



DS42
DT.ES. 56
c-2
612

Documento de Trabajo
FLACSO-Programa Chile
Serie Estudios Sociales N° 56
Santiago, diciembre de 1993.

15.922
BIBLIOTECA
FLACSO
SANTIAGO

**ACCIONES Y PROGRAMAS ESTATALES
EN SALUD DIRIGIDOS A LAS MUJERES.
1990-1993**

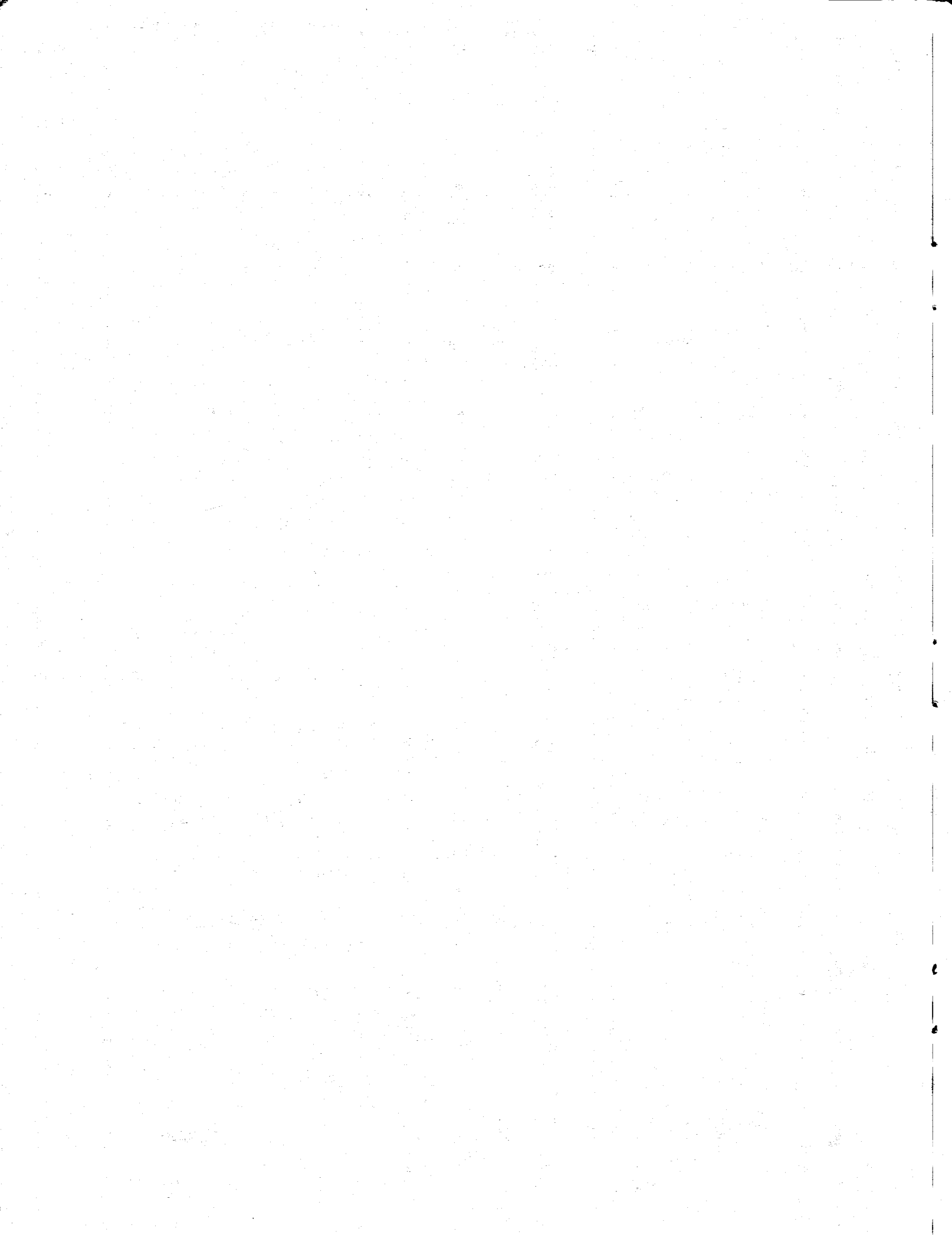
Autoras:
MARCELA DIAZ - JOSEFINA HURTADO

724.-



INDICE

	pág.
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	6
ACCIONES Y PROGRAMAS ESTATALES EN SALUD DIRIGIDAS A LAS MUJERES	18
I. Acciones del Ministerio de Salud	
1. Programa Materno y Perinatal	18
2. Proyectos del Convenio MINSAL - ONGs	31
3. Programa de Reforzamiento Psicosocial	35
II. Acciones del SERNAM.....	40
1. Criterios generales	42
2. Acciones y programas.....	43
a) Programa Unidad Móvil Ginecológica	44
b) Programa Embarazo en Adolescentes	46
c) Programa Nacional de Violencia Intrafamiliar	51
d) Plan Nacional de Apoyo a Mujeres Jefas de Hogar de Escasos Recursos.....	58
e) Red Nacional de Centros de Información de los Derechos de la Mujer (CIDEM).....	64
III. ANALISIS	70
IV. CONCLUSIONES	80
FUENTES	84
BIBLIOGRAFIA	85
ANEXOS	
Anexo nº1: Pauta de entrevista a funcionarios.	
Anexo nº2: Lista de funcionarios/as entrevistados/as de SERNAM y Sistema Nacional de Servicios de Salud.	
Anexo nº3: Norma Técnica Programática del Programa de Salud Materna y Perinatal.	



INTRODUCCION

El presente documento entrega una revisión y análisis de las acciones y programas estatales de salud dirigidos a las mujeres, realizadas entre los años 1990 y 1993. Este trabajo constituye la tercera etapa de la investigación "Mujer Popular y Estado", llevada a cabo por FLACSO con el apoyo de ASDI (Autoridad Sueca para el Desarrollo), la cual busca dar cuenta de la relación específica que se establece entre las mujeres de sectores pobres y el Estado.

En las etapas anteriores, a través de un estudio exploratorio en dos comunas de Santiago y una encuesta en tres regiones del país, se abordó la visión que las mujeres populares mantienen respecto a esta relación. En la última etapa, en cambio, privilegiamos el conocimiento de la postura del Estado a través del análisis de las políticas sociales de salud dirigidas a las mujeres y que se concretizan en acciones y programas específicos.

En la primera parte de este documento, en el capítulo de antecedentes, hacemos una breve reseña histórica de las acciones y programas estatales en salud dirigidos hacia las mujeres; el contexto actual del sistema público de salud; y de algunos datos sobre la situación actual de salud de las mujeres en nuestro país.

En la segunda parte, ofrecemos una descripción de los programas estatales en el ámbito de la salud dirigidos a las mujeres, implementados entre los años 1990 y 1993. Hemos considerado tanto aquellos programas de larga trayectoria, como es el caso del Programa de Salud Materna y Perinatal, y aquellos que han sido desarrollados como proyectos nuevos o pilotos en este período. En este sentido, es necesario tener presente la diferencia existente entre los programas descritos, en términos de antigüedad y cobertura. El Programa de Salud Materna y Perinatal se asienta en una antigua preocupación del Ministerio de Salud por

la protección médico y social de la maternidad, lo cual ha significado el desarrollo de distintos programas, implementados a través del sistema de atención nacional de salud con una amplia cobertura e impacto en los indicadores de salud materna e infantil. Los otros programas descritos, en cambio, han sido introducidos recientemente por el primer gobierno de la Concertación. Estos se desarrollan tanto a través del Ministerio de Salud como del Servicio Nacional de la Mujer. La cobertura de estos programas es limitada, siendo varios de ellos proyectos piloto.

Para la descripción de los programas hemos considerado los siguientes aspectos: fundamentación del programa; caracterización y objetivos; actividades del programa y destinatarias. Luego de la descripción de cada programa se resumen las opiniones y percepciones en relación a lo que es el programa en acción, recogidas en las entrevistas a funcionarios de los programas o en las evaluaciones escritas de los mismos.

En la tercera parte, hacemos un análisis de los programas de salud dirigidos hacia las mujeres, intencionando nuestra mirada en:

- los diagnósticos: cuáles son los aspectos respecto a la salud de las mujeres que, desde el Estado, son considerados prioritarios y para las cuales se presenta una oferta de atención.
- los enfoques: cuáles son las visiones respecto a la salud que respaldan la intervención estatal y que, por ende, inciden en la definición de las acciones a desarrollar.
- las lógicas de acción: cuál o cuáles son los mecanismos subyacentes a los programas que inciden en la forma en que se operacionalizan las acciones (promoción, disciplinamiento, asistencia, participación).
- las imágenes de mujer: cuáles son las imágenes simbólicas de mujeres para las cuales el Estado implementa acciones y programas.
- las resistencias al cambio: cuáles son los principales nudos

de tensión cuando se intenta modificar el accionar de un programa o cuando se introduce un programa nuevo.

Por último, en las conclusiones, intentamos llamar la atención respecto a los elementos que consideramos necesarios de atender en la planificación y puesta en práctica de programas de salud dirigidos hacia la mujer, en vistas a incorporar efectivamente la perspectiva de género en los programas estatales de salud dirigidos hacia las mujeres.

Es importante, como equipo, reconocer que al acercarnos a los programas de salud dirigidos hacia las mujeres, lo hacemos desde una determinada perspectiva. Aunque la finalidad de este documento es dar cuenta de la mirada desde el Estado respecto a las acciones y programas, nosotras no somos neutras ante el tema. Respecto al tema general de salud y género, hemos reflexionado y avanzado en la construcción de nuestra propia perspectiva. En primer lugar, asumimos la definición de salud señalada por la Organización Mundial de la Salud, como un "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o dolencias". Además, nos interesa la salud de las mujeres desde una perspectiva integral en cuanto personas, es decir, que incluye pero va más allá de la función reproductiva materna, que considera las distintas funciones que desempeñan las mujeres en la sociedad en las diversas etapas de su ciclo de vida.

Por otra parte, asumimos una "perspectiva de género". Con ello queremos decir que conceptualmente diferenciamos el "sexo" de la categoría "género". La primera apunta a las características biológicas que diferencian a mujeres y hombres. La segunda, en cambio, se refiere a la construcción social de cualidades distintivas de mujeres y hombres (la definición de "lo femenino" versus "lo masculino"). Se trata de una creación cultural que asigna roles, tareas específicas diferenciadas para cada uno en razón de su sexo, dando origen a la llamada "división sexual del

trabajo".

El conjunto de papeles sociales a los cuales las mujeres han quedado circunscritas, en la denominada sociedad moderna, las ubican en un lugar preciso en la ecuación desgaste-reproducción de la fuerza de trabajo social. En concreto, lo anterior significa que ellas son las encargadas de organizar (y a veces de proveer) los medios específicos para la reproducción diaria de la fuerza de trabajo. La 'economía doméstica', ámbito específico de desempeño del papel social de las mujeres las somete a patrones determinados de desgaste por las exigencias de tal trabajo. A otro nivel, las mujeres aparecen como quienes posibilitan (biológicamente) la reproducción. Exigidas, entonces, por el esfuerzo cotidiano de organizar los medios de subsistencia familiar y por la función estructural-biológica de reproducir la especie, quedan sujetas a un tipo y grado de desgaste y exposición a riesgos -perfectamente distinguibles- que debiera dar lugar a un perfil patológico diferente, es decir, a una gama amplia de padecimientos específicos más o menos bien definidos. En la medida en que las mujeres comparten una experiencia común de discriminación y desigualdad, sus problemas de salud-enfermedad no pueden considerarse como episodios individuales aislados, sino que al ser procesos biológicos que ocurren en un ser social se explican por su participación en el proceso de trabajo y por el lugar que ellas ocupan en la trama de las relaciones humanas¹.

En esta relación, entre la salud de las mujeres y sus condiciones concretas de vida, es necesario tomar en cuenta las diferentes etapas del ciclo vital y social, a las que se asignan tareas diferentes. Además, es importante analizar su inserción social, condición socioeconómica, étnica, urbana o rural.

¹ Díaz, Ximena: Perfil de la Salud de la Mujer en Chile. En Mundo de Mujer: Continuidad y Cambio. Ed. CEM, Santiago, 1988, 599 págs.

Por otra parte, nuestra mirada a las políticas públicas de salud supone entender al Estado no sólo en su papel de canalizador de recursos, sino también como productor y reproductor de legitimaciones que sustentan una particular concepción del cuerpo de las mujeres, sus necesidades y los límites a sus capacidades de ser sujetos sociales.

En términos metodológicos el trabajo se realizó en base a la revisión de documentos, normativas y evaluaciones institucionales de cada acción y programa; y de entrevistas a funcionarios/as de cargos directivos del Sistema Nacional de Servicios de Salud y del Servicio Nacional de la Mujer, considerados ellos/as como informantes claves.

Para la descripción de los programas se utilizaron textos oficiales generados en los distintos programas, ya sean estos los programas mismos, las normativas o las evaluaciones. En algunos casos, la descripción se complementó con información recogida a través de entrevistas a los funcionarios². Después de cada programa, bajo el título "el programa visto desde el sector", se recogen distintas opiniones que surgen desde los funcionarios entrevistados o de evaluaciones escritas, en relación a la puesta en práctica de los programas.

Para el análisis de los programas se ordenó la información oral (entrevistas) y escrita (documentos, evaluaciones) en las categorías ya señaladas: diagnósticos, enfoques, lógicas de acción, imágenes de mujer y resistencias al cambio.

² Ver pauta de entrevista en anexo N° 1 y listado de funcionarios/as entrevistados/as, en anexo N° 2.

ANTECEDENTES

Antecedentes históricos de los programas de salud dirigidos hacia las mujeres.

Las primeras acciones estatales dirigidas hacia las mujeres en el campo de la salud, se dan en el contexto de la revolución industrial de principios de siglo, con el surgimiento de políticas sociales encaminadas a asegurar las condiciones mínimas de reproducción de la fuerza de trabajo. En este período el Estado asume, básicamente, un rol de protección al obrero contra los excesos provocados por la industrialización naciente³. Las ciencias de la salud son vistas como las armas fundamentales en la construcción de las bases de un nuevo equilibrio en el régimen capitalista de producción industrial⁴.

En este marco, se llevarán a cabo las acciones dirigidas a las mujeres de sectores populares que las considerará en tanto miembros de la familia obrera. De hecho, es en su carácter de esposa de obrero que recibe la primera atención institucionalizada: atención del parto en el domicilio para las esposas de los trabajadores asegurada en la Ley 4.054, que crea la Caja del Seguro Obrero el año 1924. Posteriormente, en el año 1936, se crea la Sección Madre y Niño del Seguro Obrero.

En el itinerario institucional recorrido por la salud pública, encontramos que en 1939, en el gobierno del Frente Popular, se organizan los servicios de salud, destinados a ofrecer atención médica preventiva a los trabajadores. En el caso de los obreros,

³ Arellano, José Pablo. Políticas sociales y desarrollo. Chile 1924-1984. Cieplan, Santiago de Chile, 1985.

⁴ Illanes, María Angélica. "En nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia (...)". Historia social de la Salud Pública. Chile 1880/1973 (Hacia una historia social del siglo XX). Ed. Colectivo de Atención Primaria, Santiago, Febrero 1993.

la atención curativa se extiende a la madre y al niño. En ese mismo año, se crea el Consejo Superior de Protección a la Maternidad, a la Infancia y a la Adolescencia, organismo superior directivo y fiscalizador de todas las actividades relacionadas con la protección materno-infantil en el país, el cual tenía como finalidad coordinar los esfuerzos de todas aquellas instituciones dependientes o subvencionadas por el Estado.

Con la creación del Departamento Central de la Madre y el Niño del Ministerio de Salubridad, Asistencia y Previsión Social, a fines de la década del 30, con sus respectivas Delegaciones Provinciales se recogía los conceptos de dirección estatal, plan único y coordinación público-privado. Entre sus objetivos se planteaba: "a) organizar en todo el país la protección médico-social a la maternidad, infancia y adolescencia de acuerdo a leyes y reglamentos vigentes; b) crear para las madres y sus hijos, de manera sistemática y permanente, las condiciones para el desarrollo físico y mental normal hasta su adolescencia; c) investigar la realidad médico asistencial relativa a las medidas a tomar al respecto, señalando las normas técnicas y administrativas requeridas y d) relacionarlo con los organismos similares de los Ministerios de Justicia y Educación y con las organizaciones extranjeras". Problemas presupuestarios incidieron en la puesta en marcha de este plan sólo de manera parcial⁵.

Salvador Allende, ministro de Salubridad de ese entonces, declara: "La mortalidad materna e infantil es uno de los hechos demográficos sobre los cuales se puede influir en forma más o menos seria porque depende en gran medida de la calidad de los cuidados que reciba la madre y el niño antes, durante y después del parto. Tal aserto nos lo afirma la rudimentaria atención del binomio madre-niño establecido por la Caja del Seguro Obrero (la que) ha atendido el siguiente número de partos:

⁵ Illanes, Ma. Angélica, op.cit.:316-318.

1936.....13.920

1937.....17.920

1938.....21.870

y ha contribuido al descenso de la tasa de mortalidad en la siguiente forma:

1936.....24,5 o/oo nacidos vivos

1937.....19,8 o/oo nacidos vivos

1938.....18,4 o/oo nacidos vivos

Este resultado ratifica nuestra idea de que una acción estatal de protección a la madre y al niño debe ser generalizada bajo un comando técnico único, de manera que logre salvar nuestras reservas del futuro"⁶.

Con la creación del SNS⁷ el año 1952, dirigido fundamentalmente hacia la solución de los problemas de salud de las clases trabajadoras del país, se incorpora en la atención gratuita a la esposa del asegurado y sus hijos hasta los 15 años, cubriendo al 70% de la población chilena de la época. Así se homogeniza la estructura de atención de salud a nivel nacional, siendo prioritaria la atención del denominado "binomio madre-hijo", para lo cual el equipo mínimo de atención es una enfermera y una matrona.

En la década del 60 asume un papel central la Planificación como herramienta expresiva de las tendencias centralizadoras e

⁶ S. Allende, "Realidad Médico Social Chilena", 1939, p.85. En Illanes, op.cit.:315-316.

⁷ El Servicio Nacional de Salud agrupó en una sola institución a las principales entidades que cubrían la atención de salud del país, en sus aspectos preventivos y curativos: el Departamento Médico de la Caja de Seguro Obrero y de la Beneficiencia, que tenían a su cargo la medicina curativa; la Dirección General de Sanidad, PROTINFA y el Instituto Bacteriológico, que tenían a su cargo la medicina preventiva y el Departamento de Medicina del Trabajo del Ministerio del Trabajo. No se integran al SNS el SERMENA, las instituciones de las FFAA y de Orden y otras. En Valdés, Teresa; Gomáriz, Enrique (coord.) Mujeres Latinoamericanas en Cifras. Avances de Investigación-Chile. Capítulo V. salud, FLACSO, Santiago de Chile, 1991. (borrador para la discusión).

institucionalizadoras de las políticas de salud. Los conceptos de la época son la democracia "moderna" que conjuga el proceso de desarrollo social con el plan de desarrollo económico.

En este período podemos ver que la escasez de recursos de salud ante las necesidades consideradas más apremiantes de la población chilena, "rápido crecimiento poblacional, alta mortalidad infantil y limitada expectativa de vida"⁸, se presentan como un escollo que requiere del ejercicio de todas las medidas que encaminen a la resolución de los problemas. El Plan Nacional de Salud de Chile, Decenio 1966-1975, muestra como resultado una considerable reducción de la mortalidad general, la cual está dada casi en su totalidad por el descenso de la mortalidad en la niñez y materna⁹. Incidieron en estos resultados la puesta en marcha de un vasto programa de planificación familiar a partir de 1965¹⁰. Entre los años 1964-1978 la mortalidad infantil disminuye en un 23% y la tasa de mortalidad materna en un 41%.

