay un tema de decisión de la persona. Si tú te proyectas como mamá, bueno, en la sociedad en que estamos es como casi que si eres mujer y no eres madre estás incompleta, entonces es como...no sé, ahí considero que hay un tema aun lamentablemente muy machista de una sociedad que marca mucho como lo que la mujer debería hacer. En ese sentido, yo estoy totalmente de acuerdo que sea una decisión de la mujer, que sea una decisión en base a lo que tu proyectas, a lo que tú quieres, a lo que tu esperas, no todas las madres...no todas las mujeres quieren ser madres y eso no implica nada lo que puedas entregarle a la sociedad, entonces no sé, me parece un poco raro. (Trabajadora Social, Cefam)

Las mujeres son evaluadas según su capacidad para ejercer la maternidad y por ello se consideran “casos sociales” a aquellas mujeres que no están en condiciones psicológicas, de salud o materiales como para asumir como madres. Si a esto se le agrega que no cuenta con red social, que la mayoría de las veces es la madre de ella, que la apoye en la crianza, la mujer es candidata directa para la esterilización. En el caso específico de mujeres con discapacidad mental, cuando tienen ciertas

posibilidades para desempeñarse socialmente, existen opiniones sobre el beneficio que tendría para ellas ser madre, lo cual sería su derecho.

Donde hay una abuela que pueda ayudar en los cuidados, nosotros tenemos muchas chicas acá que son, que tienen algún tipo de dificultad cognitiva o que tienen algún tipo de dificultad física y que nos han sorprendido siendo muy buenas madres pero porque hay una red de apoyo, hay una persona, hay un tercero que apoya en esta crianza, que está no cierto como comprometido de traerlo a los controles, de evaluar el tema de la alimentación, entonces hay una como una seguridad respecto del crecimiento de ese bebé. (Trabajadora Social, Cesfam)

Pero, ¿por qué no podrían ser madres algunas de estas niñas? Tal vez no todas, tal vez entramos al grado de deterioro que puedan tener, pero si algunas que trabajan, hay algunas que se insertan medianamente bien en la sociedad, por qué no podrían ocupar el rol de madres. (Médico 2, hospital)

Tener hijos/as puede llegar a ser la moneda de cambio que tienen algunas mujeres cuya valoración personal y social se asienta en el cumplimiento de este rol. Es también la construcción de género que refuerza una y otra vez el entorno social, y de manera particular el personal de salud al cuestionar la validez de su decisión de cesar el ciclo reproductivo, insistiendo en presentarles un futuro incierto donde el no poseer la capacidad reproductiva puede ser perjudicial para ellas. Y efectivamente, es bastante común que las usuarias quieran aportar con un hijo/a cuando comienzan otra etapa con una nueva pareja.

Y es súper interesante, yo digo por qué, es vuelta, es el círculo como la luna de miel *po'*, tu sabes cómo es el ciclo de la violencia, estamos en una etapa de mucha violencia en sí, después viene que 'no nunca más', estamos en una etapa que todo lindo, todo bonito y en esa etapa como conocen a la pareja nueva y la pareja se ha portado súper bien porque es un "hombre bueno", es un hombre bueno que más encima es preocupado con las cosas de la casa, ese es el concepto de hombre bueno *po'*, el proveedor, pero el proveedor que mantiene un tiempo y que igual obviamente sus libertades de no llegar de viernes a lunes porque salió con los amigos y le exige que quiere tener otro hijo, entonces dijo 'no es que él es un hombre bueno y yo lo quiero complacer' esas son las palabras, 'yo lo quiero complacer en darle un hijo porque él es un hombre bueno, se preocupa por mí, se preocupa por las cosas de la casa no me falta nada'. (Matrona, Cesfam)

Se da mucho que después estas parejas, estas niñas jóvenes vuelven a los 5 años después porque encontraron pareja nueva y está este concepto de darle hijos a este...un doctor decía "darle el

hijo al macho nuevo”, entonces vuelven con la lista de espera de recanalizarse, entonces al final te copan las listas de espera. (Matrona 3, hospital)

6.4.5 Los hombres y la esterilización

Cuando se consulta sobre la participación masculina en relación a la esterilización quirúrgica de la mujer queda clara la posición marginal de los hombres respecto a sus parejas. Decidir esterilizarse o no, le corresponde a la mujer porque se da por hecho que es ella la que va a asumir la mayor parte del trabajo que implica no sólo procrear sino criar, educar, cuidar, etc., se plantea como un derecho de la mujer pero más bien es algo que le toca por la responsabilidad social que se adjudica.

Así como de que sea un acuerdo de pareja, las parejas van y vienen, finalmente sabemos que la mujer es la que en el 99 por ciento de los casos es la que se hace cargo de los hijos a futuro cuando el hombre no está. No sé, yo lo sigo dejando como a criterio de la mujer, creo que finalmente es ella la que tiene ahí que decidir. (Trabajadora Social, Cefam)

Me parece muy bien que se haya modificado incluso la normativa, consideraba yo que era algo muy ilógico porque en contexto el papá participa mucho de lo que es engendrar pero el educar y el día a día lo absorbe la gran mayoría la mujer. No es por ser feminista (ríe) pero pensándolo en forma objetiva creo yo que el hombre sí, puede apoyarte, pero no tomar la decisión sobre tu cuerpo, creo que es algo tuyo, si tu *queris* ser mamá mil veces perfecto, tú lo asumes, pero si *queris* tener uno es tu decisión, si tú lo *terminai* criando, tú eres la que *aperra*⁶⁶ con todo. (Matrona 2, hospital)

A los hombres no les corresponde decidir en esta materia porque la intervención ocurre en el cuerpo de otra persona, en este caso, de su pareja; les cabe sí apoyar la decisión, incluso los hombres entrevistados también coinciden en que a ellos sólo les toca apoyar o aceptar.

Bueno el esposo tiene que apoyar a su señora no más *po'*, no tiene otra...si tiene un problema, si ella tiene alguna patología o algún problema...tiene que tratar de apoyarla no más. (Técnico paramédico 1, hospital)

Por un lado yo creo que la mujer tiene decisión de su cuerpo, ahora, el hombre...como decisión yo creo que no tienen ninguna, lo que puede aportar es una cosa en común

⁶⁶ Expresión popular que significa que asume la responsabilidad.

acuerdo, pero yo creo que cada persona tiene derecho de decidir lo que pueda hacer con su vida. (Técnico paramédico 2, hospital)

En una relación de pareja ambos debieran participar en la decisión y al parecer, cuando esa es la situación, la mujer normalmente consulta a su pareja aunque el peso de su posición sea secundaria, pero no ha habido situaciones en que ella toma la decisión a espaldas del marido. Habiendo pareja la responsabilidad compartida es lo que se promueve.

Depende de la pareja en realidad *po'*, depende de la comunicación de la pareja. Pero como te digo ahora es una decisión propia de la mujer. No influye el hombre, no tiene que dar el pase ni la firma para poder hacerlo, pero creo yo que es una decisión de dos. (Matrona 2, hospital)

Generalmente es una decisión de pareja, o sea, y yo siempre se los planteo así, o sea, convérsalo, de repente hay pacientes que te dicen 'si, mira, no se...' le digo oye esto es definitivo, tienen que hablarlo en pareja y todo y generalmente la decisión la toman de a dos, o sea, no es que la mujer por detrás del marido, firme y se ligue. (Médica 3, hospital)

Una de las realidades comunes que a los/as prestadores/as de salud les toca ver en sus establecimientos es la ausencia de los hombres en los procesos reproductivos que se extienden a la crianza, las relaciones son inestables, las mujeres son las que se hacen cargo de embarazos no previstos, y son las que en definitiva permanecen. Se asume como algo dado que los hombres pueden desligarse ante un embarazo no esperado mientras que las mujeres no pueden hacerlo.

Y a mí me sorprende como aumenta la cantidad de mujeres que al preguntarles por el progenitor, ya no existe el progenitor, o sea, estoy hablando de embarazos que conmigo llegan a las 10 semanas, o sea, embarazos súper recientes y no existe el progenitor. Porque fue una relación pasajera, porque él no quería tener un hijo y apenas lo supo se fue. (Trabajadora Social, Cefam)

Aunque en Chile, bueno yo creo que en todas partes, pero en Chile generalmente, claro, el tema de cuidarse aunque se sabe que es una responsabilidad de pareja, generalmente es la mujer la que utiliza el método anticonceptivo, bueno el único anticonceptivo masculino que hay es el preservativo, cierto, no todos los hombres lo usan menos cuando ya están en pareja. Y claro, cae en la mujer un poco la responsabilidad de cuidarse, de tomarse el anticonceptivo, de ponerse la inyección o lo que sea y, claro, cuando hay fallas también el hombre ahí puede desligarse de la responsabilidad si quiere, la mujer no. (Médica 3, hospital)

No se percibe una actitud comprometida de parte de ellos para aliviar a su pareja en la tarea de regular la fertilidad y en parte, ello explica el bajo interés por la vasectomía. Para las mujeres que están esperando años ser llamadas para esterilizarse sería un gran apoyo que sus parejas accedieran a vasectomizarse, pues el acceso para ellos es expedito, sin embargo, tanto de parte de las usuarias como de sus parejas existe la creencia instalada que ocuparse de la prevención en sexualidad es propio de la mujer. En las ocasiones en que son ambos integrantes de la pareja los consultantes y ante la alternativa de la vasectomía, los hombres generalmente están de acuerdo que ellas se esterilicen pero no están dispuestos a intervenirlos ellos para apoyar a su pareja y las mujeres también prefieren ser ellas las que se sometan a la esterilización.

Claramente estas pacientes llevan esperando 5 años que se quieren ligar, un hombre más comprometido habría dicho no importa mi amor si hay horas *pa'* vasectomía, me la hago yo. Acá es como que el problema es de ella, tú ves con que te cuidas y con qué te las arreglas porque a mí eso no me importa y eso es lo que yo veo acá, esa es mi percepción desde afuera de cómo llegan. (Médica 2, hospital)

Se usa que el problema del control de la fertilidad es un problema más femenino que masculino, por lo tanto, las mujeres son las que toman pastillas anticonceptivas, las mujeres son las que se ponen dispositivos, las mujeres son las que usan implantes, implantes de hormonas, las mujeres son las que se ligan las trompas después de la última cesárea y la responsabilidad no la tiene el hombre salvo en casos muy contados. (Urólogo, hospital)

Yo no conozco a ninguna mujer que se vaya a ligar que diga 'yo no le voy a decir a mi marido' (susurra), no, todas son como 'no, mi marido está de acuerdo', se lo comenta y lo discuten, ellos son muy machos como para tomar la decisión de que a su mujer la...pero no para ellos meterse más o relacionarse más con el tema, no es eso. (Matrona 3, hospital)

La vasectomía es una alternativa disponible en el sistema público como anticonceptivo masculino definitivo, aquí el problema no es la falta de recursos quirúrgicos como lo es en el caso de la salpingoligadura, ya que no requiere anestesista y es mucho más ambulatoria, sino la baja demanda. A ello contribuye que no hay difusión, ni de la esterilización femenina ni de la vasectomía, pero en el caso de la primera la demanda existe aunque no exista difusión. El personal de salud, en especial

las matronas, promueven la vasectomía en las consultas de salud, particularmente en casos en que la mujer tiene enfermedades de consideración y cuando se trata de parejas estables.

Yo le haría la vasectomía a unos cuantos (ríe). Sí, sí, yo creo que lamentablemente tenemos una falta de educación sexual porque lo que hay es muy poca y generamos papás bastante irresponsables...generamos como que aportan la semilla no más y rápidamente ante cualquier problema se olvidan de la pareja y se olvidan de los hijos. (Trabajadora Social, Cesfam)

Cuando tú planteas esto como alternativa como que hay mucha reticencia y desinformación, no lo ven como alternativa. Entonces creo que eso falta también promocionarlo un poquito más en el consultorio para que el hombre también sea parte y sea como una alternativa en una mujer que tiene mucha patología. (Matrona 1, hospital)

Yo soy una precursora, oye si los hombres también se tienen que hacer cargo. O sea, en un escenario cierto de que tengan una, a veces mujeres casadas, con una relación de pareja sólida, estable, o sea, que no haya conflicto porque si hay una pareja disfuncional *sabis* que mejor cada cual ve lo suyo, esa es una opción. Pero cuando está en el escenario de una relación de pareja, también es una opción, y los invitamos a los varones...y a veces invitamos a que, que la acompañen a un control *pa'* hacerle una consejería. (Matrona, Cesfam)

La construcción de género machista sería el telón de fondo de las resistencias de los hombres y de la pasividad de las mujeres en relación a la posibilidad de compartir responsabilidades en el ámbito de la prevención en sexualidad, machismo que establece roles excluyentes donde es a la mujer y no al hombre a quien le toca ocuparse de este tema y responsabilizarse sea cual fuere el resultado de la práctica sexual. Como todo sistema cultural, el machismo se apoya de mitos y creencias, por ejemplo, alrededor de la esterilización femenina existen menos mitos relacionadas con la sexualidad de la mujer que los que circulan en torno a la vasectomía, generalmente asociados la pérdida de virilidad refiriéndose con eso a la impotencia eréctil.

Porque en algunos casos, o sea, yo tengo en el alto riesgo tengo hartas parejas que vienen, parejas, el papá de la guagua ya...y muchas veces uno lo comenta pero y en general yo diría que no hay ningún hombre que te acepte esa posibilidad, el machismo es pero impresionante. (Médica 1, hospital)

Y como que además, no sé, yo creo que desde el pensamiento machista hasta un tema de virilidad, así como tendrán la misma erección, así como que también yo lo escuchado de hombres que niegan hacerse cualquier tipo porque no *po'* ellos son los hombres *po'*, la mujer es

la que tiene que cuidarse, la mujer es la que tiene que ser responsable en ese sentido, los hombres no *po'*, ellos lo pasan bien no más. (Trabajadora Social, Cefam)

Porque además los hombres son súper reticentes *po'*, existen muchos mitos al respecto. Es como '*puta, ¡cómo me voy a operar yo, esa es una labor de las mujeres!*', partiendo por eso, una cuestión cultural de que la mujer se tiene que hacer cargo del anticonceptivo, ¡lo encuentro nefasto! y lo otro es que es como casi atacar contra su virilidad *po'*. Porque hay muchos mitos al respecto que piensan que su sexualidad no va a ser de la misma manera o van a tener problemas casi de impotencia. (Matrona, Cefam)

7. ANALISIS E INTEGRACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se discuten los resultados integrando la información recabada a través de distintas técnicas (entrevistas, observación, información secundaria) y se pone en discusión con los enfoques teóricos adoptados, siendo los principales como ya se dijo en el apartado del marco teórico, la antropología médica crítica y la teoría feminista.

La información se organiza en subtítulos temáticos, el primero aborda la esterilización quirúrgica desde una perspectiva macrosocial, destacando la reproducción de desigualdades que implica su implementación dentro de las políticas públicas de salud y su utilización como forma de controlar el crecimiento poblacional de acuerdo a posicionamientos políticos. En el segundo, se revisa el proceso de toma de decisión de las mujeres que optan por esterilizarse, los escollos que deben enfrentar, las dudas, así como en quienes o en qué pensamientos se apoyan, los procesos de autonomía logrados, las consecuencias y evaluación de la decisión tomada, siempre identificando las especificidades que imprime a la experiencia las particulares condiciones materiales de vida y las construcciones socioculturales en torno al sexo. En el tercer punto, se realiza un análisis sobre la esterilización como práctica sociocultural de la sexualidad y la reproducción, destacando la influencia que tienen en ello las nociones binarias de naturaleza y cultura, el trabajo reproductivo y los procesos de autonomía. Por último, se deja un espacio para un ejercicio de reflexividad acerca de los procesos éticos y metodológicos y la forma de abordarlos siendo consciente de mis condiciones de vida y posicionamientos como investigadora.

7.1 La esterilización quirúrgica como problema de salud en Chile: una ruta de desigualdades y de control de los cuerpos de las mujeres

7.1.1 La reactualización permanente del control sobre los cuerpos reproductivos de las mujeres

Provocar la infertilidad a través de una intervención quirúrgica depende completamente del sistema biomédico, sin que las mujeres tengan opciones a las cuales recurrir en otras lógicas médicas, como la autoatención, la medicina alternativa o la salud popular. Sólo la abstinencia sexual coital y la vasectomía para la pareja masculina podrían ser modo de cumplir con ese mismo objetivo, pero son alternativas poco viables en el contexto sociocultural occidental y latinoamericano para la gran mayoría de las mujeres. La fuerte dependencia que las mujeres establecen con la biomedicina, entendiéndola a ésta como Modelo Médico Hegemónico de acuerdo a la propuesta de Menéndez (1992), implica medicalizar un proceso fisiológico no patológico y dejar casi sin recursos a las mujeres para regular la fertilidad según sus propios intereses. Antiguamente, las mujeres contaban con métodos propios para conseguir periodos de infertilidad, que provenían de un conocimiento popular y colectivo, tales como la abstinencia por periodos, exploración sexual sin penetración, amenorrea por lactancia, observación de la fertilidad y diversas plantas y productos naturales, entre muchos otros (Planned Parenthood, 2012), los que se han ido perdiendo producto de una verdadera guerra silenciosa emprendida en las sociedades occidentales durante siglos por el estado y la medicina moderna desde el siglo XVI, hasta convertir a la regulación de la fertilidad y otros procesos reproductivos como el parto, en un ámbito de la salud completamente institucionalizado, mediante la criminalización y descalificación de las mujeres como sanadoras, curadoras, parteras, entre otros agentes de salud popular y comunitario: “La represión de las sanadoras bajo el avance de la medicina institucional fue una lucha política” (Ehrenreich & English, 2006, p.19). Por su parte, Silvia Federici (2013), refuerza:

Con la marginación de la partera, comenzó un proceso por el cual las mujeres perdieron el control que habían ejercido sobre la procreación, reducidas a un papel pasivo en el parto, mientras que los médicos hombres comenzaron a ser considerados como los verdaderos “dadores de vida. (p.157)

Este proceso de despojo se debe entender en el contexto histórico de los orígenes del capitalismo, donde una de las estrategias patriarcales fue arrebatar la valía y poder social de las mujeres confinándolas al espacio privado y dependiente del poder masculino, cuya máxima expresión fue la caza de brujas, como lo relata Silvia Federici (2013):

En realidad, los cambios en la reproducción y en la población están tan lejos de ser automáticos o “naturales” que, en todas las fases del desarrollo capitalista, el estado ha tenido que recurrir a la regulación y a la coerción para expandir o reducir la fuerza de trabajo. Esto es particularmente cierto en los momentos del despliegue capitalista, cuando los músculos y los huesos del trabajo eran los principales medios de producción. Pero después –y hasta el presente– el estado no ha escatimado esfuerzos en su intento de arrancar de las manos femeninas el control de la reproducción y la determinación de qué niños deberían nacer, dónde, cuándo o en qué cantidad. (p.161)

Estas breves menciones históricas son necesarias como telón de fondo para entender de donde viene el modelo de sexualidad según el cual se rigen las instituciones en la sociedad que vivimos y se criminalizan prácticas y a las personas que ejercen autodeterminación sexual y reproductiva, especialmente si son mujeres. De este pasado son herederos procesos actuales como la institucionalización del parto, el aumento exponencial de la cesárea en desmedro del parto vaginal, la criminalización de las mujeres que abortan, el uso de la esterilización con fines eugenésicos y geopolíticos, el papel de la pornografía y la prostitución como formas de socialización en sexualidad, entre otros muchos ejemplos.

El control de los cuerpos reproductivos de las mujeres por parte del estado se reactualiza permanentemente, siendo la implementación de la planificación familiar como ámbito de acción de la salud pública, una de sus estrategias. Sus inicios, en la década de los sesenta, obedecieron a objetivos político-ideológicos de Estados Unidos para controlar en América Latina y EL Caribe, el crecimiento poblacional de ciertos sectores sociales, que en esa época se avizoraba como amenaza contra la expansión del capitalismo. Se crearon métodos anticonceptivos “modernos”, basados en el desarrollo científico, farmacológico y tecnológico, y se implementaron programas y políticas para

su masificación. La esterilización, no se consideraba parte de la oferta anticonceptiva pero se practicó desde fines del siglo XVIII con fines médicos. Actualmente, en tiempos de globalización, las acciones y políticas de regulación de la fertilidad siguen siendo “un poderoso instrumento de control social, político y económico” (Gynsburg & Rapp, 1991, p.314), encaminadas a controlar el crecimiento de la población en forma diferenciada según criterios clasistas, racistas y colonialistas, en lo que podríamos llamar, parafraseando a estas autoras, como política de la reproducción, donde adquiere sentido la esterilización quirúrgica.

En Chile, históricamente la política de regulación de la fertilidad ha sido implícita -exceptuando el periodo de la dictadura militar que sí formuló una política pronatalista- pero no por ello inexistente, siendo en sus inicios marcadamente controlista de acuerdo a la orientación imperialista del país que financió la planificación familiar y, actualmente, podríamos decir que en términos formales la política chilena en esta materia está alineada con los acuerdos y convenciones internacionales que reconocen los derechos reproductivos. Sin embargo, las barreras de acceso que de hecho caracterizan a los programas de regulación de la fertilidad, podrían leerse como una orientación pronatalista que se manifiesta en barreras de acceso y en el posicionamiento del personal de salud que influye en la atención. Lo anterior se verifica en una tasa de 65.1 de prevalencia anticonceptiva⁶⁷, por debajo del promedio de América Latina y El Caribe (Naciones Unidas, 2015) y en los indicadores de embarazo adolescente, aborto⁶⁸, y embarazo no deseado, que si bien, comparativamente a nivel regional son bajas, de todas maneras representan problemas de salud pública y de derechos humanos no resueltos.

El tipo de política regulatoria de la fertilidad va a estar relacionada además con la situación epidemiológica y demográfica del país. En la década del sesenta, cuando comienza la implementación de la planificación familiar, predominaba la práctica del aborto como forma de

⁶⁷ Cualquier método, entre mujeres casadas o unidas entre 15 y 49 años de edad.

⁶⁸ En 2012, Chile el 14,4% de los nacimientos provenían de mujeres adolescentes, menores de 20 años, respecto del total de nacimientos ocurridos e inscritos a nivel nacional. El aborto constituye la cuarta causa de mortalidad materna (MINSAL, 2015).

espaciar los nacimientos y evitar las consecuencias del embarazo no deseado (Maira, Santana, y Molina, 2008). Atrás quedó esa imagen que perdura en el personal de salud más antiguo, cuando los pabellones de gineco-obstetricia no daban abasto con las mujeres cuya vida pendía de un hilo:

Antes el servicio de ginecología era un servicio solamente prácticamente de pacientes que tenían abortos espontáneos- por distintas razones- o sea, no digamos hechos, sino que por distintas razones porque uno no puede saber, pero ahora eso ya casi no se ve. También es una consecuencia, a mi criterio, de los anticonceptivos. (Técnico paramédico 2, hospital)

Pero hoy nos encontramos en un escenario totalmente distinto, donde los mismos recursos quirúrgicos se ocupan principalmente en patologías que encuentran registradas en el GES, y en atender la relevante proporción de embarazos de alto riesgo obstétrico (ARO)⁶⁹, donde los trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio representaron la segunda causa de mortalidad materna en el periodo 2002-2012 (MINSAL, 2015). La base de datos elaborada para este estudio muestra en parte esta situación, ya que sobre el 80 por ciento de la muestra tiene enfermedades tales como hipertensión, diabetes, cáncer, obesidad, problemas a la tiroides, entre las más frecuentes. Junto con ello, el proceso de gestación y parto está cada vez más medicalizado, pues un alto porcentaje se resuelve a través de cesáreas, en un hospital público donde la norma consensuada es sólo hacerlas por indicación médica, y los partos fisiológicos son cada vez más raros, como lo atestigua una de las matronas entrevistadas: “nos hemos dado cuenta además que con el tiempo han aumentado mucho las patologías en los embarazos (...) si viene un trabajo parto fisiológico es muy extraño, casi todos vienen adosadas a alguna patología, la hipertensión, la diabetes, el hipotiroidismo” (Entrevista, matrona 2, hospital). En el aspecto demográfico, está en marcha un proceso de envejecimiento poblacional general pero también de la población fértil, con cambios reproductivos importantes tales como la disminución sostenida del número de hijos por mujer llegando a una TGF de 1,8 (OMS, 2014); aumento de mujeres que están cerrando su ciclo

⁶⁹ En el año 2009, el 40,3% de las embarazadas fueron referidas a Alto Riesgo Obstétrico (ARO) en el nivel secundario y la prevalencia de obesidad en embarazadas atendidas en el sistema público alcanzó un 20% entre 2007-2009 (Gobierno de Chile, 2010, p. 159).

reproductivo antes de los 30⁷⁰ y de un retraso general en la edad del primer embarazo⁷¹. En este contexto, la esterilización quirúrgica como práctica anticonceptiva de las mujeres se vuelve un tema particularmente sensible y estratégico, y por lo tanto, susceptible de ser manipulado políticamente, a contrapelo de los intereses y necesidades de las mujeres en esta materia, situación que este estudio contribuye a develar.

7.1.2 Rutas y prácticas anticonceptivas

Antes de la esterilización, las mujeres que desean regular su fertilidad generalmente ya han usado métodos anticonceptivos reversibles, por ello, tomo a la anticoncepción como hilo conductor hacia la esterilización, reconstruyendo una parte de la trayectoria de atención, entendida como la “secuencia de decisiones y estrategias que son instrumentadas por los sujetos para hacer frente a un episodio concreto de padecer” (Osorio, 2001: p.39), lo que incluye representaciones y prácticas y la búsqueda de recursos para la atención de una determinada necesidad en salud. La considero una categoría útil no sólo para analizar el padecer sino también la “no enfermedad” que, en el caso de la esterilización, se podría definir mejor como un proceso fisiológico normal que se desea interrumpir y que, como la enfermedad, implica un antes y un después en la vida de las mujeres, generando cambios tanto corporales como subjetivos y sociales.

Al definir una no enfermedad que requiere respuesta del sistema institucional de salud nos movemos en, al menos, dos marcos de pensamiento, el de la biomedicina que domina el sistema de atención y captura todo proceso fisiológico que sea susceptible de intervención médica, y la necesidad de salud que se construye significativamente desde quienes la experimentan. Quizás no hay otros procesos biológicos tan explícitos en su medicalización como el de la reproducción,

⁷⁰ Hay un descenso de la edad de las mujeres que se esterilizan, según datos presentados en la sección sobre situación de la esterilización en Chile.

⁷¹ Chile tiene un tipo de fecundidad “tipo tardía”, ya que el mayor aporte de fecundidad es el efectuado por mujeres de edades entre los 30 a 34 años (MINSAL, 2015).

donde se aprecia claramente la pugna permanente entre el conocimiento médico y la práctica y saber popular debido a que las fronteras no son tan tajantes como en los procesos patológicos donde no se discute la autoridad médica. A la luz de la historia, la cual nos evidencia que estos procesos antiguamente eran atendidos por mujeres especializadas a través de la experiencia, la práctica y la observación, y las definiciones de la biomedicina, cabe preguntarse ¿es preciso que los procesos reproductivos no patológicos de las mujeres sean institucionalizados y medicalizados? Sucede que, al asumir de su competencia la enfermedad, la patología, la urgencia, la morbi y mortalidad -aunque la “defensa de la vida” sea una misión explícita en la formación de gineco obstetras (Maira, Santana, y Molina, 2008)- la biomedicina acusa desajustes, incongruencias e insuficiencias para atender un aspecto de la reproducción como el control de la fertilidad. Si la necesidad en salud de regular la fertilidad no fuera férreamente medicalizada, es muy probable que las mujeres (y los hombres) desarrollaran conocimientos y habilidades para escuchar los ritmos del cuerpo y autoadministrarse los métodos, acudiendo a la asistencia médica sólo cuando se presente un cuadro mórbido. La cuestión parece corresponder más a un asunto de educación que de control médico. El dilema sobre quien tiene la competencia para el control de la fertilidad, si las personas o el estado a través de las políticas sociales y de salud, es confuso incluso para el personal de salud, pues el espacio donde se concreta finalmente la esterilización, el hospital, no entiende de necesidades de salud electivas, ni de prevención, ni de educación para la salud, todas, cuestiones fundamentales a la hora de orientar la práctica anticonceptiva. Si a esto agregamos la endémica fragmentación y descoordinación del sistema de salud, reflejo de la visión biomédica de los procesos de salud/enfermedad/atención, la pregunta sobre la competencia, es pertinente.

La búsqueda de recursos y la toma de decisiones para compatibilizar una sexualidad activa con la prevención del embarazo, está presente en un amplio periodo de la vida de las mujeres cuya práctica sexual es heterosexual, lo que podríamos definir como itinerarios anticonceptivos, en un mismo sentido del concepto itinerarios terapéuticos, como un indicador de los recursos socioculturales y

materiales con los que cuentan las mujeres para satisfacer su necesidad en salud (Alarcón y Vidal, 2005). Una de sus características son los prolongados periodos de uso y un constante ensayo y error con distintos métodos anticonceptivos que dura años (hasta 9 años en experiencia de las entrevistadas), con consecuencias en la salud y calidad de vida de las mujeres. También es una característica de la práctica anticonceptiva la discontinuidad, debido a las deficiencias del mismo sistema de salud (cambio de la cita de salud, desabastecimiento del método en el centro de salud, etc.) y a las dificultades que enfrentan las mujeres para asistir al control de salud, que van desde la falta de redes de apoyo para el cuidado de los/as niños/as hasta la negociación con la pareja.

La política de salud delimitará la oferta anticonceptiva del sistema público de salud y fuera de ella están las alternativas privadas que dependen del gasto de bolsillo y la política de mercado que determina la oferta anticonceptiva disponible en farmacias e instituciones privadas de salud. Es decir, qué métodos adquieren tanto el estado para distribuirlos en el sistema público de salud, como los/as individuos/as en forma particular en el comercio, es una decisión política, de mercado y refleja desigualdades sociales. Por ejemplo, en la práctica anticonceptiva mundial se observa que en países de mayores ingresos de Europa va en aumento el uso de métodos menos invasivos como el condón y los métodos naturales, en cambio, en países de menores ingresos de África, es más alta la prevalencia de métodos con más efectos colaterales como las inyecciones hormonales y los implantes (Naciones Unidas, 2015) y estudios antropológicos han documentado que los anticonceptivos con efectos colaterales graves como el Depro-Provera y el Norplant son más fácilmente prescritos a las mujeres pobres que a otras mujeres (Browner y Sargent, 2012: p.366). Lo anterior, afecta a las mujeres de bajos ingresos que deben conformarse con lo que ofrece la atención primaria de salud (APS) o buscar alternativas por sus propios medios, como le sucedió a Guadalupe: “estaba inyectándome anticonceptivos y a veces no había en el sistema público y había que comprarlo y las inyecciones que yo usaba no eran baratas también, eran caras” (Entrevista, usuaria Guadalupe), generando discontinuidad, riesgo de embarazo no deseado y aborto.

Para obtener los métodos anticonceptivos las mujeres deben sortear obstáculos, lo que pasa por el acceso servicios de salud o por el poder adquisitivo, pero las barreras más fuertes son sociales y culturales. De entrada, la práctica anticonceptiva de las mujeres heterosexuales acusa un deseo de autonomía, ya sea, para disfrutar de una sexualidad placentera y libre del temor del embarazo, como para escapar del control masculino, alimentando imaginarios de infidelidad y libertinaje, “Yo creo que es una necesidad del ser humano, o sea, se mete en líos y busca una solución *po'*” (Entrevista, Técnico Paramédico 2, hospital). La experiencia de la primera vez para conseguir un método anticonceptivo ilustra la estigmatización a la que se exponen, “me acuerdo que yo fui pedí hora a una doctora que ojalá que estuviera al fin del mundo, que no me fuera a encontrar con nadie conocido en la consulta” (Entrevista, usuaria Mariela). A través de los relatos de las usuarias de esterilización vimos como la religión impone barreras a la autodeterminación reproductiva de las mujeres, por ejemplo, Lorena debió enfrentarse a su madre y a la iglesia para hacer valer su forma de pensar ante la imposición del método *billing* y de la idea de “traer al mundo todos los hijos que dios le dé” (Entrevista, usuaria Lorena). La influencia de la religión también se puede apreciar en los relatos de Manuela y Marion al hablar de aborto como condena de la sexualidad no reproductiva, ya que, repitiendo el pensamiento de sus madres, condenan el aborto al ser el reflejo de un momento de placer, que no puede sobreponerse a “la vida” de la cual deben hacerse responsables a como dé lugar.

Siguiendo con la práctica anticonceptiva, es interesante notar que el uso de ciertos métodos exige habilidades y capacidades específicas que se encuentran definidas desde la biomedicina. Es el caso de las píldoras anticonceptivas, cuya forma de administración requiere de disciplina, orden y atención de parte de la usuaria, para asegurar su eficacia, ante lo cual, algunas de las entrevistadas reconocen haber decidido cambiar de método por carecer de tales habilidades, “pero como no tenía el hábito de tomar pastillas, las dejé y después busqué en las farmacias las inyecciones” (Entrevista, usuaria Guadalupe). El personal de salud, promueve métodos de larga duración aludiendo a este

“problema”, descartando de paso cualquier forma de controlar la fertilidad basada en una visión más autogestiva, que acerque a las mujeres al conocimiento del propio cuerpo. De esta forma, se instalan dos representaciones asociadas a la práctica anticonceptiva, sustentadas en prejuicios del personal de salud y que son internalizados por las mujeres. La primera es que las mujeres prefieren optar por lo “fácil”, que les exija la menor participación posible, inhabilitándolas como agentes de su necesidad de salud, y la segunda, que los métodos fallan porque los/as usuarios/as las/os usuarias/os no los usan bien, asignándoles finalmente la responsabilidad.