Es importante señalar que en el año 1978, durante el gobierno militar, la autoridad de salud juzgó "adecuada" la tasa de natalidad alcanzada (22 por mil) y decidió suspender las actividades de información y educación sobre métodos anticonceptivos en los consultorios periféricos; se suprimió también la información en los medios de comunicación social. La

⁸ Frei, E. Mensaje Presidencial, 1965.

⁹ Morales, Eduardo. Sistema Político, Planificación y Políticas Públicas. La Política de Salud, Chile 1964-1978. Documento de Trabajo Flacso Número 110, Mayo 1981.

¹⁰ Hacia 1964, los problemas de salud pública en Chile eran apremiantes. Entre ellos se destaca: las proporciones epidémicas que alcanzaba el aborto, causante de la mitad de las muertes maternas; la desnutrición de la mujer debido a los embarazos sucesivos; y la mortalidad neonatal. En este contexto, se crea APROFA, Asociación Chilena de Protección a la Familia, la cual se constituye en institución asesora del Servicio Nacional de Salud. En el año 1965, se toma la decisión, en el Servicio Nacional de Salud de incorporar dentro de los programas de salud materno infantil ya existente, las actividades de regulación de los nacimientos. En Jiles Moreno, Ximena. De la Miel a los Implantes. Historia de las Políticas de Regulación de la Fecundidad en Chile. CORSAPS, Santiago, 1992: 127-129.

entrega de anticonceptivos se hace, desde entonces, sólo si hay demanda espontánea de las mujeres.

El Programa Materno del Servicio Nacional de Salud¹¹ del año 1969; el Programa de Salud Obstétrico Ginecológico y parcial del Recién Nacido de 1976-1980¹²; el Programa de Salud Materna y Perinatal del año 1982, al ser implementados a través de todo un sistema de atención nacional y centralizado han asegurado una amplia cobertura, incidiendo notoriamente en la reducción de las cifras de mortalidad materna e infantil.

En líneas generales, en el ámbito de la salud, es importante destacar la incorporación de enfoques cada vez más socializantes, con crecientes niveles de participación, lo cuál durante el gobierno de la Unidad Popular tuvo su máxima expresión, dada su intencionalidad de, por una parte, maximizar la función estatal a objeto de superar a través de las transformaciones estructurales, las desigualdades económicas y sociales y mejorar los niveles de vida colectivo; y, por otra parte, redefinir el sentido de la función pública, por medio del estímulo a la organización y participación social ampliada. Un beneficio específico para las mujeres fue la ampliación del permiso post natal de 45 a 90 días. Sin embargo, en la materia que nos preocupa, lo más destacable fue la gestación de una nueva política de salud, denominada "Atención

¹¹ Los objetivos de este programa fueron: disminuir la morbimortalidad materna y neonatal; atención prenatal precoz y periódica; adecuada asistencia del parto y del puerperio, a fin de disminuir o evitar al máximo los riesgos físicos y el shock emocional; examen post-parto; examen y atención del recién nacido; estímulo de la lactancia materna y de la más estrecha conveniencia del recién nacido con su madre; control del aborto provocado; y la ejecución de acciones tendientes a promover la maternidad consciente y el bienestar de la familia.

¹² Los objetivos principales de este programa fueron: reducir las tasas de mortalidad materna y perinatal progresivamente en el quinquenio; contribuir a la disminución de las tasas de morbimortalidad por cáncer ginecológico y de mama; contribuir a la disminución de la tasa de mortalidad por enfermedades cuya prevención es factible por vacunación, como son tuberculosis y poliomieltis; contribuir a la reducción de la incidencia de Lues y gonorrea.

Integral a la Mujer", la cual contribuyó a la difusión masiva de anticonceptivos, dentro de un programa que también consideró la prevención del cáncer cérvico uterino y la educación sexual de la pareja¹³.

A través de distintos períodos históricos, es importante destacar, como dice Ximena Díaz, que si bien "se lograron enormes avances en el país respecto a la identificación de los factores sociales ubicados en la etiología de numerosas enfermedades que flagelaban a nuestra población: tuberculosis, desnutrición, enfermedades diarreicas y enfermedades ocupacionales, entre otras (...) Esta medicina que, en el saber y en la práctica adquiría rasgos cada vez más socializantes, no llegó a incorporar su preocupación por lo social de manera tal que transformara factores considerados en forma aislada en conceptos integradores y explicativos de la realidad. Se habló de determinación social de la salud-enfermedad a través de variables como "comunidad" o "población", pero no de clase social; se habló de pobreza, bajos ingresos, educación, pero no de condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo; se habló de mujer embarazada, de la pareja madre-hijo, pero no de "género" entendido como una condición social"¹⁴.

El contexto actual del Sistema Público de Salud.

Para lograr entender el contexto actual en el cual se desarrollan los programas y acciones de salud estatales dirigidos hacia la mujer, es necesario remontarnos a los cambios realizados en el sector durante el período de la dictadura militar y a las recientes modificaciones impulsadas por el primer gobierno de la

¹³ Jiles Moreno, Ximena, op cit.: 154.

¹⁴ Díaz, Ximena, op. cit.:435

Concertación.

El año 1973, con la irrupción del gobierno militar se interrumpe el proceso de una creciente participación estatal en la provisión de recursos y atenciones en el campo de la salud¹⁵. Las orientaciones neoliberales traspasaron toda la institucionalidad social, siendo la privatización el elemento clave de "las modernizaciones" impulsadas por los ideólogos de ese período. En el campo de la salud, la orientación privatizadora se expresó en una profunda reorganización del antiguo Servicio Nacional de Salud (SNS). Con la promulgación del Decreto Ley N°2.763 del año 1979, se crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), conformado por 27 Servicios Regionales, a cargo del fomento, protección y recuperación de la salud de sus beneficiarios; y el Fondo Nacional de Salud (FONASA). El antiguo sistema de financiamiento de la salud, basado en asignaciones presupuestarias según criterios históricos, fue sustituido por un sistema de bonos basado en la facturación de las atenciones prestadas de manera de incentivar la competencia entre los servicios, ya que el usuario podía elegir dónde atenderse. Además, en el proceso de municipalización, la administración de los consultorios de atención primaria y postas fue paulatinamente traspasada a las municipalidades. Por otro lado, junto con la puesta en marcha de la reforma previsional de 1981, se promovió el desarrollo de la medicina privada al autorizarse la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). Estas son entidades privadas con fines de lucro que ofrecen servicios médicos a cambio de la contribución obligatoria para atenciones de salud de quienes se acogen a ellas. La creación de las ISAPRES significa el traspaso de cuantiosos recursos públicos al sector privado y una simultánea reducción de

¹⁵ Para un análisis en profundidad de las políticas sociales aplicadas en el gobierno militar, ver Vergara, Pilar. Políticas sociales hacia la extrema pobreza en Chile, 1973/1988, FLACSO, Santiago, 1990; y Vergara, Pilar. "Ruptura y continuidad en la política social del gobierno democrático", D.T. Serie de Estudios Sociales No.44, FLACSO, 1993.

los aportes que recibe la salud estatal.

Esto dió pie a la conformación de un modelo de salud dual, según el cual la capacidad de pago del usuario posibilita su inserción en un sistema u otro (estatal o privado). Pilar Vergara señala que las reformas institucionales tendientes a reducir la presencia del Estado en este sector incide en la configuración de dos sistemas de salud que segmentan la oferta según la capacidad de pago del usuario: "en la práctica, las propuestas de privatización y focalización conducentes a conformar el modelo dual de bienestar social (...) no constituyen sino una combinación de los tipos de Estados de Bienestar que Timus (1968) en su tipología denominara residual y meritocrático. De acuerdo al primero, las políticas estatales deben intervenir solamente cuando fallan los mecanismos del mercado con el propósito de integrar a todos aquellos que no pueden hacerlo por la vía del empleo y del salario, intervención que se supone selectiva y transitoria -aún cuando pueda ser de larga duración- hasta que dichos mecanismos logren cumplir su papel. El segundo, en cambio, se basa en la posición del individuo en el mercado de trabajo y, por lo tanto, los beneficios sociales que éste recibe dependen del mérito, el esfuerzo y la productividad de cada cual: cada uno elige en el mercado los servicios que desea y debe pagar por ellos. Es la combinación que se ha dado en Chile de estos dos tipos la que, al dar origen a sistemas segmentados en función de la capacidad de pago de los usuarios, configura un modelo global de bienestar de carácter dual, que fragmenta la sociedad y reproduce, e incluso profundiza, las desigualdades sociales"¹⁶

El año 1989, al asumir el gobierno de la Concertación de Partidos por la Democracia, se definen cuatro principios orientadores tendientes a romper con la estrategia de desarrollo

¹⁶ Vergara, Pilar. Ruptura y Continuidad en la Política Social del Gobierno Democrático, op cit.:15.

social del régimen precedente. Estos son: equidad, solidaridad, integralidad y participación social.

Para enfrentar el grave deterioro a que fue sometido el sector salud durante la dictadura, este gobierno se planteó los siguientes objetivos a desarrollar durante su período¹⁷:

- mejorar el acceso a la salud de la población;
- resolver la crisis en que se encuentran los hospitales;
- fortalecer la prevención y protección de la salud;
- mejorar la calidad del medio ambiente;
- aumentar la eficiencia del sector.

Se ha buscado alcanzar estos objetivos a través de distintos programas:

1. Reforzamiento de la atención primaria: se destacan aquí las siguientes iniciativas:

- creación de una extensión de horario con atención de 17.00 a 21.00 hrs. en algunos consultorios urbanos;
- aumento del personal para resolver la demanda de atención, disminuir el rechazo y la presión asistencial;
- creación de los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), ubicados generalmente junto a consultorios de atención primaria;
- creación de Laboratorios Básicos Comunales, para brindar una atención integral a la población más pobre;
- Programa de reforzamiento de la atención primaria rural;
- ampliación de la gratuidad de la atención primaria a los grupos clasificados como C y D en FONASA.

2. Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC): se mejoró la calidad y cantidad de los alimentos que entrega este Programa.

3. Programas de inversiones: se ha obtenido financiamiento con

¹⁷ Al respecto, ver MIDEPLAN. Avanzando en equidad. Un proceso de integración al desarrollo: 1990-1992, Santiago, 1992.

diversas fuentes tanto a través de créditos multilaterales como de donaciones de otros países.

4. Programa de reducción de listas de espera: se han derivado recursos para solucionar los obstáculos en los distintos servicios de salud, incrementando el personal y mejorando el equipamiento.

5. Mejoramiento de la equidad en salud: contempla reducir la mortalidad infantil y del adulto mayor en las 36 comunas más pobres del país.

6. Recursos humanos y remuneraciones: se han aumentado las contrataciones y se han aumentado las remuneraciones.

Sin embargo, siguiendo a P. Vergara, los principios de equidad, solidaridad, integralidad y participación social encuentran serios obstáculos para su concreción. Entre ellos cabe destacar:

-los recursos que aporta el Estado a la salud pública no representan mucho más del 1% del PGB.

-la institucionalidad social vigente permite el continuo traspaso de recursos públicos hacia las entidades privadas que prestan servicios sociales a la población de más altos recursos.

De este modo, "por mucho que se aumenten los recursos destinados a gasto social y por eficiente que sea la focalización de éste en la población más necesitada, de no introducirse reformas institucionales significativas en el modelo dual de bienestar social (...) difícilmente se lograrán progresos sustanciales en la reducción de la pobreza y las desigualdades económicas y sociales"¹⁸.

Por otra parte, en la línea de lograr una mayor equidad entre hombres y mujeres, se crea el año 1991 el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), el cual es un organismo con rango ministerial, cuya función es planificar y coordinar las políticas públicas dirigidas

¹⁸ Vergara, Pilar, op. cit.:49.

a las mujeres. Su política congrega un conjunto de iniciativas multi-sectoriales, desarrolladas con diversos ministerios y que se traducen básicamente en iniciativas legislativas y la ejecución de diversos programas. En materia de salud SERNAM ha impulsado los siguientes programas: Programa de Embarazo en Adolescentes; el Plan Nacional de Apoyo a Mujeres Jefas de Hogar de Escasos Recursos, con una línea específica de salud; el Programa Unidad Móvil Ginecológica; el Programa Nacional de Violencia Intrafamiliar y los Centros de Información de la Mujer-CIDEM.

Situación de salud de las mujeres en Chile¹⁹ .

De la revisión de documentos referidos a la situación actual de la salud de las mujeres en nuestro país, hemos recopilado aquellos datos que nos dan un panorama general de dicha situación:

Encontramos que para la población en general, la esperanza de vida al nacer se ha incrementado significativamente en los últimos 40 años, siendo históricamente la esperanza de vida de las mujeres mayor que la de los varones. En el caso de las mujeres, para el quinquenio 1950-1955, la esperanza de vida era 55,7 años. Para el quinquenio 1990-1995 se calcula en 75,6 años.

En relación a las principales causas de mortalidad, encontramos que hoy día, la principal causa de muerte para las mujeres, sin consideración de edad, son los tumores malignos. El cáncer ginecológico constituye el 28,1% del total de muertes por cáncer, correspondiendo el 38% a cáncer al cuello del útero y el 39% a cáncer de mamas. Para las mujeres en edad fértil (15 a 44 años), la principal causa de muerte son los tumores malignos; la

¹⁹ Para una revisión detallada de la situación de salud de las mujeres en Chile: Valdés, Teresa; Gomariz, Enrique. Mujeres Latinoamericanas en Cifras. Chile. Ed. Instituto de la Mujer. Ministerio de Asuntos Sociales, España y FLACSO, 1992.

segunda, las enfermedades del corazón; la tercera, accidentes; y, la cuarta, causas obstétricas. Según estudios del Ministerio de Salud, en el caso específico de muertes asociadas a la maternidad, sus principales causas son: complicaciones del embarazo, el aborto y las complicaciones del puerperio.

Respecto a la morbilidad de la población femenina, se puede observar que el 67,5% de los egresos hospitalarios del año 1989, registrado en las estadísticas del Sistema Nacional de Servicios de Salud, corresponden a tumores. En términos de salud mental, las mujeres registran un mayor consumo de tranquilizantes y mayor incidencia de trastornos neuróticos. Por otro lado, para la población femenina económicamente activa, se puede detectar la aparición de enfermedades laborales, generadas por cambios tecnológicos y el medio ambiente de trabajo, como por ejemplo: el uso de químicos y contaminantes en algunas industrias y en las actividades agrícolas; la digitación excesiva, lo cual produce tendosinovitis, etc.

Por último, es necesario resaltar que en lo que se refiere al comportamiento reproductivo de la población femenina, se han registrado cambios significativos en los últimos 30 años. El más importante de ellos es la disminución de los nacimientos en las madres de 35 años y más. Por otro lado, el porcentaje de madres adolescentes (hasta 19 años) aumentó considerablemente entre 1960 y 1980, de un 10,5% del total a un 16,7%. Esta cifra se redujo al 13,8% en 1989. En la actualidad, uno de cada siete niños que nace en Chile, es hijo de una madre adolescente.

Por último otro dato importante de considerar, en relación a la situación de salud específicamente vinculada a la maternidad, es que 1 de cada 4 mujeres embarazadas controladas en el SNSS el año 1989, presentaba problemas de malnutrición.

ACCIONES Y PROGRAMAS ESTATALES EN SALUD DIRIGIDAS A LAS MUJERES

I. Acciones del Ministerio de Salud.

Hemos considerado para este trabajo aquellas acciones del Ministerio de Salud que de manera específica intentan abordar la problemática de salud de las mujeres. Aquí incluimos el Programa de Salud Materna y Perinatal y los proyectos del convenio MINSAL-ONGs que cumplen con esta característica.

Por otra parte, nos ha interesado describir las acciones del Programa de Reforzamiento Psico-social, dado que estarían influyendo en la calidad y forma en que se dan las prestaciones de salud dirigidas a las mujeres a nivel de la atención primaria.

1. Programa de Salud Materno y Perinatal²⁰

Fundamentación.

El Programa de Salud Materna y Perinatal es el principal instrumento de atención del Ministerio de Salud. Presenta como factores fundamentales para la preocupación del Estado por la salud femenina el hecho de que la mujer, por su actividad reproductiva está en una situación de mayor fragilidad, tanto física como social y el hecho de que el parto es el momento de mayor riesgo en la vida de un ser humano. A partir de estas constataciones, privilegia la atención de salud de la mujer en torno al embarazo, parto y la atención del recién nacido. Por otro lado, la existencia de grupos de mayor riesgo derivado de factores familiares, del entorno social y económico incide en la focalización de recursos.

²⁰ En relación a este programa, hemos utilizado como fuente principal de información el documento "Programa de Salud Materna y Perinatal. Chile" (Ministerio de Salud, 1991).

Propósito general.

El propósito general declarado del programa actual de salud materna y perinatal es "contribuir al desarrollo integral: físico, mental y social de la mujer desde la perspectiva gineco-obstétrica; la gestante, el producto de la concepción y el recién nacido, a través de actividades de fomento, prevención, recuperación y rehabilitación de salud".

Objetivos generales.

- Fomentar el mejoramiento de las condiciones biológicas, psicoafectivas y sociales de la población femenina en edad fértil, preparándola para enfrentar adecuadamente la maternidad y la vida afectiva, a través de los cuidados de su salud y la modificación de elementos adversos que incidan en ella.
- Reforzar y elevar el nivel de salud general de las mujeres en proceso reproductivo, mediante servicios educativos que hagan más favorable el proceso fisiológico del embarazo, parto y puerperio.
- Prevenir la aparición de afecciones que alteren la salud de la madre y del producto de la concepción, mediante la pesquisa y control oportuno de factores de riesgo y la prevención de daños específicos, tendientes a aumentar la expectativa de vida al nacer.
- Reducir la morbilidad obstétrica, perinatal y ginecológica mediante un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, eficaz, suficiente y humano a las personas que lo requieran.
- Reducir la mortalidad obstétrica, perinatal y ginecológica a través de la atención de salud integral y de calidad adecuada en los diferentes niveles de complejidad.

Estrategias principales.

En este programa se plantean cuatro estrategias principales.

La primera, está dirigida a mantener, ampliar y perfeccionar

la red asistencial, con atención diferenciada por niveles de complejidad, mediante:

- La extensión de la atención Gineco-obstétrica para solucionar vacíos de cobertura.
- La implementación de sistemas que permitan acercar a las gestantes a los centros de atención.
- El perfeccionamiento del nivel técnico profesional y de las condiciones materiales en establecimientos de atención de la mujer, de la gestante y del recién nacido.

La segunda, está destinada a promover la atención precoz de:

- La gestante iniciando su control antes de las 12 semanas de embarazo.
- La puérpera y nodriza efectuando el primer control ambulatorio dentro de las dos semanas siguientes al parto.
- El recién nacido, al momento del parto e iniciando el control ambulatorio de su crecimiento y desarrollo antes de los 15 días de vida.

La tercera estrategia, se orienta a acentuar el enfoque preventivo y de riesgo en la ejecución de las actividades, con el fin de prevenir la aparición de complicaciones y focalizar los esfuerzos y beneficios del programa en la población más expuesta, garantizando además, la detección y tratamiento oportuno cuando corresponda. Para determinar la población considerada de riesgo, se somete a la consultante a una pauta que permite definir si entra o no en dicha categoría.