Otros métodos, como el dispositivo intrauterino “T” de cobre y el condón, nos muestran otros aspectos socio y bio culturales de la práctica anticonceptiva. La “T” de cobre, tal como se consigna en los antecedentes de este estudio, ha sido por mucho tiempo el segundo método más usado en Chile pero hoy se encuentra en descenso debido a un mayor abanico de alternativas anticonceptivas con ventajas que este dispositivo no tendría -donde la ausencia de menstruación es la que más destaca el personal de salud-, y a una “mala fama” que se ha ido ganando por sus efectos en la alteración de la menstruación, riesgos de incrustación y fallas en su eficacia. Con este método, las mujeres han quedado embarazadas, como fue el caso de Manuela, padecen dolores y molestias, como en el caso de Elizabeth, dificulta el acto sexual, como en el caso de Marion. Éste es uno de los métodos que “funciona solo” y sigue siendo el de mayor disponibilidad de este tipo en el sistema público de salud. El preservativo, por su parte, es un método intermitente al cual las mujeres recurren en situaciones de “emergencia”, cuando han discontinuado un método de mayor duración y se intenta dejar de usar pronto porque genera inseguridad, al no estar controlado por la mujer y depender de la voluntad de la pareja: “lo encontraba muy inseguro yo, que a veces se los ponía, a veces no, entonces como que *uy* ya me estaba preocupando y yo no quería tener más hijos *po*” (Entrevista, usuaria Manuela).

De parte del personal de salud, el hecho que los métodos anticonceptivos dependan en algún grado de una cooperación de la usuaria, que se traduce en una disciplina diaria en el caso de las píldoras

anticonceptivas; en una práctica de control médico para el uso del dispositivo intrauterino, inyectables o implantes, y en el vencimiento de resistencias y negociación con la pareja en el caso de los preservativos, se pone al centro de la evaluación y promoción de los métodos anticonceptivos, concluyendo que un buen método es aquel que depende en menor medida de la usuaria. La falla de los métodos anticonceptivos se atribuye a comportamientos individuales, invisibilizando los factores estructurales que están detrás de la falta de “adherencia” y a la idea del comportamiento racional que debe orientar cualquier decisión respecto de algún evento que pueda tener impacto en la salud y vida de la persona. Sin embargo, vemos especialmente en el ámbito de la sexualidad, que las elecciones no sólo dependen de cálculos del tipo costo/beneficio sino en mayor medida de subjetividades y construcciones socioculturales. Como plantea Singer & Erickson (2011):

Muchas de las preguntas contemporáneas apremiantes en salud sexual y reproductiva se relacionan a la elección no-racional (desde la perspectiva de los profesionales de la salud) que las personas hacen. ¿Por qué las personas “eligen” comprometerse en comportamientos sexuales que las ponen en riesgo de embarazo no deseado, ITS, VIH/SIDA a pesar de tener conocimiento de aquellos riesgos? (p.278)

Los itinerarios anticonceptivos son condicionados por factores estructurales como los patrones socioculturales de sexualidad y de relación entre los sexos; la ausencia de educación sexual en las instituciones primarias de socialización, la influencia religiosa, y otros cuyo efecto es más directo, como la situación socioeconómica, que va a determinar el acceso a servicios y seguros de salud, la política de salud que establecerá cuáles serán los recursos disponibles para la población usuaria de los servicios públicos, entre otros. El personal de salud se inclina siempre por buscar soluciones científicas y aparentemente neutras ideológica y políticamente, sin embargo, la noción de ciencia descarta los saberes de las/os usuarias/os y los efectos no comprobables mediante el método científico que pudieran darse producto de sus intervenciones, lo que ya implica un posicionamiento que se plasma en la atención clínica y en la influencia que ejercen sobre las decisiones de las

mujeres solicitantes de la esterilización. Como plantea Esteban (2006), la idea de “cientificidad” en la que se sustenta la biomedicina presupone cuestiones culturales o ideológicas como las siguientes:

(...) definición médica de la enfermedad como desviación de una norma biológica; la doctrina de que existe una etiología específica de las enfermedades; la noción de que las enfermedades son universales; la idea de que la medicina es neutral; o la dicotomía mente/cuerpo. (p.12)

Es necesario remirar la práctica anticonceptiva en toda su complejidad, sacudiéndola del reduccionismo biomédico con el cual generalmente se aborda en la salud pública, pues quedan fuera cuestiones importantes que inciden en lo que busca conseguir: “adherencia”, proceso de decisión responsable, disfrute de una sexualidad plena, control reproductivo al servicio de los intereses de las personas. No basta con ampliar la gama de métodos anticonceptivos dispuestos en la salud pública o en las farmacias, sino que también se debe atender a los condicionantes sociales y culturales de acceso a métodos de control de la fertilidad.

7.1.3 Rutas y prácticas de la esterilización

Al estar estipulada como derecho en la normativa sanitaria y una serie de acuerdos internacionales de derechos humanos que Chile ha asumido, se asume que existe acceso a la esterilización pues el personal de salud legalmente no puede negar una solicitud, en ausencia de contraindicaciones médicas, así como tampoco puede imponerla. Pero la realidad es que el sistema de salud está estructurado de tal forma que el acceso a la esterilización reproduce desigualdades sociales, entre clases sociales y sexuales⁷², siendo las mujeres pobres las más afectadas porque son las que se atienden en el sistema público de salud en forma exclusiva.

⁷² Siguiendo a feministas materialistas y radicales francesas, asumo que la opresión de las mujeres se da en cuanto *clase social*, donde se analiza el sexo como un fenómeno de clase (Curiel, Falquet, 2005).

¿Desde qué momento de la atención en el sistema de salud se considera que hay acceso a la esterilización? Hay un discurso ambiguo al respecto, ya que si bien, no se niega pues se estaría contrariando la ley, y por lo tanto, habría acceso desde que la usuaria cursa su solicitud, lo cierto es que para muchas finalmente no hay respuesta, y por lo tanto, no hay acceso real. Se anula así el valor electivo de la esterilización y vuelve a manos de los/as médicos/as⁷³: “hoy en día la esterilización es a solicitud de la paciente pero no hay ninguna garantía que asegure el cumplimiento de esa petición, por lo tanto, finalmente en la práctica igual es de indicación médica” (Entrevista, Médico 2, hospital). Son muchos los factores que intervienen para que el acceso a la salud sea efectivo, siendo la calidad de atención, oportunidad y la equidad, algunos de los más importantes, hay una “relación íntima e indisoluble entre la calidad y la accesibilidad, a grado tal que se considera que “la calidad en abstracto, sin tener acceso, es un absurdo y que el acceso, sin calidad, es una falta de ética” (Fajardo-Dolci, Gutiérrez y García-Saisó, 2015, p.182). Si el acceso no se cumple genera un retraso que puede afectar la salud o las condiciones de vida de las mujeres, violando con ellos sus derechos humanos. Debido a que se puede seguir viviendo con esta necesidad en salud insatisfecha, independiente de las consecuencias que tenga en la calidad de vida, sumado a las trabas con que se enfrentan las usuarias del sistema público, incluyendo la persuasión del personal de salud, es muy probable que las solicitantes, especialmente aquellas que requieren una esterilización de intervalo (disociada del parto), desistan de su propósito.

En los últimos años se observa un descenso de la cantidad de salpingoligaduras en el hospital focalizado (de 592 en 2005 a 324 en 2015), siendo el cuello de botella las solicitantes que tienen su parto vía vaginal y las que piden una esterilización de intervalo. La cesárea se ha convertido, en la práctica, en la forma de desahogar la demanda contenida por esterilización en el sistema público mientras (en 2005 la SLG vía cesárea representaba el 39,9% del total de EQ y en 2015 aumentó a

⁷³ Recordemos que en la década del cincuenta era definida como una prestación de indicación exclusivamente médica y hasta el año 2000 su acceso fue fuertemente restringido.

84,3%)⁷⁴ que en el privado directamente opera como incentivo producto de una política de salud que favorece la cesárea en desmedro del parto vaginal o normal.

Desde la perspectiva sanitaria del personal de salud, aunque se reconoce que existe un problema en torno a la satisfacción de la demanda de esterilización, se justifica con la falta de recursos médicos y hospitalarios, particularmente de anestesistas y pabellones quirúrgicos. Efectivamente hay crisis de anesthesiólogos que se desencadenó con la implementación de la primera ley AUGE⁷⁵ aumentando la brecha ya existente entre oferta y demanda de estos especialistas (Chacón, 2010), siendo aún más dramática en enfermedades o necesidades de salud no incluidas en el listado GES (ex AUGE) como es el caso de la salpingoligadura, pero alcanza a todos los procesos reproductivos no patológicos incluyendo al parto. Se llega a la extrema situación en que la unidad de maternidad del hospital no tiene horas anestesia propias, debiendo “pedir prestado” el recurso a la unidad de urgencias. Llama la atención que habiendo cada vez menos partos fisiológicos o naturales pero cada vez más cesáreas, no se cuenta con los recursos para atender adecuadamente este proceso progresivo de medicalización del parto, ¿se mantiene en el fondo la creencia que el parto y otros procesos reproductivos son naturales, y por lo tanto, se apela al “aguante” de las mujeres? Por otro lado, en el caso de los pabellones quirúrgicos, su distribución refleja posicionamiento político ya que se designa uno para atender los problemas de fertilidad pero no existe otro para las necesidades de infertilidad ¿Es más importante, más rentable o más prestigioso devolver la fertilidad a las mujeres que quitársela? O ¿Subyace la internalización del discurso de que las mujeres no saben lo que quieren y hay que orientarlas hacia su principal función, la reproducción?

La desatención en el sistema público funciona como discriminador de los problemas de salud y, por tanto, de las personas que son atendibles y cuáles pueden ser postergadas, “Por ello resulta de fundamental relevancia sanitaria explorar los procesos de atención-desatención, es decir, dilucidar

⁷⁴ Datos de elaboración propia en base a estadísticas del Hospital Carlos Van Buren.

⁷⁵ Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas, AUGE (actualmente llamado GES) establecido por la Ley 19.966.

qué hace atendible o desatendible a un ser humano y a una colectividad y como se instrumentan los procesos e atención y desatención” (Hersch, 2011, p.25). La desatención de la esterilización quirúrgica voluntaria es alta, según la percepción de algunos/as prestadores/as llega al 80%, siendo la lista de espera uno de los indicadores de la demanda insatisfecha.

Las listas de espera son la síntesis de la crisis de la salud pública y por ello ha sido una preocupación para distintos gobiernos, sin embargo, las medidas adoptadas en general son paliativas y se ha caído también en estrategias tramposas que sólo buscan mejorar los indicadores pero no resolver el problema de fondo que es la falta de acceso de la población usuaria a la salud, entendiendo el acceso como la resolución del problema. La gestión de la lista de espera por salpingoligadura, por ejemplo, deja fuera a las usuarias que están inubicables con los datos de contacto registrados-situación muy probable después de años en la lista de espera- y a aquellas con las que se logra tomar contacto y aceptan el Mirena, deben renunciar a la esterilización.

Las mujeres que desean esterilizarse deben seguir rutas y procedimientos diferentes dependiendo del seguro de salud al cual tienen acceso, el que está determinado por la capacidad de pago y por lo tanto, por el nivel socioeconómico de las personas. Si es afiliada de una ISAPRE, que es el seguro privado de salud, el acceso es expedito y sólo condicionado por la capacidad de pago, sin embargo, si no tiene previsión de salud o es afiliada de FONASA, que es el seguro público de salud, el proceso es largo incluso engorroso.

Gran parte de las usuarias de la salud pública son mujeres en situación de pobreza que tienen dificultades no sólo económicas sino también de falta de redes de apoyo para acudir con tranquilidad a los controles de salud posteriores o para permanecer hospitalizada el tiempo necesario después del parto para ser esterilizadas. El seguimiento del proceso de recuperación de la esterilización se reduce al post operatorio que consiste en un control posterior en el hospital y luego se deriva a la atención primaria, donde es frecuente que la atención sea discontinua porque no tienen a quién delegar las tareas domésticas y de crianza, y el cuidado de los/as niños/as. Estas

situaciones expresan desigualdades sociales y de género en el acceso a la salud, “es toda una problemática porque va a parir un hijo pero dejó dos o tres en su casa, entonces mientras más días hospitalizada es más complejo para la pobre señora porque tiene múltiples roles” (Entrevista, Matrona, Cesfam).

El acceso también está condicionado por la valoración que el personal de salud hace de la esterilización, como lo muestra otro estudio realizado en Chile que explora los discursos del personal de salud en torno a la esterilización (Donoso y Quesada, 2013). Si bien, se reconoce que hay una deuda con las usuarias porque no se logra atender oportunamente a una proporción importante de ellas, se inclinan a mejorar otros recursos de regulación de la fertilidad antes que hacer más esterilizaciones y éstas, restringirlas a casos médicos o en riesgo social. Algunos de los argumentos son económicos, en relación al menor costo de la anticoncepción reversible en comparación con el que tendría aumentar las esterilizaciones, otros, son de tipo técnico científico al ser la esterilización una cirugía poco atractiva por su simplicidad desde el punto de vista quirúrgico, no representa un desafío, lo que influye también en que se deje de lado pues el ambiente profesional de la medicina clínica es altamente competitiva, “por su simplicidad tampoco aparentemente tiene el interés de los cirujanos de realizarla en forma tan importante porque no es una cirugía, digamos, interesante desde el punto de vista técnico” (Entrevista, médico 3, hospital). Por otro lado, ante la escasez de recursos cada especialista va a velar por resolver los casos médicos de su propia especialidad y aquellos que personalmente controla, perdiendo una visión global de las necesidades de salud pública, “hay médicos de mama, hay médicos de cuello, hay médicos oncólogos (...) y cada cual de esos médicos va con sus pacientes que considera importantísima y que si tú las ves, son, y se pelean los pabellones” (Entrevista, médico 3, hospital). La sobre especialización y la competitividad como formas de estructurar el saber médico influye también en que la esterilización no sea una prestación que merezca atención.

El acceso implica la definición de mecanismos, procedimientos y protocolos generales y específicos que orientan la atención de la esterilización quirúrgica, siendo uno de los más importantes el formato de consentimiento informado que debe ser aplicado en el marco de una consejería. El momento en que ésta debe realizarse no está estipulado en las guías, sin embargo, existe un acuerdo tácito en el hospital público que indica que debe aplicarse en la atención primaria de salud durante los controles de embarazo o en otro control de salud, pero en ningún caso hacerse durante la hospitalización por parto, sin embargo, se detectan situaciones en la cesárea, “De hecho muchas mujeres no vienen con la consejería y si tienen toda la decisión de ligarse se les hace el consentimiento acá y si pasan, por ejemplo, tienen que hacerse cesárea, la cesárea se les hace igual” (Entrevista, matrona 3 hospital), lo que también sucede en la clínica privada. Todos estos mecanismos se relacionan con el valor que el sistema de salud le da a la decisión de las mujeres y a los/as médicos, se subentiende que hay ciertos momentos en que la mujer no está en condiciones de decidir, aunque como vimos eso se relativiza en la práctica clínica, cuestión en la que ahondaré más adelante.

Al abordar cuestiones de salud que no son enfermedades y que son o pueden ser electivas, surgen reflexiones respecto al límite de la indicación médica, la legitimidad de la decisión de las mujeres, la equidad en salud, entre otros temas. Los factores que generan la desigualdad en salud que caracteriza a la esterilización, están presentes también en el acceso a la cesárea, pues sólo las mujeres usuarias de la salud privada pueden elegir como quieren parir. La cesárea se ha restringido en los hospitales públicos sólo a aquellas que responden a una indicación médica y no se acepta la causal “deseo materno”, a diferencia del sistema privado de salud donde se acepta e incluye con ese nombre. Esto se entiende como una medida de protección frente a los abusos de la cesárea tanto desde la salud pública como desde un sector del feminismo, particularmente el movimiento de salud de las mujeres, que defiende el parto lo menos intervenido posible, sin embargo, una podría

cuestionarse si esta diferencia de acceso es una expresión de desigualdad, ya que para muchas mujeres la experiencia del parto natural es algo que no quieren vivir:

A veces de las mujeres que dicen me tuvieron hasta última hora esperando, me sufrí todo y no me querían hacer cesárea y yo lo único que quería era que me sacaran la guagua luego (...) hay algunas mujeres que vienen a sus controles de embarazo dice ‘yo no quiero tener un parto vaginal’, ‘yo no quiero sufrir’ y tienen ese concepto de sufrimiento del parto, ¿ya?, ‘yo quiero que me hagan una cesárea’”. (Entrevista, médica 3, hospital)

La tecnología científica y reproductiva ¿al servicio quiénes debería estar? Dejando de lado los criterios estrictamente médicos, las intervenciones de salud reproductiva deberían facilitar las decisiones de las mujeres (y sus parejas) y no, como sucede, sólo estar disponibles cuando esas decisiones se ajustan a los patrones hegemónicos de sexualidad y familia o para los sectores más privilegiados de la población. El caso del aborto es muy ilustrativo, ya que por su estatus ilegal en la mayoría de los casos, en general para tratar el aborto incompleto se utiliza es el legrado (MINSAL, 2011), a pesar que se podría ocupar AMEU, técnica de aspiración comprobadamente más efectiva, inocua y económica (Gutiérrez y Guevara, 2015). Sólo desde 2017, con la aprobación de la Ley 21.030 que establece aborto legal para tres causales, se recomienda el procedimiento AMEU y sólo excepcionalmente el legrado o dilatación y curetaje (D&C) (MINSAL, 2018). El acceso a la esterilización así como al aborto se restringe –en distinta medida- porque representan una posibilidad de autodeterminación reproductiva para las mujeres en un contexto sociopolítico pronatalista en Chile, lo que queda de manifiesto en la especial preocupación que muestra el personal de salud por interferir en el acceso a la esterilización de mujeres jóvenes. El caso de la cesárea es diferente porque responde más claramente a una lógica de mercado pero también es una muestra de la distribución desigual de los recursos tecno científicos. La esterilización quirúrgica pese a que tiene muchas críticas como método anticonceptivo por ser una cirugía, el acceso es libre y sólo depende –en teoría- del pago en la salud privada y de cumplir con el procedimiento de atención en la salud pública. ¿Hasta qué punto se justifica, desde una perspectiva de igualdad en

salud, la restricción de prestaciones de salud reproductiva electivas? ¿Corresponde a la mujer o al médico decidir qué tipo de parto y métodos anticonceptivos debe usar?

Existen diversos factores que condicionan el acceso a la esterilización y diversas maneras concretas en que las desigualdades se expresan en este ámbito, pero si se resolviera la falta de recursos médicos y quirúrgicos ¿Habría acceso total para las solicitantes de esterilización? Seguramente que no, pues los posicionamientos del personal de salud –especialmente médicos/as- sobre quienes son o no candidatas a una esterilización opera como mecanismo discriminador de quienes acceden, aunque aludan en última instancia a la falta de recursos para justificar tales decisiones. Si se despejara como obstáculo la falta de recursos, seguramente tendríamos en forma más explícita objeciones de conciencia del personal de salud, las que hoy no quedan en evidencia porque las negaciones se justifican con los problemas de acceso del propio sistema de salud.

Qué mujeres deberían ser esterilizadas y qué mujeres no, son definiciones que obedecen a criterios arbitrarios, varios de los cuales se alimentan notoriamente de las representaciones de género que tiene el personal de salud, donde el ser madre es central en la valoración que se hace de la usuaria solicitante, ¿Es capaz de ejercer la maternidad? ¿Ha tenido suficientes hijos/as? ¿Cuánta vida fértil le queda aún? Parecieran ser las preguntas que orientan los mecanismos subjetivos de acceso. La validación de criterios no consensuados pero validados de facto expresa el poder médico que hace que la esterilización, de acceso libre, se convierta en una prestación relegada a último recurso para la mayoría de las mujeres y para casos justificados como riesgo social o biomédico. Existe también personal de salud que la considera un derecho al que deberían tener acceso todas las mujeres que así lo desean. Se observa que las posturas más restrictivas la tienen los/as médicos/as gineco-obstetras mientras que las más favorables al ejercicio del derecho reproductivo la expresan, en el hospital, matronas, técnicos/as paramédicos/as y personal administrativo y, en el consultorio, todo el personal. Desde la atención primaria el personal alecciona a las usuarias con estrategias que les permitan sortear las trabas que imponen en el hospital. Se aprecia una mayor atención al contexto

de vida de las mujeres que desean esterilizarse en el personal no médico, especialmente matronas/es y especialmente el personal de la atención primaria, por lo tanto, hay mayor empatía e inclinación a apoyar el proceso de atención de la usuaria de esterilización, aconsejando e intercediendo:

De hecho hay un médico en puerperio y él no tiene una participación así que diga ‘no sabes que esta chica es súper prioritaria que la operemos, voy a ir a hablar con el jefe de turno que sí o sí...’ no, no hay ese rol, ese rol es de la matrona. (Entrevista, matrona 3, hospital).

Las características que debiera tener una candidata a esterilización están normalizadas y todo el personal que participa en la ruta de atención las conoce y aplica como criterios de selección. Así por ejemplo, cuando se abre cupo para las usuarias que están en lista de espera el personal administrativo participa activamente en la selección, y luego de la consulta con el médico, procede a comunicarse con ella/s. También se dan situaciones en que personal de salud a veces ni siquiera sabe que legalmente cualquier mujer puede ser esterilizada y que no existen requisitos especiales, lo que da cuenta de la legitimación de los criterios informales que se manejan al interior de los establecimientos de salud.

7.1.4 Representaciones del personal de salud sobre la esterilización

La calificación de la esterilización como método anticonceptivo tiene cuestionamientos, que apuntan a que no cumple con el requisito básico de la anticoncepción, la reversibilidad o que su función no es regulatoria sino de clausura o término de un proceso. El concepto de reversibilidad/irreversibilidad es relativo no sólo para el caso de a esterilización, pero se decide estratégicamente presentarla como irreversible. La relativa irreversibilidad de la esterilización no se refiere a que asegure cien por ciento la infertilidad sino a que su función es la de ser una solución definitiva asociada a la idea de paridad cumplida o satisfecha, pero que puede fallar ya sea por

procesos fisiológicos normales (regeneración de tejidos), la elección de una técnica quirúrgica que no es la mejor o un mal desempeño del gineco-obstetra, “Aquí hemos operado un montón de veces a señoras que han sido ligadas hace años atrás y ahora llegan embarazadas, a la edad de 45, 47 años, que se sorprenden porque ¡‘como pasó!’” (Entrevista, técnica paramédica, hospital), o puede incluso recuperarse la fertilidad por voluntad propia y asistencia médica a través de la cirugía *reversal*⁷⁶.

La radicalidad, lo definitivo, se destaca en esta concepción de la esterilización, convirtiéndolo en un método por el cual no es fácil optar debido a las consecuencias que puede tener para la vida de la persona. Entonces, a pesar que en la práctica no es un método que tenga cien por ciento de eficacia, se presenta como tal en la consejería y en el documento de consentimiento informado, porque su función es ser definitivo. Esta ambigüedad se expresa en las diferentes formas de abordarla que tiene el personal de salud, prefiriendo algunos/as omitir la información sobre la operación de recanalización en caso que la usuaria así lo deseara. En realidad, el calificativo de radicalidad se vincula a su intervención en un proceso construido como natural: la maternidad.

Las descripciones sobre lo que provoca en el organismo reproductivo de las mujeres un método anticonceptivo, entre ellos la esterilización, son de connotación negativa, pues la acción de método es generar una atrofia, un daño, a un proceso fisiológico normal o natural, pero al mismo tiempo, como veremos, la menstruación también es considerada un proceso degenerativo. Los significados que la biomedicina atribuye a los procesos reproductivos de las mujeres tienen un efecto simbólico y concreto en sus representaciones y vivencias, “de la misma forma que considerar la menopausia un tipo de falla de la estructura de autoridad del cuerpo contribuye a nuestra visión negativa de ella, considerar la menstruación como una producción errónea también contribuye a verla en forma negativa” (Martin, 2006, p.92) y seguramente sería muy diferente la relación que las mujeres desarrollarían con su cuerpo si en vez de negar la menstruación (como desperdicio, atrofia), se

⁷⁶ Operación para revertir la cirugía de ligadura de trompas.

afirmara como proceso fisiológico con un valor en sí mismo. Esta connotación negativa de alguna manera se opone a los significados con los que se construye la medicina, que es “sanar”, “curar”, “salvar vidas” y en el plano de la obstetricia, es muy marcada la orientación ideológica por el nacimiento y la maternidad, de hecho, algunos/as prestadores/as entrevistados/as nombran como única “secuela” de la esterilización a la infertilidad, “no hay ni una secuela excepto obviamente que no te puedas embarazar” (Entrevista, médica 1, hospital). Por otro lado, un órgano que ya no cumple la función que tiene por definición biomédica, ya sea por proceso patológico o degenerativo, se estima que “ya no sirve”, lo que es muy notorio respecto al cuerpo (reproductivo) de las mujeres pasando una serie de órganos a la categoría de inservibles, por lo tanto extirpables e inexistentes y en tal sentido, no podrían generar secuelas. Es el caso de la histerectomía o la misma salpingoligadura donde el útero, los ovarios o las trompas uterinas, según corresponda, pasan a ser órganos inútiles (entrevista de contexto, Ana María Alvarado, médica, APROFA).

La esterilización es definida como un método “primitivo”, “prehistórico”, “mutilante”, “invasivo”, especialmente por médicos gineco obstetras, “qué se van a querer operar pudiendo usar un método que es reversible que eventualmente las acompañe hasta la menopausia, *pa’* que intervenir su cuerpo, igual es algo prehistórico” (Entrevista, médico 2, hospital). Es un método obsoleto en un contexto donde los avances científicos biomédicos han ampliado las alternativas a las cuales podrían acceder teóricamente las mujeres, aquí lo “prehistórico” o “primitivo” se opone a lo moderno. Se llama comúnmente anticonceptivos modernos a aquellos que tienen base científica respecto a su seguridad y eficacia y se oponen a los tradicionales que se reducen a dos: el método del ritmo o del calendario y el coito interrumpido. Lo obsoleto frente a lo moderno también se relaciona con la antigüedad de la esterilización, ya que como método de regulación de la fertilidad se usó desde antes que los llamados métodos anticonceptivos modernos (década del 50’), se usaba con poblaciones empobrecidas y no era nombrada como método anticonceptivo.

Se considera invasivo y mutilante porque es un procedimiento en que efectivamente consiste en dañar un órgano, lo cortan, cauterizan, engrapan o ligan, a lo que se añade que es electiva. Es decir, libremente decides someterte a un procedimiento invasivo (habiendo otras alternativas), pero ¿Los demás métodos anticonceptivos son menos invasivos? Los malestares permanentes que sufren algunas mujeres podrían desmentir esto comparando con el descanso que ganan con la esterilización; ¿Vale la pena someterse a este procedimiento invasivo si con ello solucionas un problema reproductivo que tendrá efecto positivo global en la vida de la persona? Hay una evaluación de costo-ganancia en que para muchas mujeres el carácter invasivo y mutilante de la operación es un costo menor comparado con lo que implica continuar fértil sin desearlo. Además, ningún otro método ofrece a una mujer heterosexual activa sexualmente lo que ofrece la esterilización, sólo quedaría como alternativa la vasectomía.

El sistema de salud está orientado a la enfermedad y el sistema hospitalario, donde tiene lugar la cirugía de salpingoligadura, está orientado a la atención de las urgencias⁷⁷, por lo tanto, desde la definición de salud pública, la esterilización quirúrgica no es relevante, “la ligadura es un procedimiento electivo sin ninguna prioridad del punto de vista salud de la paciente, o sea, no se va a morir porque no la *operís*” (Entrevista, médica 2, hospital). No sólo no es una enfermedad y no es urgencia sino que además es un procedimiento electivo, es decir, no depende de la decisión médica exclusivamente sino que de manera importante es la usuaria, y una mujer, la que decide. Es difícil entonces para el personal de salud justificar el uso de los recursos hospitalarios para este fin, ya que están destinados a verdaderos problemas de salud pública, “operarla en turno significa que tu estas de alguna manera haciendo cosas electivas en un horario que es de urgencia y si llega alguna urgencia y tu estas usando el pabellón en algo electivo podría significar problema” (Entrevista,

⁷⁷ En los centros hospitalarios de Chile se atiende de acuerdo a 5 categorías de urgencia: C1 emergencia vital, C2 emergencia evidente, C3 urgencia, C4 urgencia leve y C5 consulta general. <http://huap.redsalud.gob.cl/categorizacion-en-urgencias/>

médica 3, hospital). Aunque prima la concepción de la esterilización como un asunto no importante ni prioritario, desde un enfoque social se reconoce que la necesidad de salud existe,

Lo encuentro súper injusto porque ellas ya habían resuelto su vida, ellas ya habían decidido no tener más hijos, entonces no es justo ni para el bebé que viene ni para ella que por un tema de no acceder a un pabellón...más encima la ligadura es así de cortita, es un procedimiento súper corto, entonces...eso creo que es un tema grave que hay que resolverlo. (Entrevista, matrona 3, hospital)

La esterilización viene a resolver una necesidad de salud que es urgente si se considera el impacto que puede tener un embarazo no deseado o no planificado en la salud de esa mujer –una de las motivaciones importantes para esterilizarse es que ya no se sienten en condiciones adecuadas de salud física para un nuevo embarazo –, en sus oportunidades de desarrollo personal, en su situación económica, entre otros aspectos, “puede que la persona que tenga esa necesidad que en realidad es una urgencia no real, no tan directa, pero que sí efectivamente es una urgencia de tener una anticoncepción, no la logren y llegan embarazadas de nuevo” (Entrevista, médico 3, hospital).

El cambio de normativa representó libertad para las mujeres, el reconocimiento a su derecho a decidir. Quienes vivieron la experiencia de trabajar en el sistema público de salud con el anterior reglamento sanitario, destacan lo estricto y restringido que era el acceso a la esterilización, colocando a las mujeres en una situación de dependencia y cuestionamiento de sus propias decisiones que hoy es impensable, “Hoy en día existe la libertad que de que están más empoderadas digamos de sus derechos, sexuales y reproductivos, y saben de qué no requieren de la autorización de la pareja” (Entrevista, matrona, Cesfam); “Se le pedía la autorización casi que al jefe del esposo así era una cosa terrible, acá por suerte ya no se hace nada de eso” (Entrevista, médica 2, hospital).

La esterilización se vincula con las mujeres pobres, como un único recurso que tienen para controlar la fertilidad, dadas las mayores dificultades de acceso a otros recursos, sociales,

culturales, educacionales, económicos, etc., “no sé si será tan buena pero a lo mejor soluciona grandes problemas, por ejemplo, la gente pobre en el fondo que vive con 5, 6 niños y no tiene como mantenerlos” (Entrevista, técnico paramédico 2, hospital). Esta idea proviene del personal ubicado más bajo en la jerarquía hospitalaria, quienes podrían experimentar una mayor identificación y empatía con las condiciones de vida de las usuarias. A estas mujeres se las representa en las “grandes multíparas”, mujeres a merced de su fertilidad que encarnan el problema de la “polinatalidad”. La visión de la esterilización como una solución para las mujeres y familias pobres identifica a la pobreza como problema social vinculado a la salud. Detrás de este pensamiento está la idea que a las/os pobres “se cuidan” menos, ya sea por la desigualdad estructural que determina la falta de acceso a recursos sociales, institucionales, económicos para regular la fertilidad como también por una “cultura de la pobreza” que en el plano de la reproducción se expresaría en una compulsión por tener hijos/as, una “irracionalidad reproductiva”, sin planificación,

También pasa por una cuestión de cultura, cultural, porque hay mujeres que simplemente no entienden lo que tú le tratas de explicar y es un nivel sociocultural demasiado bajo como para tomarle el peso de lo que...que significa la crianza de un hijo porque estos hijos van naciendo y van naciendo, se crían entre ellos y etcétera, etcétera. No es como nosotras, por ejemplo, que nosotras como que *pensai chuta* otro más, es que el colegio, es que *tenis* que educarlo, ellas no ven el futuro del enano”. (Entrevista, matrona 2, hospital)

Esta “irracionalidad reproductiva” se caracterizaría por una transmisión generacional del embarazo adolescente y la multiparidad, por una inestabilidad en las relaciones de pareja y quizás promiscuidad sexual, “la gran mayoría de las pacientes que concurren acá al servicio...están con parejas...como se dice esto por un tiempo, transitorias, ocasionales, porque cuando tu revisas de repente la multípara tiene dos, tres hijos, y son de distintos papás” (Entrevista, médica 1, hospital).

7.2 Las experiencias de las mujeres en el proceso de decisión, cambios y consecuencias de la esterilización quirúrgica: pragmatismos, autonomías y renacimientos

7.2.1 Problematizando la decisión de las mujeres

Como proceso de decisión vinculado a la esterilización quirúrgica incluyo las motivaciones y circunstancias que llevan a las mujeres a decidirse por este método, las consultas y negociaciones que tuvieron que llevar adelante con su entorno social, la influencia y prácticas de los/as prestadores/as de salud; desde la perspectiva de las mujeres y del personal de salud.

Decidirse por la esterilización es un proceso que toma un tiempo, variable, dependiendo si contempla consultas con otras personas o negociaciones con la pareja, y cuan convencida esté la mujer de su decisión. No es una decisión fácil entre otras cosas porque requiere de aceptación social, lo que se aprecia en que todas las entrevistadas anteponen justificaciones involuntarias para explicar su decisión y sólo a medida que avanza el relato reconocen motivaciones que provienen de intereses propios. En todo caso, son un conjunto de motivaciones o factores que estarán influyendo en la decisión de esterilizarse, que en el caso de las mujeres que esperaron años para acceder a la intervención, además se fueron convirtiendo en argumentos más sólidos a medida que pasaba el tiempo.

Los problemas de salud son los motivos más mencionados por las entrevistadas junto con la situación socioeconómica. Quienes explican su decisión por su estado de salud en primer lugar, padecen una acumulación de enfermedades o riesgos que podrían potenciarse con un nuevo embarazo. Cada embarazo y el uso prolongado de métodos anticonceptivos provocan nuevos malestares o aumenta el grado de deterioro de la salud, una sensación de agotamiento del cuerpo se instala en las mujeres usuarias de métodos anticonceptivos, siendo también una de las motivaciones asociadas a la salud que apoyan la opción por la esterilización. Así, “El ‘embarazo’ constituye el

principal temor o amenaza para su salud. Temen más quedar embarazadas que contraer enfermedades, incluso la mención del vih/sida aparece en los relatos como secundaria al embarazo.” (Domínguez y Garriga, 2012, p.220).

El concepto de riesgo orienta las decisiones en salud pública y, específicamente, en la atención de salud de la mujer embarazada se utiliza el concepto de alto riesgo obstétrico para referirse a la posibilidad de generar o agudizar una enfermedad o problema de salud con un embarazo, cuya designación obedece a categorías biomédicas, tales como enfermedades maternas preexistentes, historia obstétrica, complicaciones del embarazo actual y exámenes de laboratorio (MINSAL, 2015) para evaluar el riesgo de la condición de salud física necesaria para llevar adelante un embarazo y parto. Con menos protagonismo, aparecen categorías sociales en la evaluación del riesgo, como la pobreza, analfabetismo, consumo de alcohol, tabaco y drogas, entre otras (http://publicacionesmedicina.uc.cl/AltoRiesgo/control_prenatal.html). Aparte de la enfermedad ¿Cuáles serían los riesgos de la esterilización? Pareciera ser que el riesgo está en cualquier caso asociado a la maternidad como bien a resguardar. Para el personal de salud la posibilidad de arrepentimiento es un riesgo frente a la baja tasa de éxito y alto costo de la cirugía de reversión, y en ese sentido, las mujeres jóvenes constituirían un grupo de riesgo porque son las que tienen más años de vida fértil y tiempo para arrepentirse. Pero más allá de la posibilidad de “arrepentimiento”, para el personal de salud es un riesgo provocar la infertilidad a mujeres que aún pueden procrear, que no tienen problemas médicos o sociales que las incapaciten física o socialmente para la maternidad.

En el caso contrario, de mujeres que según la opinión institucional deberían esterilizarse, los llamados “casos sociales”, representan el riesgo de no asumir la maternidad. Así, una misma medida se convierte en una solución o en una amenaza, dependiendo del tipo de mujer que se trate. Se identifica también como riesgo la baja o nula adherencia a los métodos anticonceptivos de parte

de un sector de usuarias, las que no están capacitadas para la maternidad o las que por su alta fertilidad y precariedad económica, a veces también por su situación de violencia, reproducen la pobreza. Estas mujeres “no ven el riesgo” en el que se encuentran, por lo tanto, hay que esterilizarlas, “un perfil de una mujer violentada, por ejemplo, que tiene una autoestima por el suelo, entonces finalmente tampoco adhiere a tratamientos anticonceptivos, entonces después sale con otra *guagua* y esa *guagua* es víctima de todas la situación de vidas” (Entrevista, matrona, Cesfam). Estas situaciones especiales ponen en evidencia el sesgo de género y el objetivo implícito de controlar el cuerpo reproductivo de las mujeres, ya que ninguna de estas acciones de salud se piensa para controlar la fertilidad de un hombre que por diferentes razones esté “incapacitado” para la paternidad.

Tanto el personal de salud como las usuarias tienen a la maternidad como centro de la evaluación de riesgo. El riesgo que más ponderan ellas antes que el estado de salud –aunque sea la causa inmediata de la esterilización- es el riesgo social que representa un embarazo no deseado o no esperado por no poder atender adecuadamente a otro/a hijo/a, y es también el tipo de reflexión que está detrás del aborto. Por ello, para las usuarias, la desatención de sus necesidades reproductivas implica un riesgo, que el personal de salud minimiza bajo el entendido que la maternidad es natural, siendo sólo una consecuencia de los problemas de la salud pública. Desde otra perspectiva, apelando al conocimiento que se adquiere en el trato directo con las usuarias, el personal de salud también reconoce que cuando las mujeres deciden no tener hijos, a través del aborto o la esterilización, lo hacen con plena responsabilidad, “cuando alguien toma la decisión de ligarse y de no traer más hijos al mundo yo creo que es una decisión muy madura” (Entrevista, matrona 3, hospital).

La situación socioeconómica es un factor relevante en la decisión. Casi siempre está vinculada a la situación de pareja y al rol de proveedor que se le asigna. Así, la pérdida de empleo o inestabilidad laboral del hombre, la separación y la condición de migrante como mujer “sola” son circunstancias

que motivan a las mujeres a terminar su ciclo reproductivo. Pero más allá del nivel de ingresos, el número de hijos/as está relacionado con tener a los/as que se le pueda dar buenas condiciones de vida, no sólo materiales sino también sociales y culturales, una idea de “buen vivir”. Por ejemplo, Manuela, desde que fue madre siempre quiso tener dos hijos/as porque “los tiempos no están para más”, refiriéndose a la situación económica pero también a problemas sociales como la violencia, la delincuencia, que en comparación con sus tiempos de niña, son más difíciles. Aquí ocupa un lugar especial la violencia hacia las mujeres, que identifican con el abuso sexual al cual están expuestas sus hijas. Las dos mujeres que han crecido en un entorno comunitario se refieren a un tiempo pasado mucho más amable para vivir la infancia y reflexionan sobre las dificultades que hoy se enfrentan para proteger a los/as niños/as. La expectativa de vivir bien también se refiere a las condiciones de vivienda y comunidad, como la accesibilidad y seguridad, pues son los espacios privilegiados en los que se van a desempeñar como madres y dueñas de casa.

La experiencia de Marion es distinta como migrante. Ella va a tomar sus decisiones reproductivas siguiendo sus propios anhelos de superación, los que van a estar fuertemente determinados por sus relaciones de pareja. La condición de migrante de un país considerado más pobre que el país receptor, impone circunstancias más difíciles para construir un proyecto de vida estable, lo que se manifiesta en la trayectoria reproductiva de las mujeres. Ella emigró de su país sola, dejando a sus dos hijos y a su pareja en el país de origen, con la intención de reunirse con ellos una vez que ella estuviera instalada. La motivación de Marion para esterilizarse, pese a que su deseo era no cerrar la posibilidad de tener otro/a hijo/a, fue el resultado de su historia de vida y su trayectoria reproductiva, la que está determinada sociocultural e históricamente. La experiencia de ser migrante es doblemente dura para las mujeres porque al dejar sus redes de apoyo en el lugar del cual se marchan, deben separarse de sus hijos para poder trabajar y juntar dinero, lo que generalmente hacen en trabajos mal pagados y extenuantes. Marion dejó para siempre a uno de sus hijos al

cuidado del padre y a otro temporalmente con su hermana, en República Dominicana y Guadalupe dejó a su hijo en Arica con su madre mientras ella trabajaba en Antofagasta:

Después de haber estado re bien con el primer hijo, en una empresa bien e ir a probar suerte a otra ciudad, Antofagasta, que no me fue como yo pensaba y tuve que dejar a mi hija con mi mamá *pa'* yo trabajar en un lugar apatronado, con sueldo, de forma dependiente. (Entrevista, usuaria Guadalupe)

La posibilidad de desarrollarse en otros ámbitos o de dedicarle más tiempo a actividades centradas en ellas y no en la familia, son también motivaciones para definir el número de hijos y el momento de esterilizarse. Ganar independencia tanto en el aspecto económico por la posibilidad de generar ingresos propios como por el tiempo del que dispondrán para hacer otras actividades. La historia de Guadalupe muestra cómo la esterilización vino a reforzar un proceso personal de autonomía en el que se encontraba previamente, cambiando la forma de relacionarse con su marido, desde una actitud sumisa -como ella misma lo define- a una mujer que no se queda callada y a defender sus propios intereses, siendo su trabajo lo más importante para ella actualmente. Para Guadalupe la esterilización representa una continuidad de su desarrollo personal y de autonomía que viene desde la adolescencia. El personal de salud reconoce que detrás del interés de esterilizarse de muchas mujeres hay un cambio social que está en marcha:

Hay mujeres que son más jóvenes, yo te estoy hablando de no se *po'* de 30 años, por ejemplo, dicen 'no, ya es suficiente, ya tengo dos, tres hijos' que fueron mamás jóvenes, que se yo, a los 20 años, dijo 'no, ahora yo estoy en otra etapa de mi vida, quiero estudiar, estoy trabajando, estoy realizándome como mujer, como persona. (Entrevista, matrona Cesfam)

Para comprender mejor qué implica para las mujeres decidir en el ámbito de la reproducción, es necesario desarrollar al menos dos conceptos que son parte del lenguaje de salud pública relacionado con la salud reproductiva de las mujeres, deseo materno y paridad cumplida. El deseo materno se utiliza para calificar cada embarazo como "deseado" o "no deseado", información que

sirve para designar riesgo ya que el embarazo no deseado está dentro de los indicadores sociales de riesgo obstétrico. Si el embarazo no es deseado, el riesgo, desde punto de vista del sistema de salud como institución normativa, es el aborto o el abandono, sin embargo, no tendría la misma connotación de riesgo el costo de salud, personal, económico, ente otros, que tendrá para la mujer asumir un embarazo que no desea. Estos costos son algo que se espera que las mujeres asuman pues ser madre es lo que le toca por su sexo, “en la sociedad en que estamos es como casi que si eres mujer y no eres madre estás incompleta (Entrevista, asistente social, Cesfam). Siendo así, ¿Es posible que las mujeres decidan ser madres? ¿Qué es el deseo materno entonces? Ya vimos anteriormente la ambivalencia que expresa la práctica discriminatoria del personal de salud respecto a qué mujeres esterilizar y a cuales no... ¿una mujer con discapacidad mental puede “desear” ser madre, por ejemplo? Y que hay de la que es adicta, quizás ella también lo “desea” pero no se le permite. A este tipo de mujeres la posibilidad de decidir se la arrebató el estado a través del personal de salud y más bien el sujeto de protección es “el producto” de la capacidad reproductiva de las mujeres, no las mujeres. En este contexto, “El deseo de las mujeres no cuenta, porque se supone integrado en el orden de los discursos legitimados del sistema” (Saletti, 2008, p.174). Patrice DiQuinzi (citada en Saletti, 2008) propone el concepto “eterno maternal” para referirse a característica de la ideología de la maternidad como natural e inevitable, frente a la cual “toda mujer debe querer y debe ser madre, determinando que las que no manifiesten estas cualidades requeridas o/y se nieguen a ejercerlas son desviadas o deficientes como mujeres” (*Ibid.*, p.174). Más o menos planificada, la maternidad como hecho social es previo al deseo de las mujeres, lo que explica que no exista en el imaginario de ninguna de las mujeres entrevistadas, la posibilidad de no haber sido madres.

La posibilidad de decidir no es abstracta, por ello es importante problematizarla en función de condiciones determinantes como la clase social, raza y pertenencia cultural, ¿Qué significados tiene la libre elección para las mujeres pobres, migrantes, negras o indígenas sobre cuándo tener hijos/as,

si tenerlos o no, cuantos y con quién? ¿Y qué posibilidades reales tienen? Me refiero no a una propensión “natural” de las mujeres más pobres o marginadas al sometimiento, sino a las condiciones estructurales que las ponen en desventaja y que se manifiestan en la posibilidad de decidir como sujetos autónomos. Desde un enfoque feminista decolonial se cuestiona la máxima feminista etnocentrista e individualista “el cuerpo es mío, yo decido” porque desconoce el sentido que la reproducción tiene en cosmovisiones no occidentales y el valor político que tiene para comunidades en resistencia social y cultural. En los albores del movimiento feminista por el control reproductivo en Estados Unidos se desconocieron preocupaciones propias de las mujeres negras y latinas respecto al uso genocida que los métodos, especialmente la esterilización, podía hacer el estado en contra de sus poblaciones (Davis, 2005). Tomando en cuenta estos elementos y sin profundizar en ello, quiero enfatizar, en la necesidad de conciliar la construcción de las mujeres como sujetos históricos, políticos y creativos -lo que pasa por reconocer la individualidad- con una visión colectiva de sociedad en la cual la reproducción de seres humanos en armonía con la naturaleza, es crucial.

La pobreza, aquella que consiste en el despojo de los recursos básicos para un buen vivir (materiales, sociales, culturales), construye un imaginario en el cual sólo cabe para las mujeres la autorrealización a través de la maternidad, por lo tanto, la autodeterminación sexual y reproductiva se posterga. En los discursos del personal de salud hay al menos dos elementos interesantes sobre la pobreza. El primero es que se establece una asociación entre la esterilización y la pobreza, en la que las mujeres pobres se las percibe, por distintos factores, inhabilitadas para planificar sus embarazos y decidir racionalmente, y por lo tanto, la esterilización sería una solución para las mujeres que viven en condiciones de pobreza y marginalidad y que muestran dificultades para adherir a métodos anticonceptivos. La capacidad de decidir se ve mermada en condiciones de vida precarias, de marginalidad o violencia, porque decidir implica asumirse con una cierta autonomía, con intereses y proyectos propios en la vida.

La “paridad cumplida” es un concepto utilizado ampliamente en la atención en salud que designa un “diagnóstico” para indicar esterilización quirúrgica y se registra en los formatos de atención y derivación. Alude al cumplimiento de ¿un mandato? ¿Con quién se cumple?, por otro lado, ¿cuándo se considera cumplida la paridad? El número es relativo tanto para el personal de salud para las usuarias, pero siempre está en referencia a un modelo ideal normativo impuesto y que estereotipadamente se representa como una familia nuclear moderna heterosexual entre un hombre y una mujer⁷⁸, y un par de hijos (o tres), ojalá un niño y una niña, la “parejita”, con una división sexual de “padre proveedor y madre cuidadora” (Cienfuegos, 2015). Cuando se traduce a lenguaje médico, es evidente la valoración del número de hijos según de acuerdo a ese ideal y al concepto de riesgo, con los términos “multiparidad” o “polinatalidad” el diagnóstico es negativo.

También se asigna esta categoría de paridad cumplida como sinónimo de una necesidad satisfecha, es decir, la paridad se ha cumplido una vez que se satisface una necesidad, la fertilidad. En este sentido, dialogando con las hipótesis iniciales en la que me interrogaba sobre los posibles cambios en la maternidad como núcleo de identidad del ser mujer, podríamos decir que continua ocupando un lugar central, sólo que ahora es medido y las mujeres intentan dejar lugar a otros intereses en sus vidas.

El proceso de decisión no es solitario sino que involucra a diversos actores cuya opinión es significativa para la mujer, pero generalmente, son intercambios en tono de consulta ya que hay una primera convicción que es la de ella. No sólo las opiniones influyen sino también las experiencias cercanas que tendrán el efecto normalizador de la práctica. En el caso de Manuela el hecho que siete mujeres de su familia pasaron por la experiencia de la esterilización normaliza la opción por la

⁷⁸ Siendo la heterosexualidad un régimen político, también se reproduce en parejas del mismo sexo, por eso explícito que se refiere a la pareja formada por un hombre y una mujer.

esterilización y al no haber ninguna experiencia de recanalización o falla, le da confianza respecto a la eficacia del método. Esta experiencia personal y colectiva fortaleció la decisión de Manuela ante la insistencia del personal de salud por disuadirla durante la hospitalización.

El rol de la pareja masculina es secundario en el proceso de toma de decisión aunque a veces éste pueda generar presión sobre ella si no está de acuerdo con la esterilización, aceptando sólo cuando se impone el argumento de los problemas de salud o algún otro que justifique un impedimento involuntario para un nuevo embarazo. En los tres casos en que ellos querían continuar ampliando la familia, son hombres que disfrutan de su paternidad en el marco de relaciones de pareja que siguen construcciones de género tradicionales, donde ella es principalmente madre y dueña de casa y él es proveedor. La otra actitud común es la de desligarse abiertamente de la decisión, porque se cree que es a ella a quién le corresponde.

La vasectomía, cuando es una alternativa que ofrece el hombre a su pareja, se debe principalmente a los problemas de salud y agotamiento físico que ella presenta, sin embargo, las intenciones no llegan a concretarse, “él quería operarse en un momento porque yo en el embarazo tuve problemas con la presión entonces a él le daba miedo eso” (Entrevista, usuaria Elizabeth). Finalmente, la opción por la vasectomía no pasa de ser una declaración de buenas intenciones pues, como depende de que él tome la iniciativa y haga por sí mismo todo el proceso de atención en salud, en el intertanto puede ser reconsiderada la decisión tomada y tener lugar eventos reproductivos perjudiciales como el aborto, y termina siendo ella quién resuelve: “él se la iba a hacer, no tenía ningún problema en hacerla y yo lo molesto le digo lo dilataste tanto, tramitaste tanto que me tuve que yo ligar no más *po*” (Entrevista, usuaria Lorena).

En el ámbito de la regulación de la fertilidad la división sexual de roles es clara, es a ella a quien le corresponde ese “tema”, mientras que al hombre le toca apoyar, pasiva o activamente pero supeditado a lo que ella decida. Sin embargo, estando en pareja, que es la situación de la mayoría de

las mujeres que optan por la esterilización, la decisión no es tan “de ella” porque existe un acuerdo tácito, una suerte de contrato previo con su pareja, de, primero, tener hijos/as y luego lo que se negocia es el número de hijos, donde entran a jugar los argumentos más de peso, que siempre son involuntarios y de fuerza mayor, por ejemplo, la salud, la edad y la situación económica.

En general, el personal de salud considera que la normativa está en lo correcto al depositar la decisión en la persona que se esteriliza sin requerir la autorización de la pareja, y en el caso de la mujer, además ella es la que debe decidir en última instancia porque es la que va a vivir en su cuerpo todo el proceso reproductivo y después su vida estará volcada a la reproducción social. El ideal sería que la decisión fuera compartida y que la pareja sea consultada pero la última palabra siempre es de ella, por “justicia”, pero esta visión es de doble filo ya que reconoce el derecho a decidir de las mujeres y como expresión de empoderamiento pero a su vez las hace únicas o principales responsables.

Las mujeres no se pueden desligar de un embarazo mientras que el hombre sí. De esta manera, el modelo hegemónico de la sexualidad reproductiva sólo se refiere a la sexualidad de las mujeres, pues son ellas las que viven su sexualidad siempre vinculada a la reproducción, mientras que los hombres la viven de manera disociada. Para Manuela, por ejemplo, desde el momento mismo en que ella tiene relaciones sexuales está aceptando que una de las posibilidades es que quede embarazada, independiente de si usó métodos o no, ya que si hay error humano o falla del método, la responsabilidad es de ella igual. No se habla del hombre, para él es opcional. Los posicionamientos contrarios al aborto como opción ante un embarazo no deseado también remiten a esta concepción de inseparabilidad de la sexualidad y la reproducción para las mujeres. Una vez que el riesgo pasa a ser consecuencia ¿Cómo se distribuyen las responsabilidades? La creencia en la maternidad como centro del valor social de las mujeres contribuye a que la responsabilidad sea asumida en primera instancia por ellas mismas, sin cuestionamientos y se convierte en significante central de la sexualidad.

El proceso de toma de decisión algunas mujeres lo viven con dudas y temores hasta último momento antes de ser esterilizada, relacionadas con la pérdida de la capacidad biológica de parir como un valor social. En las dos experiencias que se recogen en este estudio, temen no cumplir con las expectativas sociales que ellas encarnan. Elizabeth, desea un niño y nace una tercera niña, ante lo cual se arrepiente por un momento de la decisión tomada; Marion se siente insegura, ya que en adelante no tendrá el valor de cambio con el cual ha construido todas sus relaciones de pareja. Estas situaciones excepcionales muestran que la decisión de esterilizarse es un proceso delicado para algunas mujeres y que el sistema de salud no está preparado para acompañar y orientar adecuadamente, pues, tanto en la clínica privada donde se atendió Marion como el hospital público donde se atendió Elizabeth, no se generó la posibilidad de desistir antes de ser operadas. Esto, pese a que en el hospital público, la tendencia es a frenar las esterilizaciones de las mujeres menores de 30 años como era el caso de Elizabeth.

El personal de salud reconoce que la esterilización es un derecho de las mujeres, sin embargo, el proceso de decisión requiere tutelaje médico, “yo creo que la decisión debe ser de la paciente. Paciente, digamos, en su sano juicio yo creo que tiene el derecho de elegir, pero sí con consejo médico” (Entrevista, médica 1, hospital) y se insiste en que la usuaria debe estar segura “cien por ciento”. Por otro lado, es compartida la percepción que las usuarias no “le toman el peso” a la decisión que van a tomar, habría cierta “liviandad” porque saben de la existencia de la recanalización, frente a lo cual algunos/as prestadores/as son tajantes en presentar a la esterilización como un método definitivo o prácticamente definitivo, dejando fuera toda expectativa de cambiar la situación más adelante, “Muchas pacientes piensan que la esterilización tubaria es amarrar las trompas y que se pueden desamarrar digamos en cualquier minuto y que es una cosa trivial” (Entrevista, médico 1, hospital). Abrevando a esta idea de labilidad de la decisión de las mujeres en torno a la esterilización, se cree que son fácilmente influenciables, especialmente por la familia y amistades, pero también por el personal de salud. Se presupone que la decisión tomada por ella y

reflejada en el documento de consentimiento puede cambiar, que no es firme porque obedece a deseos, intereses o a una visión de las cosas que no es la propia y responde finalmente a la presión social:

Hay mujeres que se ligan sin tener la certeza cien por ciento de querer hacerlo, a lo mejor por una cosa de presión, de presión cultural, que se yo, que la mamá le dijo, que la tía...porque nuestra población se deja guiar mucho por esto de los comentarios externos. (Entrevista, matrona 2, hospital)

Aunque la normativa de salud vigente no estipula especificaciones o requisitos de ningún tipo, salvo que debe ser una persona mayor de 18 años en sus plenas facultades mentales, se utilizan mecanismos institucionales no explícitos que cumplen la misma función: desincentivar la esterilización. Dos de las usuarias del sistema público de salud entrevistadas debieron no sólo esperar varios años sino también, pasar por cuestionamientos insistentes respecto a su decisión.

En la ruta institucional para llegar a esterilizarse, las mujeres deben hacer valer su decisión, a veces no tienen necesidad de argumentar más allá de explicitar su deseo de no tener más hijos/as, pero otras veces les toca defender su posición. El personal de salud tratará de persuadir a la mujer de su decisión en todos los momentos de encuentro entre usuaria y prestador/a, excepto cuando éste/a considere que cumple con el perfil para ser candidata a esterilizarse, pero si tomamos en cuenta la situación contraria, cuando la usuaria lo que quiere es volver a ser fértil después de haberse esterilizado, el personal de salud intentará que cambie de opinión debido a las dificultades de acceso que tiene esta cirugía,

pa' algunas cosas te considero un interlocutor válido, *pa'* otras, piénsalo bien, ¿*tai* segura?, vuelve si realmente lo quieres; ya has tenido muchos hijos, ¿cómo *vai* a querer otro, *tenis* plata *pa'* la educación? y le empiezan a hacer todo un *bulling*, que varias desisten. (Entrevista, médico 2, hospital)

El caso de Manuela es paradigmático porque refleja claramente las prácticas del personal de salud cuando la mujer que desea esterilizarse no es considerada candidata idónea para la intervención, en este caso por ser muy joven y tener sólo dos hijas. Aparte de esperar varios años y que se le preguntara reiteradamente si mantenía su decisión en los controles de salud, durante la hospitalización recibió mucha presión de parte del personal de salud que la atendió, antes, durante y después de la cirugía, llegando al extremo de insistirle en el pabellón quirúrgico.

Como hemos revisado hasta aquí, la práctica médica tiende a relativizar la decisión de las mujeres cuando lo que está en juego es el modelo reproductivo dominante, señalando como grupo de riesgo a las mujeres jóvenes por su posibilidad de arrepentimiento, y a las definidas como de riesgo social por vivir condiciones incompatibles con el ejercicio de la maternidad. Sin embargo, lo que también muestra la práctica clínica es que las mujeres que quieren volver a ser madres después de ser esterilizadas son aquellas que ocupan su capacidad reproductiva como medio de negociación en la relación de pareja, es decir, si se aceptara que el riesgo real es la desvalorización social de las mujeres en tanto sujetas plenas más allá de su capacidad reproductiva, seguramente tendríamos mejores resultados en salud reproductiva y en problemáticas sociales derivadas.

7.2.2 Cambios, complicaciones y evaluación de la experiencia de la esterilización

Este es un punto particularmente interesante de contrastar la percepción del personal de salud con la de las usuarias. Las seis entrevistadas refieren diferentes cambios corporales tanto en intensidad como en las consecuencias que tienen para la vida cotidiana, para algunas son alteraciones importantes llegando a interrumpir procesos relevantes de la actividad laboral, otras intentan llevar una rutina diaria normal a pesar de las serias molestias con que quedaron después de la operación y también son cambios que les significaron consecuencias positivas. A continuación se presenta una tabla que resume los principales cambios que implicó la operación para cada una de ellas.

Tabla 15: Resumen principales cambios después de la operación y sus vivencias

Cambio, complicación o secuela	Vivencias, consecuencias
Complicaciones durante la cirugía: Lesión en la vejiga producida durante la operación (Guadalupe); hemorragia (Marion)	Guadalupe tuvo que estar alrededor de dos semanas en reposo en su casa, con sonda, sin poder levantarse, ocuparse de las labores domésticas y trabajar, en un periodo de alta producción. Marion desconoce qué sucedió, nivel de complicación o sus causas; posteriormente tuvo problemas digestivos.
Alteración de la menstruación: suspensión, aumento o disminución del flujo, dolores (Guadalupe, Elizabeth, Lorena, Marion)	Extrañamiento de la menstruación, síntoma de enfermedad o que algo anda mal, desinformación de otros procesos que podrían estar asociados como la menopausia. Malestares que antes no tenían, los aceptan como consecuencias de la esterilización.
Alteración de la sexualidad: disminución del deseo (Guadalupe, Marion)	Problemas de pareja, negociaciones donde se impone una nueva construcción de sí misma como sujeta no deseante.
Secuelas: Molestia en la zona umbilical, hinchazón constante, dolores, una protuberancia en el ombligo, gastroenteritis recurrente (Manuela)	Dificultad para hacer ciertos movimientos, convive con los malestares pues no ha tenido tiempo para atenderse en la salud pública ni dinero para atenderse en forma privada
Cambios en la relación con el cuerpo y la sexualidad	Alivio por suspensión de métodos anticonceptivos (Mariela), que se traduce en aumento del deseo (Lorena), revalorización del cuerpo y de la construcción de sí como sujeta de deseo (Lorena) e intensificación de la actividad sexual (Manuela)

Fuente: elaboración propia en base a las entrevistas a profundidad.

Antes de ser operadas, las entrevistadas convivieron con una serie de efectos secundarios asociados al uso de métodos anticonceptivos que incluyen dolores de cabeza, de espalda, aumento de peso, espinillas y barros, manchas en la piel, disminución del deseo sexual, menstruaciones dolorosas, entre otros, contexto en el que para algunas de las entrevistadas la esterilización aparece como la solución para ponerle fin a estos problemas.

Lo probé todo, me faltó la cuestión en el brazo que eso es hace poco no más *po'*...pero sufrí mucho yo, dolor de cabeza, era horroroso, entonces por eso tomé la decisión de...y ahora no *po'*, nada, todo bien, ni un dolor de cabeza, de espalda, *na'*. (Entrevista, usuaria Manuela)

Así, el uso prolongado de métodos anticonceptivos genera una serie de malestares que se normalizan, asumiendo que es inherente al uso de métodos, un “mal necesario”. Si bien, se reconoce algunos de los efectos colaterales de los métodos anticonceptivos, desde la perspectiva médica se tiende a no darles importancia por considerarlos leves, no graves y a responsabilizar a la usuaria por malos hábitos como causa de los malestares.

Las molestias y complicaciones con las que conviven adquieren una dimensión misteriosa para las mujeres, sobre las que se preguntan pero no actúan. Marion tuvo una hemorragia durante la operación que, según su percepción, fue difícil de controlar para el equipo médico pero nunca supo qué sucedió exactamente ni sus causas; Elizabeth sufre malestares en la zona umbilical que incluyen hinchazón constante, dolores, una protuberancia molesta en el ombligo, gastroenteritis recurrente, entre otras, pero no ha podido acceder a un seguimiento oportuno en la salud pública, su salud pasa a segundo o tercer plano, tanto para ella porque la distribución de tiempo y recursos se vuelca por entero a las hijas y la casa; como para el sistema de salud, pues el sistema de citas y controles se distancia en ausencia de un embarazo. La jornada de trabajo de una dueña de casa, cuya actividad es repetitiva y sin límites de horario, y está dedicada al cuidado de otros y otras, borra del listado diario de responsabilidades, aquellas que tienen que ver con el cuidado de las propias mujeres, lo que se hace más patente cuando la mujer depende de los ingresos de la pareja, escasea el dinero familiar para cuestiones básicas como el traslado o las redes de apoyo que permita delegar funciones por un espacio de tiempo, que siempre es variable y largo en la salud pública. Un artículo de la OMS menciona el abandono de la salud de las mujeres como uno de los efectos del trabajo de cuidado que realizan las mujeres, generalmente invisibilizado (OMS, 2018).

En el tiempo que transcurre entre la solicitud formal en el sistema de salud público y la esterilización, hay un vacío, la desatención, que afecta la salud de la mujer y sus intenciones de regular la fertilidad, pudiendo desembocar en aborto y embarazo no deseado, y en problemas de

salud derivados de la prolongación innecesaria de uso de métodos anticonceptivos, como atestiguan los relatos de Manuela, Lorena y Guadalupe. Otra manera en que se configura este vacío, especialmente para las usuarias de la salud privada, es considerando el tiempo que transcurre desde que la mujer asume que desea esterilizarse pero que no puede hacerlo por motivos económicos o por falta de apoyo de la pareja con la opción de la vasectomía, como fue el caso de Lorena, quién en ese lapso tuvo un aborto. Estos efectos colaterales de la desatención son reconocidos por el personal de salud y mencionados como situaciones injustas pero no son asumidos por el sistema de salud ni por el estado en sus políticas públicas, sólo pasan a ser parte de la biografía y trayectoria reproductiva de las mujeres.

Los cambios y alteraciones en el ciclo menstrual o en la vivencia sexual que las mujeres notan después de la operación, son necesidades no atendidas en la salud pública, a pesar que los síntomas corresponden a lo que en la literatura médica encontramos como síndrome post ligadura de trompas uterinas, caracterizado por irregularidades menstruales, menopausia precoz, molestias pre menstruales, problemas psicológicos, entre otros, “El Síndrome post-ligadura se caracteriza por: dolor abdominal, dismenorrea e irregularidades menstruales” (Marchal, Chicharro, Barranco, 1997); de lo que algunos/as profesionales tienen conocimiento:

El ovario tiene dos vías de llegada de sangre, una a través de la trompa y una a través del útero ¿ya? Tiene dos ramas que se juntan, uno al hacer la ligadura bloquea una rama, entonces deja solo la otra, entonces igual podría ser menos y eso sí, en teoría, igual podría influir un poco en que se produjera como una falla del ovario un poquito antes. (Entrevista, médica 3, hospital).

Si bien, se reconoce que algunas usuarias refieren trastornos menstruales post operatorios, médicos/as y matronas/es, los explican como cambios normales que ocurren debido a la suspensión de métodos anticonceptivos, responsables de un ciclo menstrual alterado que vuelve a su normalidad luego de la esterilización, dando lugar a una menstruación “marca propia”, “yo siempre les digo, ese es mi eslogan, ‘usted está teniendo reglas marca ¿Cómo se llama usted? Juanita Pérez,

reglas marca Juanita Pérez', son sus reglas, son sus ciclos". (Entrevista, matrona Cesfam) Los anticonceptivos vienen a dar un orden al ciclo menstrual naturalmente desordenado, "Entonces claro yo puedo haber estado con mis reglas súper regulares pero estaba enmascarado porque estaba tomando pastillas, dejé de tomar las pastillas y se me desordenó" (Entrevista, médica 3, hospital). Así, durante gran parte de la trayectoria reproductiva y de práctica anticonceptiva, las mujeres vivimos sometidas a agentes externos, medicamentosos, artificiales, que controlan y ordenan nuestra biología "naturalmente desordenada", y convivimos con un proceso de nuestro cuerpo que nos acompaña mensualmente, como dos extraños.

El personal de salud, principalmente médicos/as y cirujanos/as, se resiste a admitir fallas de la tecnología médica y el conocimiento científico, que es lo que los hace especialistas y poseedores de una destreza altamente valorada socialmente. Las posibilidades de secuelas se reducen al trauma corporal que provoca cualquier cirugía, especialmente la salpingoligadura por vía umbilical y la cesárea, y se admite la posibilidad de una mala maniobra durante la cirugía, como fue lo que le ocurrió a Guadalupe que salió del quirófano con una lesión a la vejiga.