Finalmente, la cuarta estrategia, está dirigida a desarrollar un enfoque que visualice las actividades relacionadas con la reproducción humana dentro del contexto familiar, reconociendo los factores de riesgo y los factores favorables desde este ángulo.

Esto significa²¹:

- Difundir los contenidos educacionales del programa con una perspectiva de beneficio familiar.
- Integrar progresivamente al padre a las acciones relacionadas con la reproducción.
- Integrar elementos a la atención del parto y durante el período postnatal inmediato, que satisfagan necesidades humanas del significado de un nacimiento.

Con la finalidad de conjugar la necesidad de cumplir con un máximo de cobertura del programa, la mayor calidad posible y con una misma cantidad de recursos, la atención se organiza en diferentes niveles, de acuerdo a la complejidad técnica que involucra la atención. Cabe destacar que, dentro de este marco, la Atención Primaria en Salud (APS)²² se propone no sólo fortalecer el nivel primario de atención, sino que lograr una articulación dinámica con los otros niveles de atención y con los componentes fundamentales que la definen como estrategia: la participación social y comunitaria, la promoción y mantención de salud, el autocuidado, la capacidad de gestión y la intersectorialidad.

El siguiente cuadro resume la forma en que se organiza la atención materna perinatal, en el sistema nacional de servicios de salud:

²¹ Estos propósitos han sido tomados textualmente del Programa en referencia. Valga notar que la formulación de esta estrategia es más ambigua y poco precisa respecto a las anteriores, no alcanzando un nivel operativo.

²² La Atención Primaria de Salud (APS) ha sido definida por el Ministerio de Salud, como el proceso participativo e intersectorializado para mejorar integralmente la calidad de vida de todos los habitantes del país, dándole en este proceso, la primera prioridad a los pobres y sectores postergados.

ORGANIZACION DE LA ATENCION MATERNA Y PERINATAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD SEGUN NIVELES DE COMPLEJIDAD

NIVEL DE ATENCION SEGUN COMPLEJIDAD DE RECURSOS	POBLACION SUJETO DE ACCIONES	FUNCION	ESTRUCTURA FORMAL DEL SISTEMA
IV NIVEL (NIVEL CUATERNARIO)	madres y recién nacido en estado crítico	tratamiento de las complicaciones críticas materna y perinatales	unidad de tratamiento intensivo materno y perinatal
III NIVEL (NIVEL TERCIARIO)	embarazada con embarazo, parto y puerperio patológico; recién nacido patológico; mujer portadora de patología ginecológica; embarazada con embarazo, parto y puerperio normal; recién nacido normal	hospitalización y tratamiento de la morbilidad; atención del parto, puerperio normal y patológico; atención del recién nacido normal y patológico	maternidad: área de patología dentro del servicio de obstetricia y ginecología
II NIVEL (NIVEL SECUNDARIO)	embarazadas de alto riesgo obstétrico; embarazadas y puérperas con patología; mujeres en edad fértil con factor de riesgo o morbilidad	evaluación de alto riesgo; control de embarazadas con factores de riesgo; tratamiento de la morbilidad ambulatoria	consultorio adosado de especialidades
I NIVEL (NIVEL PRIMARIO)	embarazadas; puérperas; mujeres en edad fértil; mujeres en su aspecto ginecológico; recién nacidos normales o con riesgo o patología superada	control; educación para la salud; pesquisa de morbilidad; tratamiento de morbilidad primaria; seguimiento de mujeres y recién nacido con factor de riesgo o riesgo superado	consultorios urbanos, rurales y estaciones médico rurales
PARTICIPACION COMUNITARIA Y PROMOCION DE LA SALUD	población: embarazadas, infantil, mujer en su aspecto ginecológico y reproductivo (100% de cobertura)	información para el fomento de la salud y prevención de la morbilidad prevalente materno y perinatal	organizaciones comunitarias; ONGs; otros

Actividades.

A fin de alcanzar el logro de las estrategias anteriormente expuestas, se definen actividades clasificadas en básicas, complementarias y administrativas.

Las actividades básicas, son aquellas que se consideran indispensables para el cumplimiento del Programa, y que requieren de instrumentos específicos para su ejecución. En establecimientos de nivel primario de atención se desarrollan las siguientes actividades básicas: control prenatal, control de puerperio, control de salud del recién nacido, control ginecológico, control de paternidad responsable, consulta de morbilidad obstétrica y consulta ginecológica.

En los establecimientos del nivel secundario de atención, son entregadas las siguientes actividades básicas: consulta de alto riesgo obstétrico-perinatal, consulta de morbilidad ginecológica y consulta de enfermedad de transmisión sexual.

En tanto, en los establecimientos del nivel terciario de atención se realizan actividades básicas de consulta de urgencia y hospitalización. En el caso de las hospitalizaciones, éstas pueden ser por parto, puerperio y atención del recién nacido sano; del recién nacido en la Unidad de Neonatología; por aborto; por morbilidad obstétrica; por morbilidad ginecológica; y por intervención quirúrgica gineco-obstétrica.

Las actividades complementarias, son aquellas que contribuyen al cumplimiento de los objetivos de las actividades básicas; estas son: educación para la salud, consulta nutricional, consulta odontológica, entrevista social, visita domiciliaria y entrega de alimentos como complemento nutricional (PNAC).

Las actividades administrativas del programa, son las que se

efectúan para mantener la estructura o calidad de la organización del Sistema de Salud; y básicamente son: capacitación del personal, reuniones técnicas, reuniones de coordinación entre niveles de complejidad y la comunidad, control y supervisión y análisis de información y auditoría.

Finalmente, las actividades básicas y complementarias aparecen reguladas en la Norma Técnica Programática²³, la cual define el universo, cobertura, concentración, instrumentos, rendimiento y unidad de medida de cada actividad. Dicha norma, emana del Ministerio de Salud, la cual entrega una pauta de los máximos y mínimos considerados adecuados en la atención. Cada consultorio tiene flexibilidad para aplicarla, de acuerdo a la realidad local.

Destinatarios.

Este programa está destinado a atender a mujeres en su esfera gineco-obstétrica y a los niños hasta los 42 días después de su nacimiento. En nuestro país el 73% de la población es beneficiaria del sistema público de salud y el programa considera coberturas de 100% para la mayoría de sus actividades, lo que determina que este sea un programa de gran envergadura.

²³ En el Anexo N° 2 se puede apreciar de manera detallada en qué consiste esta Norma Técnica Programática por niveles de atención en salud.

El Programa visto desde el Sector²⁴.

En líneas generales, al hablar de los principales logros del programa, los funcionarios entrevistados hacen referencia inmediata a metas trazadas hace más de veinte años en relación a la reducción de la mortalidad materna, reducción de la mortalidad natal y perinatal, reducción del parto domiciliario y atención profesional en los distintos niveles a cargo de personal calificado. Asimismo, se hace mención a la amplia cobertura alcanzada por los programas de planificación familiar; y más recientemente, la reducción de mortalidad por cáncer cérvico-uterino.

Desde los funcionarios entrevistados surge la percepción de haber conseguido grandes logros a nivel cuantitativo en las actividades relacionadas al embarazo y el parto: atención precoz y control del embarazo y atención hospitalaria del parto. En este sentido, la mujer una vez embarazada entra en un circuito que comienza en el consultorio, con el control del embarazo, continúa con la atención del parto en el hospital, y con el control del puerperio, tanto en el hospital como en el consultorio. Dicho circuito puede prolongarse o no a través de la incorporación al Programa de Paternidad Responsable (planificación familiar).

En algunos servicios, las profesionales de la Dirección de Atención Primaria (DAP) y de los Departamentos de Programas de las Personas (DPP)²⁵, elaboran normativas que luego difunden en los

²⁴ La información relativa a la percepción de este programa desde funcionarios del sector, se basa en las entrevistas realizadas a René Castro, encargado del Programa de Salud Materna y Perinatal; Lautaro Fernández, encargado de la Dirección de Atención Primaria del Servicio de Salud Metropolitana Sur; Eugenia Tobar, coordinadora del Programa Maternal de la Dirección de Atención Primaria del Servicio de Salud Metropolitana Suroriente; y Elba Rubio, matrona asesora del Departamento del Programa de las Personas del Servicio de Salud Metropolitano Central.

²⁵ Tanto la Dirección de Atención Primaria (DAP), como el Departamento de Programas de las Personas (DPP) pertenecen a los Servicios del Sistema Nacional de Salud. En términos de organigrama, ambas instancias se ubican en el nivel intermedio del Sistema.

consultorios de su Servicio, lo cual permite a las matronas hacer la atención primaria y la referencia de pacientes a otros niveles. Contar con dichas normativas es considerado como un logro importante, dada la autonomía que adquieren las matronas respecto a los médicos.

Las principales dificultades, de acuerdo a la opinión de los funcionarios consultados, se dan en distintos aspectos. Entre éstas mencionan, el mal estado de las plantas físicas y su influencia en la construcción de una "mala imagen" del servicio, la cual afecta tanto a las usuarias, como a los propios funcionarios. En relación al funcionamiento de los servicios, señalan la sobrecarga de trabajo que enfrentan los equipos de salud, principalmente en maternidades grandes. Asimismo, plantean como obstáculo para lograr una mejor calidad en la atención, el escaso tiempo que es posible dedicar a cada paciente (un cuarto de hora máximo); y la dificultad para lograr una atención expedita (sin esperas), ya que existe una falta de credibilidad de parte de las usuarias de que el sistema diferido de distribución de horas médicas pueda funcionar²⁶.

En algunos servicios, la municipalización de los consultorios es mencionado como fuente de dificultades, ya que produciría un distanciamiento con el Ministerio de Salud.

Otra fuente importante de dificultades, es la resistencia al cambio e innovaciones, propuestas desde los niveles directivos, por parte de los funcionarios de los consultorios. Esta resistencia ante las innovaciones puede tener diversas causas. Según la opinión de uno de nuestros entrevistados, en muchos consultorios

²⁶ Durante muchos años en nuestro país, las horas médicas fueron distribuidas en los consultorios de atención primaria a través de un sistema, en el cual las usuarias debían llegar lo más temprano posible en la mañana, ya que se repartían estas horas sólo para el día y por orden de llegada.

Si bien aún este sistema subsiste en algunos consultorios, en otros se ha hecho el intento de introducir un sistema de entrega de horas con atención diferida, citando a las usuarias el día y en el horario en que será entregada la prestación en salud.

existe un acostumbramiento a un mensaje muy "tecnicista" o "tecnócrata" respecto a la salud en general, por lo tanto, cualquier cambio o innovación que se intente introducir que tenga otro lenguaje es difícil de acatar por los funcionarios. Una de las entrevistadas manifiesta que muchas veces las innovaciones propuestas no están respaldadas por los recursos humanos necesarios para llevarlos a cabo, por lo tanto, el cambio o innovación dentro del programa es percibido como una sobrecarga de trabajo.

Otro problema, tiene que ver con la rotativa de personal, principalmente de los médicos, en especial en las comunas más pobres. Dicha rotativa tendría sus causas en las malas condiciones de trabajo que ofrece el sistema público de salud a sus funcionarios. Esto dificultaría la conformación de equipos y el desarrollo de una "mística de trabajo".

En términos de problemáticas asociadas a la atención en salud de las mujeres, se menciona una gran preocupación por el tema del embarazo en mujeres hipertensas, que deriva en partos prematuros y mortalidad neonatal. En estos casos se menciona como fundamental la prevención, la cual se dificultaría principalmente por dos factores: la alta demanda de atención a nivel primario, unido a la priorización en la atención y control del embarazo; y el hecho que las usuarias se acercan al consultorio ya embarazadas, y comúnmente no hacen uso del control ginecológico, que debiera realizarse mínimamente una vez al año. Esta situación, si bien es explicitada con mayor preocupación respecto a las hipertensas, es extensiva a las mujeres en general.

En líneas generales, podemos constatar que existe una crítica por parte de los funcionarios respecto a la visión tradicional de las intervenciones en salud dirigidas hacia la mujer en términos netamente gineco-obstétricos y básicamente en términos reproductivos. Entre las aspiraciones mencionadas respecto a modificaciones de la forma en que hoy se enfrenta la situación de

salud de las mujeres resaltan los siguientes aspectos:

- la consideración del **ciclo vital** de la mujer en forma completa y no solamente durante el período fértil;
- la consideración de la salud de la mujer en forma **integral**, poniendo atención en los distintos factores que afectan el estado de bienestar físico, psíquico y social;
- promoción del **autocuidado**, como una forma distinta de enfrentar la salud de la mujer, en la cual ésta tiene una participación activa respecto a su propio cuerpo y necesidades de salud.

La necesidad de ampliar la cobertura del Programa hacia la mujer adolescente, por un lado; y hacia la mujer post-menopáusica, por otro, es señalada por los funcionarios consultados, como un imperativo de la realidad. Para uno de nuestros entrevistados, es necesario abordar una política dirigida a los adolescentes, con acento en la prevención, tanto de los embarazos no deseados como de las enfermedades de transmisión sexual, lo cual requeriría del trabajo intersectorial educación/salud.

Sin embargo, por el momento, en la práctica el trabajo con adolescentes se ha centrado básicamente en la atención a la adolescente embarazada. Entre las innovaciones cabe destacar la creación de la USA -Unidad de Salud de la Adolescente- creada hace alrededor de dos años. A esta Unidad que corresponde a un nivel secundario de atención, son referidas adolescentes menores de 15 años que llegan a controlar su embarazo a un consultorio (nivel primario de atención). La Unidad de Salud de la Adolescente cuenta con psicólogo, asistente social, pediatra y matrona.

Por otro lado, las adolescentes que son de 15 años y más quedan en control en el nivel primario. En algunos consultorios se

ha resaltado la importancia de trabajar con las adolescentes con una modalidad distinta a la que reciben las usuarias adultas, en un horario diferido.

Por otro lado, en la medida que la expectativa de vida ha crecido, nos encontramos con una población post-menopáusica importante, actualmente alrededor de 1.500.000 mujeres están en este período de su vida. Esta población se presenta, entonces, como un desafío para el Programa. Se reconoce, sin embargo, que a pesar de existir proyectos en esta materia hay un problema de falta de recursos humanos para la atención de esta población femenina.

En relación a la atención integral, los funcionarios perciben que este tema se encuentra interferido por una serie de factores que dificultan su puesta en práctica. Entre ellos destacan: la presencia de un modelo biomédico hegemónico focalizado en la patología; la formación de los profesionales privilegiando el punto de vista técnico y parcial; la distancia social y emocional existente entre los funcionarios de la salud, ubicados en los consultorios u otros locales de atención y las usuarias; la falta de valoración y desconocimiento de su cuerpo y salud por parte de las usuarias; la infraestructura de los consultorios, concebida sólo para la atención individual; el escaso tiempo de atención que se da por paciente, de un cuarto de hora.

Se destaca, además, que si bien, por un lado, existe la tendencia a reconocer la necesidad de trabajo interdisciplinario y multisectorial, lo cual facilitaría avanzar en una concepción integral de la salud de la mujer, por otro lado, en el plano de los hechos esto se ve obstaculizado por la presión que tienen los profesionales del programa en el cumplimiento de las actividades y en el logro de los objetivos considerados prioritarios.

El tema del autocuidado también enfrenta a los funcionarios de este programa a una serie de dificultades que obstaculizan su

promoción. La puesta en acción de los programas -a nivel general- no contempla la sensibilización y profundización del concepto mismo. Los espacios en los cuales tanto las usuarias como el personal de salud exterioricen sus propias percepciones respecto a lo que esto significa, no existen. Las dificultades mencionadas para el tema de la salud integral de la mujer, se repiten al intentar poner en práctica el autocuidado.

Al indagar respecto a los desafíos que se presentan para los equipos de salud en relación a la atención de salud de las mujeres en este programa, se señala la necesidad de intensificar cambios cualitativos en relación a la maternidad en dos aspectos: énfasis en la lactancia materna y la incorporación del padre a la crianza del niño/a. Para ello, se contempla el diseño de programas educativos tendientes a la sensibilización en estas materias.

En relación a cuáles serían los principales facilitadores, en la línea de mejorar la calidad de atención de salud dirigida hacia las mujeres y con miras a resolver los desafíos anteriormente señalados, plantean: la incorporación de un enfoque psicosocial que permee la totalidad de las actividades del programa; la utilización de una metodología participativa, que permita desarrollar actividades y controles grupales con las usuarias; y, en términos globales, la existencia de un modelo de atención multidisciplinaria.

2. Proyectos del convenio MINSAL-ONGs²⁷:

Fundamentación.

Este programa está orientado al desarrollo de formas de cooperación entre los Servicios de Salud y Organismos No Gubernamentales (ONGs), en vistas a contribuir a la Atención Primaria en Salud. Se fundamenta en el reconocimiento de la existencia de Organismos No Gubernamentales que en el ámbito de la salud han generado conocimiento sobre la situación del sector, han contribuido a la elaboración de propuestas de políticas y han desarrollado intervenciones directas destinadas a solucionar problemas de salud en sectores de mayor pobreza. A partir de esta constatación se intenciona la coordinación y articulación con estos organismos en vistas a facilitar la emergencia de procesos sociales desde la comunidad local, que contribuyan al logro de mejores condiciones de salud para los sectores más pobres de la población.

Objetivos:

- Generar un proceso de comunicación y reconocimiento mutuo entre el sector público y solidario de salud, representado este último por los Organismos No Gubernamentales.
- Contribuir al fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de Salud en grupos y localidades de mayor daño y riesgo social, a través de las acciones que desarrollan las ONGs en coordinación con los establecimientos de APS.

²⁷ La información sobre este programa, ha sido recogida del documento Programa MINSAL-ONG 1991-1993. Resultados de una evaluación. (Unidad de Participación Social, División de Programas de Salud, Departamento de Atención Primaria, Ministerio de Salud, 1993). Este documento presenta la evaluación cuali-cuantitativa de treinta y siete proyectos ejecutados por ONGs, en el marco del concurso MINSAL/ONGs 1991, que forman parte del Programa de Mejoramiento Inmediato de la Atención Primaria. Además, en forma independiente, se revisaron la totalidad de proyectos en ejecución en diciembre de 1992, seleccionándose y revisándose aquellos que explícitamente estaban referidos a la salud de la mujer.

Primaria de Salud en grupos y localidades de mayor daño y riesgo social, a través de las acciones que desarrollan las ONGs en coordinación con los establecimientos de APS.

- Contribuir a mejorar la calidad de la atención e impulsar una gestión local participativa en salud.
- Favorecer la conformación de redes y mecanismos de articulación ONGs - Servicios de Salud.

Los proyectos son ejecutados por ONGs, de acuerdo a convenios celebrados entre los Servicios de Salud y cada ONG. Para el Programa MINSAL-ONGs del período 1991-1993 se financiaron setenta proyectos, cubriendo veinticinco servicios de salud. Los proyectos ejecutados están en la línea de promoción de salud (76%); atención integral (23%); y área de investigación operativa (un proyecto).

Así, la mayor cantidad de proyectos realizó acciones de promoción, prevención y fomento de la salud comunitaria, combinando varios temas o problemas definidos localmente. Entre los temas abordados encontramos los siguientes: medio ambiente, sarna y pediculosis, alcoholismo y drogas, campaña de prevención de cáncer cérvico uterino y de mamas en la mujer, campaña de control de hipertensos, desnutrición infantil, crianza y educación sexual, producción y uso de hierbas medicinales, salud mental y desarrollo personal. Entre los temas priorizados destaca la importancia dada a problemas de salud mental y a la prevención, apoyo y cuidados del embarazo adolescente.