La tendencia entre el personal de salud es negar y relativizar posibles efectos colaterales derivados directamente de la salpingoligadura o a considerarlos casos aislados, aunque reciban testimonios de sus usuarias que indican lo contrario, "No altera las reglas, no les va a alterar ningún flujo hormonal, nada en la parte sexual" (Entrevista, médica 2, hospital). Si no hay causas "objetivas", comprobables, se relega al terreno de la mitología, de lo psicosomático o lo psicológico o a problemas de pareja en el caso de la vivencia sexual:

El tema de que haya alteraciones en su sexualidad, hay que dejarle siempre en claro de que si no hay ningún problema de salud que uno vea de que hay un absceso, que hay una masa que esté ocupando un espacio que esté causando un dolor, o sea, descartando todo eso dentro de un control ginecológico, es netamente psicosomático muchas veces y que tiene que ver con disfunciones en la relación de pareja. (Entrevista, matrona Cesfam)

La cirugía en que se realiza la esterilización es ambulatoria y sólo requiere de anestesia local por lo cual la mujer está consciente, “siente”, aunque no dolor pero es espectadora del procedimiento, generándole un impacto físico y psicológico. Manuela sintió cómo le “bajaron cosas” y que tenía “todo afuera”, a lo que atribuye las molestias post operatorias; Marion sintió tristeza “me cortó y me mostró ‘ahí está uno, ahí está el otro’, me daba como una penita...pero bueno” (Entrevista, usuaria Marion); para Lorena algo en su cuerpo ya no funciona normal, “Es extraño sentir que hay una parte de uno que ya no funciona como normal” (Entrevista, usuaria Lorena).

Pese a que saben que la esterilización es definitiva y la consideran la forma más eficaz para evitar un nuevo embarazo, persisten inseguridades, siempre está “el fantasma” de una posible falla y hay temor de contraer otras enfermedades, “me dijo ‘yo después que me operé he tenido tantos problemas’ me dijo ella, no sé, pero empezaba a tener problemas de cáncer, del útero, que se yo” (Entrevista, usuaria Marion). La inseguridad proviene de historias que han escuchado directa o indirectamente de mujeres que quedaron embarazadas estando esterilizadas, también la leyenda contenida en el formato de consentimiento informado contribuye a ello, pues establece la posibilidad de falla o, incluso, del mismo personal de salud que les dice que hay posibilidades de regeneración del tejido, “si igual, más seguro, aunque igual me metieron miedo que se podía regenerar la cuestión” (Entrevista, usuaria Manuela).

En la experiencia de las mujeres, los cambios en la sexualidad posteriores a la esterilización, varían entre ellas. En general, se comparte la expectativa de disfrutar y mejorar la vida sexual gracias a la despreocupación por el embarazo, “se cerró la fábrica pero se abrieron los juegos de diversión” (Entrevista, usuaria Marion), sin embargo, este deseo no siempre se cumple. Para algunas de las entrevistadas, sucedió lo contrario, disminuyó el deseo y el disfrute sexual, pero se asume como un efecto de la operación y de otros factores de la vida cotidiana, como a la relación de pareja en el caso de Guadalupe, y al estado puerperal y de dependencia económica, en el caso de Marion. Por el contrario, para otras, la esterilización posibilita un redescubrimiento de su sexualidad que estaba

bloqueada por el uso de métodos anticonceptivos hormonales, “el uso de pastillas me tenía así como *fome*, así sin ganas” (Entrevista, usuaria Lorena), y un estado de relajación que permite un mayor disfrute, en el caso de Manuela.

La esterilización gatilla un proceso de redescubrimiento del cuerpo al beneficiarse de la ausencia de sustancias extrañas contenidas en los métodos anticonceptivos. Manuela, experimenta una mejoría en su estado general de salud, baja de peso, ya no sufre de dolores de cabeza, de espalda, entre otros malestares a los cuales que estaba acostumbrada. Marion, se siente extraña por no estar usando métodos, “Se siente raro así al principio pero después tú te acostumbras...que no tomas nada ni tenga nada puesto” (Entrevista, usuaria Marion). Lorena, después de tres años, continua con ciclos y flujos menstruales muy diferentes a los que tuvo toda su vida, “Al principio yo dije bueno, el cuerpo se está adaptando de a poco pero ya llega cuatro años adaptándose *po*!” (Entrevista, usuaria Lorena); Guadalupe, simplemente dejó de menstruar y Elizabeth comenzó a menstruar más largo, abundante y doloroso. Las experiencias son diversas y pueden o no estar directamente relacionadas con la cirugía, pero la esterilización inaugura para las mujeres una nueva forma de estar en el mundo con su propio cuerpo, su sexualidad, con la pareja y con el entorno social que habita, pues ya no será una mujer fértil, lo que le traerá procesos de resignificación individuales y socioculturales.

El cuerpo, se transforma, no sólo física y visiblemente sino también socialmente. La relación de mujeres que son madres construyen una imagen y una valoración social distinta a la de otras mujeres que no han pasado por la experiencia de la maternidad, para quienes quizás los estereotipos del cuerpo femenino ideal dictados por el mercado, la publicidad, la moda, marcan el proceso de autovaloración y de construcción identitaria, en cambio para las que ya son madres, el cuerpo deja de ser relevante en ese sentido y se aceptan los cambios corporales como parte de la maternidad, porque son “huellas de batalla”, “yo me decía que había subido porque igual había tenido a la niña no más, como dicen las estrías es una cicatriz de batalla, gordura igual no más *po*”(Entrevista,

usuaria Manuela). Algunas se sienten inconformes e intentan mejorar su apariencia física, pero el deber ser como madre supera a la importancia que le dan a su independencia física, a su estética y a su salud. Es lo que sucede con la práctica de lactancia prolongada, por ejemplo, Guadalupe desarrolló una mastitis luego de dar leche por 5 años.

Los cambios corporales y secuelas mórbidas que caracterizan la experiencia de las mujeres esterilizadas luego de ser intervenidas quirúrgicamente corresponden a procesos iatrogénicos propios de la biomedicina, de los cuales no se hace cargo. Por su parte, las mujeres, imbuidas también de la interpretación biomédica que sólo considera atendible lo comprobable y tangible, es decir, lo biológico y orgánico, observable a través de la práctica clínica, aceptan y normalizan los malestares. Sin embargo, surgen adecuaciones y microadaptaciones ante la iatrogenia, las comorbilidades, lesiones y alteraciones derivadas de la intervención, que podríamos nombrar como discapacidades no visibles, siguiendo a Peña y Hernández (2015) quienes acuñan este concepto para referirse a patologías ginecológicas y alteraciones en la sexualidad provocada por procesos iatrogénicos. Las mujeres generan estrategias corporales, psicológicas y sociales, que abarcan desde procesos de aceptación, recuperación de la confianza en el acto sexual, negociación con la pareja, búsqueda de recursos paliativos, ejercicios, entre otros, tendientes a superar y paliar las alteraciones y malestares físicos, así como a conciliar su autoimagen corporal y social como mujer y como sujeta sexual deseable.

El cuerpo es el territorio de batalla de las mujeres en tanto se ha moldeado históricamente para ser funcional a un modelo político, social y económico, que valora su cuerpo como medio de satisfacción sexual masculina y como medio de reproducción biológica de la materia prima para el desarrollo del capitalismo. En este proceso histórico las mujeres han sido despojadas de sus cuerpos como propiedad primaria y frente a ello, las prácticas autodeterminadas como la que representa la esterilización voluntaria implican un cambio en su relación con el cuerpo y en la consciencia social y política derivada de sentirse dueña del mismo. Estos cambios, que se van dando de manera

contradictoria en la práctica y experiencia de las mujeres, son profundos pues afectan la subjetividad y la forma estar en el mundo, en un contexto en que:

La corporalidad ha pasado a ser un pilar para comprender la condición humana contemporánea, afectada por la lucha para concederles a la experiencia y a la subjetividad una importancia equivalente al tipo de racionalidad que la dicotomía cuerpo-mente instauró como norma humana distintiva de la modernidad.(Pedraza, 2009, p.79)

La evaluación que las mujeres hacen de su experiencia es positiva. En ello incluyen la experiencia clínica y hospitalaria, a pesar de las complicaciones, molestias y alteraciones que algunas tuvieron después de la operación, pues las asumen como “mala suerte” o consecuencias inherentes a la cirugía, desligando de cualquier responsabilidad al sistema de salud o al médico. El valor absoluto, racional y estatus de verdad de la biomedicina (Campos, 2008) se impone en las subjetividades de los/as usuarios/as del sistema de salud, inhibiendo cualquier crítica. Así, expresiones de calidad de atención que debieran ser inherentes al sistema de salud se interpretan como actitud humanitaria de parte de los/as médicos, iniciativas como la de buscar la forma de minimizar el trauma corporal evitando cortes innecesarios cuando la mujer sólo ha tenido partos normales, como fue en el caso de Manuela y Elizabeth, “el doctor dijo no dijo si ella no tiene nada en su *guatita* no, por abajo no más, así que fue vaginal” (Entrevista, usuaria, Manuela).

Alegría y alivio es lo que sintieron las mujeres que esperaron pacientemente años para ser esterilizadas, “yo estaba feliz *po'*, saltaba” (Entrevista, usuaria Manuela). La sensación más común fue la de descanso, despreocupación y liberación de la obligación de controlar su fertilidad, “me siento como liberada del tema del cuidarse, de las pastillas (...) los primeros meses como que me faltaba ir a buscarla (ríe), tenía como la costumbre después ya no, así como ¡ah! ¡Me liberé! (Entrevista, usuaria Mariela). Tanto las que llevan años esterilizadas como aquellas lo son recientemente coinciden en que se sienten tranquilas con la decisión que tomaron y refirman que fue lo mejor.

7.3 La esterilización quirúrgica como práctica sociocultural de la sexualidad y reproducción de las mujeres

7.3.1 Sexualidad reproductiva y el binomio naturaleza/cultura

La vivencia de la sexualidad en una sociedad occidentalizada, capitalista y patriarcal como la chilena, es fuertemente reprimida y orientada a consolidar estructuras de género binarias. Para las mujeres, su sentido es reproductivo y para los hombres, es más bien un medio de afirmación del poder masculino. En los relatos de las mujeres, vemos que el inicio de la vida sexual activa, de tipo coital y heterosexual, estuvo marcado el temor de quedar embarazadas o por la vinculación concreta inmediata entre la primera relación sexual y el embarazo. Elizabeth, Manuela, Guadalupe quedaron embarazadas en sus primeras experiencias sexuales, Lorena y Mariela esperaron hasta estar seguras en el marco del matrimonio. La experiencia de Marion fue diferente por lo temprano que comenzó una vida sexual activa, a los 12 años, y su actitud rebelde ante la moral materna. A través de sus ojos es posible ver la diferencia cultural entre una sexualidad chilena conservadora y una sexualidad dominicana mucho más natural e incorporada a la vida misma, siendo uno de los choques para ella su relación con los hombres chilenos, “Los encuentro que son como mezquinos con ellos mismos, los hombres son mezquinos...diría que hasta malos *pa'* la cama, sí, diría que hasta malos *pa'* la cama, malos en el amor, malos en todo” (Entrevista, usuaria Marion). Sin embargo, igual “llegar virgen al matrimonio” es un ideal vigente en su país, más aún hace más de veinte años cuando en su primera experiencia sexual transgredió ese mandato.

Las seis mujeres comparten la ausencia absoluta de entrega de información y de orientación sobre la sexualidad en la familia y sólo se rompe ese silencio cuando tienen su primera menstruación, con advertencias sobre los cuidados que en adelante deben tener “con los hombres”. Esta alerta se traduce en la necesidad de generar estrategias de la feminidad que les permiten ser precavidas y selectivas a la hora de “entregarse” para no ser señalada socialmente. La menarca, es un momento en que muchas mujeres son celebradas por lo que ello significa: el paso de niña a mujer. La llega de

la menstruación se convierte en una afirmación del rol reproductivo del ser mujer, ya que según Martin (2006, p.165) la primera sensación positiva que las mujeres tienen respecto a la menstruación es que esta las define como mujer.

Los hombres, antes de formalizar una relación, son señalados como fuente de peligro para las jóvenes, porque ellos están más preocupados de exhibir sus experiencias para demostrar virilidad y nada les garantiza que se harán responsables en caso de embarazo. Esta advertencia, que recibieron ellas mismas cuando eran niñas y ahora se la transmiten a sus hijas, se extiende a la violencia sexual, peligro que tienen muy presente en la crianza de las hijas tanto ellas como los padres. Todas las entrevistadas que tienen hijas manifestaron su temor a la violencia sexual. De alguna manera tienen conciencia de las diferencias socioculturales que se expresan en la sexualidad de hombres y mujeres, y de la ventaja que tienen los hombres al poder vivir una sexualidad disociada de la reproducción, mientras que las mujeres no tienen esa “suerte” porque se les transmite y enseña que si hay embarazo, aunque sea no previsto o no deseado, es algo de lo que no se pueden deslindar. El relato de Manuela es muy gráfico en este sentido, para ella la sexualidad está directa e indisolublemente relacionada con la reproducción, tener sexo voluntariamente implica asumir un posible embarazo, por lo tanto, aunque no fuese buscado, no tiene sentido decir que éste fue “no deseado”:

Si uno tiene relaciones sexuales es porque igual *podis* quedar embarazá, ya *sabis* mas o menos a lo que *vai* sin protección o puede fallar algún método, porque yo, me falló el condón como dije y me falló el DIU, me falló, entonces si hubiese quedado embarazada no es como no deseado porque ya sé a lo que voy, y deseado. (Entrevista, usuaria Manuela)

Ser socializadas para una sexualidad reproductiva perjudica a las mujeres en su disfrute pleno de la sexualidad, haciéndoles más largo y dificultoso el camino hacia la propia satisfacción y valoración, desgastándose en la búsqueda del amor romántico, de un cuerpo moldeado de acuerdo a parámetros ajenos y en general, de todo aquello con lo que puedan obtener la aprobación masculina, “me

gustaría quedar satisfecha pero mucho más me importa que él...complacerlo” (Entrevista, usuaria Marion). Aquí hay nuevamente una diferencia cultural entre las chilenas y la dominicana, para esta última, el amor y la sexualidad son importantes en su relato de vida mientras que las primeras apenas lo mencionan.

La aparición de los métodos anticonceptivos como recursos disponibles masivamente en servicios de salud y en el mercado inaugura un cambio cultural importante en el ámbito de la sexualidad de las mujeres heterosexuales: la separación entre sexualidad y reproducción, igualando en este sentido a la sexualidad masculina. Pero para las mujeres, estos métodos se convirtieron en un arma de doble filo, ya que si bien les permite teóricamente una autonomía para decidir si y cuando quieren procrear (con todas las fallas humanas y técnicas implicadas en su uso), a su vez, este acceso viene con la imposición de un rol, el de ser –en última instancia- las únicas responsables de la fertilidad, convirtiéndose en una carga más que una experiencia liberadora o con potencialidad para la igualdad entre mujeres y hombres. Al permanecer inmutables algunos preceptos de género la irrupción de los métodos anticonceptivos no liberó a las mujeres, por el contrario, acentuó la enajenación de sus cuerpos al desentenderse de la exploración y conocimiento del propio cuerpo. Una expresión de ello es la sensación de carga y padecimiento que caracterizó la práctica anticonceptiva de las sujetas de este estudio, que luego alivió la esterilización.

La dualidad naturaleza/cultura, fundante del pensamiento occidental, la ciencia moderna, así como también del sistema capitalista, sustenta simbólicamente las estructuras sociales basadas en el sexo, con la jerarquía y relaciones de poder que ello implica, ya que la naturaleza es aquello que “El Hombre” debe gobernar y transformar para su beneficio. Al ser la mujer homologada a la naturaleza, pierde su condición de sujeto, lo que es fundamental para comprender el impacto que tiene la negación del cuerpo y la sexualidad de las mujeres, en los procesos reproductivos:

En tanto que naturaleza, la mujer es irracional, carece de la condición de sujeto ontológico y, por tanto, de derechos y de conocimiento. Esto implica negarle la individualidad que le caracterizaría como distintivamente humana y, por otro, proviene, en parte, de la supuesta inmanencia de su ser. (Pérez Orozco, 2006, p.29)

Al ser representada como naturaleza, la mujer pierde también su condición de sujeto histórico, de acuerdo a Guillaumin (Curiel, 2005), “Este discurso de la Naturaleza precisará que ellos están movidos por leyes mecánicas naturales, o eventualmente místico-naturales, pero en ningún caso por leyes sociales, históricas, dialécticas, intelectuales y aún menos políticas” (p.56). Este proceso de naturalización de las mujeres que comienza en el cuerpo biológico para extrapolar sus significados al orden sociocultural es el mismo pensamiento que normaliza la estratificación social más amplia, según la cual otros grupos humanos son considerados inferiores “por naturaleza”:

Cuando hablamos de naturalización nos referimos a una percepción absolutamente esencialista y biologicista del cuerpo humano, sobre todo de ciertos cuerpos humanos, que afecta a distintos colectivos (mujeres, negros, homosexuales...), y que lleva implícita su marginación social por razones biológicas y anula toda posibilidad de cambio. (Esteban, 2006, p. 11)

La menstruación es un componente de la trayectoria reproductiva de las mujeres que ilustra muy bien esta asociación entre mujer y naturaleza. En un contexto cultural de negación de la sexualidad, la menarca resulta una experiencia misteriosa en el mejor de los casos y traumática en el peor, ya que como lo muestra la experiencia de las entrevistadas, la llegada del primer sangrado literalmente las sorprende porque no saben qué es. La menstruación como algo “normal”, que “te tiene que llegar” (por ser mujer), son expresiones que apelan a la categoría de naturaleza, algo sobre lo cual no tenemos control, sólo “es”, las mujeres sangramos porque *somos* naturaleza. En los inicios de la experimentación científica para la creación de métodos anticonceptivos, una de las mayores resistencias de la opinión pública era que alteraban la menstruación generando preocupación porque se señalaba como indicador de un proceso natural y el sangramiento mensual representativo de la fertilidad y feminidad “normal”. Dentro de la propia medicina se esgrimieron argumentos

para rebatir el carácter natural e inevitable de la menstruación, como fue por ejemplo, la posición de los médicos que se abocaron a la creación de métodos anticonceptivos modernos, siendo uno de los más representativos Elsimar Coutinho, médico bahiano promotor de la planificación familiar en Brasil, quién planteaba que las mujeres en su “estado natural” (primitivo) casi no tendrían menstruación debido a los continuados periodos de embarazo y amamantamiento, por lo tanto, la menstruación mensual sería antinatural, consecuencia del desarrollo, y por ello, presentaba a la amenorrea provocada por inyectables e implantes como un beneficio para las mujeres propio de la vida civilizada (Tonelli, 2009). Actualmente, para dar cabida en el mercado a ciertos métodos anticonceptivos, en el ámbito médico se comparte la idea que la ausencia de *regla* facilita la vida de las mujeres, en un sentido práctico, lo que corrobora en su box de consulta una de las matronas diciendo que no todas las mujeres prefieren este tipo de métodos y pareciera que la forma en que las mujeres conciben su menstruación varía de acuerdo a las expectativas que tengan respecto al trabajo, la familia, etc., y por lo tanto, se diferencian de acuerdo a la clase, raza y cultura:

La manera como las mujeres hablan de menstruación varía de acuerdo con sus expectativas sobre el tipo de trabajo que harán fuera de casa, si fuera el caso, y la naturaleza de la carrera o continuación de la formación académica que planean. Estas, a su vez, se diferencian marcadamente entre las clases media y trabajadora. (Martin, 2006, p.154)

La interrupción de la menstruación y otras características que posibilitan que la mujer “se olvide” de la menstruación, son cualidades de un método considerado moderno, “de última generación” (científica y tecnológica), apropiado para que las mujeres se integren al mercado laboral, disciplinado y eficiente para producir de acuerdo al modelo capitalista, donde no tienen cabida los procesos fisiológicos normales de las mujeres.

Pero persiste una sensación de anormalidad cuando la regularidad del ciclo menstrual se altera o cesa, como vemos en el relato de Manuela y Guadalupe, quienes reclaman que sin la *regla* se sienten enfermas (Manuela atribuye su gordura a la ausencia de regla provocada por los métodos

inyectables que usaba) o no tienen señales, dejándolas en una situación de incertidumbre, un temor a perder el control sobre su cuerpo reproductivo, “Cuando tenía sangramiento yo sentía como que bajaba, decía ‘¡ah me está llegando la regla!’ y no alcanzaba ni a mancharme y me estaba legado, era así como de sentir mi organismo y no lo siento ahora” (Entrevista, usuaria Guadalupe). La menstruación es un indicador de la “naturaleza femenina”, aunque ambivalente, por sus múltiples interpretaciones y representaciones que desde una perspectiva positiva se asocia a creencias mágico-religiosas y a ciclos de la naturaleza, y desde una negativa, en la que el cuerpo de las mujeres es reprimido y simbolizado como fuente de toxicidad y peligrosidad (Vásquez y Carrasco, 2016), en culturas no occidentales así como en las occidentales.

La edad, como una de las motivaciones de las mujeres para esterilizarse, apela también a ese buen funcionamiento de la máquina reproductiva, a una “mejor edad” para tener hijos/as o más precisamente, para embarazarse y parir, lo que en términos médicos –uso extendido en especial a la epidemiología y demografía- se llama “edad fértil”. El envejecimiento y deterioro de la funcionalidad reproductiva, en el caso de las mujeres, tiene una connotación negativa en nuestra cultura al punto de configurar concepciones culturales de belleza y contribución social que afectan la posición social de los sujetos que envejecen, lo que se encuentra fuertemente simbolizado en la descripción que la medicina hace del proceso reproductivo en mujeres y hombres (Martin, 2006).

Desde el feminismo, encontramos posiciones divergentes en torno a los métodos anticonceptivos y las tecnologías reproductivas. Dos corrientes son las más fuertes, la radical y la liberal, encontrando quizás puntos de encuentro en la denuncia del abuso de las tecnologías reproductivas, incluyendo a la esterilización, y la desigualdad en su distribución. En relación a los métodos anticonceptivos, se identifican varios posicionamientos desde que éstos se masificaron hasta nuestros días, íntimamente relacionado con otras formas de control de la fertilidad como el aborto y las nuevas tecnologías reproductivas. Un sector del ecofeminismo, del feminismo de la diferencia y del feminismo radical advertía sobre la medicalización y expropiación de la sexualidad y los procesos

reproductivos de las mujeres, denunciando su carácter político y de control sobre el cuerpo de las mujeres, y abogando por el autoconocimiento y la autoconciencia. Para otro sector, donde podemos ubicar al feminismo liberal y al socialista, los métodos anticonceptivos abonan a la autonomía y libertad sexual de las mujeres (el derecho a decidir), así como también, son medios para combatir la alta mortalidad materna por aborto, gestaciones secuenciales e ininterrumpidas, embarazo infantil o adolescente, entre otros problemas que aquejaban a las más pobres.

Como sea, es evidente que las mujeres se enfrentan a muchas barreras para conocer y vivir conscientemente su sexualidad y reproducción, asumiendo sus propios procesos fisiológicos como algo externo, que llega sin su mediación, quedando más expuestas a las interpretaciones e intervenciones de sus cuerpos por parte de quienes detentan el poder del conocimiento y de instituciones de control social como la medicina. En el entendido que la reproducción biológica va a la par con la social en la cual está implicado el trabajo, Emily Martin refiriéndose al trabajo de parto pero aplicándolo también a otros procesos reproductivos plantea, siguiendo a Marx, que la pérdida de control sobre el propio trabajo (reproductivo) provoca la fragmentación del individuo y por lo tanto alienación:

Las mujeres, según se ha discutido, sufren una alienación de las partes de su yo mucho más intensamente que los hombres. En primer lugar, convertirse en un ser sexualmente femenino involucra una fragmentación interior del ser. Una mujer debe convertirse solo en un cuerpo físico para ser sexual. (Martin, 2006, p.60)

La representación de la mujer como naturaleza en tanto oposición a la cultura y, por ende, a la ciencia y a la tecnología, nos conduce a una reflexión sobre el papel de ésta última en los procesos sexuales y reproductivos y su en la redefinición de representaciones culturales del cuerpo, lo humano, lo natural, el sexo, la vida, la salud, la maternidad y paternidad, entre otras, y con ello, las jerarquías socioculturales que están involucradas, “Pero si las biotecnologías están domesticando la naturaleza, esto es: culturalizándola, también es cierto que como efecto dialéctico de esta evidencia

la cultura está siendo naturalizada” (Hernández, 2008, p.39). Según hemos visto, la esterilización quirúrgica como tecnología reproductiva, de alguna forma es representada como un “mal necesario” porque no hay ningún otro método que tenga el efecto buscado de la infertilidad pero que al mismo tiempo, en tanto técnica, el personal de salud la considera retrasada y las mujeres la viven como lo que es, una intervención invasiva. De acuerdo del personal de salud, la esterilización transgrede la naturaleza representada en la maternidad. Pero ¿qué es lo natural? ¿Hasta dónde se justifica el uso de la tecnología sobre procesos “naturales”? ¿Cuánta naturaleza o cuanta cultura (tecnología) estamos dispuestas a aceptar?

Se podría decir que las consecuencias de la construcción social de la sexualidad y la reproducción para las mujeres pueden derivar en “lesiones de vida”, concepto acuñado por Finkler para referirse a lesiones que manifiestan en el cuerpo las condiciones negativas de la existencia, tales como la desnutrición consecuencia de la pobreza y de otras condiciones de vida desfavorables (Browner y Sargent, 2012, p.362) a lo que se añade el efecto de los imperativos morales, en los que se incluyen las construcciones de género o derivar en “discapacidades no visibles” (Peña y Hernández, 2015), concepto que alude a procesos iatrogénicos en la sexualidad. El patrón de uso de los métodos anticonceptivos que recae en las mujeres, la inevitabilidad de las consecuencias no deseadas de la sexualidad, la enajenación del cuerpo, la desautorización sobre las decisiones vitales que pasan por el cuerpo sexuado y reproductivo, todas expresiones de la posición de inferioridad social de las mujeres, provocan lesiones de vida y discapacidades no visibles que las afectan en su salud física así como en su salud psicológica y social.

7.3.2 Trabajo reproductivo y maternidad

La esterilización ocurre en el marco del proceso de reproducción y ésta es un eje estructurante de la historia de vida de las personas, particularmente en la de las mujeres. La reproducción es un proceso

no sólo biológico sino social, que se traduce en un trabajo cotidiano orientado a la generación y mantención de las condiciones básicas para la vida y la producción de seres humanos, entre las cuales se encuentra la alimentación, vivienda, abrigo, limpieza, cuidado, afecto, formación y desarrollo de habilidades sociales, entre muchas otras, a cargo principalmente de mujeres, con un alto costo para su salud, expectativas y oportunidades de desarrollo, afectando incluso las decisiones reproductivas, “las demandas simultáneas de trabajo y cuidado infantil restringen profundamente las decisiones reproductivas de las mujeres” (Gynsburg & Rapp, 1991, p.314). El trabajo reproductivo, ha sido sistemáticamente invisibilizado como área activa de la economía, comenzando por Marx, por lo que ha sido foco de la teoría feminista desde la década de los 70 cuestionando categorías básicas como la misma noción de trabajo, lo productivo, el salario, entre otras, dando un lugar fundamental a la contribución de las mujeres y conectándola con su posición social inferiorizada; según Federici esta crítica feminista:

Confirmó que el capitalismo no es necesariamente identificable con el trabajo formal y asalariado; argumentó que, en esencia, es trabajo no libre, y reveló la conexión umbilical entre la devaluación del trabajo reproductivo y la devaluación de la posición social de las mujeres. (Federici, 2013, p.47)

Cuando las mujeres entrevistadas destacan la edad como uno de los criterios relevantes para decidir el número de hijos o cuando esterilizarse, se refieren a un aspecto biológico que es la edad fértil pero también a todo lo que podríamos considerar dentro del concepto de trabajo reproductivo, ya que apuntan a la energía que ellas deben tener para cuidar y criar. Este tipo de trabajo “no productivo”, orientado al bienestar de otros/as, tiene impacto en la valoración que hacen de sí mismas y del aporte social que realizan.

Tres de las entrevistadas tenían un trabajo aparte de su rol de dueñas de casa y cada situación nos muestra un aspecto de la desvalorización social del trabajo de las mujeres. Mariela, es la única cuyo

trabajo es percibido como relevante aporte a la economía familiar, lo que logra con un alto nivel de exigencia a sí misma porque asume al mismo el trabajo reproductivo, generándole angustia el escaso tiempo que dedica a sus hijos y el que tiene para sí misma. Tanto Lorena y Guadalupe, trabajan generando ingresos en una modalidad apropiada para compatibilizar sus roles de género. Otra de las mujeres, Marion, siempre ha trabajado pero en ese momento dejó de hacerlo para dedicarse a su hijo recién nacido, en acuerdo con su pareja quién asume como proveedor. Para las cuatro, el trabajo “fuera” de casa es fuente de satisfacción y desarrollo personal y un espacio para “escapar” de las responsabilidades hogareñas, conocer otras personas, tener vida social y, en general, para ensanchar el espacio de lo doméstico, sin embargo, sigue siendo central su desempeño como madres, esposas y dueñas de casa, y secundario su condición de trabajadoras. Para todas ellas, trabajar es un logro personal producto de un largo de proceso de autoafirmación a través del cual van ganando paulatinamente parcelas de autonomía, como el caso de Guadalupe, lo que les ha valido conflictos y negociaciones con la pareja, teniendo a veces que aceptar quedarse en casa a cambio de ser la pareja quien asuma como proveedor, como nos relata Marion. Para las otras dos entrevistadas el trabajo fuera de casa no está dentro de sus planes, ya que desde que fueron madres aun siendo adolescentes, asumieron que su labor sería la maternidad y el trabajo reproductivo que se deriva de ella, y sólo imaginándolo como posibilidad en caso de crisis de la economía familiar o como *hobby*.

En todos los casos, aun cuando trabajen y generen ingresos, su trabajo es secundario y supeditado a los requerimientos del trabajo reproductivo, rol que consideran su primera o incluso única responsabilidad. Sin embargo, no trabajar, en los términos reconocidos por el modelo económico, tiene una connotación negativa o menor valor social y por lo tanto, como contrapartida, la tiene también el trabajo reproductivo cuando es la única actividad o la principal y resulta que asumir un espacio desvalorizado como lugar de desarrollo personal y social tiene impacto subjetivo y social.

La experiencia de la migración influye en la regulación de la fertilidad, generalmente, si la movilidad ocurre desde el campo o pueblos pequeños a centros urbanos más grandes, se tiende a limitar la fertilidad y disminuyen los nacimientos (Dalla Costa, 1995, p.14). La migración ha funcionado deliberadamente o no como restauración o reemplazo de la clase trabajadora. Marion, pese a que sus expectativas y calificación eran medianamente altas, las primeras ofertas y posibilidades fueron la prostitución, el trabajo doméstico y el cuidado de niños/as. Migrar para huir de las condiciones que les espera de acuerdo a su realidad social en su lugar de origen, pero por ser precarizada lo que encuentra es más de lo mismo. Para Marion, migrar era una oportunidad para sentirse más valorada, por ello no quiere regresar porque la familia y quienes la apoyaron creen en que ella tomó una buena opción. Históricamente encontramos una estrecha relación entre política demográfica y reproductiva, empleo femenino y migración.