Entre los proyectos que explícitamente hacen referencia a problemáticas de salud de la mujer encontramos los siguientes temas: salud mental; prevención de embarazo adolescente; prevención del cáncer cérvico-uterino y de mamas; atención integral de salud.

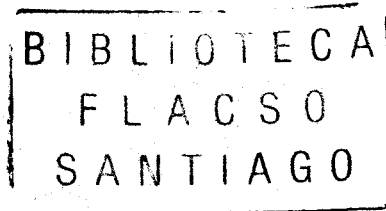
El programa visto desde el sector.

El programa MINSAL-ONGs es mencionado como una iniciativa a través del cual se apoyan proyectos locales, intentando aportar al logro de la integración y articulación entre el sector público y el sector privado, sin fines de lucro (este último representado por las ONG's) y las organizaciones de base comunitaria, así como con otros actores y sectores sociales, en vistas a contribuir a la Atención Primaria en Salud.

Un elemento interesante de rescatar de la percepción de las limitaciones que se reconocen desde el Estado para hacer efectiva la Atención Primaria en Salud, es la constatación de la existencia de "una práctica ancestral de institucionalización de la salud que responde sólo a la enfermedad y a los problemas prevalentes". En este contexto, la APS se presenta como una tarea de gran envergadura -que por definición no puede ser de exclusiva responsabilidad del Estado- que requiere de la participación de variados actores, que intervengan innovativamente, con propuestas concretas en la resolución de las problemáticas de salud de la población.

El Programa Minsal-ONGs es presentado como un primer acercamiento hacia la búsqueda de fórmulas de articulación entre distintos actores sociales -públicos y privados- lo cual permite avanzar en el levantamiento de diagnósticos desde los niveles locales y ejecución de acciones concretas dirigidas al mejoramiento de la salud de la población. En este sentido, se da la posibilidad de reconocimiento de un saber en salud enraizado en la gente y su capacidad de detectar prioridades y acciones conjuntas con el consultorio y sus equipos.

En líneas generales, y directamente relacionado a la evaluación de los objetivos planteados en el programa, se señala que:



- se reconoce un avance en la comunicación y reconocimiento entre el sector público y el denominado "solidario" (representado por las ONGs). Sin embargo, existe la percepción de que esta relación es frágil. Llegar a consolidar un trabajo conjunto a más largo plazo requeriría la internalización real de la estrategia de atención primaria en los Servicios de Salud; y la elaboración de recomendaciones técnicas y metodológicas para el trabajo de los Servicios de Salud con las ONGs, por parte del Ministerio de Salud.

- en términos del aporte de este programa al fortalecimiento de la Atención Primaria, se señala que, cuantitativamente los logros son sólo parciales, dado que la cobertura de las ONGs es baja. Sin embargo, en términos cualitativos su aporte es sustancial, fundamentalmente por las características de las intervenciones, orientadas a la prevención, promoción y educación.

- respecto al objetivo planteado en relación a "contribuir a mejorar la calidad de la Atención Primaria de Salud e impulsar una gestión local participativa en salud", se plantea que si bien no fue posible medir el impacto real de los distintos proyectos en relación a este tema, a través de la opinión de los beneficiarios se deduce una percepción positiva. Respecto al tema de la participación, se considera que el uso de metodologías basadas en la educación participativa, comunicación social, diagnósticos participativos, programación local y uso de tecnologías innovadoras en el campo de la APS, contribuyeron a alcanzar logros a nivel cualitativo. Sin embargo, nuevamente, se presenta el desafío de alcanzar mayores coberturas. De hecho, una de las dificultades con que se encontraron las ONGs fue la de alcanzar las cantidades programadas de beneficiarios. Otra dificultad, tiene que ver con las características socio culturales de los grupos destinatarios (medicalización de la salud, cultura de participación en salud, etc.).

- finalmente, respecto al objetivo de "favorecer la conformación de redes y mecanismos de articulación ONG - Servicio de Salud", se señala que se han dado los primeros pasos, pero que se hace necesario el afianzamiento y fortalecimiento de este proceso. En

este sentido, se plantea como un aspecto crítico la limitada duración de las intervenciones (en el caso de este programa, la duración de los proyectos es de un año).

3. Programa de Reforzamiento psicosocial²⁸

Fundamentación.

En el año 1992, como una iniciativa conjunta del Ministerio de Salud, Servicio Nacional de la Mujer e Instituto Nacional de la Juventud, se diseñó e implementó el Proyecto de Reforzamiento Psicosocial. Este se fundamenta en los diagnósticos surgidos al interior del Sistema de Servicios de Salud y de las instituciones mencionadas anteriormente que enfatizan la necesidad de focalizar acciones del sector salud en mujeres trabajadoras y jóvenes, particularmente en el ámbito de problemas definidos como psicosociales. El propósito de dicho proyecto es incorporar los componentes psicosociales a la atención primaria en la perspectiva de brindar una atención integral y lograr un mejoramiento en la calidad de vida.

Objetivos estratégicos:

- Incorporar los aspectos psicológicos y sociales en los programas de salud tanto en lo asistencial como en la prevención y promoción.
- Promover el trabajo en equipo y el mejoramiento del clima organizacional como una forma de conducir a un modelo de

²⁸ La información relativa a este proyecto ha sido extraída del Informe Proyecto de Reforzamiento Psicosocial de la Atención Primaria, División de Programas de Salud, Unidad de Salud Mental, Depto de Atención Primaria, Ministerio de Salud, Mayo-Diciembre 1992, elaborado por los encargados del proyecto, María Graciela Muñoz, del Depto. de Atención Primaria y Edgardo Thumala, de la Unidad de Salud Mental del Depto. del Programa de las Personas. Además se entrevistó a María Graciela Muñoz.

relación e interacción interdisciplinario y horizontal.

- Incorporar la participación comunitaria y la intersectorialidad como estrategias fundamentales en el abordaje de los problemas psicosociales.
- Focalizar e intervenir en los problemas psicosociales más relevantes en los sectores de mayor riesgo, particularmente jóvenes y mujeres trabajadoras, mejorando así la capacidad resolutoria del consultorio.

Para la implementación de este proyecto, se incorporaron 170 profesionales a los equipos de consultorios de atención primaria, en su mayoría psicólogos, matronas y asistentes sociales. Los equipos psicosociales se insertaron en 79 consultorios (37% del total de consultorios urbanos del país).

La estrategia definida desde el nivel central para la puesta en marcha del proyecto en los niveles locales consistió en entregar los lineamientos generales, objetivos y estrategias básicas durante un curso de capacitación de dos semanas de duración al cual asistieron todos los profesionales contratados para este proyecto. Dicho curso tuvo como objetivo entrenar a estos nuevos funcionarios en su proceso de inserción al sistema de salud y modalidades de intervención en los principales problemas psicosociales diagnosticados (consumo de alcohol y drogas, embarazo adolescente y violencia familiar).

Las actividades desarrolladas durante el año 1992 involucraron a 16.556 personas, focalizadas hacia la atención de jóvenes, mujeres, organizaciones comunitarias, equipos de salud de los consultorios y hombres adultos. La mayor cantidad de acciones se dirigieron al ámbito de la prevención primaria (64%) (sin incluir las actividades dirigidas a los equipos de salud) y en atención secundaria (36%), siendo estas últimas mayoritariamente realizadas con mujeres.

Los problemas abordados en prevención primaria con mujeres

adultas fueron: trastornos emocionales (26 talleres); violencia intrafamiliar, maltrato infantil, familia, derechos de la mujer (23 talleres); sexualidad, SIDA, embarazo (23 talleres); salud mental, relajación, desarrollo personal (20 talleres); otros, tales como salud en general, recreación, salud comunitaria (13 talleres).

La modalidad de trabajo más utilizada fue el trabajo grupal participativo, en talleres y jornadas. Los talleres tuvieron una duración promedio de 8 sesiones de tres horas cada una. El número promedio de participantes fue de 18 personas.

Las acciones de prevención secundaria fueron realizadas en modalidad de terapia individual, terapia familiar y terapia de grupo.

Es importante destacar que los profesionales contratados para este programa requirieron el 18.1% del tiempo total de trabajo en el año para actividades de capacitación de temas emergentes no impartidos en la formación tradicional, tales como: trabajo comunitario, manejo de grupos, sexualidad, violencia intrafamiliar, etc.

El programa visto desde el Sector:

De las actividades señaladas para el año 1992 se menciona una serie de logros para un proyecto de tan reciente incorporación en el sistema de salud, especialmente en lo que se refiere al tratamiento de problemas tales como la violencia intrafamiliar y el embarazo adolescente desde una perspectiva integral y con una modalidad de trabajo participativa. Sin embargo, también se subraya la gran cantidad de conflictos y dificultades que se observaron en la etapa inicial del proyecto. En el Informe de este Proyecto para el período Mayo-Diciembre de 1992 se mencionan los siguientes:

- La dinámica actual de la atención primaria (complejas relaciones municipio-servicio, inestabilidad funcionaria, sobrecarga asistencial, etc.)
- Las dificultades de relación, nivel central-local (tanto en la relación Minsal-Servicios, como Servicio-Consultorio) la que se expresó en una deficiente información y participación de los propios equipos de los consultorios, los cuales se encontraban al momento de la llegada de los nuevos profesionales llevando a cabo sus acciones ya programadas, lo que dificultó la inserción de un nuevo proyecto.
- La naturaleza propia del proyecto, que contemplaba la realización de tareas percibidas por el resto del equipo como necesarias e interesantes y que podían ser enfrentadas sólo parcialmente por éstos, debido a limitaciones propias del sistema.
- La percepción por parte de algunos equipos de consultorio, acerca de la actitud omnipotente y "salvadora" de los nuevos profesionales. Esto puede ser atribuido, al menos parcialmente a una distorsión originada en la capacitación inicial.
- Las características de la estructura de los equipos psicosociales, contratación de matronas y asistentes sociales que ya existían, en el consultorio e inserción de un nuevo profesional, psicólogo, cuyo perfil de trabajo no estaba definido, generó en un primer momento resistencias, pese a que los equipos de consultorios compartían las necesidades de implementación de esta perspectiva y forma de trabajo.
- Las diferentes modalidades implementadas por los Servicios de Salud en cuanto a distribución y asignación de los recursos de este proyecto, que en la mayoría de los casos estaban contratados en la Dirección de Atención Primaria y trabajaban en uno o más consultorios; por una parte, generó una dicotomía en cuanto a la dependencia y por otra estableció una marcada diferencia en relación a los equipos de salud lo que conflictuó aún más el proceso de inserción.

En líneas generales, las principales dificultades percibidas

en la puesta en práctica de este proyecto se relacionan a diversos motivos que van desde la inexistencia de un espacio de funcionamiento, carencias en la infraestructura del consultorio para el tipo de trabajo (salas para sesiones grupales, por ejemplo), ocultamiento de información por parte de funcionarios del consultorio, etc. Luego de un año de funcionamiento se puede apreciar que el proceso de inserción fue bastante dificultoso, percibiéndose como primer impacto el rechazo del sistema para acoger a los equipos. Se puede apreciar que muchos de ellos lograron abrirse un espacio legitimado en el consultorio, una vez que los equipos de salud constataron beneficios concretos (por ejemplo, los médicos encontraron la posibilidad de derivar a mujeres víctimas de violencia doméstica a trabajos grupales dirigidos por "los psicosociales"). Sin embargo, en algunos casos, no se logró traspasar la barrera de la resistencia del sistema, lo cual culminó en la disolución de equipos.

La experiencia de la puesta en práctica de este programa visibiliza una serie de factores necesarios de considerar en lo que se refiere a la incorporación de innovaciones dentro del sistema de salud, que retomaremos luego en el análisis de las resistencias al cambio en el sistema de salud.

II. Acciones del SERNAM.

El Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) fue creado, durante la actual administración del Presidente Aylwin, a principios de 1991. De acuerdo a la Ley 19.023 que le da origen, es un organismo con rango ministerial y su función es planificar y coordinar las políticas públicas dirigidas a la población femenina de nuestro país.

Sus principales metas son lograr una efectiva igualdad de oportunidades para las mujeres en todos los planos de la vida nacional, promover la dignificación y valorización del aporte que éstas hacen a la sociedad, y conseguir la eliminación de leyes discriminatorias y la formulación de normativas legales que garanticen su plena capacidad.

Es una institución de carácter técnico y descentralizado, que asesora directamente al Presidente de la República en las materias ya señaladas y depende administrativamente de MIDEPLAN. Opera en todo el país implementando sus políticas y acciones en conjunto con otros ministerios.

Como tal, su política congrega un conjunto de iniciativas multi-sectoriales, desarrolladas con los diversos ministerios y se traducen básicamente en iniciativas legislativas y la ejecución de distintos programas de acción social.

Durante el actual periodo, el SERNAM desarrolló un conjunto de programas pilotos, con el fin de poner a prueba diversas líneas de acción, e implementó en todas las regiones del país los Centros de Información de los Derechos de la Mujer (CIDEM). Estos últimos tienen por fin informar a las mujeres, a través de un equipo de profesionales, respecto a sus derechos y las posibilidades de ejercerlos plenamente.

Como antecedente, es necesario señalar, por una parte, que el SERNAM constituye una iniciativa que se esbozó y legitimó, al interior del conglomerado político de la Concertación, a partir de la participación y movilización de importantes sectores de mujeres durante la dictadura. Asimismo, de la reflexión y producción de conocimientos realizada por éstos, tanto desde la experiencia, como desde una perspectiva más académica.

Y, por otra, que la institucionalización de la temática mujer y género en el Estado debió ajustarse a la estructura actual de este último. Un aparato que opera en forma sectorial y en donde el proceso de descentralización aún no está concluido. Es así, que en ámbitos como la salud, los consultorios de atención primaria deben obligadamente ejecutar una serie de programas definidos por el nivel central (Ministerio de Salud), como por ejemplo el Programa de Salud Materna y Perinatal. Esta situación muchas veces impide el desarrollo de acciones que respondan a requerimientos más amplios, como es la salud reproductiva. Asimismo, dificulta el planteamiento de estrategias a nivel local, efectivamente intersectoriales, en la solución de los problemas de la población.

De acuerdo a este panorama, los desafíos del SERNAM han sido múltiples, porque las propuestas de políticas públicas han debido considerar los límites que la actual estructura del Estado presenta en un área que exige integralidad para su desarrollo, pues la situación y condición de las mujeres en nuestro país se relaciona con dimensiones económicas, sociales y culturales. También, porque la ubicación que tienen las mujeres en la sociedad y el tipo de relación que históricamente el Estado ha planteado con ellas, dificulta la implementación de acciones que tiendan a cumplir con los objetivos que la ley le otorga al SERNAM²⁹.

²⁹ Un interesante análisis de las políticas y programas del SERNAM durante el gobierno de Aylwin, ha sido realizado por Virginia Guzmán del Centro de Estudios de la Mujer-CEM.

En relación a la orientación que ha tenido la política del SERNAM en el área de salud hemos considerado en este documento, por una parte, información relativa a criterios generales que el organismo maneja al respecto; y, por otra, sobre las acciones en salud, ya sea específicas o bien en el marco de programas más amplios.

1. Criterios generales en torno a la salud de las mujeres.

Sobre los criterios generales que orientan la acción del SERNAM no existen documentos que den cuenta de manera específica al respecto. Sin embargo, encontramos alguna información en una publicación de diagnóstico sobre la situación de las mujeres en Chile; y en la manera en que se ha organizado el trabajo del SERNAM (organigrama) y la relevancia que se da a cada área planteada.

En **Perfil de la mujer. Argumentos para un cambio³⁰**, publicación de diagnóstico sobre la situación de las mujeres en nuestro país, el SERNAM entrega básicamente antecedentes sobre esperanza de vida de las mujeres, morbilidad y mortalidad. Así, releva como situaciones problemáticas en salud de las mujeres las principales causas de morbilidad que este sector de la población presenta: enfermedades del sistema circulatorio y tumores malignos del sistema digestivo y reproductor. Se señala asimismo, que las muertes por tumores del aparato reproductor se podrían evitar mediante el control preventivo del cáncer cervico-uterino y mamario.

Por otra parte, en esta misma publicación se plantea como situación problemática, que afectaría específicamente a las mujeres jóvenes, el embarazo adolescente. Se señala, que éste se configura como problema relevante, debido a la masividad que habría adquirido

³⁰ SERNAM - UNICEF, Santiago, julio, 1992.

en los últimos años y a que provocaría daño sico-social en las jóvenes.

Tanto el tema de la prevención de los cánceres cérvico-uterino y mamario, como el embarazo adolescente, fueron recogidos como prioridades en salud por el SERNAM a través de dos programas piloto específicos: Programa Unidad Móvil Ginecológica y Programa Embarazo en Adolescentes. Ambos programas son presentados detalladamente entre las acciones en salud que el SERNAM impulsa, en el apartado siguiente.

2. Acciones y programas piloto en salud.

Entre las acciones específicas en salud del SERNAM contemplamos en esta revisión los programas Unidad Móvil Ginecológica y Embarazo en Adolescentes.

En el marco de programas más amplios del SERNAM, que tocan de alguna manera la problemática de salud de las mujeres, incluimos el Programa de Violencia Intrafamiliar, pues la institución considera la violencia intrafamiliar como una problemática que afecta la salud física y psicológica de la mujer. Asimismo, el Plan Nacional de Apoyo a Mujeres Jefas de Hogar de Escasos Recursos, ya que se trata de un programa de enfoque integral, que tiene una línea de acción específica en salud. Y, por último, la red de Centros de Información de los Derechos de la Mujer (CIDEM), los cuales cuentan en sus equipos de trabajo con una especialista en salud mental y organizan en forma frecuente actividades de información y fomento en esta materia.

a) Programa Unidad Móvil Ginecológica³¹.

Fundamentación.

Este Programa ha sido diseñado a partir de la constatación que el examen de PAP (Papanicolau) y el auto-examen de mamas presentan en nuestro país una baja cobertura y conocimiento. A pesar de que se ha establecido que ambos exámenes disminuyen la incidencia del cáncer cérvico-uterino y mamario -tercera causa de mortalidad femenina en Chile-, el primero apenas tiene una cobertura del 30% y, el segundo es escasamente conocido por las mujeres.

Caracterización.

Con el fin de buscar soluciones a esta situación, el SERNAM en conjunto con el Ministerio de Salud y los Servicios de Salud Metropolitano Sur y Central, implementó este programa como experiencia piloto. Consistió en una unidad móvil que realizó control ginecológico, examen de PAP (con seguimiento para PAP positivo) y entregó capacitación en auto-examen de mamas en las comunas de San Bernardo, Lo Espejo, San Joaquín, Pedro Aguirre Cerda, Paine, Santiago y Cerrillos.

Objetivos.

Los objetivos planteados fueron:

- Realizar 15.000 exámenes de PAP durante dos años en las comunas iniciadas.
- Captar en especial a las mujeres de 45 años y más y a las menores de esa edad sin hijos, que no se encuentran adscritas a los Programas Maternales y de Planificación

³¹ Para la información sobre este programa se ha utilizado como fuente principal el Proyecto Unidades Móviles para toma de PAP promoción del autoexamen de mamas en población de riesgo del SSMS y SSMC de Santiago (SERNAM, s/r).

Familiar, a través de los organismos comunitarios a los que pertenecen o con lo que tienen vinculación.

- Derivar a los Servicios de Salud a las mujeres captadas, independientemente de los resultados de los exámenes.
- Coordinar las acciones de seguimiento de la totalidad de los casos mórbidos detectados, con los servicios de salud y las organizaciones comunitarias.
- Contactar y vincular a las Organizaciones Comunitarias activas, al menos una por comuna de las indicadas, con los servicios de salud.
- Capacitar, a lo menos una persona por cada organización comunitaria, en auto-examen de mamas.