En los relatos de Manuela y Elizabeth podemos ver la sobrevaloración que hacen del aporte de sus parejas en desmedro del que ellas realizan. Elizabeth y su madre ocupan gran parte del relato para elogiar el trabajo del hombre de la casa, no sólo su empeño por generar ingresos en un mercado laboral restringido sino sus capacidades creativas, ya que él “hizo la casa solo” y se lamentan de lo injusto que es la vida porque él no ha podido desarrollar sus habilidades, estudiar y tener un buen trabajo. Esta situación angustia a Elizabeth, al punto de llorar. En este relato, los logros (materiales) del grupo familiar han sido posibles gracias a él y a su trabajo, pareciera no contar para nada el trabajo de Elizabeth, que consiste en una extenuante e interminable jornada de trabajo reproductivo a cargo de tres niñas, donde no habría valor creativo ni productivo siendo por lo tanto, invisible. El relato de Lorena, por su parte, es un doloroso testimonio de frustración. Motivada por superarse, estudió varias carreras técnicas, trabajó con la intención de alcanzar mejor posición, ingresos y reconocimiento, pero lo dejó para facilitar la carrera del esposo y debió contentarse con un trabajo de fin de semana que no le permite crecer, según sus palabras. En ambas podemos ver una actitud de sacrificio y anulación a favor del hombre. Finalmente, una de las búsquedas claves en el proceso

de formar pareja y familia es un hombre proveedor que les permita a ellas dedicarse a lo que consideran su papel, la maternidad, argumento sustentado en la división sexual del trabajo:

No quiero volver a vivir con un hombre dependiente de mí, no, quiero un hombre que tome la decisión de un hombre en una casa, que diga hace falta esto, vamos a hacer lo otro, pero no que yo tenga que ver con todo. (Entrevista, usuaria Marion)

Analizar el lugar que tiene tanto el trabajo “productivo” como el “reproductivo” en la vida de las mujeres es clave para develar otros patrones de género que se desprenden de la jerarquía y valor social que tienen estos dos espacios, que no son solamente económicos sino que abarcan a la organización social en toda su amplitud. Confinadas a un espacio social despreciado ¿qué tenemos las mujeres para contribuir socialmente y para ser reconocidas como sujetos que importan? El trabajo reproductivo que comienza con nuestro cuerpo reproductivo y la capacidad de “dar” hijos. Una de las expresiones de la apropiación de las mujeres como clase y de cada mujer en particular, según Collete Guillaumin, es la apropiación de los productos del cuerpo, siendo los hijos uno de estos productos (Curiel, 2005). Que los hijos sean vistos, por las propias mujeres usuarias de servicios de salud reproductiva y por el personal de salud, como lo que ellas tienen para dar a un hombre a cambio de manutención económica en una relación, o ni siquiera eso sino sólo por tener a un hombre a su lado, habla de la vigencia de esta forma de apropiación. Las usuarias de esterilización quirúrgica, así como de otros procesos reproductivos, son vistas en la salud pública no como mujeres sino como madres “cuya misión es la reproducción (...) ideologías que siguen presentes y se anclan en otros argumentos tanto por parte de las mujeres como de las profesionales” (Blázquez, 2008, p.23). El embarazo, entonces, pasa a ser moneda de cambio en las relaciones de pareja genéricamente desiguales, una práctica de negociación de las mujeres cuyo valor se asienta en lo reproductivo y que es reforzada institucionalmente a través del personal de salud. La capacidad de gestar y tener descendencia es el principal valor en el que se asienta la identidad social de las mujeres y su capacidad de negociar en las relaciones de género, pues con ello, pasan a ser

propiedad del hombre, de acuerdo a Collette Guillaumin “Los hijos siguen siendo en cambio un poderoso instrumento de chantaje en caso de desacuerdo conyugal: es su *posesión* lo que reivindican los hombres, y no su carga material...” (Curiel, 2005, p.8), sin embargo, no es suficiente porque para los hombres asumir la paternidad *es una opción*, legitimada socialmente. Según Blázquez (2008), en la atención de la salud reproductiva coexiste el enfoque fisiológico y el de riesgo, que aunque en principio parecerían opuestos, ambos coinciden en una concepción productivista y capitalista respecto de estos procesos:

El enfoque fisiológico aunque cuestiona al enfoque de riesgo que se centra el productivismo de la reproducción (Tabet, 1985), no revisa ni plantea alternativas a esta visión donde prima una lógica económica capitalista preocupada por la producción, el producto y organización científica del proceso sanitario. (2008, p.22)

Las mujeres son muy conscientes de esta diferencia entre hombres y mujeres, sintiéndose afortunadas por estar en relación con un hombre que participa del cuidado, la crianza y la mantención económica –o incluso sólo esto último-, un “hombre bueno”, y asumen que les corresponde “cumplir su parte”, sirviéndole en la casa o “dándole un hijo”. También vemos en los relatos del personal de salud, principalmente de las matronas, que algunas usuarias se rehúsan a esterilizarse, aun siendo catalogadas como “grandes multíparas” o diagnosticadas con “polinatalidad”, es decir candidatas, porque temen perder lo único de valor que tienen: su fertilidad. Por último, en la adolescencia, la clásica “prueba de amor” dan cuenta del sentido de propiedad que tiene la primera relación sexual coital.

Una vez instalada la asociación mujer-naturaleza, la maternidad se convierte socialmente en el destino” de las mujeres para lo cual somos socializadas al punto de asumirlo como algo que en algún minuto va a llegar –en forma similar a la llegada de la primera menstruación-, sin preguntarnos si lo deseamos o no.

La maternidad como “destino” es un imperativo que se impone con mayor fuerza en la vida de mujeres empobrecidas y marginadas, que ante la falta de otras opciones que les permitan salir del hogar primario, independizarse o comenzar un proyecto de vida propio, el embarazo aparece como una alternativa para enfrentar barreras socioeconómicas y de género. El embarazo adolescente, por ejemplo, se ha conceptualizado como problema de la pobreza y aunque hay diferentes enfoques sobre la relación entre ambos fenómenos, se acepta que el embarazo en niñas menores de 18 años afecta en la salud y oportunidades de desarrollo especialmente a aquellas que alcanzan menor escolaridad, viven en zonas rurales o en condiciones de pobreza, lo que se refleja en las cifras: el 95% de los partos en adolescentes ocurren en países en desarrollo (UNFPA, 2013). También en Chile la distribución del embarazo en niñas y adolescentes refleja desigualdad social verificándose mayores porcentajes en las comunas más populares y establecimientos educacionales municipales en contraposición con los subvencionados o particulares (Rodríguez, 2011). Las dos sujetas de estudio que viven en condiciones de pobreza atestiguan esta realidad, el primer embarazo “llegó” sin haberlo deseado pero lo aceptaron sin cuestionamientos ya que dio sentido a sus vidas en un entorno familiar y comunitario en que es una experiencia normalizada, comenzando por sus madres y así de generación a generación. Como contrapartida, la no maternidad no existe como posibilidad en el imaginario de las mujeres más pobres. Esta construcción social sobre el embarazo en mujeres muy jóvenes también está presente en mujeres indígenas cuya cosmovisión se asienta en la naturalización del rol reproductivo de las mujeres, como lo muestra un trabajo realizado por Lina Rosa Berrio (2014) en Guerrero donde para un grupo de mujeres indígenas que a la pregunta de quién decidió la planificación reproductiva, respondió “nadie”:

“Lo normal” es tener hijos y, por lo tanto, nadie toma la decisión, simplemente se asume como un hecho naturalizado. Por el contrario, detener los procesos reproductivos implica una toma de decisión al respecto, frecuentemente motivada por razones económicas, de salud o de cargas de trabajo. (p.238)

El mandato social, sustentado ideológicamente en la naturaleza, se debe cumplir a toda costa, no importa la pobreza, las limitaciones mentales o físicas, o la ausencia de los progenitores. Se construye la imagen de la mujer fuerte, capaz de formar y mantener sola a una familia, porque una fuerza natural la impulsa: el instinto, el carácter natural de la maternidad. Guadalupe fue madre por primera vez a los 21 años sin el apoyo del progenitor, ella siempre estuvo dispuesta a hacerse cargo sola, “había que apechugar, no quedaba otra”, “te da un motivo para seguir esforzándote”, asumiéndolo como un desafío personal y sin mayor cuestionamiento a la responsabilidad del hombre.

Si aceptamos que por no ser cuestionada, la maternidad es una experiencia deseada para muchas mujeres, igualmente ésta se vive de manera contradictoria. Socioculturalmente se promueve una forma de ser madre que exalta la incondicionalidad de las mujeres para con sus hijos/as, a través de patrones de comportamiento y estereotipos que definen lo que sería una buena o una mala madre. De acuerdo a esto, la maternidad se convierte en una labor agobiante tanto física como mental y emocionalmente, que demanda atención hacia otros/as las 24 horas del día dedicadas casi por entero al cuidado de otros/as, provocando malestares muchas veces indescifrables para el conocimiento biomédico⁷⁹, con los cuales las mujeres se acostumbran a convivir y también enfermedades complicadas que no son atendidas a tiempo. De acuerdo a Collette Guillaumin:

De hecho, ¿qué quiere decir “cuidado material físico”? Primero, una presencia constante. Nada de marcar tarjeta en este contexto, hablamos de una vida en la que todo el tiempo es absorbido, devorado en el cara a cara con los bebés, los niños, el marido; y también las personas de edad, los enfermos. (Curiel, 2005, p. 37)

⁷⁹ En la atención en salud, se les llama “policonsultantes” o “polisintomáticas” a pacientes, en su mayoría mujeres, que consultan espontáneamente con alta frecuencia (entre un 10 y 30 por ciento de los/as pacientes de la Atención Primaria) de manera injustificada de acuerdo a la visión biomédica (Miranda, Saffie. 2014). Incluso, informalmente se sabe que algunos médicos registraban en el expediente a estas mujeres con las letras “VDM” que significa “vieja de mierda” (Muñoz G. 1994. En: Puntada con Hilo, 23/07/2012. Disponible en: <http://lapuntadaconhilotextoscompletos.blogspot.com/2012/07/graciela-munoz-mas-psicologia-en-los.html>)

Lo contradictorio toma forma en sentimientos encontrados, donde aparece la culpa también, entre el querer cumplir como (buena) madre y permitirse espacios para sí misma. Marion imagina hacer un “borrón y cuenta nueva” para recuperar su libertad:

Pero te juro que quizás la soledad a veces es buena porque tú te mandas sola, aunque él a mí no me manda pero tampoco puedo partir por ligera, no puedo tomar una decisión así tampoco, porque yo ya le debo un compromiso a él, ya me debo a él, un compromiso, me comprometí a estar con él, le di un hijo, ya esas son cosas mayores. (Entrevista, usuaria Marion)

En la construcción de la feminidad, y la maternidad como uno de sus componentes, el sentimiento de culpa está siempre presente. Al asignar socialmente la maternidad como rol y objetivo en la vida y con ello, la pesada responsabilidad que ello implica, recae en las mujeres lo que resulte de sus hijos/as en tanto integrantes de la sociedad y por lo tanto se culpará ella misma –alimentado por quienes le rodean, por supuesto- si alguno se desvía de la norma. Y aunque no lo hagan, la permanente vigilancia social sobre el cumplimiento de la maternidad mantendrá viva la culpa especialmente cuando quieran dedicar una parte de sus energías a sus propios intereses, un hijo se enferme o deserte de la escuela. Siguiendo a Guillaumin:

Tus hijos se volverán autistas, de carácter difícil, idiotas, delincuentes, homosexuales, frustrados, si no te quedas en la casa, si no estás aquí cuando llegan, si no les das el seno hasta los tres meses, seis meses, tres años, etc., etc.”. En resumen, no hay nadie más que tú para hacer todo esto, eres irremplazable (sobre todo por un macho). (Curiel, 2005, p. 48)

Elocuente son los relatos de Manuela cuando dice “me duele el alma” dejar a la hija recién nacida a cargo de su madre mientras ella intentaba continuar sus estudios y de Lorena, “me hacía sentir muy mal tener que dejarlo” para ir a trabajar.

La transgresión al mandato social de la maternidad puede tener costos muy altos para las mujeres. Lo primero es el rechazo social que se materializa con el abandono y la recriminación por parte de la pareja, quién, como hombre, siempre va a ser victimizado y elogiado si reemplaza a la mujer en

el cuidado de los/as hijos/as. Marion elabora con el tiempo lo que fue su experiencia de perder a su primera hija, cuando tenía 19 años. Hoy se pregunta por qué el entonces pareja y progenitor de esa bebé la culpó a ella, estableciendo distancia como forma de castigo que culminó en el rompimiento de la relación y que no pudo ser restaurada pese al nacimiento de un segundo hijo en común, “yo sufrí mucho cuando lo perdí, aparte que el cambió mucho cuando yo perdí, me echaba la culpa no sé por qué, decía que yo era culpable” (Entrevista, usuaria Marion). De alguna manera él la desecha luego de “su fracaso” reproductivo.

Como la culpa además es introyectada y forma parte de la construcción social de la feminidad, a veces no es necesario que la condena venga desde fuera. La experiencia de Elizabeth muestra cómo ella y su entorno social interpretaron una transgresión social que afectó a su hija de meses de edad, llegando a temer por la salud y vida, quién de manera inexplicable sufrió trastornos durante diez meses que podríamos identificar con “la pérdida del alma” durante varios meses, provocada por el “mal de ojo”, ambas definidas como enfermedades culturales que pueden ser curadas sólo por curanderos/as tradicionales o populares (Peretti, 2010). Elizabeth y la familia reconocieron la presencia de energías que no eran explicadas racionalmente ni podían ser enfrentadas por la medicina alopática, por lo que se entregaron a rezadoras, mujeres mayores de la comunidad que podían conectarse con algo más allá de lo visible para dar con el mal que aquejaba a la niña. El tratamiento popular buscó restaurar transgresiones, en las que estaba involucrada Elizabeth, la pareja, y la familia completa. Elizabeth no estaba segura de querer tener un/a tercero/a hijo/a antes de quedar embarazada y después, el sexo del futuro bebé fue motivo de muchas especulaciones pues estaba presente en el ambiente familiar el deseo de un niño, para compensar la predominancia femenina de la joven familia. Tres rezadoras diagnosticaron que estaba *ojeada* por la *envidia* originada por la felicidad que Elizabeth proyectaba con su pareja e hijas, una pareja joven que se amaba y que crecía construyendo su propia casa y aumentando la familia. Debieron bautizar a la bebé de inmediato y bendecir la casa con el cura del barrio.

Yo sin decir nada esta persona me dijo ‘mira, esperaban niño’ desde *guagiita* ya que tenía el mal del ojo que se le decía, lo que me dijeron que la Paola tenía más de nueve ojos encima, ella estaba a punto de morir, de lo tan mal que estaba y claro *po’*, era porque esperaban un niño, entonces todos la miraban así como, como extraña. (Entrevista, usuaria Elizabeth)

El mal de la niña podría interpretarse como una manifestación cultural de las transgresiones de género en que incurrió Elizabeth, uniendo cuestiones aparentemente inconexas como es la envidia que provoca su suerte y la culpa por no aceptar desde un principio a la futura bebe. Como se mencionó anteriormente, Elizabeth se siente afortunada del hombre con el que formó pareja porque sabe que no es fácil ni es lo usual, idea que es reforzada familiar y socialmente, por eso ella es envidiada, por tener a su lado a un hombre que la ama, trabajador, inteligente, responsable, buen padre...Por otro lado, niega a su tercera hija y la culpa la enferma al punto de llorar a diario, sentirse muy nerviosa y perder el pelo, lo que hace cincuenta años atrás seguramente habría sido diagnosticado como histeria. De acuerdo a los patrones de género hegemónicos, la envidia que afectó a la niña es la representación cultural de la rivalidad entre mujeres y el sufrimiento de Elizabeth, de la culpa por romper con el mandato social de la maternidad incondicional. De esta manera, la transgresión de disposiciones culturales se manifiestan como enfermedad y sufrimiento, “La acción de las expectativas sociales y subjetivas ante un proceso entendido como nocivo consistiría en el aumento de la vulnerabilidad a padecer enfermedades como resultado del desequilibrio inmunitario inducido por las emociones y sus efectos neuroquímicos” (Hernández, 2008, p.65).

El valor de lo masculino se expresa en el sexo de los/as hijos/as que se esperan y el deseo por hijo varón está muy presente aún en nuestra cultura. Guadalupe, refiriéndose a su hijo mayor que quiso buscar al padre a los 19 años, relataba que la familia paterna lo trataba como rey porque era “el primogénito” y su padre es “chancletero” porque tuvo sólo hijas después del primero hijo que tuvo con ella.

La postergación y el encierro son otras dos formas en que se materializa el modelo hegemónico de feminidad y de maternidad. El espacio designado socialmente a las mujeres es la casa, lo privado, la cotidianidad del trabajo reproductivo. El análisis de la división sexual del trabajo, aunque ha sido cuestionado por tener como referencia sociedades occidentales urbanizadas, tiene sentido en la realidad de las mujeres entrevistadas. El encierro en la casa es una realidad compartida por las mujeres urbanas, de cualquier estrato social (o al menos, de nivel socioeconómico bajo y medio que son las incluidas en esta investigación), pese a la mayor relevancia que tiene la comunidad para aquellas que crecieron en entornos populares, la casa es el lugar que *les corresponde*. De aquí se desprende una serie de prácticas y representaciones que definen al hogar, la casa, como un refugio y un lugar seguro, no sólo de agresiones en forma de delincuencia o violaciones, que es a lo que más temen, sino también es el espacio donde se protegen de las *habladurías*:

Esa es una de las cosas que yo no te puedo llamar ti te las voy a contar, o sea, esas son cosas más personales, más, de mi marido, de mi casa no tengo porque salir a hablar a ella por decirte amiga de mi marido le voy a decir eso no a mi amiga de la peluquera tampoco porque no son para esas cosas, no me gusta. (Entrevista, usuaria Marion)

El mal de ojo y la envidia son, por ejemplo, los peligros a los que se exponen si transgreden el espacio doméstico, juntándose con las vecinas –sobre todo con mujeres- o saliendo con amigas, *descuidando* sus labores como madre y esposa. El colegio, lugar donde se encuentran con otras mujeres que a veces son también vecinas, son dispositivos de vigilancia social que les entrega información con la cual evalúan el comportamiento de sus hijas y la presión social sobre ellas mismas, manteniendo una relación tensa pero que se ven obligadas a cumplir, por ejemplo, Manuela va a la reunión y no habla con nadie “en el colegio, por ejemplo, no pesco a nadie, soy yo y mi hermana mayor no más que ahora entró a trabajar, porque no se no me agrada la gente mucho sobre todo la gente que es como conflictiva”. Así, los espacios de sociabilidad que escogen para prevenir

ser el centro de habladurías son los familiares o las amistades legitimadas por la antigüedad y la cercanía familiar.

La maternidad, a pesar de marcar y cruzar la vida de todas las mujeres, ya sea como contenido simbólico o como experiencia concreta, pese a estar fuertemente delimitada socioculturalmente, no es unívoca, no hay una sola forma de ser madre sino que hay muchas, lo que queda retratado en los relatos de las entrevistadas para esta investigación haciéndose patentes diferencias de acuerdo a la clase social y a la pertenencia cultural. Las que fueron madres adolescentes, desean para sus hijas otra cosa pero la posibilidad de repetir lo que ellas vivieron la ven cercana, mientras que para Lorena y Guadalupe, que también tienen hijas pero son de un nivel socioeconómico un poco más alto, se proponen como objetivo que estudien y sean independientes, antes de ser madres. Para las que viven en situación de pobreza, la filosofía de vida de vivir el día a día, sin proyectarse, resta fuerza a la consecución de objetivos que rompan con la condición social y de género heredada, en cambio, las que se autodefinen como de clase media, aunque provengan de un medio popular, tienen más presente la expectativa de ascenso social. La historia de Guadalupe, Mariela, Lorena y Marion, revelan la elaboración de una visión pragmática de la vida que le ha permitido salir de la situación de pobreza de su hogar primero y hoy autodefinirse de clase media.

La forma de vivir la maternidad también se diferencia de acuerdo a la clase social, pues claramente para las más empobrecidas es una dedicación a tiempo completo mientras que para aquellas que tienen una mejor situación socioeconómica, tener un trabajo es importante para su independencia, por lo que su esfuerzo se dirige a compatibilizar ambos roles. Para Marion, la situación es diferente pues la búsqueda de mejores condiciones de vida, que incluye la migración a un país distinto, la ha obligado a vivir separada de sus hijos lo que la lleva a vivir una maternidad un poco más desapegada al verse obligada a confiar en otros/as el cuidado de sus hijos y convivir con el extrañamiento.

Por último, si bien para todas es importante mantener las redes familiares, aquellas que han crecido en un entorno popular se vinculan a familias extensas y establecen relaciones comunitarias que se incorporan a las formas de crianza, aunque siempre con recelo porque el temor al peligro que corre la infancia y los/as jóvenes, está siempre presente, pero con mayor libertad en relación al espacio donde se mueven cotidianamente, juegan y entablan amistades. Las mujeres que viven en la casa propia, adquirida por el matrimonio o la pareja, generalmente habitan el espacio desvinculadas de sus vecinos/as, especialmente sus hijas/os. Y Marion, vive como extranjera en una tierra que de hecho no siente propia, y sus vinculaciones territoriales se reducen a la familia de su pareja.

Por su parte, la práctica médica está imbuida del imperativo de la maternidad como rol social incuestionable a cumplir por las mujeres, reflejándose en los criterios y procedimientos que se siguen para priorizar los recursos escasos en el área de la cirugía, y en la resistencia y manipulación del personal médico especialmente, a otorgar esterilización a todas las mujeres que lo soliciten y que no tengan problemas mayores para asumirla. Sin embargo, de parte del personal de salud cuya formación implica mayor contacto con las condiciones de vida de las mujeres, como las matronas, o cuya procedencia socioeconómica se asemeja a la de las usuarias, como el personal técnico y administrativo, se inclinan por concebir a la esterilización como un derecho o como un recurso para alivianar las duras condiciones de las más pobres. Ambas visiones o posturas se apoyan de aspectos estructurales, como son las políticas sociales, los derechos humanos, el discurso médico y mediático, y la influencia de los sectores con poder económico y de facto como son las iglesias, lo que en la práctica médica se plasma en tímidos y ambivalentes intentos por mejorar la situación de insatisfacción anticonceptiva que caracteriza a la esterilización quirúrgica. Las medidas tomadas desde el gobierno para disminuir la lista de espera reflejan esta ambivalencia ya que se concentran en las cifras pero no en dar una respuesta satisfactoria a las mujeres que esperan por un método anticonceptivo definitivo y aunque exista un mínimo financiamiento para proveer a los hospitales públicos con métodos anticonceptivos, no se ha incorporado en la práctica hospitalaria la regulación

de la fertilidad como parte del proceso reproductivo que tiene lugar en estos establecimientos, y más bien se espera que las mujeres desistan de su deseo o se conformen con métodos alternativos. Este es apenas un ejemplo de cómo los factores estructurales empujan determinadas prácticas y políticas de salud, en un contexto discursivo público y mediático cada vez más alarmista en relación a los efectos de la dinámica poblacional actual del país.

7.3.3 Procesos de autonomía y relación con otras mujeres

La autonomía es uno de los componentes del enfoque de género de carácter feminista, para quienes las categorías de análisis tales como sexo/género, público/privado, entre otras, deben ser siempre entendidas en el marco de un proceso de transformación social y de liberación de las mujeres. En este trabajo, por autonomía nos referiremos al distanciamiento referencial del patrón hegemónico de género y, por lo tanto, a los procesos de individuación que emprenden las mujeres cuando construyen y siguen sus propias interpretaciones y argumentos, desembocando finalmente en opciones que representan más lo que ellas desean que lo que el sistema sexo-género les impone. La autonomía, por tanto, puede y debería designar un lugar de importancia para sí misma entre todos los aspectos de la vida a las que les da importancia, generando prácticas de autocuidado no sólo de salud sino en un sentido más amplio, de sus expectativas vitales.

Un elemento que nos muestran los relatos del personal de salud es que la esterilización es una decisión difícil para las mujeres y que atreverse a tomarla así como no hacerlo, es reflejo de autonomía o de la supresión de ella, según sea el caso. A menor autonomía más dificultades para asumir una decisión como la de clausurar la fertilidad, como sucede en el caso de las mujeres que viven en situación de violencia, pero no necesariamente quienes optan por la esterilización, son más autónomas, ya que siempre prevalece la satisfacción de haber cumplido con la maternidad, sin lo cual, nunca habrían tomado tal decisión. Sólo entonces se dan permiso para pensar en sí mismas

aparte de madres y dedicarse a otras cosas que les amplíe su mundo, una vez que ya han cumplido con el “contrato”.

Hitos de la vida como el primer embarazo o el trabajo son para algunas mujeres medios para lograr autonomía. Para Guadalupe, el primer embarazo, que fue no esperado y del cual se hizo cargo prácticamente sola, fue el impulso que necesitaba para salir del hogar materno, el que se volvió insoportable para ella una vez que con el embarazo dejó de ser tratada como hija dependiente, convirtiéndose en la motivación para generar condiciones materiales básicas de autonomía: comprarse una casa, trabajar y migrar. Más adelante, el trabajo que realiza “por cuenta propia” será su principal proyecto de realización personal, gatillando a la par procesos de cambio en su relación de pareja, con ella más atenta a sus intereses y derechos. Este proceso adquirió mayor fuerza con la esterilización, “estoy en mi mejor momento”, dice.

Para Marion el trabajo fue el comienzo de un proceso de independencia desde muy joven, en su familia era normal que los/as hijos/as trabajaran desde pequeños para costearse sus gastos en un contexto de pobreza en el que la madre cargaba sobre sus hombros lo más pesado de la mantención familiar. Así Marion comenzó a “hacer su vida” trabajando junto a otras experiencias que anunciaban su proceso de madurez, dejó los estudios por un tiempo y se involucró en sus primeras relaciones amorosas, “Mi mamá siempre se sacó la mugre para nosotros todos, yo veo que era como un tema como *pa’* independizarnos, *pa’* ser más independientes, *pa’* poder hacer lo que queramos, así lo vi yo, así lo vi” (Entrevista, usuaria Marion).

En general, las seis mujeres que forman parte de este estudio, tienen una gran fuerza y determinación para llevar adelante su principal motivación en la vida, que es la de formar una familia. La presencia del hombre, si bien, es fundamental para facilitarles la tarea, no es imprescindible, pues son mujeres que con o sin hombre a su lado, se harán cargo de sus hijos/as como sea. Esta proyección, de verse solas en algún momento de sus vidas, es una expresión de autonomía, aunque esté supeditada a la maternidad. Guadalupe, sentó las bases de su seguridad

personal desde joven cuando estaba sola con su primer hijo, comprándose una casa en el territorio al cual se siente perteneciente, que ve como su refugio y su raíz a la cual volverá en algún momento, imaginándose la soledad (sin pareja) como un futuro posible y sin angustia, “nunca tuve expectativas así de tener un marido con hijos, no, tener independencia, tener mi casa, mi espacio, hacer lo que yo quiera, estaba en esa pará en ese entonces y después me embaracé así como, no fue programado”. En realidad su deseo primario era tener independencia y autonomía pero como la maternidad es algo que “les llega” y que nunca se cuestionaron, la asumen e intentan cumplir sus expectativas con esa carga extra, lo que generalmente no logran pues dejan las aspiraciones personales en segundo lugar. Manuela, en una situación muy distinta, pues vive en una casa autoconstruida pegada a la de la familia primaria siendo justamente esa dependencia familiar la que le da seguridad, frente a una situación ficticia de rompimiento con su pareja se imagina tranquila asumiendo salir a trabajar si es necesario y con una actitud desprendida en relación a su pareja, “Si el papá de las niñas un día se enamora de otra por ahí, no sé, se quiera ir, tiene el camino libre, tampoco lo tengo aquí apegado” (Entrevista, usuaria Manuela). Marion ya tiene la experiencia de estar sola a cargo de sus hijos y es una situación que no quiere repetir, para ella, estar en relación de pareja donde él sea el principal proveedor es la forma de sentirse segura, sin embargo, son importantes sus espacios propios incluyendo el trabajo.

La soledad, estar consigo misma, tener tiempos propios, estar sin pareja, son situaciones que se relacionan con la autonomía toda vez que han construido sus vidas en función de otros/as, por lo tanto, es algo que les cuesta, no les gusta o no la ven como algo necesario, “nunca estoy sola, siempre estoy con mi mamá, con mi hermana, cuando estoy sola ¿Qué, veo tele? Películas, pero no, no necesito estar sola, no me gusta” (Entrevista, usuaria Manuela), o por el contrario, que atesoran y añoran para ciertos momentos de sus vidas:

A veces quisiera estar sola, es que yo me acostumbre bueno, yo no sé si te conté, que yo era una mujer libre, o sea, me gustaba mi libertad, yo no creía en el amor no tenía un hombre hace

mucho tiempo, no sé si te dije eso, y conocer a mi marido me hizo muy bien, muy bien me hizo, pero no sé si quiero seguir así. (Entrevista, usuaria Marion)

En el ámbito de la sexualidad, reconocer el placer como algo importante para sí misma y necesario en la vida de pareja, es parte del proceso de reconstrucción de las mujeres como sujetas pues es algo que sistemática e históricamente nos ha estado vedado. Las historias traídas por este estudio lo confirman, ya que para todas fue siempre un tema tabú en el entorno familiar, algo de lo cual no se hablaba y sólo se hizo presente en forma de advertencia por sus consecuencias reproductivas una vez que hizo su llegada la menstruación. Las madres son las que más se nombran cuando se habla de este tema, las que en general fueron silenciosas y represivas. Reconocen esta experiencia de infancia como algo que deben cambiar en la relación con sus hijos e hijas, hablando abiertamente del tema, aunque algunas, como Lorena, admiten que se le hace una tarea difícil por las propias barreras que ella arrastra. Otras, como Elizabeth y Manuela, demuestran una actitud decidida de hablarles a sus hijas centrándose principalmente en la prevención no sólo del embarazo sino de la violencia sexual. Para hablar del placer propio en la vivencia sexual hay pocos recursos, pocas palabras y pudor. Más bien hablan de la relación de pareja, donde consideran importante a la sexualidad y darse tiempo y espacio para tener actividades juntos como caminar, pasear, salir a tomar algo o simplemente tener espacios de intimidad, lo que se convierte en un verdadero desafío en medio de un intenso ritmo de trabajo doméstico y familiar. Lorena, Marion y Manuela ven en la esterilización una oportunidad para mejorar su vida sexual principalmente por la posibilidad de olvidarse de los anticonceptivos. Guadalupe, sintiéndose liberada de su trabajo reproductivo con la esterilización y con sus hijas/os en edad de mayor independencia, se volcó a su trabajo, más que en su sexualidad o relación de pareja. La única que habla de orgasmo, del placer propio o incluso del amor, es Marion, quién nos relata su proceso de descubrimiento del disfrute sexual independiente de sus relaciones de pareja, “no conocía mi cuerpo, fui experimentando, ahí lo conocí, ahí supe cómo hacerlo, ahí supe todo experimentando” (Entrevista, usuaria Marion). Guadalupe está pasando por

dificultades con su pareja que se expresan también en plano sexual, “él es que tiene problemas, es eyaculador precoz y no me deja satisfecha” (diario de campo), lo que ocurre en un momento en que ella está teniendo cada vez mayor autonomía y conciencia de sus intereses, lo que a él le molesta.

Siendo uno de los pilares centrales de la construcción de género tradicional, fomentar la rivalidad entre las mujeres en función de obtener la aprobación masculina, lo contrario, es decir, una relación sana con la madre y con otras mujeres se convierte en una de las estrategias más poderosas que las mujeres tienen para superar situaciones de abuso y desigualdad.

La relación con la madre es fundamental en la afirmación de la identidad como mujeres, teniendo repercusiones en la valoración de sí mismas, del propio cuerpo y de las decisiones sexuales y reproductivas. Los relatos construidos para este estudio nos muestran que todas tienen una relación fuerte con la madre, que oscila entre la admiración y la necesidad imperiosa de diferenciarse de ella y romper con una relación asfixiante y opresiva. La relación es siempre de apoyo en lo concreto, construyendo redes de apoyo en lo que respecta al rol de madre y dueña de casa que ellas desempeñan, pero es una relación que mantienen tensiones algunas arrastradas desde la infancia. Para Lorena, por ejemplo, distanciarse de la madre ha sido todo un trabajo personal fundamental para su maduración y autoafirmación, reconociendo que la maternidad de su madre fue castradora para ella. Guadalupe, por su parte, recuerda a una madre drástica y distante, y la culpa por la separación con su padre, a pesar que ella misma reconoce como “mujeriego”. Mariela, atribuye a su madre (y a su padre) su propia dificultad para dar y recibir afecto. La imagen de las madres de Elizabeth, Victoria, Marion, Guadalupe, es de sacrificio, dureza, esfuerzo, que son leídas como mujeres de carácter fuerte o “matriarcas” (Marion, usuaria Manuela) o como mujeres “luchonas”⁸⁰ que asumieron todo sin el apoyo de los progenitores.

⁸⁰ Término popular despectivo mexicano que se refiere a las mujeres madres solteras.

En cuanto a la relación con otras mujeres, como ya vimos anteriormente, en el marco de la delimitación de los ámbitos y espacios físicos de lo público y privado, la amistad entre mujeres es relegada al ámbito que no les corresponde como mujeres dedicadas a cumplir el rol de dueñas de casa, esposas y madres. Por lo tanto, es difícil y se traduce en la ausencia casi completa de amigas que no sean parte de su cotidianidad familiar, “no soy de mucha amistad no me gusta” (Entrevista, usuaria Manuela). La amistad entre mujeres es difícil construir, desde la socialización en la infancia las niñas tienen menos espacios y autorización para establecer relaciones sociales con otras niñas. Por la seguridad, por responder a pautas de comportamiento que restringen la libertad corporal de las mujeres, etc., “no salía yo mucho a la calle, de hecho como media autista en la casa y amigas así de barrio, no, no recuerdo tener amiga del barrio” (Entrevista, usuaria Guadalupe).

7.4 Un ejercicio de reflexividad: ética de investigación en salud, trabajo de campo y posicionamientos de la investigadora

Esta investigación ha tenido significados importantes sobre el ejercicio de mi profesión. Me formé en una antropología clásica que se esforzaba por diferenciar lo émic de lo étic y sobretodo, por lograr “estar adentro” mirando a ese “otro” con el cual se podía establecer parámetros jerárquicos de valoración de las diversas formas de vida social. Con esta investigación tuve la oportunidad de experimentar otra antropología, aunque sigue siendo un proceso de construcción. Una antropología que me permite pensar el problema de investigación desde la propia experiencia, desde la cual me implico en varios sentidos, uno de ellos es como usuaria del hospital público donde se centró el trabajo de campo, por necesidades de salud de mi hijo y propios, gracias a lo cual conocía previamente a cinco de los/as médicos/as con los/as que interactué durante la investigación o participaron en ella: una médica atendió mi parto; otra fue mi ginecóloga; uno me operó y otros dos participaron en una investigación que desarrollé en 2008 sobre aborto y violencia sexual. Conocer el hospital tanto físicamente como en su modo de funcionamiento, se convierte en ventaja para

hacer el trabajo de campo, pues en general, es un recinto difícil de recorrer y con complicados sistemas de información. Una segunda experiencia que me implica especialmente con el tema de investigación, es la histerectomía a la cual yo misma me tuve que someter en el año 2010, aumentando mi sensibilidad y atención hacia problemas de salud reproductiva que intervienen con la fertilidad.

Otras fuentes de reflexión que me acercaron al problema de investigación, a la etnografía y a los enfoques teóricos por los cuales opté, fueron la experiencia laboral que realicé por muchos años recorriendo los cerros de Valparaíso y sus rincones más pobres, en el marco de programas gubernamentales para el abordaje de la pobreza; mi práctica política feminista que por décadas realizo con grupos de mujeres en procesos colectivos de conciencia social; y mi participación en el movimiento de la medicina social. Por todo lo anterior, me siento profundamente implicada con la salud de las mujeres y lo que pueda contribuir al fortalecimiento de su movimiento social. Desde esta perspectiva, me identifico con un tipo de “antropología en casa” (Blázquez, 2008, p.24) para referirme a un tipo de investigación comprometido, de la cual me siento parte, hay una cierta identificación, y por eso mismo, una de mis mayores preocupaciones fue no imponer mi perspectiva de lo estudiado, dejar aflorar lo que tenga que salir, pero sin por ello perder la perspectiva desde donde estoy situándome teórica y políticamente. Una antropología implicada, según el concepto de Didier Fassin (1999, p.54) citada por Blázquez (2008):

(...) que interviene y quiere contribuir con el objeto de estudio, mediante la mejora de los servicios sanitarios, la praxis sanitaria, la promoción de un mayor control de la población sobre su salud,... pero manteniendo una distancia epistemológica que le permita una actitud crítica tanto sobre su objeto de estudio, como sobre su propia práctica antropológica. (Blázquez, etnografía, p.26)

Una de las características de la investigación antropológica es que el proyecto inicial es sólo una guía, que debe ser remirado durante el proceso investigativo, lo que me parece una valiosa

oportunidad para precisar y profundizar lo que se quiere conocer y comprender. Así, el proyecto “es un “a priori” que constantemente se revisa. Entre el resultado final y el proyecto inicial no suele haber muchos puntos de contacto, cuando el trabajo de campo ha sido bien hecho y no para “justificar” el propio proyecto” (Aguirre, 1997, p.8) En mi caso, no hubo cambios sustanciales del diseño de investigación, sólo acomodados, pero sí un repensar las hipótesis de trabajo -en tanto guías de análisis que no esperan ser confirmadas ni refutadas- respecto a mi planteamiento inicial en el que apostaba por la existencia de una relación entre uso de la esterilización y repliegue de la maternidad como eje de la construcción de género de las mujeres, para dar paso a las muchas formas en que se da este proceso de cambio sociocultural.

La etnografía en establecimientos en salud, me enfrenta como antropóloga con muchas formas no acostumbradas para mi disciplina, sometidas a la lógica médica y burocrática, desde asumir un rol dentro del recinto (el cual nunca queda muy claro), adoptar formalidades como la bata blanca y un pase de ingreso diario que primero es temporal hasta lograr uno de mayor vigencia, aplicar formatos de consentimiento informado que, en realidad nada tienen que ver con la etnografía pero sí con el cumplimiento de normativas. Todos estos hábitos tienen el objetivo de asimilar a una extraña en el establecimiento de salud, que no es ni médica (o personal de salud) ni paciente. Presentarse como antropóloga y tener la intención de actuar como tal, es decir, no de manera encubierta, implica hacer el esfuerzo de conocer e incorporar en la medida de lo posible códigos y prácticas médicas y clínicas, y por otro lado, justificar y validar la presencia como profesional de las ciencias sociales. Lo anterior no es posible lograrlo sino hasta completar todo el proceso de investigación, incluyendo devolución de resultados, que estén orientados en algún grado a contribuir al mejoramiento del sistema de atención en salud a la esterilización quirúrgica y sus temas asociados. Las situaciones más difíciles se dieron en el proceso de inserción, en el que se pone a prueba la habilidad antropológica y en el que finalmente se resuelve la entrada a la institución. Como mencioné anteriormente en el capítulo de etnografía en establecimientos de salud, lo más cuestionado fue la

validez científica de la antropología, particularmente el tema de la representación por el número de entrevistas, considerado pequeño, y una serie de interrogantes que denotaban desconfianza.

La hegemonía del paradigma biomédico se hace evidente ante preguntas y cuestionamientos sobre la etnografía en cuanto a su diseño abierto, sin hipótesis a refutar, sobre el ir y venir de la recogida de información al análisis, la representatividad de la muestra, la validez del estudio, la aplicabilidad de sus resultados,... Lo que refleja tanto un desconocimiento de la antropología y de las ciencias sociales en general, de la etnografía y de la investigación cualitativa en particular, pero también la demanda de mimetizar todas las prácticas tanto formativas, investigadoras y de intervención al campo sanitario establecido y a su propia lógica. (Blázquez, 2008, p. 27)

Conseguir autorización para acceder a los expedientes clínicos así como a los sujetos de investigación siguiendo preceptos éticos validados legalmente fue uno de los aspectos más conflictivos. El acceso y uso de los expedientes clínicos como fuentes de información para la investigación en salud es un problema no resuelto por la institucionalidad chilena y sobre el cual hay mucha controversia, la que en mi opinión, desvirtúa lo que debería ser propósito de la salud pública, a saber, respaldar las acciones de salud con conocimiento integral (científico pero también proveniente de otro tipo de conocimientos), riguroso y actualizado. Las leyes vigentes relacionadas con este asunto, son en general, inadecuadas para la investigación cualitativa, se centran más bien en investigaciones científicas “duras”, incluyendo aquellas que trabajan con el genoma humano. Otra de estas leyes, se refiere a los derechos y deberes de los pacientes y una tercera, se refiere al manejo de la información personal y privada, no específicamente en salud, sino por parte de todas las dependencias públicas y privadas. Finalmente, todo se reduce a la necesidad de un consentimiento informado para todo, incluso para los/as usuarios/as titulares de expedientes clínicos, lo que además de ser una exigencia imposible de cumplir en la mayoría de los casos, revela que el acento está más puesto en la búsqueda de respaldo institucional, que en la protección efectiva de las personas que participan en una investigación. Y de paso, se perjudica la investigación en salud, lo que se refleja claramente en la situación por la que estaban pasando los/as estudiantes

finales de medicina, cuyas tesis se encuentran detenidas, especialmente las de tipo retroactivo y que consideran la revisión de expedientes clínicos. Esta situación es especialmente perjudicial para un hospital como el Van Buren, que tiene doble categoría clínico-docente, pero en general, lo es para la salud pública.

Todo este proceso de adaptación a la institucionalidad y a los establecimientos de salud, así como a la perspectiva biomédica, lleva a pensar qué tanto se puede afectar e influenciar el objeto de estudio desde la posición de una antropóloga con un posicionamiento teórico crítico, vale la pena preguntarse ¿Se puede hacer antropología médica crítica dentro de una institución biomédica?

Este dilema nos aproxima a las posiciones de otros antropólogos sobre si se puede practicar una antropología médica crítica al interior del modelo biomédico hegemónico o es éste tan poderoso, que al final, mina las voluntades, apropiándose de ellas y haciéndolas parte de sí misma sin que se produzcan más cambios que aquellos que no supongan el cuestionamiento de sus bases. (Blázquez, 2008, p.27)

Pienso que por más adverso que sea el contexto en el que se hace etnografía, es posible y aunque no sea un propósito, intencionar cambios, que pueden darse a distintos niveles, en la instalación de temáticas invisibilizadas, en las relaciones laborales y profesionales, en la práctica clínica y en el sistema de atención. Con esta investigación, creo que aún está por verse lo que puede hacer desencadenado mi intervención, pero por lo menos, durante el trabajo de campo, tuvo efectos en la reactivación del tema como problema de salud pública.

Por otro lado, como feminista, fui interpelada en más de una ocasión por parte del personal de salud, particularmente por los médicos, pues aunque no fuera mi intención explicitar mi práctica política porque en mi rol de investigadora no me permitía revelar mi opinión respecto a los temas explorados, sin embargo, es algo que “se filtró”. De parte de las mujeres médicas o de otras profesiones de la salud, la actitud era más bien de complicidad. Con las usuarias entrevistadas, por

el tipo de técnica que se utilizó, que implicó más tiempo y la posibilidad de compartir espacios de cotidianidad y mayor intimidad, construí con algunas una relación afectiva, de apoyo y contención, y de intercambio horizontal, dentro lo que permite la distancia implícita entre investigadora y sujeto de investigación, y las diferencias sociales, económicas y culturales. Respecto de mi desafío de evitar imponer mi punto de vista y abordar el proceso investigativo con ideas preconcebidas provenientes de mi posicionamiento político, creo que logré hacer emerger procesos originales, particulares, situados, e interpretar con distancia pero con compromiso.

Queda pendiente un aspecto que me parece central del proceso investigativo con el cual me identifico, y es el establecer consecuencias prácticas que beneficien directa o indirectamente a las y los sujetos de estudio y que mejoren la situación estructural del problema investigado. Una parte de ello es la devolución de resultados en los establecimientos y con las mujeres, pero otra tiene que ver con el rol del/a antropólogo/a como actor/a social que incide en la generación de cambios en la salud pública, no sólo a través de publicaciones científicas, sino también a través de un activismo social y político en salud permanente.

CONCLUSIONES FINALES

Como punto de partida para referirme a las conclusiones quiero traer aquí los objetivos e hipótesis de trabajo que guiaron esta investigación. Los objetivos apuntan al logro de un nivel descriptivo y analítico de las prácticas y representaciones sobre sexualidad y reproducción, tanto de las usuarias de esterilización como del personal de salud, y establecer relaciones entre ambos sujetos de investigación.

Para responder al primer objetivo general se procuró caracterizar a las mujeres usuarias de esterilización quirúrgica de un establecimiento de salud público, obteniendo con ello un contexto de la situación general de estas mujeres en la que resalta la diversidad de experiencias reproductivas y al mismo tiempo la similitud en relación a la carga de enfermedades y problemas de salud que acumulan durante su historia clínica, y de paso, fue posible valorar el expediente clínico como fuente de información biomédica con limitadas posibilidades para la investigación cualitativa en salud, considerando además los obstáculos legales y burocrático que se imponen actualmente para su uso investigativo. Otros aspectos intencionados por este primer objetivo es la amplia descripción de los efectos de la esterilización en el cuerpo y la salud de las mujeres esterilizadas, enfatizando sobre todo en aquellas que no son visibles o atendibles desde un punto de vista biomédico; la descripción y análisis del proceso de decisión que implicó tomar en cuenta las motivaciones y justificaciones que ellas mismas dieron a su decisión, así como la valoración que hicieron de sus condiciones materiales y subjetivas, y el peso o papel que le dieron a las personas significativas. Por último, se abordan las construcciones socioculturales de las mujeres en torno al cuerpo, la sexualidad y la reproducción, poniendo el acento en categorías provenientes de la teoría feminista tales como la maternidad, autonomía, trabajo productivo y reproductivo, sexualidad, entre otras, e identificando el impacto de la esterilización en estos ámbitos.

Respondiendo al segundo objetivo general se logra describir el sistema de atención a la esterilización quirúrgica, tomando como referente un establecimiento público de salud y considerando las respuestas que las usuarias entrevistadas recibieron en ambos subsistemas, para configurar una ruta e identificar dificultades y desigualdades que se presentan en el acceso a esta prestación. Otra dimensión de este objetivo apunta a la descripción y análisis de las prácticas y representaciones del personal de salud en torno a las mismas categorías teóricas planteadas para las usuarias, pero abundando en la esterilización como práctica médica, tecnología científica y recurso social para atender una problemática que quizás se distancia de lo propiamente biomédico, como es la sexualidad y el impedimento de un proceso de gestación. Por último, este segundo objetivo orientó la reflexión y el análisis integrando los distintos tipos de información recabada, proveniente de las entrevistas, la información secundaria cuantitativa y la observación en establecimientos de salud, así como la discusión con los enfoques teóricos escogidos y la reflexión en torno a la regulación de la fertilidad como derecho humano que debe ser facilitado por el estado y ejercido por las mujeres.

Las hipótesis de trabajo se plantearon como guías, no para ser corroboradas o rebatidas a la usanza de la investigación positivista sino para considerar los supuestos iniciales que me motivaron a ahondar en el tema y problema escogidos y revisar durante el proceso la vigencia de esos postulados. Las ideas centrales vertidas en las hipótesis se refieren a la relación que la esterilización podría tener con un desplazamiento de la maternidad –entendida como institución social central de las construcciones de género – en la vida de las mujeres y en su percepción como sujetas sociales; con la reproducción de desigualdades sociales entre las mujeres y con el papel que tiene el personal de salud al ser parte de una institución de control social –el sistema de salud biomédico o modelo de salud hegemónico- en el ejercicio de un derecho reproductivo como es la esterilización quirúrgica. Todas estas ideas se desarrollan a lo largo de este trabajo de tesis y a continuación se puntualizarán los aspectos más importantes.

1. La opción por la esterilización quirúrgica responde a los tiempos que vivimos, ya no es una operación que dependa de una decisión exclusivamente médica sino que es producto de una decisión individual, al menos en nuestra sociedad occidentalizada. Esta decisión adquiere sentido en un contexto histórico y sociocultural en el que imaginar ser mujer sin ser madre o serlo pero dando cabida a otros proyectos personales, es posible. Al comenzar la investigación planteo hipotéticamente que el hecho que la esterilización sea uno de los métodos más utilizados en Chile y el preferido en gran parte del planeta, es expresión de cambios profundos en la construcción de las mujeres como sujetas sociales al dejar la maternidad a un lado. Sin embargo, esta experiencia sigue siendo definitiva, las mujeres buscan esterilizarse cuando han “cumplido” como tales, cuando ya han sido madres y con ello evitarán poner en riesgo su valía social, cuando han satisfecho sus expectativas (expresada en el número y sexo de los/as hijos/as que desean tener) y la de los/as demás, pero, hay rupturas, fisuras, en ese imperativo antes absoluto, que se expresan en una trayectoria reproductiva más tardía, menos numerosa y menos unívoca. La feminidad, construida hacia la maternidad y al cuidado de los/as otros/as, está incorporando otras formas de cumplir con el mandato social, ya no la vida entera, sino sólo unos años; ya no en las peores condiciones, sino en la medida que sea capaz de darles una buena vida; ya no a costa de la propia salud, sino hasta cuando el cuerpo pueda. En este sentido, el estudio muestra que la esterilización como práctica anticonceptiva voluntaria refleja actualmente procesos de reformulación de lo femenino, donde la maternidad sigue siendo central y definitiva pero no lo único en la trayectoria de vida de las mujeres, como sí lo era para la mayoría de las mujeres hace tres décadas, contribuyendo a la ampliación de horizontes de realización personal de las mujeres.

Las mujeres sujetas de este estudio construyen pareja y familia siguiendo patrones que podríamos llamar tradicionales, que se manifiestan en una marcada división sexual del trabajo y en su propia definición social de mujeres, estrechamente ligada con la maternidad. Sin embargo, en sus reflexiones sobre cómo fueron educadas, los ejemplos de vida que les deja la madre, y en las

prácticas formadoras de sus hijos e hijas, revelan posiciones críticas y deseos de no reproducir lo que mantiene la desigualdad entre hombres y mujeres, y sobretodo, lo que mantiene a las mujeres en desventaja. Para algunas, sus ansias de cambio tienen tiempo presente y para otras, es un deseo que proyectan en sus hijas e hijos. Quieren que sus hijas sean independientes, que no dependan de ningún hombre, que tengan la libertad de hacer su propia vida, que no vivan violencia, que estudien y trabajen, es decir, que no les pase lo que ellas. Algunas, emprenden procesos personales de autonomía, con dificultades y contradicciones asentadas en la culpa, pero una fuerza interna que proviene de la autovaloración y el aprendizaje de sus trayectorias reproductivas y de vida, las lleva a reivindicar intereses, necesidades y espacios personales, y a vivir procesos de autoconocimiento del propio cuerpo.

Las mujeres usuarias de esterilización quirúrgica realizan transacciones sociales, entendidas como reacomodos, adaptaciones, tanto a nivel biológico como en el ámbito personal y entorno social en el que se desenvuelven. En este sentido, para algunas, la esterilización es una rebeldía contra la medicalización prolongada e intensiva de la fertilidad, ya que tienen la posibilidad con ello de ponerle punto final y comenzar otros procesos, como el redescubrimiento del cuerpo y la sexualidad, la sanación y desintoxicación, la revalorización personal a través de la consolidación de procesos de independencia y autonomía, y de replanteamientos del proyecto de vida.

2. El descenso de la prevalencia de uso de la esterilización quirúrgica en Chile que muestran los resultados de esta investigación, se debe menos a una dinámica de demanda en salud o a los deseos de las mujeres, que a las trabas que el sistema público de salud impone a las usuarias. Existe un doble estándar respecto a la esterilización, por un lado, se ofrece oficialmente como una alternativa anticonceptiva más al cual puede acceder, en teoría, cualquier mujer que lo solicite (siendo mayor de 18 años y con capacidad de discernimiento), y por otro, el sistema de salud se encarga de negar este derecho, siguiendo criterios económicos (GES), biomédicos y urgenciólogos. La demanda y el nivel de insatisfacción de la esterilización quirúrgica es alto, pero las medidas que se toman son

sólo paliativas, no se difunde en la política comunicacional de salud reproductiva, no se investiga, es como si se prefiriera no mencionar que es una alternativa para no enfrentarse al problema real, cuyos ribetes atentan contra modelos hegemónicos estructurales basados en el sexo. Las consecuencias de la desatención en la salud pública no son graves desde el punto de vista biomédico, pues no engrosan las estadísticas de mortalidad, pero sí las de morbilidad, generando incluso discapacidades invisibles o lesiones de vida, pero quizás lo más relevante de destacar aquí son las consecuencias que la desatención anticonceptiva y en particular de la esterilización, tiene en la vida de las mujeres al obstaculizar procesos de desarrollo personal y colectivo, e imponer la maternidad obligatoria.

3. La naturalización de la maternidad es el eje ideológico de las políticas y prácticas de salud reproductiva y lo vemos en las expectativas puestas en las usuarias de esterilización y en la minimización de los cambios, secuelas y consecuencias tanto de la cirugía como de su desatención. Se espera que si hay un embarazo no deseado posterior al deseo expreso de cerrar el ciclo reproductivo, igualmente la mujer lo asuma; se espera que las variables biológicas, como la edad, o variables administrativas, como la ruta de atención, se impongan como circunstancias que determinen la suerte final de las necesidades de regulación de fertilidad de las mujeres. Desde una perspectiva medico social, esta desatención perpetúa desigualdades en salud que afectan a las mujeres con menos recursos en su autodeterminación reproductiva, lo que se expresa, entre otras cosas, en mayores tasas de fecundidad general y adolescente. El problema no es que las mujeres pobres tengan más hijos/as sino que ello sea producto de la falta de oportunidades, de la postergación y de la negación de la autogestión de sus cuerpos y de sus vidas.

El estado, a través de la política e instituciones de salud y la medicina, a través de los/as prestadores/as de salud, actúan en conjunto imponiendo candidaturas como un mecanismo simbólico que se concreta de varios modos: en la segregación de la atención entre quienes pueden pagar y quienes no; en las decisiones económicas en torno a la distribución de los recursos

quirúrgicos; en la gestión de la lista de espera; en las prácticas de negación del servicio de parte de gineco obstetras y en las estrategias informales que el mismo personal de salud implementa para esterilizar a algunas mujeres; entre otras situaciones. Finalmente, se anula el carácter voluntario y electivo de la esterilización y se convierte en un asunto de decisión médica. De esta forma, lo que está detrás de la actuación de los mecanismos burocráticos de priorización del sistema de salud y del personal de salud, especialmente de médicos/as gineco obstetras y matronas/es, es que las mujeres debemos ser madres, en primer lugar, y que debemos cumplir una cuota reproductiva por el interés nacional. Se promueven así implícitamente patrones sexuales y genéricos, así como de familia, acordes con los intereses nacionales hegemónicos (heterosexual, familia nuclear, responsabilidad reproductiva centrada en la mujer con la consiguiente marginación del hombre de estos procesos).

El personal de salud encarna la institucionalidad lo que conlleva una tensión permanente que se refleja en la práctica clínica. A veces, el discurso hegemónico tanto político como médico coincide con los posicionamientos personales del prestador de salud, pero otras veces, se identifica con una postura crítica a favor de las mujeres como protagonistas de su trayectoria reproductiva, validando cualquier decisión que ella tome. Sin embargo, la actitud y postura que predomina es de cautela pues el imperativo de la maternidad está siempre presente, así como también, los modelos de género y de familia hegemónicos.

La esterilización quirúrgica, como único método anticonceptivo tecno científico permanente para las mujeres, debería estar a disposición de todas las mujeres que la requieran y no sólo de quienes puedan pagarla. Porque la cuestión no se resuelve con ampliar y hacer igualitario el acceso a la esterilización quirúrgica, también deben ser más y mejores las opciones de regulación de la fertilidad, incluyendo las que se basan en el control y conocimiento del propio cuerpo, disminuyendo la medicalización de los procesos fisiológicos; todo, en el marco de una concepción enriquecedora de la sexualidad y crítica del régimen político de la heterosexualidad.

4. La esterilización quirúrgica, así como el uso de métodos anticonceptivos en general, son fenómenos profundamente sociales, a pesar de ser definidos, elaborados, practicados, distribuidos por y en la institución médica. Medicamentos, tecnologías, cirugías, elementos artificiales a los cuales se somete gran parte de las mujeres durante al menos un tercio de sus vidas. Para usar un método o llegar al quirófano, buscan información, se enfrentan a prejuicios de otros/as, a sus propios valores y creencias, evalúan las alternativas, negocian, preguntan, comparten, prueban, sienten malestares, se enferman, gestionan medios económicos y tiempo, delegan tareas y negocian de nuevo, siguen una ruta burocrática para ser atendidas, se enfrentan con la matrona y con el médico, negocian de nuevo...el camino es largo y puede durar muchos años. La antropología en salud contribuye teórica y metodológicamente a ver esta parte invisible de los procesos de salud/enfermedad/atención, a problematizar un fenómeno construido por la biomedicina bajo una perspectiva multidimensional, instando a complejizar lo que entendemos por salud y por problemas de salud pública, redefiniendo las competencias y limitaciones de la biomedicina y del sistema de salud para responder a ellas y las potencialidades que tienen otros actores sociales e institucionales, empezando por las mismas mujeres.

5. La transición de la esterilización quirúrgica, desde considerarse una intervención médica al servicio de intereses políticos o ideológicos nacionales para controlar el crecimiento de la población de acuerdo a un modelo económico y de sociedad determinado, hacia su establecimiento como una alternativa más de anticoncepción conceptualizada en el marco de los derechos humanos, se traduce en una práctica ambivalente que está en un constante tira y afloja entre la restricción y la liberación de su acceso. En este contexto, las mujeres que tomaron la decisión de esterilizarse viven también esa ambivalencia, entre su deseo de no tener más hijos/as y las íntimas contradicciones que les genera poner punto final a su fertilidad y con ello, modificar su posición social así como la propia autovaloración en tanto mujeres construidas desde la feminidad, y también entre su deseo de no tener más hijos/as y las barreras con las que se enfrentan en el sistema de salud o en sus propios

entornos familiares, donde la pareja juega un rol fundamental. Pese a todo, la esterilización es formulada como deseo y ejercida como derecho.

6. Esta investigación sugiere varios caminos que se pueden seguir en salud pública para mejorar las respuestas a las necesidades de regulación de fertilidad de la población y en especial, de las mujeres. Varios de los problemas detectados tienen que ver con falencias estructurales del modelo de salud chileno, como es la fragmentación de la atención, la discontinuidad e incomunicación entre los distintos niveles de atención y el enfoque biomédico predominante, responsable de la reducción de un problema de salud multidimensional. Sin perder de vista esta dimensión, los resultados de la presente investigación complementan los diagnósticos que ya existen desde la misma institucionalidad y el personal de salud, aportando a una mejor comprensión del problema. En términos concretos, surgen como propuestas a corto plazo, tales como: mejorar la comunicación entre los distintos niveles de atención a través de rutas o protocolos de seguimiento que unifiquen la situación de las mujeres que demandan esterilizarse y no sólo que se priorice en las que tienen en curso un embarazo; unificación de los registros de esterilización pues actualmente hay diversidad de fuentes que abonan al desconocimiento de la real magnitud del problema; que se revisen los criterios de priorización de los recursos quirúrgicos, así como se destinan horas preferentemente a devolver la fertilidad a mujeres que lo necesitan, que se ponga al mismo nivel la necesidad de aquellas que necesitan cerrar su ciclo reproductivo; implementación de programas de regulación de la fertilidad en los hospitales y no sólo de medidas puntuales y no sistemáticas como es el Mirena, en complementación con los programas de APS; protocolos de consejería más transparentes respecto a lo que se requiere para acceder a una esterilización quirúrgica, flexibilizando tiempos de decisión, ya que algunas mujeres están convencidas pero otras necesitan saber el resultado del parto para definirse y siendo explícitos en aquellos requisitos que no son exigibles por ley, como la edad y la paridad, en concordancia con su definición dentro de los derechos reproductivos; promover en forma activa la vasectomía. Estos son algunos ejemplos, pero son muchos más los que el mismo

personal de salud puede proponer, abriéndose a criterios de salud pública no biomédicos que complejizan los procesos de salud, enfermedad y atención como es el caso de la esterilización quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

- Adams, P. y Vericat, I. (septiembre 1992). Hacer de madre. *Debate Feminista*, 6, 183-198. Recuperado de http://www.debatefeminista.pueg.unam.mx/wp-content/uploads/2016/03/articulos/006_11.pdf
- Aguirre, A. (1997). Etnografía. *Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. México, D.F.: Alfaomega.
- Alarcón, A.M. y Vidal, A.C. (noviembre-diciembre 2005). Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres. *Revista salud pública de México*, 47 (6), 440-446. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000600008
- Amorim, F.A.; Cavenaghi, S. y Alves, J.E.D. (2008). Mudanças recentes no uso de métodos contraceptivos no Brasil e na Colômbia: com especial menção à esterilização masculina e feminina. En Wong, L.R. (Ed.). *Población y Salud Sexual y Reproductiva en América Latina*. (pp.101-130). Río de Janeiro, Brasil: Alap. Recuperado de http://www.alapop.org/alap/SerieInvestigaciones/InvestigacionesSI1aSi9/SSR_Partel-4.pdf
- Arganis, E.N. (enero-abril 2005). La autoatención en un grupo ancianos con diabetes residentes en Iztapalapa D.F. *Revista Cuicuilco*, 12(33).
- Aspillaga, V. (1998). *Uso de métodos anticonceptivos en estudiantes de nivel superior de la ciudad de Valparaíso 1997-1998*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Valparaíso, Valparaíso.
- Berrio, L.R. (2014). Trayectorias reproductivas y prácticas de atención a la salud materna entre mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero. En Sánchez, A. (coord.). *Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México*. México, D.F.: UAM.
- Blázquez, M.I. (2005). Aproximación a la antropología de la reproducción. *Revista de Antropología Iberoamericana*, (42), 1-25. Recuperado de http://www.itson.mx/micrositios/equidad-genero/Documents/antropologia_de_la_reproduccion.pdf

- Blázquez, M.I. (2008). Una etnografía en la atención sanitaria. En Romaní, O.; Larrea C. y Fernández, J. (coords.). *Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: De las teorías a las prácticas académicas y profesionales*. (pp.17-30). En el XI Congreso de Antropología: retos teóricos y nuevas prácticas. Donostia: Ankulegi Antropologia Elkarte.
- Buris, P.; Bustamante, N.; y Rojas J. (2014). *Análisis crítico del sistema de salud chileno. La Puja Distributiva y sus Consecuencias*. (Tesis de Pregrado) Universidad de Chile, Santiago. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/115329>
- Browner, C. y Sargent C. (2012). Dando um gênero à Antropologia Médica. En Saillant, F. e Genest, S. (Org.). *Antropología Médica: âncoragens locais, desafios globais*. (pp.351-374). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Cambio21. (2013). INE revela una nueva caída de la tasa de fecundidad en Chile. Recuperado en <http://www.cambio21.cl/cambio21/site/artic/20130804/pags/20130804100626.html>
- Campos Navarro, R. (2008). Consideraciones antropológicas y epistemológicas de la formación médica. *Bol Mex His Fil Med*, 11(1), 21-25. Recuperado en <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhfm/hf-2008/hf081e.pdf>
- Canales, A. (2003). Demografía de la desigualdad. El discurso de la población en la era de la globalización. En Canales, A. y Lerner, S. (ed.). *Desafíos teórico -metodológicos en los estudios de población en el inicio del milenio*. (pp.43-86). México: El Colegio de México.
- Casas, L., y Dides, C. (2007). Objeción de conciencia y salud reproductiva en Chile: Dos casos paradigmáticos. *Acta Bioethica*, 13(2). Recuperado en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2007000200007&script=sci_arttext
- Casas, L. (Junio de 2004). Mujeres y Reproducción ¿Del Control a la Autonomía? *Colección de Informes de Investigación*. N°18, Año 6, pp.8.
- Cervantes, C. (1996) .De mujeres, médicos y burócratas: políticas de población y derechos humanos en México. En: Careaga, G.; Figueroa, J.G. y Mejía, M.C. (comp.). *Ética y salud reproductiva* (pp. 317-348). México: UNAM y Porrúa.

- Centro de Derechos Reproductivos y Vivo Positivo. (2011). *Dignidad negada. Violaciones de los derechos de las mujeres VIH-Positivas en establecimientos de salud chilenos*. Recuperado de <http://reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/DignidadNegada.pdf>
- Centro de Estudio Miguel Enríquez-Archivo Chile. (2005). Proyecto ley marco sobre derechos sexuales y reproductivos. Recuperado de http://www.archivochile.com/Poder_Dominante/pod_publico/PDparlamento0016.pdf
- Chacón, R. (2010). El escenario político que enfrenta la anestesiología en Chile y el rol que debe asumir la SACH. *Rev Chil Anest.* 39, 7-13. Recuperado de http://www.sachile.cl/upfiles/revistas/4c5c1223b8aed_editorial_0310.pdf
- Cienfuegos, J. (Abril 2015). Diversidad familiar y derecho en Chile: ¿una relación posible? *Revista de Estudios Sociales*, 52. Recuperado de <http://journals.openedition.org/revestudsoc/9138>
- CNN Chile. (31/8/2018). Bajó la tasa de fecundidad en Chile: Mujeres mantienen la tendencia de postergar la maternidad. Recuperado de https://www.cnnchile.com/pais/bajo-la-tasa-de-fecundidad-en-chile-mujeres-mantienen-la-tendencia-de-postergar-la-maternidad_20180831/
- Collado, P. (2014). Del sistema de referencia y contra-referencia al multi-rechazo hospitalario en materia de atención obstétrica. En Sánchez, A. (coord.). *Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México*. México, D.F.: UAM.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2011). *Perfiles de salud reproductiva. República Mexicana*. México: CONAPO.
- Comisión Ministerial de Investigación en Salud – CMEIS. (2015). *Acceso excepcional a la ficha clínica sin consentimiento informado, con fines de investigación*. Análisis normativo: ético y jurídico. Recuperado de http://cei.usach.cl/wp-content/uploads/2016/04/Ficha_Clinica.pdf
- Comisión Presidencial de Isapres. (2015). *Informe final Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado*. Recuperado de

http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf

- Curiel, O., y Falquet, J. (2005). *El patriarcado al desnudo. Tres feministas materialistas: Colette Guillaumin, Paola Tabet, Nicole Claude Mathieu*. Buenos Aires: Brecha Lésbica.
- Dalla, M. (1995). Capitalism and Reproduction. En Bonefeld, W.; Gunn, R.; Holloway, J. & Psychopedis, K. (eds.), *Open Marxism. Volume III: Emancipating Marx*. (pp.7-16). London: Pluto Press. Recuperado de <https://caringlabor.files.wordpress.com/2010/10/bonefeld-et-al-eds-open-marxism-volume-iii-emancipating-marx.pdf>
- Davis, A. (2005). *Mujeres, raza y clase*. Madrid: Atkal.
- De la Torre, L.I.; Bravo, E., Riesle, H., Chamy, V., y Michea, K. (2007). Esterilización quirúrgica por vía transumbilical con anestesia local en puérperas recientes. *Rev. chil. obstet. Ginecol*, 72(4), 205-209. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000400002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000400002&lng=es) doi: 10.4067/S0717-75262007000400002
- Del Rio Fortuna, C. (abr. 2013). Población, reproducción y derechos: un estudio comparativo de la política de acceso a la anticoncepción quirúrgica femenina en Brasil y Argentina. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, 13, pp.9-42. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2933/293325757002.pdf>
- Departamento de Estadísticas e Investigación en Salud [Internet]. Santiago, Ministerio de Salud; [consultado 10 may 2018] Resumen estadístico mensuales [aprox.3 pantallas] Recuperado de www.deis.cl/
- Dides, C.; Morán, J.; Benavente, M., y Pérez, M. (2007). *Salud sexual y reproductiva en Chile 2007: actualización de datos estadísticos*. Santiago, Chile: UNFPA, FLACSO.
- Domínguez, A., y Garriga J. (ago-dic 2012). Experiencia social del riesgo en salud: ¿En qué consiste la diferencia entre varones y mujeres? *Temáticas, Campinas*, 20(40), 203-242. Recuperado de [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2211-6133-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2211-6133-1-PB%20(3).pdf)

- Donoso, N., y Quezada, C. (2013). *Desigualdad de género y sistemas de salud chilenos: una mirada social a los discursos sobre esterilización*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Diego Portales, Santiago.
- Ehrenreich, B & English, D. (2006). *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras femeninas*. Olmué: La Sal
- Esteban, M.L. (Enero-Abril, 2006). El Estudio de la Salud y el Género: Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 2(1): 9-20.
- Fajardo, G.; Gutiérrez, J.P., y García, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Publica Mex* 57, pp.180-186.
- Federici, S. (2013). *El calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. México: Pez en el árbol.
- Fernández, D., y Sequeira, P. (Julio-Diciembre 2011). Diez años después de aprobada la ley del derecho a la esterilización en Costa Rica. *Rev Costarr Salud Pública*, 20(2), pp. 107-118.
- Figueroa, J.G.; Aguilar, B.M., e Hita, M.G. (1994). Una aproximación al entorno de los derechos reproductivos a través de un enfoque de conflictos. *Estudios Sociológicos*, Vol XII, 34, pp.129-154.
- Figueroa, J.G., y Aguilar, B.M. (2006). Una reflexión sobre el uso de anticonceptivos en México a la luz de los derechos reproductivos. En Lezama J.L., y Morelos, J (coord.). *Población, ciudad y medio ambiente en el México contemporáneo*. (pp. 185-211). México, D.F.: El Colegio de México.
- Foucault, M. (1991). *Historia de la sexualidad, I: La voluntad del saber*. Madrid: Siglo XXI.
- García-Calvente, M.; Marcos-Marcos, J.; Del Río-Lozano, M.; Hidalgo-Ruzzante, N., & Maroto-Navarro, G. (2012). Embedded gender and social changes underpinning inequalities in health: An ethnographic insight into a local Spanish context. *Social Science & Medicine*, 75(12):2225-32, doi: 10.1016/j.socscimed.2012.08.022.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida - GIRE. (2015). *Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México*. México, D.F.: GIRE. Recuperado de <http://informe2015.gire.org.mx/#/inicio>

Goic, A. (27-7-2013). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Rev Med Chile*, 143: 774-786.

Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v143n6/art11.pdf>

Guber, R. (2001). *La etnografía: Método, campo y reflexividad*. Colombia: Grupo editorial Norma.

Gutiérrez, H. (1975). *La población de Chile*. Recuperado de <http://www.cicred.org/Eng/Publications/pdf/c-c8.pdf>

Gutiérrez, M., y Guevara, E. (ene-mar. 2015). Controversias en el tratamiento del aborto incompleto, AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. *Rev. peru. ginecol. Obstet*, 61(1), pp.57-64.

Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v61n1/a10v61n1.pdf>

Gynsburg, F. & Rapp, R. (1991). The politics of reproduction. *Annual Review of Anthropology*, 20, pp. 311-343. Recuperado de <https://doi.org/10.1146/annurev.an.20.100191.001523>

Hamui, L.; Fuentes, R.; Aguirre, R., y Ramírez, O. (2013). *Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: un estudio de satisfacción con la atención médica*. México, D.F.: UNAM.

Heritier, F. (1991). La sangre de los guerreros y la sangre de las mujeres. *ALTERIDADES*, 1(2), pp. 92-102.

Recuperado de [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/674-671-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/674-671-1-PB%20(1).pdf)

Hersch, P., y González, L. (2011). *Un ensayo de epidemiología sociocultural a propósito de seis entidades nosológicas de raigambre nahua en la colindancia de Guerrero, Morelos y Puebla*. México: INAH.

Hernaez, A. (2008). *Antropología Médica, teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos Editorial.

Inhorn, M.C. & Whittle, K.L. (2001). Feminism meets the “new” epidemiologies: toward an appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women’s health. *Social Science & Medicine*, 53, pp. 553–567.

Instituto Nacional de Estadísticas, Servicio Civil e Identificación y Ministerio de Salud. *Anuarios de demografía de 1990*. Santiago: INE.

Instituto Nacional de Estadísticas, Servicio Civil e Identificación y Ministerio de Salud. *Anuario de Demografía 1997*. Santiago: INE.

- Kirkwood, J. (1990). *Ser Política en Chile. Los nudos de la sabiduría Feminista*. Santiago: Editorial Cuarto Propio.
- Koepsell, D., y Ruiz, M. (2015). *Ética de la Investigación, Integridad Científica*. México: Comisión Nacional de Bioética/Secretaría de Salud.
- Kraus, A., y Pérez, R. (2007). *Diccionario incompleto de bioética*. México: Taurus.
- Krause, E. & De Zordo, S. (2012). Introduction. Ethnography and biopolitics: tracing 'rationalities' of reproduction across the north–south divide. *Anthropology & Medicine*, (19)2, pp.137-151.
- Labra, M. (mar.-jun. 2000). Política e medicina social no Chile: narrativas sobre uma relação difícil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, VII(1), pp.23-47.
- Laplantine, F. (1999). *Antropología de la enfermedad*. Argentina: Ediciones Del Sol.
- La Tercera. (2012). Tasa de fecundidad vuelve a caer y acumula descenso de 28% en 20 años. Recuperado de <http://diario.latercera.com/2012/10/25/01/contenido/tendencias/16-121383-9-tasa-de-fecundidad-vuelve-a-caer-y-acumula-descenso-de-28-en-20-anos.shtml>
- Linares, B., y Nazar, A. (junio de 2016). *La no maternidad indígena en Chiapas*. En la XIII Reunión Nacional de Investigación Demográfica en Ciudad de México.
- López, A.; Rastello, A., y Rogers, R. "Chilenización" del modelo salud familiar en los CESFAM de Valparaíso al mes de junio 2002. Recuperado de http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/santiago%202002/chilenizaci%F3n_del_modelo_salud_familiar.pdf
- Maier, E. (Julio-diciembre de 2008). La disputa por el cuerpo de la mujer, la/s sexualidad/es y la/s familia/a en Estados Unidos y México. *Frontera Norte*, (20)40.
- Maira, G.; Santana, P., y Molina, S. (2008). *Violencia sexual y aborto: conexiones necesarias*. Santiago: Red chilena contra la violencia hacia las mujeres.
- Maira, G. (2010). *Aborto y feminismo en Chile (1990-2009): reflexiones desde el cuerpo y la sujeto*. (Tesis de maestría), FLACSO, Ecuador.

- Marchal, M.G.; Chicharro, M.C., y Barranco, E. (1997). *Síndrome post-ligadura. Un motivo de consulta urgente en el Hospital Clínico de Granada*. Recuperado de http://hosting.sec.es/descargas/1997_Congreso_SEC/pdf/T_06_007.pdf
- Martin, E. (2006). *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Mendoza, D.; Hernández, M., y Valencia, J. (2012). *Perfil de la salud reproductiva de la República Mexicana*. CONAPO. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Perfil_de_la_salud_reproductiva_de_la_Republica_Mexicana
- Mendoza, Z. (2011). *De lo biomédico a lo popular. El proceso salud-enfermedad-atención en San Juan Copala, Oaxaca*. México: UNAM.
- Menéndez, E. (1981). *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México: Ediciones de la Casa Chata.
- Menéndez, E. (1983). *Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Vol. 86 México: Ediciones de la Casa Chata.
- Menéndez, E. (1985). *Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina*. En Nueva Antropología, vol. VII, núm. 28, México.
- Menéndez, E. (1992). *Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Menéndez, E. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios sociológicos*, pp. 37-67.
- Menéndez, E. (2009). De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y epidemiología mexicanas. *Salud Colectiva*, 5(2), 155-179.
- Menéndez, E. (2011). Modelos, experiencias y otras desventuras. En Haro, A. (org.). *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Minna, A. (2011). "The Hour of Eugenics" in Veracruz, México: Radical politics, public health, and Latin American's only sterilization laws. *Hispanic American Historical Review* 91:3. DOI: 10.1215/00182168-1300191

Minayo, M. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Mines, A.; Villa, G.; Rueda, R., y Marzano, V. (10 dez. 2013). El aborto lesbiano que se hace con la mano. Continuidades y rupturas en la militancia por el derecho al aborto en Argentina (2009-2012). *Bagoas - Estudios gays: géneros e sexualidades*, (7)09.

Ministerio de Desarrollo Social. (2012). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2009 y 2011*. Recuperado de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/publicaciones/2011/CASEN_2011.pdf

Ministerio de Salud. *II Encuesta de Calidad de Vida y Salud Chile ENCAVI, 2006*. Recuperado de <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/ENCAVI-2006.pdf>

Ministerio de Salud. *I Encuesta de Calidad de Vida y Salud Chile ENCAVI, 2001*.

Ministerio de Salud. *Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2003*. Recuperado de <http://www.medicinadefamiliares.cl/Protocolos/encnacsalres.pdf>

Ministerio de Salud. *Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2006*. Recuperado de <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/ENCAVI-2006.pdf>

Ministerio de Salud. *Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010*. Recuperado de <http://www.fundacionconvivir.cl/wp-content/uploads/2017/07/Encuesta-Nacional-de-Salud-2009-2010.pdf>

Ministerio de Salud. (2010). *Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/porta/ur/ite/c4034eddbbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

Ministerio de Salud. *Fija directrices para los servicios de salud sobre esterilización femenina y masculina. Resolución Exenta N° 2326 de 2000*. Recuperado de

http://salunet.minsal.gov.cl/pls/portal/docs/PAGE/TRANSPARENCIA/G_SEREMI/SEREMI4_NO_RMAS/RESOLUCION_2326_00.PDF

Ministerio de Salud. (2010). *Normas nacionales sobre regulación de la fertilidad*. Recuperado de

<http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c63caff4ede9fe04001011f014bf2.pdf>

Ministerio de Salud (2011). *Diseño e implementación de una metodología de evaluación, seguimiento y acompañamiento de la reforma de salud de Chile*. Recuperado de

https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=396:disponible-reporte-final-diseno-metodologia-evaluacion-seguimiento-acompanamiento-reforma-salud-chile&Itemid=213

Ministerio de Salud (2011). *Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas*. Recuperado de

<http://www.mileschile.cl/documentos/biblioteca/Orientaciones%20Tecnicas%20perdidas%20reproductivas%20MINSAL%20Chile.pdf>

Ministerio de Salud (2015). *Guía Clínica Perinatal*. Recuperado de http://web.colegiodematronas.cl/wp-content/uploads/2017/01/GUIA-PERINATAL-DE-CHILE_2015.pdf

Ministerio de Salud (2016). *Cuenta pública 2015*. Recuperado de <http://web.minsal.cl/cuenta-publica-2015/>

Ministerio de Salud. *Norma Técnica Nacional. Acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030*. Recuperado de

<http://www.mileschile.cl/documentos/biblioteca/NORMA%20ACOMPAMIENTO%20Y%20ATENCIÓN%20INTEGRAL%20LEY%2021.pdf>

Ministerio de Salud, Presidencia de La Nación. (2008). *Anticoncepción quirúrgica mujeres. Ligadura de Trompas de Falopio*. Recuperado de

http://www.ossyr.org.ar/PDFs/2008_Guia_contracepcion_quirur_mujeres.pdf

Miranda, G., y Saffie, X. (2014). Pacientes policonsultantes: ¿un síntoma del sistema de salud de Chile? *Acta Bioethica*, 20(2), pp.215-223.

Montecinos, S. (1991). *Madres y huachos*. Santiago: Cuarto Propio.

- Muñoz, G. (23/07/2012). *Más psicología en los consultorios* (1994). En Puntada con Hilo. Recuperado de <http://lapuntadaconhilotextoscompletos.blogspot.com/2012/07/graciela-munoz-mas-psicologia-en-los.html>
- Naciones Unidas. (2008). *Asamblea General. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Manfred Nowak*. Recuperado de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6076.pdf>
- Naciones Unidas y Gobierno de Chile. (2010). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Tercer informe del Gobierno de Chile*. Recuperado de <http://www.pnud.cl/odm/tercer-informe/Tercer%20Informe%20Nacional%20ODM%20Chile%202010.pdf>
- OCDE. *Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014 Chile en comparación*. Recuperado de <http://www.oecd.org/els/health systems/Briefing-Note-CHILE-2014-in-Spanish.pdf>
- OMS. (1993). *Esterilización femenina. Guía para la prestación de servicios*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40943/9243544349_es.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- OMS. (2009). *Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos*. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243563886_spa.pdf
- OPS/OMS. (2011). *Salud en Chile 2010. Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile*. Recuperado de <http://new.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20chile%202010.pdf>
- OMS. (2011). *Estadísticas sanitarias mundiales*. Recuperado de http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf
- OMS. (2013). *Estadísticas sanitarias mundiales*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/82218/9789243564586_spa.pdf?sequence=1
- OMS. (2014). *Estadísticas sanitarias mundiales*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131953/9789240692695_spa.pdf?sequence=1
- OMS. (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf

- OMS. (2018). *Valorar el trabajo no remunerado de cuidado de la salud para transformar la vida de las mujeres*. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=agenda-salud-sostenible-americas-2018-2030-9479&alias=43957-valorar-trabajo-no-remunerado-cuidado-salud-transformar-vida-mujeres-957&Itemid=270&lang=es
- Ortega, J.; Hoil, J.; Santana, A., y Andueza, G. (2011). Género, generaciones y transacciones: ejes desde la epidemiología sociocultural. En Haro, A. (org.). *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Osorio, R. (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: CIESAS, INAH, INI.
- Pérez, A. (2006). *Perspectivas feministas en torno a la economía: el caso de los cuidados*. Madrid: Consejo Económico y Social. Recuperado de <https://porunavidavivible.files.wordpress.com/2012/09/perez-orosco.pdf>
- Pardo, I., y Varela, C. (2013). La fecundidad bajo el reemplazo y las políticas familiares en América Latina y el Caribe: qué puede aprenderse de la experiencia europea. *R. bras. Est. Pop.*, Rio de Janeiro, 30(2), 503-518.
- Pedraza, S. (mayo-agosto de 2009). Derivas estéticas del cuerpo. *Desacatos*, 30, pp. 75-88.
- Peña, E., y Hernández, L. (2005). Entre el dilema de la salud y la condición discapacitante: las prácticas sexuales en parapléjicos. *Revista de estudios de antropología sexual*, 1(1), 45-61.
- Peña, E. (2012). *Enfoque biocultural en antropología*. México: CONACULTA-INAH.
- Peña, E., y Hernández, L. (2015). *Entre cuerpos y placeres. Representaciones y prácticas sexuales en personas con discapacidad adquirida*. México: UANL.
- Peretti, L. (2010). Las “enfermedades culturales”, la etnopsiquiatría y los terapeutas tradicionales de Guatemala. *Scripta Ethnologica*, vol. XXXII, 17-28. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14815618002>

- Perez, I. (2011). Las “no enfermedades” y la medicalización. *Revista Jano*. Número 1775. Recuperado de <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/00/1775/73/1v00n1775a90034643pdf001.pdf>
- Profamilia, Ministerio de la Protección Social de Colombia y USAID. (2011). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010*. Recuperado de <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr246/fr246.pdf>
- Planned Parenthood. (2012). *Historia de los métodos anticonceptivos*. Recuperado de https://www.plannedparenthood.org/files/9913/9978/2156/bchistory_Spanish_2012.pdf
- Rodríguez, G.; Molina, M., y Quintana, L. (2015). Fecundidad. Estudio y comportamiento. América Latina y Cuba. *Revista Novedades en Población*, 11(21), 1. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782015000100005&lng=es&tlng=es.
- Rodríguez, L., y Perpétuo, I. (2011). *La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina. 15 años después de El Cairo-1994*. Santiago: CEPAL, CELADE, UNFPA. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7134/1/S1100075_es.pdf
- Rodríguez, J., y Santana, P. (2011). *Estudio cualitativo de factores psicosociales y culturales que inciden en el embarazo de niñas menores de 15 años en la Región de Valparaíso*. Valparaíso: Galerna Consultores. Recuperado de http://galerna.cl/wp-content/uploads/2017/03/Informe_Final_FONIS_Galerna.pdf
- Rojas, C. (2009). Lo global y lo local en los inicios de la planificación familiar en Chile. *Estudios Avanzados*, II, 7-27.
- Rojas, C. (Sep. 1994). Historia de la política de Planificación Familiar en Chile: Un caso paradigmático. *Debate Feminista: cuerpo y política*. Vol. 10, año 5, 185-214. Recuperado de <http://www.debatefeminista.com/PDF/Articulos/histor1201.pdf>
- Rubin, G. (1989). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En Vance, Carole, S. (Comp.) *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. (pp. 113-190). Madrid: Ed. Revolución.
- Roland, E. (1995). Direitos reprodutivos e racismo no Brasil. *Estudos Feministas*, Ano 3, 2º semestre 95.

- Santana, P. (2007). *Contribuciones de los movimientos de mujeres y feministas a la equidad en salud: la experiencia chilena. Un estudio de caso encargado por la Red de Conocimiento de Sistemas de Salud.* OMS. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/equity_feminism_chile_2007_es.pdf
- Saletti, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. *CLEPSYDRA*, 7, 169-183. Recuperado de http://www.ugr.es/~esmujer/pdf/Saletti_Cuesta_articulo_revista_clepsydra.pdf
- Sánchez, A., y Pérez, G. (2014). La morbilidad asociada al embarazo y su manejo en México. En Sánchez, A (coord.). *Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México.* México: UAM.
- Sánchez, P.; Cetina, T., y Menéndez, P. (2009). *Efectos psicológicos de la esterilización quirúrgica en mujeres Yucatecas.* Recuperado de <http://www.cpti.com.mx/Efectos%20psicologicos%20de%20la%20salpingoclasia.pdf>
- Scheper-Hughes, N. (1992). *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil.* Berkeley: University of California Press.
- Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio. (2013). *Plan estratégico 2013-2015.* Recuperado de <http://www.ssvsatransparencia.com/2013/Actos%20y%20Efectos%20Sobre%20Terceros/Noviembre/Plan%20estrategico.pdf>
- Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio. Informe cuenta pública participativa 2014 Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso. Recuperado de <http://hospitalcarlosvanburen.cl/wp-content/uploads/2017/05/CUENTA-PUBLICA-2014.pdf>
- Singer, M. & Erickson, P. (2011). *A Companion to medical anthropology.* New York: Wiley-Blackwell.
- Stepan, N. (1991). *The Hour of Eugenics: Race, gender and nation in Latin America.* Ithaca, New York: Cornell University Press.
- Strasser, G. (2011). *Prácticas y representaciones en torno a los procesos de salud-enfermedad en la población de Azampay.* (Tesis de doctorado). La Plata: Universidad Nacional de La Plata.

- Tetelboin, C., y Laurell, A (coords). (2015). Por el derecho universal a la salud: una agenda latinoamericana de análisis y lucha. México: CLACSO.
- Tonelli, D. (2009). *Contracepção, natureza e cultura: embates e sentidos na etnografia de uma trajetória*. (Tese de doutorado). Campinas: Universidad Estadual de Campinas.
- Turner, S. (2001). Los derechos sexuales y reproductivos y su incidencia en la esterilización y procreación asistida. *Revista de Derecho*, XII, 207-216. Recuperado de <http://mingaonline.uach.cl/pdf/revider/v12n2/art15.pdf>
- UNFPA. (2013). *Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*. Recuperado de <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>
- United Nations. (2015). *Trends in contraceptive use worldwide*. Recuperado de <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/trendsContraceptiveUse2015Report.pdf>
- USAID & The Respond Project. (2012). *Synthesis of evidence on female sterilization collected for experts consultation*. Recuperado de <http://www.respond-project.org/pages/bellagio/Overview-for-3-evidence-pieces-final-8-22-12.pdf>
- Varas, J.; Hering, E., y Demetrio, A. (2010). Ficha Clínica: Composición y manejo; Registros clínicos. *REV. OBSTET. GINECOL. - HOSP. SANTIAGO ORIENTE DR. LUIS TISNÉ BROUSSE*. VOL 5(1), 57-61.
- Vásquez, M.B., y Carrasco, A.M. (2016). Significados y prácticas culturales de la menstruación en mujeres aymara del norte de Chile. Un aporte desde el género a los estudios antropológicos de la sangre menstrual. *Chungará, Revista de Antropología Chilena*, 49(1), 99-108. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/chungara/2016nahead/aop3616.pdf>
- Vidal, F. (2007). *Sexualidad, género y VIH/SIDA: ¿Qué piensan los futuros docentes chilenos/as?* Santiago: Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, Comité País para el Fondo Global.
- Viel, B. (1974). *Crecimiento de la población de Europa y Las Américas*. Colombia: PROFAMILIA.

- White, K., & Potter, J. (Junio de 2014). Reconsidering racial/ethnic differences in sterilization in the United States. *Contraception*, 89(6):550-6, doi: 10.1016/j.contraception.2013.11.019
- Wohltjen, H.M. (2011). *Making reproductive health meaningful: an anthropological study of Planned Parenthood personnel in Lexington, KY*. Theses and Dissertations-Anthropology. Paper 1. Recuperado de http://uknowledge.uky.edu/anthro_etds/1
- Wuthnow, R.; Davison, J.; Bergesen, A., & Kurzweil, E. (1988). *Análisis cultural, la obra de Peter L. Berger, Mary Douglas, Michel Foucault y Jürgen Habermas*. Buenos Aires: Paidós.
- Yupanqui, A., y Ferrer, V. (2018). Análisis de la producción científica mundial sobre esterilización forzada de mujeres con discapacidad entre 1997 y 2016. *Gac Sanit*. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.08.008>
- Zarate, M.S. (Comp). (2008). *Por la salud del cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado. Recuperado de <http://www.memoriachilena.cl/archivos2/pdfs/MC0056058.pdf>

ANEXO 1: Matriz de categorías para el análisis de la información de las entrevistas



ANEXO 2: Pauta de entrevista a profundidad a mujeres usuarias de la EQV

Sujeto de estudio: Mujeres que hayan solicitado o accedido a una esterilización quirúrgica en establecimientos de salud públicos seleccionados.

Objetivos:

- a. Construir un relato de vida que contextualice la experiencia relacionada con la esterilización quirúrgica.
- b. Describir la trayectoria reproductiva de mujeres que han optado por una EQ.
- c. Describir la trayectoria de atención en torno a la EQ.

1. Construir una radiografía general de la vida de la mujer a partir de un relato libre

Si bien, la idea es que la mujer construya libremente su relato, la investigadora estará atenta a que en éste surjan diferentes momentos de su vida y, en especial, las siguientes claves:

- Infancia, proceso escolar (donde estudió, deserción, dificultades, apoyo)
- Adolescencia: primeros *pololos*, personas significativas, inicio sexual, amistades
- Familia de origen: quienes la componen, relación con cada integrante, personas significativas (énfasis en relación con padre, madre), dificultades, problemas, salud, etc.
- Trabajo: experiencia de trabajo fuera de la casa, en que se ha desempeñado, proyecciones, capacitaciones, expectativas
- Sexualidad: inicio sexual, experiencias significativas, valoración de la sexualidad, relaciones de parejas, amor, violencia
- Acceso a la atención en salud: motivos de consulta, calidad de atención en salud reproductiva; solicitud, acceso y seguimiento en relación a la esterilización.
- Condiciones de vida: autopercepción acerca de sus condiciones de vida, habitabilidad, económicas, comunitarias (redes).

2. Trayectoria reproductiva

- Menarquia

- Recuerdos en relación al o los momentos en que supo que estaba embarazada. Reacciones, comunicación de esta situación al progenitor y a otras personas (madre, familia, amistades)
- Deseo de embarazo.
- Características del/los progenitor/es y de la relación con él/ellos
- Cuando comienza a controlar su vida reproductiva con métodos, cuales ha usado, experiencia con cada uno, proyecto reproductivo (cuantos hijos/as quería tener?)
- Cambios percibidos a partir del primer embarazo: autopercepción, proyecciones, expectativas, trabajo, educación, familia, amistades, responsabilidades
- Maternidad: lugar que ocupa en su vida, compatibilización con otros ámbitos de desarrollo personal
- Resignificación de la sexualidad y la reproducción después de la esterilización

3. Trayectoria de atención de la esterilización quirúrgica

- Acciones previas a tomar la decisión de esterilizarse: uso de otros métodos anticonceptivos, fracaso de métodos, búsqueda de atención por otros problemas de salud (hemorragias, miomas, etc.)
- Educación sexual y conocimiento de aspectos reproductivos.
- Utilización de recursos y tratamientos alternativos antes, durante y después
- Decisión de esterilizarse: Motivación personal, participación de pareja, influencia de prestadores de salud
- Recorrido por el sistema de salud: prestadores con los cuales se atendió, información entregada, requisitos a seguir, nivel de atención y tipo de establecimiento, tiempos de espera, trámites, exámenes, desatención
- Costos económicos asociados a la búsqueda de soluciones, incluida la atención de salud
- Conocimiento del tratamiento y atención realizada: si sabía de las consecuencias previo a la EQ, qué tipo de intervención le realizaron, que equipo de salud la atendió.
- Experiencia de la esterilización a nivel biológico: proceso de recuperación, molestias y secuelas posteriores
- Conflictos, consecuencias, a nivel personal, familiar o social asociadas con la EQ
- Controles y seguimiento

ANEXO 3: Pauta de entrevista semi estructurada a prestadores/as de salud

Sujeto de estudio:

Prestadores/as de salud que cumple algún rol en el proceso de atención de la esterilización quirúrgica en los establecimientos de salud de seleccionados.

Objetivos:

- a. Describir la trayectoria de atención de mujeres usuarias de EQV.
- b. Describir percepciones y posicionamientos del personal de salud relacionado con la atención de la esterilización quirúrgica.

1. Descripción del trabajo que realiza.

- Profesión, función que cumple en este establecimiento y tiempo que lleva en ello
- Características del trabajo que realiza en general y en particular en relación con la esterilización quirúrgica
- Cual es responsabilidad biomédica y bioética en relación a la EQ

2. Situación de la esterilización quirúrgica

- Como define la EQ
- Según su opinión ¿Cuál es la situación de la esterilización quirúrgica en Chile? (en mujeres, en hombres, relación oferta/demanda, acceso)
- ¿Cuál es su percepción respecto a la evolución de la demanda y el acceso a la esterilización, respecto a décadas pasadas? ¿Qué elementos sanitarios, sociales, económicos, culturales explicarían los cambios que Ud. identifica?
- ¿Identifica cambios en relación a la EQ después del cambio de normativa? (año 2000)
- ¿Cuál es la relación de la EQ con otras cirugías ginecológicas, como la histerectomía?
- ¿Cuál es la relación de la EQ con la cesarea?
- ¿Cuál es el nivel de recanalizaciones?

3. Atención de la esterilización quirúrgica

- ¿Existen protocolos para la EQ? ¿en qué consisten? ¿Cuáles ocupa Ud.?

- ¿Cuáles son los criterios utilizados por el equipo de salud para aprobar una solicitud de EQ? ¿Qué condiciones debe reunir una mujer para ser esterilizada? ¿Qué condiciones debe reunir un hombre para ser esterilizado?
- ¿Cómo se priorizan las EQ?
- Según su experiencia ¿Cuáles son las razones por las cuales las mujeres solicitan esterilizarse?
- ¿A quiénes cree Ud. Que le corresponde intervenir en la decisión de la EQ? (mujer, pareja, médico)
- ¿Qué rol le cabe al médico o al equipo de salud?
- ¿Cuál es el tiempo que debería transcurrir entre la solicitud de EQ y la operación?
- ¿Identifica problemas de salud asociados a la esterilización quirúrgica? (para acceder a una EQ? ¿cuáles?
- ¿Existen efectos colaterales en la salud de la mujer que se esteriliza? ¿Cuáles? ¿conoce casos en que la mujer haya tenido problemas de salud posteriores a la EQ?
- ¿Se realiza seguimiento?

4. Definiciones y posicionamientos

- ¿Considera a la EQ un método anticonceptivo?
- ¿Considera a la EQ un derecho? ¿Una opción médica necesaria?
- Según su percepción, ¿a que fenómenos sociales o situaciones de salud está relacionada la alta demanda de la EQ? (fecundidad, aborto, cesáreas, pobreza)
- ¿Es el acceso a la EQ igual para todas las mujeres? (de acuerdo a nivel socioeconómico, edad, cultura, etc.)
- ¿Identifica Ud. Diferencias de opinión entre el personal de salud en relación a la EQ? ¿En qué se manifiestan esas diferencias? Un médico/a ¿puede negarse a realizar la EQ?

ANEXO 4: Guía de observación participante establecimientos de salud

1. Sujeto de investigación: prestadores/as de salud que participan en el proceso de atención a la esterilización quirúrgica en mujeres en Consultorio de APS y en Hospital.

2. Objetivo: Complementar y contextualizar la información recogida a través de otras técnicas de investigación cualitativa.

3. Actividades de atención a observar, algunas posibilidades (dependerá del acuerdo con el médico encargado o el equipo de salud):

- Consulta clínica a usuaria o solicitante de EQ
- Recepción en secretaría de la usuaria de EQ
- Consejería para EQ
- Hospitalización por EQ

4. Guía de observación

4.1 Descripción detallada de los elementos materiales (como una “fotografía”)

- Características físicas del espacio: tamaño del lugar, iluminación, muebles, distribución del espacio, máquinas, artículos de trabajo, implementos tecnológicos y de oficina, etc.
- Cantidad y características generales de las personas presentes, flujo de ocupación del espacio.

4.2 Descripción de las relaciones

- Tipo de interacciones entre las personas presentes: relación médico/usuaria; relación entre personal de salud
- Funciones que cumplen las personas presentes
- Formas comunicativas que transmiten contenidos latentes o no explícitas (gestos, insinuaciones, bromas, etc.)
- Conductas, actitudes
- Lenguaje de las personas que participan
- Solicitud, escucha, indicaciones, satisfacción

4.3 Descripción de las actividades

- Acciones que se desarrollan en el lugar de observación
- Elementos de apoyo: recursos educativos, digitalización de la información, aspectos administrativos, etc.

ANEXO 5: Guía de observación participante con mujeres usuarias de EQV

1. Sujeto de investigación: mujeres usuarias de la esterilización quirúrgica (esterilizadas o en espera) en la salud pública.

2. Objetivo: Complementar y contextualizar la información recogida a través de otras técnicas de investigación cualitativa.

3. Actividades de atención a observar:

1. Contexto físico de la entrevista, conversación o actividad

- Características físicas del lugar: materiales de construcción, tamaño, muebles y cosas que estén dentro del espacio, artículos electrónicos, número de dormitorios, etc.
- Cantidad y características de las personas que habitan en el hogar
- Características del entorno: hora del día, clima o temperatura, forma de acceso, recepción

2. Expresiones y conductas

- Expresiones que acompañan a la conversación o entrevista, que refuercen o contradigan lo que se está diciendo, para dimensionar de mejor manera la intensidad y coherencia del relato.
- Relaciones y comunicación entre la entrevistada y otras personas presentes en el espacio de la entrevista, es decir, que hayan personas que no están siendo entrevistadas pero que interfieren de alguna manera en el desarrollo de la entrevista.
- Prácticas y rutinas cotidianas, y valores asociados (horarios de comida, trabajo, división del trabajo dentro del hogar, etc.)

ANEXO 6: Instrumento de registro de expedientes clínicos

N°	Situación de EQ*	variables	alternativas de respuesta	códigos	precisión concepto
1	Común	N° de ficha			
2	Común	fecha creación ficha			
3	Común	fecha de nacimiento			
4	Común	previsión de salud	fonasa	FA-FB-FC-FD	
			isapre	I	
			particular	P	
			sin previsión	SP	
5	Común	tipo de unión	casada	C	si ha tenido mas de una pareja, vale la ultima
			soltera	S	
			conviviente	Co	
			otro	especificar	
6	Común	escolaridad	ninguno	N	
			básica completa	BC	
			básica incompleta	BI	
			media completa	MC	
			media incompleta	MI	
			superior	Sup	
7	Común	actividad usuaria	abierta		
8	Común	comuna o sector de residencia	abierta		
9	Común	edad menarquia			
10	Común	MAC utilizados	Píldoras	ACO	nombrar todos los MAC registrados en la historia clínica
			Inyectable	Iny	
			Implante	Im	
			DIU T Cobre	Tc	
			Preservativo	P	
11	Común	N° gestas			incluye embarazos y abortos
12	Común	N° partos vaginales			
13	Común	N° Cesareas			
14	Común	N° Abortos			
15	Común	N° hijos vivos			
16	Común	Fechas de partos			
17	Común	patologías gineco-obstétricas	diabetes gestacional	DG	
			embarazo inviable	EI	especificar
			anemia	A	
			otro	especificar	
18	EQ	N° de abortos entre solicitud y SLG			
19	EQ	N° de embarazos entre solicitud y SLG			
20	LE	N° de abortos después de primera solicitud			

21	LE	N° de embarazos después de 1° solicitud			
22	Común	edad de la madre 1° embarazo			
23	Común	Tipo de embarazo según deseo	Deseado	D	Especificar cual fue no deseado
			No deseado	ND	
24	Común	N° de progenitores			
25	Común	Edad progenitores			
26	Común	Edad usuaria c/embarazo			edades consecutivas
27	Común	Actividad progenitores	abierta		
28	Común	Enfermedades pre existentes relevantes	abierta		
29	Común	Hábitos de riesgo	Consumo problemático alcohol	A	
			Consumo problemático drogas	D	
			Consumo tabaco	T	
			Conducta sexual de riesgo	S	
			otro	especificar	
30	Común	Diagnóstico para SLG	Deseo SLG	D	
			Paridad cumplida	PC	
			Polinatalidad o multiparidad	Poli o Multi	
			Discapacidad mental	DM	
			Enfermedad crónica	EC	
		otro	especificar		
31	Común	Motivos de la paciente	abierta		
32	Común	Establecimiento que deriva	abierta		
33	Común	Edad al momento de la primera solicitud			
34	Común	N° de hijos al momento de la primera solicitud			
35	Común	N° solicitudes			
36	Común	Fechas de solicitudes			se consideran solicitudes las que vienen explicitadas en documentos específicos (interconsulta, acreditado consejería, etc.) o las que vienen anotadas en la historia clínica de una hospitalización
37	LE	Estado de solicitud	Lista de espera	LE	
			Postergada	P	
			Egresada	EG	
38	LE	Causal de egreso lista de espera	Causal 4: operada extra sistema	Causal 4	
			Causal 6: Renuncia o acepta MIRENA	Causal 6	
			Causal 8: dos ausencias injustificadas	Causal 8	
			Causal 11: contacto inubicable	Causal 11	
			Causal 12: no corresponde cirugía	Causal 12	

39	LE	Fecha de egreso			
40	EQ	Fecha de SLG			
41	EQ	Edad al momento de SLG			
41	EQ	N° hijos al momento de SLG			
42	EQ	N° días entre parto y SLG			
43	EQ	Método quirúrgico	Parckland	P	
			Pomeroy	Po	
			otro	especificar	
44	EQ	Contexto clínico SLG	Postparto	PP	Es la que se realiza después de un parto vaginal. Preferentemente 48 horas después del parto.
			Cesarea	C	
			Del Intervalo, electiva o programada	I	LT del intervalo es la que se realiza desvinculada del parto, sea la mujer nuligesta, nulípara o múltipara
45	EQ	Consulta post SLG o seguimiento	Si		
			No		
46	EQ	Complicaciones post SLG	abierta		
47	Común	Problemas de atención	Falta de pabellón	Pab	
			Falta de anestesiólogo	Anes	
			Exámenes pre operatorios incompletos	Ex	
			Protocolos de consentimiento incompletos	Prot	
			otro	especificar	
48	Común	Documentos y protocolos	Consetimiento Informado para SLG	CI	
			Acredito consejería para SLG	AC	
			Interconsulta de APS	IAPS	
			Hoja de protocolo operatorio	HP	
			Autorización solicitud de esterilización femenina	ASEF	
			Solicitud de hospitalización	SH	
			Historia clinica (Poli Gine)	HCPG	
			Historia clínica de cirugía mayor ambulatoria en ginecología	HCCM	
		Hoja Historia Ginecológica	HG		
49	Común	Iniciativa de gestión	LEQ NO GES: listado espera quirurgica no GES (no garantizado)	LEQ NO GES	
			Otra		
50	Común	Observaciones sobre información de la ficha	abierta		

* Común: común a ambos listados; EQ: solo para listado de usuarias esterilizadas; LE: solo para listado de usuarias en lista de espera.