Destinatarias.

Las destinatarias del Programa fueron las beneficiarias de ocho consultorios de atención primaria ubicados en las comunas ya señaladas. Particularmente se buscó captar a las mujeres mayores de 45 años, donde se presenta una mayor prevalencia del cáncer cérvico-uterino y mamario; y, mujeres menores de esa edad sin hijos, que no son beneficiarios de los Programas Materno-Infantil y de Planificación Familiar.

El Programa visto desde el sector³².

Sobre este programa existe seguimiento y evaluación sistematizado, con información cualitativa y cuantitativa al respecto. Entre los datos que en particular interesan para este informe, se cuenta, en primer lugar, con la observación de que en la práctica ha sido necesario ampliar la acción de la unidad a una atención ginecológica más integral, debido a que la demanda real fue muy variada y se refería no sólo al examen de papanicolau, sino

³² Como fuente de información al respecto se utilizó el documento **Informe semestral Unidad Móvil para Examen de PAP y Promoción del Autoexamen de Mamas** (mimeo, SERNAM, Santiago, septiembre, 1992).

también a métodos anticonceptivos, sexualidad y otros trastornos ginecológicos.

En segundo término, la información desagregada por grupos de edad de las beneficiarias revela una alta asistencia de mujeres jóvenes, representado éstas más de un 30%. Ambos datos estarían expresando la dificultad que tiene este grupo de mujeres para acceder a la atención ginecológica en los consultorios de atención primaria y, por consiguiente, una carencia en su salud.

b) Programa Embarazo en Adolescentes³³

El Programa de Embarazo en Adolescentes actualmente se encuentra detenido, su plan piloto concluyó en 1992 y durante 1993 sus proyecciones se vieron dificultadas por falta de financiamiento. Durante 1993 se llevó a cabo una evaluación del mismo, la cual al momento de realizarse este trabajo aún no finalizaba.

Fundamentación.

El Programa se fundamentó en la magnitud que presenta el embarazo adolescente en nuestro país. Se señala que uno de cada siete niños que nace en Chile, es hijo de una madre adolescente. Ello es observado como un problema, más que por el riesgo obstétrico -que ha entrado en cuestión en el último tiempo-, debido a los aspectos psicológicos y sociales involucrados en esta realidad; siendo considerado como un "problema sociológico de consecuencias médicas". De acuerdo a esto último, el embarazo en las adolescentes es visto como una situación que afecta su salud mental y conlleva un conjunto de factores que repercute en su

³³ La descripción de este programa se realizó utilizando como fuente de información el Proyecto de Embarazo en Adolescentes (SERNAM, 1992).

calidad de vida. Se asocia al embarazo adolescente, también, una serie de problemas sociales que afectarían al hijo esperado: frecuentemente se trataría de embarazos no deseados entre jóvenes solteras, con bajo nivel de escolaridad e importantes carencias socio-económicas.

Caracterización.

Este Programa fue concebido con el fin de buscar soluciones a dicha realidad -considerada problemática- asumiendo un enfoque "integral y comunitario". En este sentido, comprendió un conjunto de acciones de prevención y formación en el tema dirigidas a padres y apoderados, estudiantes de enseñanza básica y media, profesionales de la salud, funcionarios municipales, monitores juveniles y organizaciones comunales de base. Asimismo, buscó promover la atención y apoyo a las madres y padres adolescentes a través de una incorporación privilegiada al Programa de Capacitación de Jóvenes del Ministerio del Trabajo, en las Oficinas de Colocación municipales y la creación de Clubes o Casas de Madres y Padres Jóvenes. Cada una de estas actividades se llevó a cabo en coordinación con las diversas instancias gubernamentales involucradas: Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Ministerio del Trabajo, Instituto Nacional de la Juventud (INJ), Servicio Nacional de Menores (SENAME) y Dirección General de Deportes y Recreación (DIGEDER).

Propósito.

El propósito de este programa piloto fue "desarrollar modelos de intervención comunitaria que den una respuesta integral e intersectorial a la prevención del embarazo precoz y/o no deseado en adolescentes, a la prevención y atención de los problemas del embarazo en adolescentes y en madres y padres adolescentes y sus hijos a nivel nacional".

Objetivos.

Entre sus objetivos generales se contaron:

- "Desarrollar un modelo de intervención comunitaria dirigido a adolescentes, familias y comunidad para prevenir el embarazo precoz y/o no deseado en adolescentes."
- "Desarrollar un modelo de intervención comunitaria, dirigido a las adolescentes embarazadas y madres y padres adolescentes, que tienda a reducir la frecuencia de los embarazos no deseados y fomentar aspectos positivos biopsicosociales del embarazo, de la maternidad y de la paternidad en los adolescentes."
- "Desarrollar un modelo de intervención comunitaria dirigido a las adolescentes embarazadas y progenitores y madres y padres adolescentes para disminuir la morbi-mortalidad en la adolescente y en su hijo y el retardo en el desarrollo psicomotor del niño."
- "Motivar y potenciar alternativas para el desarrollo personal y laboral de las y los adolescentes y de los padres y madres adolescentes."
- "Sensibilizar a nivel nacional sobre el problema del embarazo en adolescentes. Proponer y promover políticas públicas desde los organismos gubernamentales relacionados con él."

Destinatarias.

Para la implementación del Programa piloto se seleccionó la comuna de Pudahuel en la ciudad de Santiago, debido a su alto porcentaje de adolescentes ubicados en el primer y segundo quintil de pobreza; alto porcentaje de hijos de madres adolescentes; número importante de escuelas básicas beneficiarias del Programa de las 900 escuelas (Ministerio de Educación); presencia del Proyecto Casas de la Juventud (Instituto Nacional de la Juventud); presencia del Programa de Capacitación de Jóvenes (Ministerio del Trabajo); y por ser ésta una comuna definida como prioritaria por el Programa de Capacitación de Jóvenes, de acuerdo a las variables desocupación

juvenil y pobreza.

Los beneficiarios fueron diversos sectores de la comunidad y se definieron de acuerdo a cada actividad. En las actividades de prevención, formación y sensibilización consideraron como beneficiarios a padres y apoderados, estudiantes de enseñanza básica y media, profesionales de la salud, funcionarios municipales, monitores juveniles y organizaciones comunales de base. Y, en las actividades de promoción, atención y apoyo consideró a las propias adolescentes embarazadas y a madres y padres adolescentes como beneficiarios.

El Programa visto desde el sector³⁴.

Actualmente, como ya señaláramos, este programa se encuentra detenido por falta de financiamiento, habiéndose ejecutado el programa piloto en Pudahuel en 1992. No se cuenta aún con una evaluación sistematizada de esta experiencia.

En relación a las dificultades planteadas, se indica en primer lugar que este programa presenta un vacío en el diagnóstico. A pesar de que el SERNAM habría realizado un seminario y una publicación en conjunto con diversos especialistas en el tema, no se ha logrado establecer aún de manera fehaciente cuál sería el diagnóstico que estaría a la base de este programa y que, en definitiva, justificaría su existencia.

Como otra dificultad del programa, se menciona la acotación cada vez mayor de lo que fuera el plan original, quedando finalmente reducido a lo que constituyó el programa piloto, realizado en 1992 en la comuna de Pudahuel. Esta situación se

³⁴ La información que se presenta a continuación, proviene de una entrevista realizada a Cristina Avilés, quien coordinaba al momento de realizarse esta investigación el Programa y tenía a cargo su evaluación.

debería, principalmente, a los problemas de financiamiento ya señalados; y a dificultades para llevar a la práctica la intersectorialidad, fundamental para un programa de enfoque integral como éste.

Entre las potencialidades, se considera que el mayor aporte del programa fue su enfoque comunitario, poniendo énfasis en la involucramiento de diversos actores sociales y de las redes comunitarias locales existentes.

En relación al programa piloto, las principales dificultades se verificaron en el alto grado de prejuicios hacia los jóvenes, que presentan los funcionarios públicos, particularmente los que trabajan en los consultorios. Con el piloto se hizo un trabajo especial en este sentido: se intentó limpiar los prejuicios existentes en torno a los jóvenes y se propició la creación de programas específicos de atención a las adolescentes embarazadas, lo cual tuvo un importante efecto amplificador. Actualmente, un importante número de consultorios de la región metropolitana cuenta con programas de este tipo.

c) Programa Nacional de Violencia Intrafamiliar³⁵

Fundamentación.

El programa se fundamenta en la gravedad que reviste la violencia intrafamiliar³⁶, en cuanto es considerada un problema social, donde sus consecuencias no se limitan a las víctimas directas solamente, sino a la sociedad toda; y, en que los principales afectados son mujeres, niños y ancianos.

Entre los factores que la influyen se reconocen algunos de orden social, económico, religioso, político y cultural; actuando éstos, la mayoría de las veces, interrelacionadamente.

En el caso particular de las mujeres, la violencia conyugal o doméstica -si bien se indica que no es la única forma de violencia que las afecta- es considerada como la más extendida. Ello debido a que toda mujer es "víctima potencial" a causa de la situación de inferioridad que viven en relación a su pareja en el espacio familiar. Así, se señala que "por socialización todas las mujeres deben desempeñarse como sostenedoras afectivas y reproductoras, tanto biológicas como sociales, de la fuerza de trabajo de la sociedad. Este rol, además de pensarse "natural", se subvalora socialmente, quedando la mujer por tanto en una situación de inferioridad respecto al "jefe de hogar" y por lo mismo, expuesta a sus criterios personales, que en forma muy extendida, y también

³⁵ Como fuentes de información al respecto se utilizaron los documentos Programa Nacional de Violencia Intrafamiliar de SERNAM (SERNAM, s/r) y Aproximación a una estrategia gubernamental para el abordaje de la violencia intrafamiliar. Síntesis y reflexión del programa nacional de prevención de la violencia intrafamiliar 1991 - 1993 (SERNAM, Santiago, abril, 1993).

³⁶ SERNAM define como violencia intrafamiliar: "Todo acto cometido dentro de la familia por uno de sus miembros, que perjudica gravemente la vida, el cuerpo, la integridad física y psicológica o la libertad de otro miembro de la familia." (Antony, Carmen y Miller, Gladys, Estudio exploratorio sobre el maltrato físico del cual es víctima la mujer panameña, s/r. Citado en: SERNAM, Programa Nacional de Violencia Intrafamiliar.

por socialización son violentos".

Las consecuencias de la violencia conyugal se traducen, según el diagnóstico del SERNAM, en un deterioro de la autoestima de la mujer, falta de motivación, temor, neurosis, predisposición al consumo de tranquilizantes y falta de concentración. Todas estas situaciones repercuten en el conjunto del grupo familiar, siendo los niños los principales afectados, viendo deterioradas sus relaciones afectivas -especialmente importantes en la etapa de vida en que se hallan- lo que marcará sus relaciones futuras. En este sentido, se señala que estos niños tienden más tarde a reproducir los patrones familiares observados.

Finalmente, se plantea enfrentar la violencia intrafamiliar como un problema de derechos humanos, en tanto afecta los derechos básicos de la persona y entorpece el desarrollo en igualdad. Así, se propone trabajar esta problemática de manera multidimensional: a nivel de la educación formal, en los medios de comunicación y a través de la legislación.

Es importante destacar que la iniciativa de crear este programa y prestar desde el Estado una atención a esta problemática se plantea ya en 1989 desde la Concertación de Mujeres por la Democracia³⁷, quedando incluida en la agenda programática de lo que sería el actual gobierno por iniciativa del propio movimiento de mujeres.

Caracterización y objetivos.

El programa centra sus esfuerzos en la violencia doméstica o conyugal de la que es víctima la mujer. Su alcance es nacional y ha

³⁷ Conglomerado de mujeres pertenecientes a diversos partidos políticos y organizaciones sociales, que entre 1988 y 1989 elaboraron las bases programáticas para el desarrollo de una política dirigida a las mujeres, que con posterioridad asumiría el gobierno de Patricio Aylwin.

sido diseñado con actividades permanentes a través de una serie de líneas de acción, las cuales se encuentran orientadas básicamente a:

- Difundir y sensibilizar en torno a este problema en el conjunto de la sociedad, de manera de contribuir desde el Gobierno a la prevención del mismo.
- Entregar información y atención a las mujeres víctimas a través de los Centros de Atención y de los CIDEM³⁸.
- Capacitar y sensibilizar particularmente a los funcionarios públicos y otros agentes que se relacionan más directamente con las víctimas.
- Desarrollar estudios, evaluaciones y seguimientos sobre los proyectos que en esta materia se efectúen.
- Apoyar y contribuir a la iniciativa de legislar sobre esta realidad, con el fin de que se tipifique el delito de violencia intrafamiliar.
- Coordinar un trabajo intersectorial, de forma tal que este problema sea asumido por las diversas instancias gubernamentales a través, principalmente, del diseño de políticas específicas.
- Participar en encuentros internacionales donde se discuta esta problemática, de modo de hacer presente la preocupación que en esta materia tiene el gobierno chileno y de nutrirse de las experiencias y debates presentados en ellos.

Destinatarias.

Este programa está dirigido, en cuanto a prevención, a la sociedad en general y en cuanto a atención, básicamente a las mujeres que sufren violencia conyugal.

³⁸ Los Centros de Información de la Mujer (CIDEM) funcionan en las trece regiones del país y tienen por objeto atender las necesidades de información de la población femenina.

Una descripción más detallada de estos centros se encuentra en el acápite dedicado a este programa.

Acciones realizadas por el programa.

- Estudios:

El programa ha desarrollado dos investigaciones con el fin de profundizar el diagnóstico nacional sobre violencia intrafamiliar, éstos son: "Estudio de prevalencia de la violencia intrafamiliar y la situación de la mujer en Chile" y "Estudio comparativo de las cifras en CIDEM, postas y comisarías sobre denuncias de violencia intrafamiliar en cinco ciudades del país durante dos meses del año 1991".

El objetivo central del primer estudio ha sido medir el porcentaje de mujeres que "reconocen" haber vivido violencia física en su hogar. Fue desarrollado a partir de una muestra representativa de 1000 mujeres de la Región Metropolitana, que pertenecen a tres sectores socioeconómicos y cuya edad fluctúa entre los 22 y 55 años. Este estudio ha servido de base para la difusión que el SERNAM ha realizado de este problema, a través de diversas instancias y medios de comunicación.

El segundo, su objetivo principal ha sido el relevamiento de cifras en cinco ciudades del país (Antofagasta, Valparaíso, Talca, Concepción y Región Metropolitana) de las mujeres que acuden a los CIDEM, postas y comisarías por violencia intrafamiliar. En complementación con este estudio, se está diseñando un instrumento que permita homogeneizar la información que sobre este problema recaban los diversos servicios involucrados, respetando las diferencias que existen entre cada uno de ellos, ya que a través de este estudio comparativo se ha evidenciado una serie de dificultades para la detección del problema.

- Capacitación y sensibilización:

Se ha desarrollado un plan nacional de capacitación durante 1991 y 1992. Este ha abarcado las trece regiones del país y se ha dirigido a diversos funcionarios públicos que tienen relación directa con las mujeres víctimas que solicitan apoyo; entre ellos se cuentan carabineros, funcionarios de tribunales, equipos de

salud y educación y funcionarias de SERNAM. Asimismo, CIDEM metropolitano realiza cursos y charlas al respecto en diversos espacios y organizaciones sociales.

- Atención a mujeres maltratadas:

El Programa ha centrado sus esfuerzos, en promover la atención y asistencia a las mujeres que han sufrido violencia intrafamiliar a nivel local. Ello se fundamentaría en el hecho de que el SERNAM es una entidad que tan sólo coordina políticas públicas; y, en que el espacio local parece ser un lugar propicio para romper con el aislamiento que caracteriza a las familias que sufren este problema.

De este modo, a través del Programa se han celebrado una serie de convenios específicos con municipios, en donde el SERNAM ha entregado asesoría técnica para la puesta en marcha de Centros de Atención a la Mujer Golpeada.

Actualmente funcionan cinco Centros de Atención en Santiago en convenio con las Municipalidades de Santiago, Conchalí, La Florida, El Bosque y Huechuraba.

Estos centros tienen como objetivo ser un espacio de atención integral para las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar, incluyendo programas de intervención y prevención dirigidos a la propia afectada, su familia y la comunidad. Al mismo tiempo, se busca divulgar y socializar esta problemática en la comuna en general.

Finalmente, se espera a través de estos Centros profundizar el diagnóstico sobre violencia intrafamiliar en el país, tanto a nivel regional como local, permitiendo de este modo mejorar las actuales políticas públicas que apuntan a resolver este problema.

En el caso de que a un municipio no le sea factible abrir uno de estos Centros, SERNAM presenta como propuesta alternativa la contratación de monitoras y/o profesionales que puedan brindar un primer apoyo a las mujeres víctimas de violencia y el establecimiento de convenios con otras instituciones especializadas -organismos no gubernamentales, corporaciones de asistencia

judicial, entre otras- que amplíen y complementen dicha atención.

- Comunicación y difusión:

Este nivel es considerado de suma relevancia en el Programa, ya que a través de él se intenta "visibilizar la violencia intrafamiliar como problema social y su reconocimiento como problema de todos". Se busca en definitiva "desnaturalizar " y "deslegitimar" la violencia que se ejerce en el interior de la familia, sacando este problema desde la esfera privada hacia la esfera pública.

En este sentido, se ha diseñado material gráfico, audiovisual y radial con el fin de hacer visible esta problemática y entregar información a las víctimas y comunidad en general. A la vez, ha promovido en los diversos medios de comunicación que otorguen más espacio a esta problemática y que hagan un tratamiento adecuado de la misma en sus notas periodísticas.

- Proyecto de Ley:

De acuerdo al diagnóstico del SERNAM, una de las limitaciones concretas que encuentran las víctimas de violencia intrafamiliar se refiere a la inadecuada respuesta legal hoy vigente. Por ello, el Programa apoyó y asesoró la iniciativa de legislar en esta materia, entregando antecedentes bibliográficos a los parlamentarios involucrados y aportando en la elaboración del Proyecto de Ley que se tramitó y aprobó en el Parlamento (aún no ha sido publicada en el Diario Oficial).

El programa visto desde el sector³⁹.

Entre los logros alcanzados por este programa, se considera como el más importante haber puesto a nivel de la opinión pública el problema de la violencia intrafamiliar y el hecho de que se asuma que el problema existe. Para el equipo del programa, esto ha abierto las posibilidades de realizar atención y prevención. Una primera confirmación de ello se observa en el aumento de las consultas por violencia intrafamiliar en los centros municipales y en los CIDEM.

Se considera como otro logro importante, la aprobación en la Cámara de Diputados del proyecto de ley sobre violencia intrafamiliar. Asimismo, se valora la realización de los spots dedicados a prevenir sobre el problema. Por otra parte, la existencia de coordinadoras del programa en las distintas regiones del país, posibilita la amplificación de los efectos del programa y le da mayor solidez.

En relación a las dificultades, éstas se presentarían en dos ámbitos básicamente. A nivel del financiamiento, en donde el conseguir los recursos necesarios ha sido problemático y lento. Y, a nivel de las resistencias culturales existentes en la sociedad que permiten la reproducción de este problema: entre ellas se menciona como significativa la "naturalización" de la discriminación hacia la mujer.

³⁹ La información que se presenta proviene de los documentos antes reseñados y de la entrevista realizada a Paulina Bermúdez, encargada de la coordinación del Programa con los Centros de Atención que operan en diversas municipalidades.

d) Plan Nacional de Apoyo a Mujeres Jefas de Hogar de Escasos Recursos⁴⁰.

Hemos considerado este programa, que siendo más general, incluye entre sus líneas de acción medidas tendientes a mejorar la situación de salud de sus beneficiarias.

A continuación hacemos una descripción del Programa en su conjunto, de manera de ser fieles en ella a la orientación integral que posee. En el apartado de la mirada del sector ahondamos de manera más específica en el tema de salud.

Fundamentación.

Este plan se fundamenta en la constatación de la estrecha relación que existe entre jefatura de hogar femenina y pobreza, y en la magnitud de esta realidad: uno de cada cinco hogares en nuestro país es encabezado por una mujer, de éstos, más de un 60% se concentra en los sectores pobres y de extrema pobreza.

Plantea que dichos hogares se hallan expuestos a un mayor grado de vulnerabilidad, acentuándose el "círculo de la pobreza". Así, se los caracteriza como mayoritariamente enfrentados a "procesos de disolución familiar", en que la jefa posee un bajo nivel educacional, una precaria inserción laboral -ubicadas principalmente en el sector servicios personales e informal y con altas tasas de desocupación- y una doble jornada de trabajo. Al mismo tiempo, se verifica en ellos una transmisión intergeneracional de la pobreza, debido principalmente a los bajos ingresos de la jefa y a la "ausencia del padre" (real y/o simbólica), lo que redundará en problemas tales como inestabilidad familiar y embarazos adolescentes.

⁴⁰ Al respecto se utilizaron como fuentes los documentos **Proyecto Plan Nacional de Apoyo a Mujeres Jefas de Hogar de Escasos Recursos**, (SERNAM, 1991) y **Plan Piloto de Apoyo a Mujeres Jefas de Hogar de Escasos Recursos. Informe de avance. Segundo semestre de 1992**, (SERNAM, marzo 1993).

En consecuencia, este programa se enmarca en las prioridades de la política social del actual Gobierno, que enfatiza una focalización de sus recursos hacia los sectores más pobres, de esta forma, las mujeres jefas de hogar de escasos recursos han sido definidas por el SERNAM y el gobierno como "grupo objetivo prioritario".

Objetivo.

El objetivo general del plan es: "desarrollar acciones tendientes a aumentar la capacidad económica de las mujeres jefas de hogar de escasos recursos, mejorar la calidad de vida de los integrantes del hogar y poner fin a cualquier tipo de discriminación que las afecte."

Caracterización.

Está compuesto por tres líneas de apoyo, estas son:

- Programa Nacional de Apoyo a Mujeres Jefas de Hogar de Escasos Recursos "que propondrá y coordinará medidas que favorezcan a estos hogares, focalizando políticas y programas de los diversos ministerios del área social y económica."
- Programa Piloto de Apoyo a Mujeres Jefas de Hogar de Escasos Recursos, "contempla la aplicación de un programa integral de apoyo en cinco comunas del país (Arica, Santiago, Conchalí, San Antonio, Coronel), por un período de dos años, con el propósito de elaborar un modelo de intervención que sea posteriormente aplicado a nivel nacional."
- Programa de Reformas Legales de Apoyo a Mujeres Jefas de Hogar de Escasos Recursos, "considera el estudio de reformas legales y su presentación ante el Congreso, de medidas que afectan especialmente a las mujeres jefas de hogar. Se trata de modificaciones en aspectos de familia, y a los códigos Civil y del Trabajo."

Para la realización de este plan se han contemplado acciones en cinco sectores o áreas, éstos son:

- Sector Educación: se propone desarrollar medidas de cuidado infantil para los hijos (pre-escolares, escolares y de educación media) de las mujeres jefas de hogar, con el objeto de facilitar las actividades de la madre trabajadora. A la vez, se busca darles prioridad en el acceso a las becas estatales para aquellos hijos que se hallan en la educación superior.
- Sector Salud: se pretende mejorar el acceso de las mujeres jefas de hogar y sus hijos a la atención primaria a través de la implementación de un horario compatible con su jornada de trabajo; asimismo, mejorar su acceso a acciones de salud comunitaria en que ellas participen activamente.
- Sector Trabajo: considerado de suma relevancia, pues constituye uno de los factores claves en el empobrecimiento de estos hogares. Aquí se pretende mejorar las condiciones de acceso al mercado laboral para este grupo de mujeres y, a la vez, mejorar la capacidad productiva de aquéllas que realizan actividades independientes. Como medidas particulares se cuentan: eliminación de normas legales y administrativas que obstaculizan la igualdad de oportunidades con el hombre; coordinación permanente con los sectores empresariales con el fin de compatibilizar los esfuerzos del programa con las necesidades económicas del país; capacitación laboral para las jefas de hogar en todo el país; privilegiar el acceso de las mujeres jóvenes jefas de hogar al Programa de Capacitación Laboral para Jóvenes; apoyo a aquellas jefas de hogar que se desempeñan como micro-empresarias; apoyo específico a las jefas de hogar de zonas rurales y pesqueras.
- Sector Vivienda: contempla elevar la calidad de vida de las jefas de hogar y sus hijos, facilitando su acceso a la vivienda y un mejor uso de los espacios.
- Sector Justicia: se busca proporcionar a las jefas de hogar orientación legal y atención jurídica individual, básicamente a través de los CIDEM.

Destinatarias.

Este programa está dirigido a familias de escasos recursos con jefatura femenina en el país. El Programa Piloto, tiene como destinatarias mujeres jefas de hogar, con niños a su cargo, con un rango de edad que no exceda los 55 años y con un nivel de escolaridad mínimo (alfabetas). Ha sido localizado en cinco

comunas del país (Arica, Santiago, Conchalí, San Antonio y Coronel), seleccionadas de acuerdo a su condición de pobreza y cantidad de jefas de hogar. Por último, dentro de cada una de estas comunas se han seleccionado áreas más acotadas en que se realiza el proyecto de acuerdo a situación socio-demográfica, utilizándose para ello el índice CAS y los diagnósticos comunales.

El programa visto desde el sector⁴¹.

La línea de salud es la que ha sufrido mayores modificaciones del conjunto de acciones que incluye este Programa. Durante el seguimiento y la evaluación de los pilotos se detectaron diversas dificultades que han dando paso a modificaciones y ajustes al plan inicial.

Originalmente, en el diagnóstico se consideró que la principal dificultad en salud para las mujeres jefas de hogar se encontraba en el acceso a la atención primaria, ya que los Programas tradicionales se desarrollan en horarios poco adecuados para ellas. De acuerdo a ésto, se reforzaron los terceros turnos en los consultorios, o bien se crearon donde no existían, en las comunas en que se realizarían los programas pilotos. Asimismo, se reforzaron las áreas de atención ginecológica, medicina general y salud mental, dependiendo de los déficit que presentara cada consultorio en cuestión.

Al cabo de un año se hizo una primera evaluación, detectándose una serie de problemas en la ejecución de la línea de salud. En primer lugar, para el equipo del programa, actualmente no existe la certeza de que el tercer turno sea la mejor alternativa de acceso a la atención primaria para las mujeres jefas de hogar. Esto, porque se pudo observar en el terreno que ellas enfrentan una doble

⁴¹ La información que se presenta ha sido extraída de la entrevista realizada a Carmen Andrade, coordinadora del Programa.

jornada, lo que significa que luego de cumplir con su jornada de trabajo, deben enfrentar las tareas domésticas y muchas veces adelantar las tareas del día siguiente (almuerzo, lavado y planchado de la ropa de sus hijos, etc.). En este caso, las mujeres emplean más bien la estrategia de conseguir permiso en el trabajo para asistir al consultorio, situación que al parecer está bastante más institucionalizada de lo que el equipo creía antes de la puesta en marcha del programa; inclusive existe en los establecimientos de salud un certificado con el cual se acredita ante el empleador la atención en salud.

Otro problema que se detectó entre las mujeres en el acceso a los terceros turnos, fue el tema de la seguridad: en las noches a las mujeres les da miedo asistir al consultorio, debido al importante grado de delincuencia que se observa en las comunas populares.

Finalmente, el tercer turno tiene otra desventaja, en el sentido que no ofrece todos los servicios que el consultorio entrega durante el día, por ejemplo el programa de entrega de leche.

Por otro lado, la evaluación dejó en claro que para las mujeres es complejo y difícil verse a sí mismas como sujetas de salud. Continúa bastante vigente entre ellas la autoimagen de "agente de salud de los hijos". Se constató que aunque exista un equipo de salud adecuado, que está dispuesto a apoyarla en la solución de sus problemas, es difícil que las mujeres acudan al consultorio a atenderse, más bien ellas han hecho el aprendizaje de vivir con sus problemas de salud cotidianamente, hasta que se transforman en críticos.

Con el fin de aproximarse de manera más específica a la situación de salud de las jefas de hogar, el equipo del programa realizó un primer diagnóstico. En un grupo de cuarentaicinco mujeres se llevó a cabo una pesquisa en el ámbito de la salud

mental. Los resultados fueron impactantes: sólo tres de ellas no presentaban problemas de salud mental. La mayoría tenía en diversos grados problemas de stress, insomnio reiterado, dolores psicósomáticos y de abuso de tranquilizantes (básicamente diazepam).

En este diagnóstico se pudo comprobar también, que esta realidad de múltiples problemas de salud mental, se encuentra tan incorporada por las mujeres que no la conciben como problema de salud. La actitud de las mujeres tiende a ser similar que la observada para el caso de los problemas de salud física: no se asumen como sujetas de salud.

En otro diagnóstico, realizado en la comuna de Santiago donde se ejecutó uno de los pilotos del programa, se pudo observar que no existe una relación directa entre enfermedad de las mujeres y asistencia a los consultorios. En general las jefas de hogar indican que asisten al consultorio cuando se sienten muy enfermas, cuando la enfermedad les impide trabajar o bien en el caso de que un "experto" las califique de enfermas.

Frente a esta situación, de no asumirse como sujetas de salud, el equipo del programa releva la necesidad de emprender acciones más promocionales, principalmente de educación en salud. Así también, la necesidad de replantear los conceptos de salud y enfermedad que comunmente se utilizan en los programas y acciones estatales en esta materia. Sin embargo, las posibilidades de impulsar acciones orientadas a la promoción y con un enfoque de salud renovado, se visualizan limitadas por el actual sistema de salud, particularmente en el nivel de atención primaria donde se deberían concretar este tipo de medidas.

Por último, se incorporaron a esta línea acciones en salud ocupacional y dental, ya que fueron planteadas como áreas relevantes por las propias mujeres, en tanto trabajadoras. La salud

ocupacional específicamente, ha sido asumida por el programa en un sentido más bien preventivo. Así, se ha intentado diagnosticar cuál es la situación de salud de la trabajadora, muy vinculada ésta a sus condiciones laborales.

e) Red de Centros de Información de los Derechos de la Mujer (CIDEM)⁴²

Este es el Programa más importante, en términos de personal y de recursos, que lleva a cabo el SERNAM. Considera desde un punto de vista integral las necesidades de información de las mujeres y acoge en forma especial los problemas ligados a la salud mental de las mujeres. Debido a este carácter integral del Programa, hacemos una caracterización general de él.

Fundamentación.

El Programa CIDEM se fundamenta en la relevancia que adquiere la información como medio que permite a las mujeres acceder a nuevos espacios sociales y a desarrollar plenamente sus derechos y capacidades. Asimismo, en la necesidad que tiene el SERNAM de mantener un vínculo directo con las mujeres y de dar cauce a las demandas y necesidades de este sector, lo que redundará en una profundización del diagnóstico con que trabaja este organismo y en el ajuste de sus políticas públicas.

Caracterización.

Este programa consiste en una red de centros, que funcionan en todo el país entregando información a las mujeres sobre sus

⁴² La información sobre este programa ha sido extraída del Informe narrativo del Servicio Nacional de la Mujer a la autoridad sueca para el desarrollo internacional (SERNAM, s/r) y del Estudio de los CIDEM de las I, II y XII regiones - Chile (Valdés, T., Weinstein, M. y Ortúzar, A., 1992).

derechos. Está estructurado a través de un equipo nacional, encargado de diseñar las líneas de acción, contenidos, formas de organización del trabajo, y seguimiento y evaluación del programa; y, trece equipos regionales, integrados por una coordinadora y tres profesionales a cargo de la acción directa con las mujeres en los centros.

La información entregada en los centros se enmarca en la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, las metas que el SERNAM se fija anualmente, las prioridades temáticas definidas por el equipo nacional, y las metas propuestas a nivel ministerial en general. Asimismo, se definen prioridades temáticas por región, teniendo en cuenta los sectores sociales en que se detecta mayor necesidad.

Los contenidos de la información se refieren a los derechos de las mujeres y a las instancias en que se pueden hacer efectivos dichos derechos; servicios y beneficios que les otorga el Estado, los programas del SERNAM, las municipalidades e instituciones privadas; y, sobre temas específicos.

La acción de los CIDEM se realiza a través de tres modalidades: atención individual, atención grupal y difusión y sensibilización en forma general. En la atención individual, una profesional responde directamente las consultas de las mujeres y, de acuerdo a los antecedentes presentados por ellas, las deriva al organismo que puede apoyarlas en la solución de sus problemas. En la modalidad grupal, se realizan actividades colectivas de información como talleres, seminarios, foros y encuentros; todos éstos con temas específicos. Finalmente, las actividades de difusión y sensibilización se llevan a cabo con el fin de promover el SERNAM y poner en discusión la temática de los derechos de la mujer y se utilizan tanto los medios masivos de comunicación, como campañas de difusión realizadas por los propios equipos. En lo que se refiere específicamente a salud, cada CIDEM cuenta con un/a

psicólogo/a que atiende los casos más urgentes de salud mental y que, si es posible, lleva a cabo una terapia breve con la consultante. También en esta área se realiza una derivación a instituciones especializadas.

Objetivos.

Objetivos generales.

- Posibilitar a través de una adecuada información, la participación equitativa e igualitaria de la mujer, en la vida social, política, económica y cultural del país.
- Contribuir al crecimiento de la mujer en autonomía y dignidad a través de la información.
- Servir de instrumento de apoyo en el diagnóstico de necesidades y problemáticas de las mujeres del país. Este diagnóstico permitirá medir la eficacia de las políticas públicas, detectar discriminaciones y posibles vacíos en su diseño. La incorporación de las propuestas de las mujeres en esas políticas sería un objetivo último.
- Difundir las iniciativas del SERNAM, en el marco de las metas ministeriales y de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Apoyar los programas del SERNAM en su vinculación con la comunidad.

Objetivos específicos.

- Entregar a las mujeres información y orientación sobre: sus derechos y las instancias donde pueden hacerlos valer; servicios y beneficios que otorgan el Estado, municipalidades e instituciones privadas; y los programas específicos del SERNAM.
- Desarrollar acciones concretas destinadas a lograr que las mujeres valoren la información como elemento necesario para la solución de sus problemas y el desarrollo de su autonomía y dignidad.
- Proponer y desarrollar campañas de información y sensibilización sobre los derechos de la mujer, los planes y programas del SERNAM y del Gobierno, con especial atención a la realidad regional.

- Recoger los principales problemas y demandas de las mujeres con fines diagnósticos y de orientación de las políticas públicas dirigidas a ellas.

Destinatarias.

Sus destinatarias son el conjunto de las mujeres, tanto organizadas como no organizadas. Sin embargo, se privilegia, de acuerdo a las prioridades del SERNAM, a las mujeres de sectores medios y bajos.

En una primera etapa, el Programa CIDEM se fijó como destinatarias directas las mujeres de las capitales regionales. No obstante, en etapas posteriores se ha ido extendiendo su acción, con trabajo de difusión y diversos convenios con entidades locales, hacia provincias y comunas.

El programa visto desde el sector⁴³.

Este programa no cuenta con seguimiento sistematizado en relación a las beneficiarias que asisten a los centros. Sí existe una ficha personal en donde se registran los antecedentes de cada mujer y el motivo de su consulta, actualmente se está realizando un procesamiento de esta información. En relación al funcionamiento de los CIDEM, existen cuatro tipos de controles: evaluación por equipo de cada centro sobre gestión y cumplimiento de objetivos; una evaluación del equipo nacional de los informes mensuales que cada CIDEM elabora con retroalimentación a los centros; evaluación personal de cada funcionaria; y finalmente una evaluación informal que se verifica cuando integrantes de la coordinación nacional efectúan visitas a los centros.

Por otra parte, la cooperación internacional ha realizado dos

⁴³ Al respecto se ha utilizado como fuente de información el documento Evaluación del Programa de Cooperación entre Suecia Chile en el Area de la Mujer 1991 -1993 (Stödberg A., Gomáriz, E. y otras, Estocolmo, noviembre, 1993).

evaluaciones externas del programa con colaboración de especialistas chilenas/os⁴⁴. Estas se han efectuado, debido a que los centros son financiados básicamente con apoyo de diversas agencias de cooperación, el Estado sólo sustenta los gastos operativos de los CIDEM.

Los equipos de trabajo consideran que los objetivos originales de los CIDEM se han revelado en la práctica como acertados y relevantes. Esto a pesar de que los centros debieron ser puestos en marcha con premura, con una preparación y capacitación insuficientes.

En el desempeño de los CIDEM se observa que la mayoría de las atenciones están ligadas a situaciones familiares y/o problemas de violencia doméstica.

En relación a las mujeres que asisten a los centros a solicitar información pertenecen principalmente a sectores socio-económicos medios y medios bajos, a pesar que el programa privilegia la acción hacia mujeres en situación de pobreza. Como fórmula de llegada a este último grupo de mujeres se han intensificado las actividades de terreno a localidades apartadas y poblaciones marginales.

Por otra parte, las funcionarias resienten el hecho que los CIDEM, al no tener una orientación asistencialista en sus actividades, con dificultad consiguen mostrar sus logros, que no se traducen en medidas concretas. Esta situación ha enfrentado a los equipos en reiteradas ocasiones a incomprensiones de parte de las autoridades locales, ya que éstas con dificultades comprenden el enfoque del programa. Al respecto, el equipo nacional considera que

⁴⁴ Ver Estudio de los CIDEM de las I, II y XII regiones - Chile (Informe encargado por la Agencia de Cooperación Internacional, Valdés, T., Weinstein, M. y . Ortúzar, Santiago, 1992).

la introducción de esta nueva perspectiva es una tarea de largo plazo.

Además, la triple dependencia que tienen los CIDEM regionales con el SERNAM, a través de la Coordinación Nacional CIDEM, dependiente del Departamento de Estudios y Planificación, y de las Directoras Regionales, cargo de confianza de la Ministra y dependiente del Departamento de Programas, es considerada problemática por los equipos de trabajo. Ello principalmente porque genera dificultades de coherencia de las acciones y en las posibilidades de cumplir efectivamente con la programación.

El equipo nacional valora especialmente la calidad del trato que los equipos regionales brindan a las mujeres que asisten a los centros. Hay una preocupación especial por entregar una acogida a las asistentes que les ayude a delimitar y generar acciones que ayuden a solucionar sus problemas. La salud mental de las mujeres, considerando el marco general de sus condiciones de vida, es uno de los aspectos más trabajados por los CIDEM, en el sentido de darle prioridad en las actividades grupales y de consulta individual. Es por ello que el papel del/a psicólogo/a es crucial en los equipos.

Sin embargo, el equipo nacional plantea la tensión que se produce en los CIDEM al derivar a las mujeres a otras instancias estatales para solucionar efectivamente sus problemas, puesto que allí no existe esta acogida para escuchar a las usuarias y respetar sus procesos.