ANEXO 7: Consentimiento informado de investigación, Usuarias EQV

Formulario de Consentimiento Informado⁸¹

Información para Participantes: Mujeres usuarias de la esterilización quirúrgica.

El propósito del presente documento es invitarla a participar en el estudio de investigación “La esterilización quirúrgica en Chile como práctica anticonceptiva de mujeres: un análisis crítico desde la Antropología en Salud”.

Usted ha sido elegida por su experiencia en relación a la esterilización quirúrgica. La investigadora principal es Paula Santana Nazarit, en el marco del Doctorado en Ciencias de la Salud, Campo Disciplinario de Antropología en Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Su participación es voluntaria y para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistirá su participación:

1. Dónde y cuándo se llevará a cabo la investigación

La investigación mencionada se realizará en Valparaíso y en Chiloé, particularmente en los establecimientos hospital Carlos Van Buren y CESFAM Jean y Marie Thierry (Valparaíso); Hospital de Castro y CESFAM Quillahue (Chiloé), durante 2 años (2016-2018).

2. Motivación y propósito del estudio

Con esta investigación se quiere conocer y comprender los motivos y circunstancias en que las mujeres toman la decisión de esterilizarse, cuales son los obstáculos que enfrentan para concretarlo y las consecuencias que esta intervención tiene en su salud y sus vidas. Se parte del supuesto que están ocurriendo cambios sociales, culturales y demográficos en nuestro país, que explican el uso cada vez mayor de este método anticonceptivo irreversible por parte de las mujeres. Tampoco existe suficiente investigación e información sobre el acceso a este método en la salud pública, considerando que es un derecho reconocido en la Ley N°20.418, y que se necesita para tomar mejores decisiones en materia de regulación de la fertilidad, planificación familiar y otros aspectos de la política social. Los objetivos centrales de la investigación son dos:

1. Describir y analizar las características bioculturales de mujeres usuarias de la esterilización quirúrgica como práctica anticonceptiva voluntaria en establecimientos de salud pública de Valparaíso y Chiloé, y la relación de ésta con sus representaciones y prácticas de género.
2. Describir y analizar las trayectorias de atención e itinerarios terapéuticos de mujeres usuarias de la esterilización quirúrgica como práctica anticonceptiva voluntaria en establecimientos de salud pública de Valparaíso y Chiloé, y el papel que juegan en éstas los prestadores de salud.

3. En qué consiste su participación

Si está de acuerdo con participar en la investigación, acordaré con usted los días y horarios que más le convengan para realizarle entrevistas sobre su experiencia en relación con la esterilización quirúrgica. Las entrevistas incluirán preguntas sobre salud sexual y reproductiva, prácticas anticonceptivas, acceso al sistema de salud, proceso de toma de decisiones que la lleva a decidir esterilizarse, contexto social y familiar. La duración de la entrevista y el número de entrevistas dependerán de su nivel de comodidad y de cuanto le gustaría compartir. También quisiera contar con su permiso para acompañarla en algunas de sus actividades cotidianas, que me servirá para contextualizar su relato. Con su permiso, grabaré la entrevista con audio, tomaré apuntes y posiblemente sacaré fotos durante la entrevista. Las grabaciones y las fotografías serán para documentar fielmente la información que proporciona, y serán utilizadas para el propósito de transcripción. Si no quisiera ser grabada, tomaría apuntes en lugar de grabaciones. Si

⁸¹ Según modelo en conformidad con los estándares aceptados por el Ministerio de Salud de Chile, basado en el formato desarrollado por el Comité de Evaluación de Ética en la Investigación (CEI) de la OMS.

acordara ser grabada o aparecer en fotos pero se siente incómoda en cualquier momento durante la entrevista, podría detener la grabación según su petición.

4. Riesgos y molestias

Algunas de las preguntas de esta investigación le pueden hacer sentir incómoda o afectada. Se puede negar a responder cualquiera de las preguntas o puede parar la entrevista en cualquier momento. Si producto de nuestras conversaciones, usted siente que necesita atención de salud, personalmente la apoyaré en las gestiones que deba hacer para ello, acompañándola, haciendo uso de mis redes personales y profesionales para facilitar su atención y/o estableciendo derivación con el establecimiento de salud pública involucrado en esta investigación.

5. Beneficios

No hay beneficios directos para usted por su participación en este estudio. Se espera que la investigación proporcione información sobre el uso de la esterilización quirúrgica por parte de las mujeres chilenas y con ello, ayudar a que se conozca los efectos que ésta tiene en sus vidas, en salud integral, e identificar problemas de acceso o atención en el sistema público de salud en relación a este método anticonceptivo. Espero también hacer sugerencias a la política de salud sobre estas materias.

6. Costos y pagos

No se realizará pago por su participación en este estudio. Los gastos derivados de su participación en el estudio serán cubiertos por la investigadora principal, por ejemplo, si tiene que movilizarse a algún lugar para facilitar las actividades de investigación. La investigadora principal no recibe pago por trabajar en la investigación, sin embargo, como es parte de sus estudios de doctorado, ella recibe una beca de manutención con lo que podría cubrir costos menores.

7. Derechos de la participante

a. A manifestar dudas y a hacer preguntas

Usted puede hacer preguntas y manifestar sus dudas en todo momento, en caso que posteriormente tenga cualquier pregunta sobre esta investigación, favor de contactarme. Me puede contactar al teléfono celular: 9 66940711 o al correo electrónico: paulasantanazarit@gmail.com

b. A la participación voluntaria, a conocer alternativas y a retirar consentimiento

La participación en esta investigación es completamente voluntaria. Puede negarse a participar en este proyecto. Puede negarse a responder cualquiera de las preguntas y puede detener su participación en el proyecto en cualquier momento. Si elige no participar en el proyecto, no contestar las preguntas o seguir participando en el proyecto, no habrá ningún castigo ni pérdida de beneficios a los cuales normalmente tiene derecho.

c. A la atención y a una derivación oportuna

Si existieran eventos adversos derivados de su participación en la investigación, la investigadora principal se responsabilizará porque usted tenga la atención que necesita a través de derivación al establecimiento involucrado en este proyecto o al cual corresponde a su localidad. En caso de encontrar hallazgos que le afecten personalmente como consecuencia de la investigación, se le informará mediante visita personal de la investigadora o, de no ser posible, a través de una llamada telefónica.

d. A recibir información relevante derivada de la investigación

Usted tiene derecho a conocer los resultados del estudio y a hacer uso de la información que la puede beneficiar de alguna forma en relación a su salud.

8. Confidencialidad

a. Reserva de la identidad del participante

Sus datos para el estudio serán manejados con confidencialidad, su participación será anónima. Su nombre será reemplazado por un nombre ficticio para resguardar su identidad. Los nombres individuales y otra información personal identificable no serán utilizados a menos que usted diera su permiso explícito.

Privacidad de los datos personales y sensibles

Seré la única persona con acceso a los archivos originales, transcripciones de entrevistas, etc. Cuando la investigación esté completa, puedo guardar grabaciones y apuntes para mi investigación futura. Retendré estos archivos indefinidamente en mi casa y en mi memoria digital personal cuando la investigación esté completa.

9. Difusión y entrega de los resultados

Los resultados de esta investigación se darán a conocer por diversos medios: publicaciones, seminarios o reuniones de tipo científico y/o académico y que podrán ser utilizados o no, en otras investigaciones que

no se alejen de los objetivos de la presente investigación, siempre resguardando la identidad de la participante.

10. Evaluación Ética Científica

Esta investigación ha sido evaluada y aprobada por el Comité de Bioética en Investigación (CBI de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso). En caso de tener alguna duda respecto de sus derechos como participante en esta investigación, puede contactar a su presidente, llamando al teléfono 32-250 73 70 o escribiendo al e-mail: etica.facultadmedicina@uv.cl. Asimismo, esta investigación ha sido evaluada aprobada también por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio y en caso de tener alguna dudas acerca de sus derechos como participante, puede contactarse con su Secretaria Ejecutiva, Dra. Mariana Cubillos, al número de teléfono 32-257 65 81 o escribir al correo electrónico: comiteetica.ssvsa@redsalud.gov.cl.

Acta de Consentimiento Informado Participantes mujeres usuarias de esterilización quirúrgica.

Yo,....., RUT....., declaro que la investigadora principal, estudiante del **Doctorado en Ciencias de la Salud, Campo Disciplinario Antropología en Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Paula Santana Nazarit**, me ha invitado a participar en el estudio **“La esterilización quirúrgica en Chile como práctica anticonceptiva de mujeres: un análisis crítico desde la Antropología en Salud”**, que llevará a cabo en **Valparaíso y Chiloé**. He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca del mismo y en qué consistirá mi participación. Me han informado y explicado claramente cuáles son los procedimientos del estudio, entre los que se encuentra **la realización de entrevistas en profundidad y desarrollo de observación**, en los que participaré. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y resolver todas mis dudas con el investigador(a). Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionar algún perjuicio.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación voluntaria en esta investigación. Recibiré una copia completa y firmada de este documento.

Nombre y Firma Participante
Fecha:

Nombre y Firma Investigador Responsable
Fecha:

Nombre y Firma Director del Establecimiento o su Delegado
Fecha:

Valparaíso,.....de..... de 2016

ANEXO 8: Consentimiento informado de investigación, prestadores/as de salud

Formulario de Consentimiento Informado⁸²

Información para Participantes: Prestadores de salud que intervienen en la atención de la esterilización quirúrgica.

El propósito del presente documento es invitarlo/a a participar en el estudio de investigación “La esterilización quirúrgica en Chile como práctica anticonceptiva de mujeres: un análisis crítico desde la Antropología en Salud”.

Usted ha sido elegido/a por su experiencia en relación a la esterilización quirúrgica. La investigadora principal es Paula Santana Nazarit, en el marco del Doctorado en Ciencias de la Salud, Campo Disciplinario de Antropología en Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Su participación es voluntaria y para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistirá su participación:

11. Dónde y cuándo se llevará a cabo la investigación

12. La investigación mencionada se realizará en Valparaíso y en Chiloé, particularmente en los establecimientos hospital Carlos Van Buren y CESFAM Jean y Marie Thierry (Valparaíso); Hospital de Castro y CESFAM Quillahue (Chiloé), durante 2 años (2016-2018).

13. Motivación y propósito del estudio

Con esta investigación se quiere conocer y comprender los motivos y circunstancias en que las mujeres toman la decisión de esterilizarse, cuales son los obstáculos que enfrentan para concretarlo y las consecuencias que esta intervención tiene en su salud y sus vidas. Por parte de los/as prestadores/as de salud se pretende conocer sus discursos y prácticas asociadas a la esterilización quirúrgica. Se parte del supuesto que están ocurriendo cambios sociales, culturales y demográficos en nuestro país, que explican el uso cada vez mayor de este método anticonceptivo irreversible por parte de las mujeres. Tampoco existe suficiente investigación e información sobre el acceso a este método en la salud pública, considerando que es un derecho reconocido en la Ley N°20.418, y que se necesita para tomar mejores decisiones en materia de regulación de la fertilidad, planificación familiar y otros aspectos de la política social. Los objetivos centrales de la investigación son dos:

1. Describir y analizar las características bioculturales de mujeres usuarias de la esterilización quirúrgica como práctica anticonceptiva voluntaria en establecimientos de salud pública de Valparaíso y Chiloé, y la relación de ésta con sus representaciones y prácticas de género.

2. Describir y analizar las trayectorias de atención e itinerarios terapéuticos de mujeres usuarias de la esterilización quirúrgica como práctica anticonceptiva voluntaria en establecimientos de salud pública de Valparaíso y Chiloé, y el papel que juegan en éstas los prestadores de salud.

14. En qué consiste su participación

Si está de acuerdo con participar en la investigación, acordaré con usted los días y horarios que más le convengan para realizarle una o dos entrevistas sobre su experiencia en relación con la esterilización quirúrgica. Las entrevistas se apoyarán con una pauta guía que incluirá preguntas sobre su ejercicio y experiencia profesional, su percepción acerca de la esterilización quirúrgica y otros aspectos en materia de regulación de la fertilidad desde el punto de vista de la atención y como problema de salud pública. También quisiera su permiso para observar algunas actividades de atención que estén relacionadas con la esterilización quirúrgica. Con su permiso, grabaré la entrevista (audio), tomaré apuntes y posiblemente sacaré fotos. Las grabaciones y las fotografías serán para documentar fielmente la información que

⁸²Según modelo en conformidad con los estándares aceptados por el Ministerio de Salud de Chile, basado en el formato desarrollado por el Comité de Evaluación de Ética en la Investigación (CEI) de la OMS.

proporciona, y serán utilizadas para el propósito de transcripción. Si no quisiera ser grabado/a, tomaría apuntes en lugar de grabaciones. Si acordara ser grabada o aparecer en fotos pero se siente incómoda en cualquier momento durante la entrevista, podría detener ambas acciones según su petición.

15. Riesgos y molestias

Algunas de las preguntas de esta investigación le pueden hacer sentir incómodo/a. Se puede negar a responder cualquiera de las preguntas o puede detener la entrevista en cualquier momento. El tiempo que invierta en las actividades de esta investigación puede provocar molestias en su trabajo, ante lo cual, procuraré adaptarme a su disponibilidad y no extenderme más allá de lo acordado.

16. Beneficios

No hay beneficios directos para usted por su participación en este estudio. Se espera que la investigación proporcione información sobre el uso de la esterilización quirúrgica por parte de las mujeres chilenas que puede servir para identificar problemas de acceso o atención en el sistema público de salud y proponer soluciones en su establecimiento. Espero también hacer sugerencias a la política de salud sobre estas materias.

17. Costos y pagos

No se realizará pago por su participación en este estudio.

18. Derechos del/a participante

d. A manifestar dudas y a hacer preguntas

Usted puede hacer preguntas y manifestar sus dudas en todo momento, en caso que posteriormente tenga cualquier pregunta sobre esta investigación, favor de contactarme. Me puede contactar al teléfono celular: 9 66940711 o al correo electrónico: paulasantanazarit@gmail.com

e. A la participación voluntaria, a conocer alternativas y a retirar consentimiento

La participación en esta investigación es completamente voluntaria. Puede negar participar en este proyecto. Puede negar responder a cualquiera de las preguntas y puede suspender su participación en el proyecto en cualquier momento. Si elige no participar en el proyecto, no contestar las preguntas o seguir participando en el proyecto, no habrá ninguna consecuencia que le afecte.

f. A recibir información relevante derivada de la investigación

Usted tiene derecho a conocer los resultados del estudio y a hacer uso de la información que la puede beneficiar de alguna forma en su desempeño profesional.

19. Confidencialidad

b. Reserva de la identidad del/a participante

A menos que Ud. lo solicite, sus datos de identificación personal serán públicos, debido a que se les está entrevistando debido a su rol como prestador de salud en el sistema público. Sin embargo, si facilita su participación, sus datos serán manejados con confidencialidad y su participación será anónima. Su nombre será reemplazado por un nombre ficticio para resguardar su identidad. Los nombres individuales y otra información personal identificable no serán utilizados a menos que usted diera su permiso explícito.

Privacidad de los datos personales y sensibles

Seré la única persona con acceso a los archivos originales, transcripciones de entrevistas, etc. Cuando la investigación esté completa, puedo guardar grabaciones y apuntes para mi investigación futura. Retendré estos archivos indefinidamente en mi casa y en mi memoria digital personal cuando la investigación esté completa.

20. Difusión y entrega de los resultados

Los resultados de esta investigación se darán a conocer por diversos medios: publicaciones, seminarios o reuniones de tipo científico y/o académico y que podrán ser utilizados o no, en otras investigaciones que no se alejen de los objetivos de la presente investigación, siempre resguardando la identidad del/a participante.

21. Evaluación Ético Científica

Esta investigación ha sido evaluada y aprobada por el Comité de Bioética en Investigación (CBI de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso). En caso de tener alguna duda respecto de sus derechos como participante en esta investigación, puede contactar a su presidente, llamando al teléfono 32-250 73 70 o escribiendo al e-mail: etica.facultadmedicina@uv.cl. Asimismo, esta investigación ha sido evaluada aprobada también por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio y en caso de tener alguna dudas acerca de sus derechos como participante, puede contactarse con su Secretaria Ejecutiva, Dra. Mariana Cubillos, al número de teléfono 32-257 65 81 o escribir al correo electrónico: comiteetica.ssvsa@redsalud.gov.cl.

Acta de Consentimiento Informado Participantes prestadores de salud que intervienen en la atención de la esterilización quirúrgica

Yo,....., RUT....., declaro que la investigadora principal, estudiante del **Doctorado de Ciencias de la Salud, Campo Disciplinario de Antropología en Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Paula Santana Nazarit**, me ha invitado a participar en el estudio **“La esterilización quirúrgica en Chile como práctica anticonceptiva de mujeres: un análisis crítico desde la Antropología en Salud”**, que llevará a cabo en **Valparaíso y Chiloé**. He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca del mismo y en qué consistirá mi participación. Me han informado y explicado claramente cuáles son los procedimientos del estudio, entre los que se encuentra **la realización de entrevistas semi estructuradas y desarrollo de observación**, en los que participaré. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y resolver todas mis dudas con el investigador(a). Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionar algún perjuicio.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación voluntaria en esta investigación. Recibiré una copia completa y firmada de este documento.

Nombre y Firma Participante
Fecha:

Nombre y Firma Investigador Responsable
Fecha:

Nombre y Firma Director del Establecimiento o su Delegado
Fecha:

Valparaíso,.....de..... de 2016

ANEXO 9: Ejemplo ficha clínica hospital Carlos Van Buren

FICHA CLÍNICA DE UNA MUJER ESTERILIZADA

En la portada: previsión, sexo, fecha de nacimiento, nombre de pila del padre y la madre, dirección y teléfono.

Adentro, primera carpeta:

- 1) Datos generales de identificación
 - Clasificación GES o no GES (Garantías explícitas de salud)
 - “Programar con prioridad compromiso de gestión 2015 funcionaria”
 - Diagnóstico: Polinatalidad
 - Fecha de ingreso: 18-4-2012

2) Historia clínica de cirugía mayor ambulatoria en ginecología

Nombre, edad, n° de ficha clínica, n° de cuenta corriente, RUT, previsión, fono, diagnóstico de ingreso

Antecedentes mórbidos relevantes, opciones:

- Cirugías previas y fechas
- Fármacos en uso
- Alergias
- PAP vigente
- Resumen historia médica: “desea ligarse, por olvido de ACO y jaqueca con inyectable”
- Cirugía propuesta: salpingoligadura
- ASA
- Anestesia propuesta
- Equipos requeridos
- Exámenes requeridos
- ¿Ha padecido o padece Ud. alguna de estas enfermedades? (listado de 16 enfermedades o problemas de salud, por ejemplo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dolor al pecho, etc.)

3) Consentimiento informado salpingoligadura, cirugía mayor ambulatoria.

En un párrafo dice “Salpingoligadura es la operación que interrumpe la permeabilidad tubaria, impidiendo así el embarazo. Se puede realizar por vía abdominal que incluye la laparoscopia o por vía vaginal” (debo conseguir una copia de este formato).

4) Solicitud de interconsulta o derivación

Fecha de solicitud; servicio de salud; establecimiento. Se repiten varios datos de identificación personal de las otras fichas.

Dato n° 17 Se deriva para atención en: nombre de establecimiento

N° 18 Especialidad

N°19 Se envía para consulta:

- Confirmación diagnóstica
- Realizar tratamiento
- Seguimiento
- Otro. Especificar.

N°20 Hipótesis diagnóstica o diagnóstico

N°21 ¿Sospecha problema AUGE? (AUGE=GES) No Si

Nº22 Subgrupo o subproblema de salud AUGE (si corresponde)

Nº23 Fundamentos del diagnóstico: “No se puede realizar SLG (salpingoligadura) por no haber anestesia”. Fecha: 13.02.2012

Nº24 Exámenes realizados

Nº25 Nombre, firma, nombre del/la profesional

5) Acredito haber recibido consejería

Se repiten datos de identificación personal de las otras fichas.

“Afirmo que estoy en conocimiento de todos los métodos anticonceptivos de planificación familiar que el servicio de planificación familiar nos puede ofrecer para regular el número de hijos.

Además que:

- Mi pareja también puede esterilizarse (vasectomía)
- Que la esterilización femenina y ligadura de trompas tiene riesgos y posibilidad de fracaso.
- Que es una operación irreversible o sea, no puedo arrepentirme después de operada.

Aun estando en conocimiento de todos estos antecedentes solicito someterme a esta operación”

Firma paciente, firma matrona, firma médico tratante, firma director HCVB

Al final “Estos procedimientos están establecidos por la Resolución Excenta Nº2.326 publicada en el Diario Oficial de fecha 9 de diciembre del año 2000.”

6) Pauta de valoración de riesgo de caídas de pacientes según escala de riesgo de J.H.Dowton

7) Se acompaña del instrumento de categorización de usuarios por dependencia y riesgo de cuidados (CUDYR)

8) Historia Clínica Hospital Carlos Van Buren

Aparecen datos como “hipotiroidismo sin control”; tipo de MAC que ha usado; “deseo de SPLG; “se educa y explica que existen otras alternativas”; “2 embarazos no programados”;

M₂ 4 años, 2 meses, 1 aborto: sin papá

Tenía 27 años cuando solicitó la SPLG (13.02.12)

9) Consentimiento informado para intervenciones quirúrgicas-procedimientos de diagnósticos, tratamientos y/o anestesia en sala de partos

10) Consentimiento informado para analgesia regional en trabajo de parto Hospital Carlos Van Buren

11) Historia clínica de cirugía mayor ambulatoria en ginecología. 16.03.15

12) Consentimiento informado procedimientos e intervenciones electivas o urgencias. 16.03.15

13) Solicitud de interconsulta o derivación. 16.02.15

Ahora aquí se consigna:

- Nº20 Hipótesis diagnóstica o diagnóstico: “multípara de 3, solicitud esterilización quirúrgica”
- Nº23 Fundamentos del diagnóstico: “obesidad mórbida, enviada desde el CESFAM Quebrada Verde; hijo de 7 meses, lactancia mixta más comidas; usuaria de depoprodasone.”
- Nº24 Exámenes realizados: “desea esterilización quirúrgica. Se adjunta consentimiento informado. PAP N ¿se hace urgente!” 6.11.14

14) Acredito haber recibido consejería

Gesta: G4 6.02-15 30 años

Se adjunta examen de sangre

15) Ficha clínica Hospital Carlos Van Buren

G4P3A1

Se repiten antecedentes y confirmación deseo de operarse. 16.03.15

Se adjunta hoja de protocolo operatorio, donde aparecen los siguientes datos:

- Fecha de operación: 17.07.15
- Nombre del enfermo
- Diagnóstico pre-operatorio: multiparidad
- Operación propuesta
- Diagnóstico operatorio
- Riesgo
- Cirujano; ayudante; arsenalera; anestesista; anestesia; premedicación
- Operación practicada
- Detalles operatorios y esquemas: “Minilaparoscopia. Una vez en cavidad abdominal se encuentran ambas trompas uterinas y se ligan con técnica de Parkland. Se constata hemostasia prolija y se realizó cierre de pared por planos”.

16) Ficha clínica Hospital Carlos Van Buren

Se repiten y amplían antecedentes

- “
- G – O
 - G4P3A1
 - Menarquia: 12 años
 - FUR: 19.06.15
 - Ciclos: regular
 - MAC: metroxiprogesterona
 - PAP: 2014 N
 - ETS: -
 - Embarazos: 2006, aborto incompleto; 2007, embarazo fisiológico PTVE 41+6 sem, P: 3660 gr., 2012 embarazo fisiológico...etc.; 2014, embarazo fisiológico..etc.
 - Examen físico
 - Plan

Esta ficha tiene varias hojas con la historia clínica de la hospitalización.

17) Epicrisis (no tiene nada)

18) Ficha con más detalles de cirugía

19) Ficha de unidad de anestesia y pabellones quirúrgicos

20) Epicrisis. Tiene información general.

Hasta aquí está todo junto, corcheteado (engrapado).

21) Indicaciones y controles. 17.07.15

“Alta” 3 hojas

Otra carpeta

22) Historia clínica perinatal (Hay una ficha de estas por cada embarazo)

Aquí aparecen datos sociales: edad; alfabetización (si-no); estudios (ninguno, básica, media, superior); años aprobados; estado civil; anticoncepción (A-D-O-NO); estado nutrición.

Insulino dependiente

G3P1A1 16.02.12

Se adjunta ficha clínica del recién nacido con toda la historia clínica de la hospitalización y exámenes

Autorización de solicitud de esterilización femenina 27.02.12

23) Historia clínica perinatal

Arriba dice "salpingolectomía autorizada". Aquí ya la situación es G4P2A1, fecha de ingreso 17.06.14. Incluye ficha d recién nacido, comprobante de parto. Historia de hospitalización de ella, parto, puerperio, exámenes. Al final de la historia clínica "se entrega solicitud de SLG".

24) Conjunto de papeles con la tapa de consultorio de especialidades

Solicitud interconsulta o derivación, 13.02.14

Otros papeles sueltos de interconsultas anteriores 2010, 2011 por obesidad

FICHA CLINICA DE MUJER EN ESPERA DE ESTERILIZACIÓN

Empieza igual que la ficha anterior. También el diagnóstico es de Polinatalidad. Fecha de ingreso 9.07.12

Ficha de epicrisis. 17.07.15

1. M3
2. Incontinencia de orina de esfuerzo
3. Ingresa para SLG


Resumen de la evaluación "paciente hospitalizada de forma electiva para SLG, pero por retraso en tabla quirúrgica no se realiza procedimiento. Se decide alta y se re hospitalizará según disponibilidad de pabellón".

- Consentimiento informado salpingolectomía
- Acredito haber recibido consejería

Solicitó SLG en 3.4.12, con 26 años; 2 gestas; es de Rodelillo.

- Dos fichas de Historia Clínica Perinatal a esa fecha. En una (9.12.13) a los 28 años tenía dos gestas, 2 NV, reitera deseo de SLG. Se incluye la hoja de acreditó consejería. Después dice 3 gestas, 2 para (7.10.13). En la segunda ficha (22.2.10), 24 años, EM completa, 1G 1NV, en historia clínica: G2P1. Se amplían antecedentes clínicos de operaciones anteriores; antecedentes reproductivos; hábitos; familia: abuela HTA, DM y asmática; examen físico.
- Tiene varias solicitudes de interconsulta o derivación de 2007, 2008 por problemas odontológicos y por primer embarazo.
- Tercera ficha de historia clínica perinatal, 16.3.07. Tenía 21 años, EM completa, conviviente, primer embarazo, le encuentran diabetes gestacional, ocuparon fórceps.

ANEXO 10: Autorización Comité Ético Científico Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio


SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO-SAN ANTONIO
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
 DDO/MEE/Int. N° 008

ORD.: 277 22-02-16
 ANT.: ESTUDIO ANTROPOLOGÍA UNAM
 MAT.: Notifica Ingreso a Evaluación

DE: DR. DAGOBERTO DUARTE QUAPPER
 DIRECTOR SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO-SAN ANTONIO

A: SEGÚN DISTRIBUCIÓN



Respecto al proyecto de tesis del doctorado en ciencias sociomédicas, campo disciplinario antropología en salud, de la Universidad Autónoma de México (UNAM), titulado: "La esterilización quirúrgica en Chile como práctica anticonceptiva de mujeres: un análisis crítico desde la antropología en salud", el Comité Ético Científico del SSVSA ha revisado y comprobado la recepción de documentación remitida y notifica como fecha de Ingreso a Evaluación, el día 16 de febrero del año 2016.

INVESTIGADORA PRINCIPAL: SRA. PAULA SANTANA NAZARIT
SITIO DE INVESTIGACIÓN: HCVB Y CESFAM JMT, VALPARAÍSO
FECHA DE INGRESO A EVALUACIÓN: 16 DE FEBRERO DEL AÑO 2016
CEC EVALUADOR: COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO DEL SSVSA

MIEMBROS DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO SSVSA

Rodrigo Vergara Fisher	Presidente	Médico, Pediatra
Mariana Cubillos Gómez	Secretaría Ejecutiva	Odontóloga
Claudia Cartagena Salinas	Vicepresidente	Médico, Broncopulmonar
Francisco Arellano Bastías		Psicólogo
Marta Colombo Campbell		Médico, Neuropediatra
Edith Cuadra Aravena		Secretaría Auditoría
Giulian Giachetti Herrera		Ingeniero Comercial
Octavio Guzmán Aguilera		Asistente Social
Evelyn Quezada Collado		Administrativa de Logística
Carolina Leonardini Aris		Representante de la Comunidad
Mariana Torres Brito		Químico Farmacéutico
Javier Valenzuela Clavero		Abogado

Saluda atentamente a Usted,



DR. DAGOBERTO DUARTE QUAPPER
 DIRECTOR SERVICIO DE SALUD VALPARAÍSO-SAN ANTONIO

HOSPITAL CARLOS VAN BUREN
 OFICINA DE PARTES
 000651 22.02.2016
 DESTINO 1

DISTRIBUCIÓN:

- > Investigador Principal ✓
- > Director HCVB
- > Directora CESFAM JMT
- > Departamento de Gestión Asistencial de Docencia e Investigación HCVB
- > CEC SSVSA
- > Oficina de Partes

ANEXO 11: Consentimiento informado salpingoligadura Hospital Carlos Van Buren

100

Ministerio de Salud
Servicio de Salud Valparaíso San Antonio
Hospital Carlos Van Buren
UNIDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
SALPINGOLIGADURA**

La **Salpingoligadura** es la operación que interrumpe la permeabilidad tubaria, impidiendo así el embarazo. Se puede realizar por vía Abdominal que incluye la Laparoscopia, o por vía Vaginal. Como toda cirugía, ocurren complicaciones, pero son escasas. Dentro de las complicaciones que pueden ocurrir esta la lesión de vejiga, intestino, hemorragia, infección, alteraciones en la cicatrización.

- La operación es muy efectiva, solamente se reportan muy escasos embarazos después de la Salpingoligadura. En caso de ocurrir un embarazo puede que éste se anide en la trompa uterina pudiendo requerir hospitalización y operación.
- La Salpingoligadura es reversible mediante una operación de recanalización tubaria con resultados variables, nunca del 100%.
- Habitualmente se utiliza anestesia raquídea. En algunos casos se requiere anestesia general.

CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE/PARIENTE/REPRESENTANTE LEGAL:

Yo: _____ RUT _____

Declaro ser mayor de 18 años, o ser pariente o el tutor legal de _____ RUT _____

y certifico que he sido informado detalladamente y en lenguaje comprensible sobre los objetivos de la intervención, sus características, sus potenciales riesgos y complicaciones; que los he comprendido correctamente, y que las dudas e inquietudes fueron resueltas adecuadamente, por lo cual, en plena posesión de mis facultades intelectuales.

ACEPTO **RECHAZO**

a que se me practique la intervención en el entendido de que en cualquier momento puedo revocar mi decisión.

En constancia firmo: _____ Fecha: ____/____/____

Profesional Tratante: _____ Firma: _____