ANALISIS

En las páginas precedentes hemos descrito los programas estatales de salud dirigidos hacia las mujeres, vigentes durante los años 1990-1993. Para cada uno de ellos hemos recogido opiniones de funcionarios y/o revisado informes de evaluación. Con ello hemos intentado acercarnos a las percepciones de los funcionarios respecto a la puesta en práctica de los programas, más allá de lo que se señala en el papel (documentos, normativas). Detrás de los discursos orales y escritos respecto a las necesidades de salud de las mujeres priorizadas y a la respuesta desde el Estado a estas necesidades, encontramos distintos aspectos subyacentes que consideramos necesario revisar, desde una perspectiva de género. Nos referiremos a: las necesidades de salud relevadas en los diagnósticos de los programas descritos; los enfoques subyacentes a dichos programas y que transmiten visiones específicas respecto a la forma de abordar la salud de las mujeres; las imágenes de mujeres subyacentes, hacia las cuales se elaboran los programas de salud y; las lógicas de acción que están operando desde el Estado y se están actualizando en cada programa. Finalmente, a partir de los comentarios surgidos en las entrevistas hechas a los funcionarios de los programas, haremos mención a las principales resistencias que surgen en la implementación de acciones innovadoras dentro de un programa (como es el caso del Materno y Perinatal) o en la implementación de programas nuevos.

Los elementos a considerar -diagnósticos, enfoques, lógicas de acción, imágenes de mujer- aparecen íntimamente relacionados entre sí. Dependiendo del enfoque con que se aproxime un programa a las necesidades de salud de las mujeres, se hace el recorte de dicha realidad, considerando algunos aspectos y dejando fuera otros. El enfoque (bío-médico/bío-psico-social) aparece implícito en la descripción de los programas, a partir de las necesidades que se han priorizado para su elaboración. Asimismo, los programas que se operacionalizan bajo una lógica de acción determinada (asistencial/

promocional/participativa) dan cuenta de la imagen de mujer subyacente en dichos programas (receptora de prestaciones de salud/portadora de conocimiento/gestora de acciones de salud). Por último, a partir de la puesta en práctica de cambios dentro de un programa o de la introducción de programas innovadores, nos interesa detectar las principales resistencias percibidas por los propios funcionarios.

Considerando los elementos anteriormente señalados, haremos el análisis de cada uno de los programas.

El Programa de Salud Materno y Perinatal resalta la situación de la mujer quien, por su capacidad reproductora, está en una situación de riesgo físico y social. En la percepción de las necesidades de salud de las mujeres, el Estado las ve íntimamente conectadas con la función de reproductora de la especie y de la sociedad. Por este motivo la mujer es percibida en un binomio madre-hijo. Los objetivos de dicho programa, focalizados en la mujer en edad fértil apuntan al mejoramiento de sus condiciones biológicas, psicoafectivas y sociales, y en forma particular, a la reducción de la morbilidad de la mujer en edad fértil, tanto vía diagnóstico precoz como vía atención oportuna. En la práctica, encontramos que las actividades de este programa se concentran en aquellas relacionadas al embarazo, parto y puerperio, enfatizando la atención en los aspectos bio-médicos.

Al analizar los elementos recién descritos, incorporando la perspectiva de género, podemos señalar que, si bien desde todo punto de vista es necesaria la preocupación estatal por la situación de las mujeres en el período de edad fértil, y específicamente, durante el período de embarazo, parto y puerperio, podemos observar que la imagen de mujer percibida como binomio madre-hijo reproduce y reafirma contenidos simbólicos de género que circunscriben el rol social de las mujeres a la maternidad. Al mismo tiempo, deja fuera de participación al género masculino de la

responsabilidad en los ámbitos de la reproducción biológica y social.

En la práctica, la principal lógica de acción subyacente a este programa es la asistencial y disciplinadora. Si bien la asistencia a las mujeres, a través de la entrega de recursos y beneficios durante el período de embarazo, parto y puerperio constituye un derecho, al restringir la atención a los aspectos bio-médicos de la reproducción, descontextualiza y restringe las necesidades integrales de dicha situación. Aunque desde los objetivos se plantee la consideración de los aspectos psicoafectivos y sociales, en la práctica, esto es difícil de realizar, tanto por formación de los funcionarios, modalidad de intervención individual, como por escasez de tiempo (un cuarto de hora por consultante). Por otro parte, la visión de mujer como binomio madre-hijo facilita la lógica de acción de disciplinamiento. Como madre debe asumir el rol con todo lo que culturalmente ello significa y fundamentalmente, responder bien a las expectativas sociales respecto a tal rol. Desde antes del nacimiento del hijo/a ya se está preparando para ser agente y mediadora de su salud y bienestar. Aunque existe dentro del Programa la intención de involucrar a los padres en las actividades de educación durante el embarazo y en las actividades de educación en paternidad responsable, dado el tipo de consulta individual y la escasez de tiempo, los padres no tienen una oportunidad de participación real. Esto es más claro aún en el momento del parto y durante el post-parto, al no tener acceso a la sala de parto, ni acceso fluído a la sala de post-parto.

Otros proyectos de salud impulsados desde el Ministerio, enfatizan la preocupación por las mujeres de sectores pobres de la población, quienes se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad de su salud física y mental. En esta realidad intentan incidir los proyectos del convenio MINSAL-ONG's.

En relación a estos proyectos observamos que la incorporación de lógicas promocionales, a través del trabajo comunitario y participativo, apunta hacia el reconocimiento de actores y sujetos sociales en general. Sin embargo, su acción se ve limitada al no incorporar una perspectiva de género tanto en sus diagnósticos, caracterización de destinatarios y definición de actividades. De esta manera, las mujeres quedan invisibilizadas tras la imagen de miembros de familias de escasos recursos, miembros de organizaciones comunitarias, etc. Por otro lado, en los casos en que los proyectos explicitan los sujetos de intervención como mujeres, mayoritariamente estos proyectos respondieron a problemas de salud definidos ya por el Estado, es el caso de la prevención del cáncer cérvico-uterino y mamario y embarazo adolescente.

En el caso del Proyecto de Reforzamiento Psicosocial, se detecta una demanda por mejorar la calidad de la atención en salud, especialmente para las mujeres y jóvenes, percibiéndose una crítica respecto a la atención en salud centrada en lo bio-médico y de que las necesidades de salud de las mujeres son más amplias que lo meramente reproductivo. Al mismo tiempo, se reconoce que existen una cantidad de temas emergentes como son la violencia intrafamiliar, el embarazo precoz, entre otros, para los cuales los profesionales de salud no han sido adecuadamente preparados.

Se destaca también que los problemas de salud mental derivados de condiciones de vida y relaciones familiares no son enfrentados por la atención de salud tradicional. Como lógica de acción se releva la participación comunitaria, en el marco de un enfoque de salud integral y de una modalidad de trabajo interdisciplinaria y horizontal. La mayor dificultad en la puesta en práctica de este programa se da, justamente, al confrontarse lógicas de acción, modalidad de trabajo y enfoques de salud contrapuestos entre sí. Lo tradicional y legitimado en la práctica de los servicios de salud está mucho más relacionado a lógicas asistenciales y disciplinadoras, modalidad de trabajo desde el saber médico en

forma jerárquica y con un enfoque de salud focalizado en lo biológico. En este contexto, el objetivo de permear el sistema de salud con los contenidos psicosociales se enfrenta en la práctica con la fuerza de lo conocido y corre el riesgo de tener una incidencia mínima y paralela.

Los proyectos impulsados desde el Servicio Nacional de la Mujer, recogen distintas situaciones relativas a las condiciones de salud de las mujeres en nuestro país. En el caso del Programa Nacional de Violencia Intrafamiliar, en su diagnóstico detecta la existencia de violencia intrafamiliar, considerándola como un problema social y un problema de derechos humanos. Se percibe a la mujer como una víctima potencial dada su ubicación desmedrada en el sistema social. Se constata, además, que para la mujer, la vivencia de la violencia intrafamiliar incide en el deterioro de su autoestima, falta de motivación, temor, neurosis, predisposición al consumo de tranquilizantes, y falta de concentración, entre otros problemas. Por otro lado, en el caso de los hijos/as, la violencia intrafamiliar marca las relaciones futuras de los niños/as que crecen en un ambiente donde esta violencia está presente cotidianamente. Este programa, tal como ha sido formulado, presenta grandes desafíos al sistema de salud. Al ampliar el diagnóstico de situación de salud de las mujeres al ámbito de la salud mental, requiere de la elaboración de nuevas estrategias de atención. Una fórmula que ha resultado eficaz en algunos consultorios, ha sido la derivación de mujeres que presentan problemas de violencia intrafamiliar a trabajo directo con los equipos psicosociales, tanto para intervenciones de tipo individual como grupal.

En líneas generales, este programa hace un aporte importante en la visibilización de una situación social tradicionalmente escondida. La imagen de mujer subyacente al diagnóstico pone de manifiesto las relaciones de poder en las cuales se dan las vivencias cotidianas de las mujeres en términos de discriminación y desigualdad. Como programa asumido con un enfoque integral

apunta hacia la acción a través de distintas lógicas, que van desde la asistencia a la promoción.

El Plan Nacional de Apoyo a Mujeres Jefas de Hogar de Escasos Recursos establece que uno de cada cinco hogares tiene a una mujer como jefa de hogar, estando el 60% de estos hogares en sectores pobres y de extrema pobreza. Se percibe la existencia de una relación entre jefatura femenina y pobreza, asociada al bajo nivel educacional, precaria inserción laboral y doble jornada de trabajo de este grupo de mujeres. Las precarias condiciones de vida determinan inestabilidad familiar, siendo hogares donde existe alto riesgo de que se produzcan embarazos adolescentes. En líneas generales son percibidos como hogares expuestos a una mayor vulnerabilidad.

El diagnóstico de este programa aporta elementos que permiten visualizar imágenes de mujer en situaciones de vida determinadas y en un papel social tradicionalmente vinculado a los hombres. En materia de salud, el programa incorpora un enfoque integral que apunta hacia lógicas de acción que van desde la asistencia a la promoción, dando importancia a la participación comunitaria.

De igual forma, los CIDEM representan una línea de acción que promueve la salud de las mujeres, ya que sus actividades consisten básicamente en la entrega de información directa a ellas, ajustándose dichas actividades a partir de sus propias demandas. Su enfoque integral, facilita la detección de situaciones específicas que afectan la salud mental de las mujeres y en este sentido constituye un aporte importante para la ampliación de los diagnósticos respecto a sus necesidades de salud.

El Programa Embarazo en Adolescentes del SERNAM, en su diagnóstico, resalta el hecho de que uno de cada siete niños es hijo de una madre adolescente. Describe el embarazo adolescente como un problema sociológico de consecuencias médicas y enfatiza

que tal situación afecta la salud mental de estas jóvenes y repercute en su calidad de vida. Las lógicas de acción planteadas en este programa están enmarcadas en un modelo de intervención comunitaria, planteando también la necesidad de incorporar un enfoque integral que contemple los distintos factores que afectan a la embarazada adolescente. Sin embargo, la real incidencia que pudiera tener este programa, más allá de lo que pueda haber sido un proyecto piloto, es una interrogante. Es importante señalar, además, que aún existen vacíos en el diagnóstico del programa, lo cual impide un real acceso al conocimiento de los múltiples factores sociales y culturales que se encuentran tras la adolescente embarazada. En este sentido, el trabajo de investigación sobre las percepciones y atribuciones que las adolescentes tienen o dan al embarazo, se torna indispensable para ampliar la visión de la imagen de mujer joven, de sus motivaciones, expectativas en relación a sus proyectos de vida, etc.

El Programa Unidad Móvil Ginecológica del SERNAM releva el hecho de que el cáncer cérvico-uterino y mamario constituye la tercera causa de mortalidad femenina en Chile y que el examen de PAP tiene una baja cobertura (30%) y el examen de mamas es altamente desconocido. Si bien el diagnóstico de dicho programa presenta una situación específica apremiante, refuerza la imagen de mujer-diseccionada, bajo un enfoque bio-médico, a pesar de que incorpore la acción comunitaria como lógica de acción. En este sentido, los resultados de la investigación que acompañó dicha experiencia, debieran dar pistas para abordar el problema específico, sin desconectarlo de una visión integral respecto al cuerpo de las mujeres y sus necesidades más globales.

En líneas generales, podemos observar tras los distintos programas de salud estatales dirigidos hacia las mujeres, la coexistencia de enfoques y lógicas de acción divergentes. Por un lado, encontramos lógicas de acción asistenciales y disciplinadoras que suponen una interacción con mujeres que cumplen roles de

reproductoras y madres. Reconocidas también como mujeres carenciadas, lo cual dificulta o impide de plano el reconocimiento del saber que pudieran tener respecto a sí misma, su cuerpo y su salud. Bajo estas lógicas la relación cara a cara en el consultorio, hospital, posta o cualquier instancia de atención en salud pone un sello a la imagen de mujer consultante como pobre, sin educación, carente... que como tal será beneficiaria del Estado.

Por otro lado, encontramos lógicas de acción que privilegian la participación comunitaria y la promoción, de tal manera que las propias mujeres desarrollen herramientas y capacidades para resolver sus problemas de salud en sus contextos locales y a través de redes comunitarias. Estas lógicas apuntan hacia una visión de mujer como sujeto activo, con conocimiento y capacidad de toma de decisiones respecto a su cuerpo y salud.

En términos de las imágenes de mujeres que subyacen a los programas encontramos, por un lado la persistencia de una imagen de mujer-madre, enfatizada, especialmente en el principal programa de salud dirigido hacia las mujeres, el Programa de Salud Materna y Perinatal; y por otro, encontramos la emergencia de nuevas imágenes de mujeres que relevan una visión de mujer-sujeto con características específicas y en relación a contextos y condiciones de vida particulares. En el primer caso, es importante señalar que según la opinión de funcionarios/as del propio Programa de Salud Materno y Perinatal surge el cuestionamiento a una visión restringida de las mujeres al ámbito reproductivo solamente y se plantea la necesidad de ampliar las acciones del programa hacia las mujeres adolescentes y hacia las mujeres adultas mayores, por ejemplo. También desde el discurso de los/as funcionarios/as se plantea la necesidad de una mirada integral en relación a la salud de las mujeres, en la perspectiva de abordar las diferentes necesidades que les atañen, incluyendo la salud mental y la salud laboral, por ejemplo. Sin embargo, tanto para la incorporación de

las necesidades de salud en el ciclo vital completo, como en las necesidades específicas de las mujeres desde una perspectiva integral, se aprecian vacíos conceptuales que tiendan a una incorporación efectiva de la perspectiva de género. En este sentido, la ampliación de las imágenes que hoy día operan tras los programas, se torna en un desafío fundamental, en la perspectiva de incorporar, efectivamente, la diversidad de realidades, situaciones y condiciones de las mujeres habitantes de nuestro país. De esta manera, al diversificar las imágenes de mujeres, también se pueden diversificar los programas, así como hacer las distinciones necesarias dentro de los que ya están en marcha.

En relación a las resistencias que se presentan en el sistema de salud, desde la perspectiva de los funcionarios entrevistados, aparecen una serie de elementos que dan cuenta de obstáculos reales que hoy día impiden avanzar en la incorporación de innovaciones tendientes a responder efectivamente a las necesidades de salud de las mujeres.

Una primera resistencia tiene que ver con la falta de participación que tienen los funcionarios que deben llevar adelante las innovaciones con la planificación de las mismas. La apropiación de los conceptos y de las estrategias se presenta como una necesidad del sector en general. Para ello se plantea la importancia de la participación en espacios de reflexión y discusión tanto de los aspectos teóricos como prácticos que involucra cualquier cambio a nivel de programas.

Una segunda resistencia tiene que ver con la competencia que perciben tener o no tener los funcionarios respecto a algunos temas. Esto se da especialmente en la incorporación de los aspectos psico-sociales y culturales (incluyendo en ellos la perspectiva de género). Si bien desde la práctica existe el reconocimiento de problemas y temas "que se nos vienen encima", como pueden ser la prevención del embarazo de las adolescentes, la

salud de las mujeres mayores, el SIDA, la violencia intrafamiliar, enfermedades laborales, etc., fuera de los proyectos piloto específicos, no existe una real preparación para su enfrentamiento. En este sentido, se distinguen falencias tanto en los curriculum de formación de los funcionarios como en la conformación de los equipos de salud. En relación a lo primero, de parte de los funcionarios entrevistados, se reconocen vacíos en la formación que permitan incorporar efectivamente los aspectos culturales de la población atendida y desconocimiento respecto a técnicas para un trabajo participativo. En relación a lo segundo, se menciona que la consideración de los aspectos psico-sociales-culturales sigue siendo un asunto de buenas intenciones si no se incorporan a los equipos de salud a profesionales de las ciencias sociales que aporten en esta dimensión.

Una tercera resistencia a las innovaciones está relacionada a las dificultades para la puesta en práctica del trabajo intersectorial. Según la opinión de los funcionarios entrevistados, este es un verdadero desafío que exige de todo un aprendizaje en materia de reconocimiento de los saberes y aportes que provienen de la experiencia de los distintos sectores, que de una u otra manera están incidiendo en la salud de las mujeres. En este sentido, se considera fundamental la coordinación efectiva, al menos, entre el Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y Servicio Nacional de la Mujer, por un lado; y con las Organizaciones No Gubernamentales y organizaciones comunitarias que trabajan en el tema de la salud de las mujeres.

CONCLUSIONES.

Al acercarnos a las acciones y programas estatales de salud dirigidos hacia las mujeres, como decíamos en la introducción, lo hicimos con una determinada perspectiva, la perspectiva de género. Luego de revisarlos y analizarlos, desde esta mirada específica, nos parece necesario hacer algunos alcances:

Tradicionalmente, las acciones y programas de salud dirigidas hacia las mujeres han sido elaboradas desde el Estado, sin consideración de las necesidades propias de las mujeres. El Estado ha pensado cuáles deben ser las acciones y como se deben ejecutar, privilegiando el cumplimiento de objetivos tendientes a lograr efectos visibles: indicadores de "civilización" en las primeras décadas de este siglo y de "desarrollo social" en las últimas.

Las mujeres han sido consideradas desde el Estado, por lo general, como objetos de intervención, en tanto pobres con múltiples carencias, con cuerpos diseccionados y como sujetos pasivos en el cuidado de su salud. Desde esta perspectiva, la mejor opción de programas para las mujeres ha sido la asistencia.

La exclusión de las mujeres como sujetos sociales, que pueden incidir en la elaboración de políticas que afectan la atención de su salud, ha empobrecido el rango de acción estatal. El Estado, al ignorar el conocimiento y manejo que puedan tener las propias mujeres respecto a la salud de ellas mismas, de sus familias y de la población en general ha restringido su alcance, privilegiando un enfoque bio-médico y medicalizado, transformando a la mujer usuaria de sus programas en un ente pasivo que no tiene nada que aportar.

Una de las principales dificultades que impide la consideración integral de la salud de las mujeres radica en el afianzamiento existente de una imagen culturalmente construida respecto al rol principal de la mujer en la sociedad: como madre y

servidora de los demás (especialmente de los hijos). El Estado, históricamente, se ha relacionado con las mujeres para atender situaciones y problemáticas de salud circunscritas al ámbito de la reproducción biológica y social. En este sentido, las mujeres se han constituido en sujeto de atención estatal principalmente en tanto madres. La relación establecida por el Estado con las mujeres es coherente con la imagen simbólica de mujer preponderante en la sociedad. La maternidad es el principal rol que asigna nuestra sociedad a las mujeres. Asimismo, culturalmente, se ha hecho una extensión de la capacidad reproductiva biológica hacia la reproducción social. Es así como el Estado ha relacionado históricamente a la madre con los hijos, estableciendo programas materno-infantiles, por ejemplo, considerando "obvio y natural" que la preocupación por la salud de los hijos la tengan las madres. Si bien en los objetivos del principal programa de salud dirigido hacia las mujeres, se considera importante la incorporación de los hombres en las actividades del programa, esto no se ha visto concretizado en la práctica. Se hace necesario, en este punto, la definición de estrategias que permitan efectivamente dicha incorporación. Para ello es fundamental la consideración de los aspectos culturales que están operando, tanto desde las usuarias como desde los funcionarios de los programas. Una potencial maternidad social, con responsabilidades compartidas, toca la raíz misma de la división sexual del trabajo.

En el caso específico de la maternidad, y por lo tanto, de los programas que apuntan a atender el embarazo, parto y puerperio, se hace necesaria la investigación respecto a los significados culturales que están operando. Desde una perspectiva de género, podemos reconocer el peso social y cultural que representa para las mujeres la responsabilidad desigual en esta materia. Sin embargo, también desde una perspectiva cultural, la maternidad es una fuente de sentido importante para muchas mujeres. La investigación de los sentidos -conscientes e inconscientes- que asocian las adolescentes y las mujeres en general a la maternidad; de los cambios que

eventualmente se han producido en la vivencia de la maternidad, al incorporarse las mujeres al trabajo fuera de la casa y muchos otros temas relacionados a esta materia, se hace imprescindible en la planificación de políticas dirigidas a este sector.

Desde el interior del propio Estado se levantan autocríticas respecto a la imagen tradicional que se ha tenido de las mujeres y surgen iniciativas tendientes a ampliar el enfoque de atención, las lógicas de acción, etc. Sin embargo, se puede constatar la gran cantidad de resistencias que encuentran las innovaciones dentro de un sistema altamente vertical y burocrático, con un funcionamiento afianzado en el cumplimiento de normas técnicas programáticas definidas centralmente. Por este motivo, también se hace necesaria la revisión de las formas en que se implementan las innovaciones, la manera en que toman las decisiones, los grados de participación que tienen quienes llegarán a ser ejecutores de las mismas, etc.

De hecho, es necesario reconocer que desde el Estado se han realizado esfuerzos tendientes a considerar la participación de los distintos actores de la población en la gestión de su propia salud, incentivando programas promocionales en la atención primaria, y desarrollando modelos de trabajo que involucren la participación activa de la sociedad civil; sin embargo, esto aún se encuentra en un nivel de baja incidencia dada la cobertura restringida de los proyectos que apuntan en esta línea, por un lado, y debido a que las pautas más generales en materia de participación comunitaria se encuentran aún en un nivel de socialización en los equipos de salud. Nuevamente, en este punto, surge la pregunta por las formas en que se socializan las innovaciones y los grados de participación que tienen en la elaboración de los cambios los funcionarios de los distintos niveles de atención en salud.

También encontramos que desde la sociedad civil, especialmente desde grupos relacionados al movimiento de mujeres, ha habido un avance sustancial en la construcción de conceptos de salud integral

para las mujeres y explicitación de los derechos reproductivos. Los mecanismos para su real consideración, por parte del Estado, se plantea como una necesidad, en vistas a avanzar en el ejercicio de la democracia.

Para finalizar, podemos decir que:

El reconocimiento de las distintas realidades de las mujeres, con sus necesidades específicas, dentro de la diversidad de situaciones y condiciones, debiera conducir a una reflexión profunda y crítica de las políticas, programas y acciones tradicionalmente dirigidas a este sector de la población. En esta reflexión se hace imprescindible el aporte que puedan hacer las principales involucradas: las mujeres.

El cambio cultural tendiente a llevar a la práctica las innovaciones necesarias en las acciones de salud dirigidas hacia las mujeres, requiere de la consideración y reconocimiento de los contenidos simbólicos en juego y de los mecanismos a través de los cuales estos contenidos operan y se actualizan en la vida cotidiana; de las relaciones de poder que se establecen entre quienes representan al Estado y quienes acceden a los programas como usuarias de programas y de los escenarios donde se pone en acción -cara a cara- dicha relación.

Por último, así como se hace imprescindible la consideración y reconocimiento de las mujeres como actor social en la elaboración de políticas, programas y acciones de salud dirigidas hacia las mujeres, esto mismo cabe para el caso de funcionarios y funcionarias del sistema nacional de servicios de salud, quienes, muchas veces, viven cotidianamente el malestar producto de un trabajo que perciben incompleto y parcial y en condiciones laborales desfavorables. Del reconocimiento de sus experiencias se pueden recoger múltiples iniciativas locales, creativas y pragmáticas.

FUENTES

MINSAL: Programa de salud materna y perinatal. Chile 1991, Ministerio de Salud, Santiago, 1991.

MINSAL: Programa MINSAL - ONGs 1991 - 1993. Resultados de una evaluación, Unidad de Participación Social, División de Programas de Salud, Departamento de Atención Primaria, Ministerio de Salud, Santiago, 1993.

MINSAL: Informe proyecto de reforzamiento psicosocial de la atención primaria, División de Programas de Salud, Unidad de Salud Mental, Departamento de Atención Primaria, Ministerio de Salud, mayo - diciembre, 1992.

SERNAM: Proyecto unidades móviles para toma de PAP, promoción del auto-examen de mamas en población de riesgo del SSMS y SSMC de Santiago, SERNAM, s/r.

SERNAM: Informe semestral Unidad móvil para examen de PAP y promoción del auto-examen de mamas, mimeo, SERNAM, Santiago, septiembre 1992.

SERNAM: Proyecto de embarazo en adolescentes, SERNAM, 1992.

SERNAM: Programa nacional de violencia intrafamiliar, SERNAM, s/r.

SERNAM: Aproximación a una estrategia gubernamental para el abordaje de la violencia intrafamiliar. Síntesis y reflexión del Programa Nacional de Prevención de la Violencia Intrafamiliar 1991 - 1993, SERNAM, Santiago, abril 1993.

SERNAM: Proyecto plan nacional de apoyo a mujeres jefas de hogar de escasos recursos, SERNAM, 1991.

SERNAM: Plan piloto de apoyo a mujeres jefas de hogar de escasos recursos. Informe de avance. Segundo semestre de 1992, SERNAM, marzo, 1993.

SERNAM: Informe narrativo del Servicio Nacional de la Mujer a la Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional, SERNAM, s/r.

Stödberg, A., Gomáriz, E. y otros: Evaluación del programa de cooperación entre Suecia y Chile en el área de la mujer 1991 - 1993, Estocolmo, noviembre 1993.

Valdés, Teresa, Weinstein, Marisa y Alejandra Ortúzar: Estudio de los CIDEM de las I, II y XII regiones. Chile. Santiago, 1992, mimeo.

BIBLIOGRAFIA

Arellano, José Pablo. Políticas sociales y desarrollo. Chile 1924-1984. Cieplan, Santiago, Chile, 1985.

Díaz, Ximena: Perfil de la Salud de la Mujer en Chile. (p.433 -497)
En: **Mundo de Mujer: continuidad y cambio**. Ed. CEM Santiago, 1988, 599 págs.

Illanes, María Angélica: "En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia, (...)". **Historia Social de la Salud Pública. Chile 1880/1973 (Hacia una historia social del Siglo XX)**. Ed. Colectivo de Atención Primaria, Santiago, Febrero 1993, 514 págs.

Jiles, Ximena. **De la Miel a los Implantes. Historia de las Políticas de Regulación de la Fecundidad en Chile**. Corsaps, Santiago, 1992.

Morales, Eduardo: **Sistema político, planificación y políticas públicas. La política de salud, Chile 1964-1978**. Documento de Trabajo Flacso nº 110, mayo 1981, 152 págs.

MIDEPLAN: **Avanzando en equidad. Un proceso de integración al desarrollo: 1990 - 1992**, MIDEPLAN, Santiago, 1992.

Morales, Eduardo: **Estado, clase social y servicios de salud**. FLACSO, Documento de Trabajo Nº 231, diciembre 1984, 46 págs.

SERNAM - UNICEF: **Perfil de la mujer. Argumentos para un cambio**, SERNAM - UNICEF, Santiago, julio 1992.

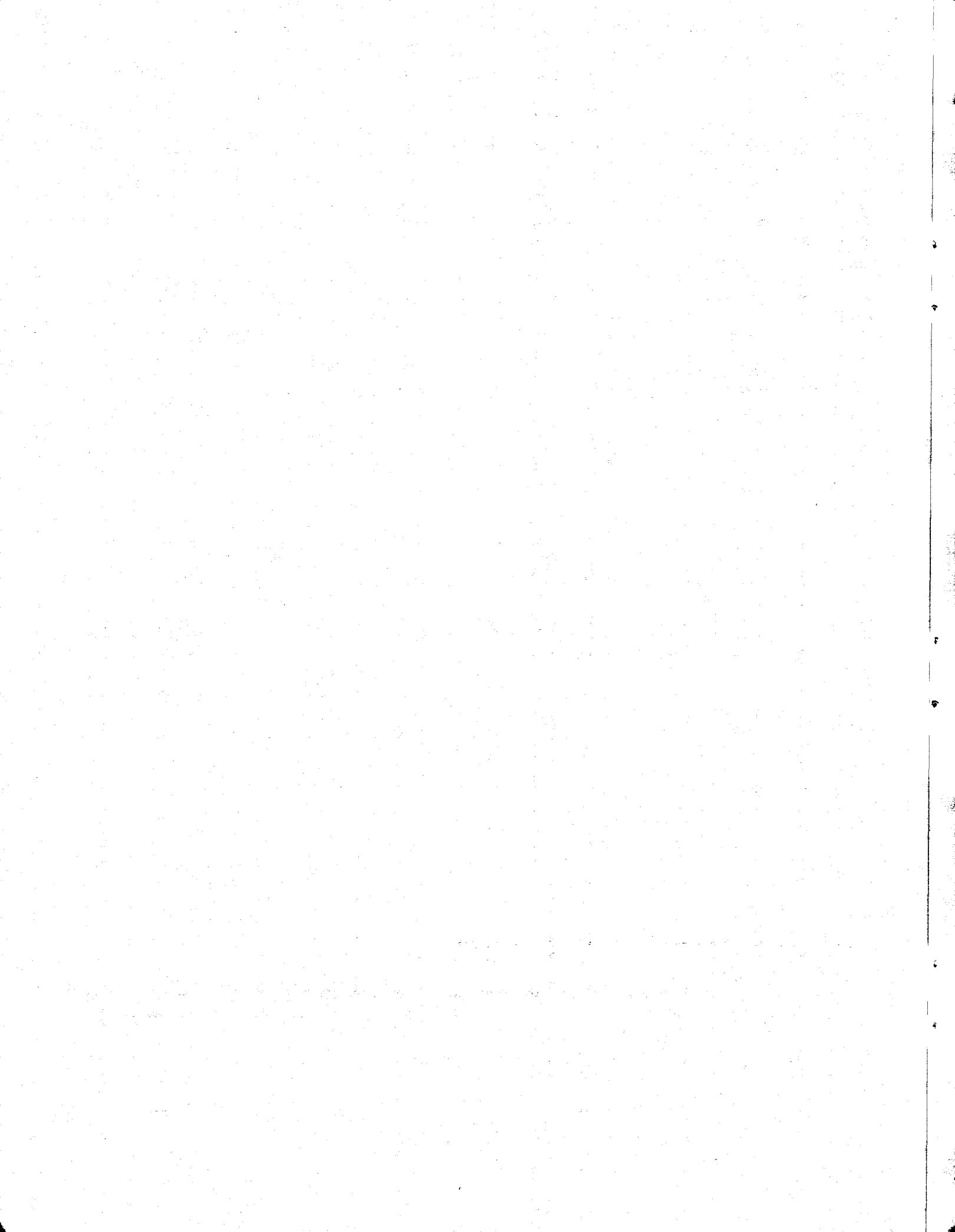
Valdés, Teresa y Gomáriz, Enrique: **Mujeres latinoamericanas en cifras. Chile**. Ed. Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales de España y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO, 1992, 127 págs.

Valdés, Teresa y Enrique Gomáriz: **Mujeres latinoamericanas en cifras. Avances de investigación. Capítulo V salud**, borrador de discusión, Santiago, diciembre 1991.

Valdés, Teresa y Marisa Weinstein: **Mujeres que sueñan. Las organizaciones de pobladoras en Chile, 1977 - 1989**. Flacso, Santiago, 1993, 265 págs.

Vergara, Pilar: **Políticas sociales hacia la extrema pobreza en Chile, 1973/1988**, FLACSO, Santiago, 1990.

Vergara, Pilar: **Ruptura y continuidad en la política social del gobierno democrático**. Serie Estudios Sociales. Documento de Trabajo nº 44, Santiago, abril de 1993.



ANEXO Nº1

ENTREVISTA A FUNCIONARIOS DEL AREA DE SALUD

Nombre:

Institución:

Programa:

Cargo:

Fecha:

1. Políticas de salud relacionadas a las mujeres

- ¿Cuáles son las orientaciones en políticas de salud dirigidas hacia las mujeres?
- ¿En qué programas se expresan estas políticas?
- ¿Cuáles son los principios que sustentan estas orientaciones?
- ¿Cuáles son las principales limitaciones de estos programas?
- ¿Qué áreas prioritarias en el tema de la mujer están en perspectiva de desarrollar?
- ¿En qué grupos se está pensando focalizar las intervenciones? ¿Por qué?
- ¿A qué problemas se está respondiendo con los programas dirigidos a las mujeres en el campo de la salud?
- ¿Desde donde surgen los diagnósticos?

- ¿Qué concepto general de salud es el que se está manejando (por la institución y por ud. mismo)
- Cómo incluye dicho concepto a la mujer (reproducción, maternidad, corporalidad, etc).

3. Programa

a. Información formal y percepciones sobre el programa:

- Breve historia del programa: antecedentes, experiencias anteriores, origen del mismo.
- Programa actual: objetivos, descripción, a quién se dirige.

b. Programa en acción:

- Principales logros y dificultades del programa.
- Evaluación personal del programa.
- Principales cambios que le haría al programa.
- A qué mujeres está dirigido este programa, qué grupo de mujeres distingue usted.
- El programa está en coherencia con los problemas de salud de las mujeres.
- Cómo se llega a las mujeres: mecanismos para que las mujeres accedan y cómo se aproximan ellas mismas al programa.

(Agregar preguntas específicas al programa en cuestión)

4. Funcionarios relacionados al programa en distintos niveles:

- ¿Qué requisitos cumplen los funcionarios que trabajan en

el programa?

- ¿Existen planes de capacitación para los funcionarios que trabajan en el programa?

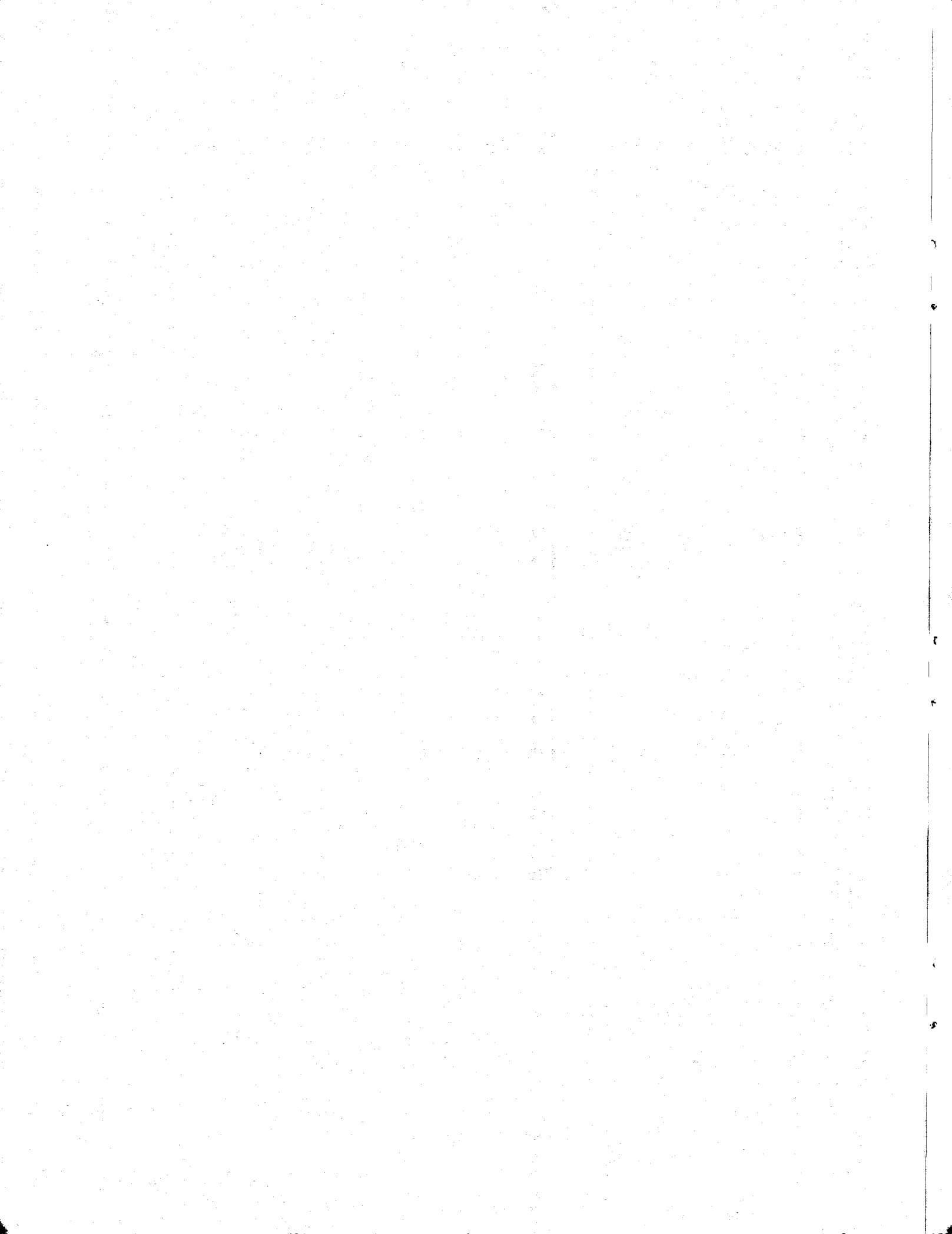
5. Pedir reacción ante testimonio entregado por usuaria de consultorio: cita de testimonio pag. 80 de Mujer Popular y Estado. "Aquí mismo está en el policlínico el médico..."
6. Pedir reacción ante testimonio de funcionario X: "ya somos así, nos ven como burócratas y es muy difícil cambiar esa imagen..."

APUNTES:

ANEXO Nº 2

LISTADO DE FUNCIONARIOS/AS ENTREVISTADOS/AS DEL SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER-SERNAM Y DEL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

- Cristina Avilés
Proyecto Embarazo en adolescentes SERNAM-UNICEF
- Carmen Andrade
Proyecto Plan Nacional de Apoyo a Mujeres Jefas de Hogar de Escasos Recursos SERNAM
- Paulina Bermúdez
Programa Nacional de Violencia Intrafamiliar de SERNAM
- Dr. René Castro
Encargado Programa de Salud Materna y Perinatal.
- Eugenia Tobar
Matrona Coordinadora Programa Maternal Nivel Primario DAP Servicio Salud Metropolitana Sur Oriente
- Elba Rubio
Matrona asesora del Departamento del Programa de las Personas del Servicio de Salud Metropolitano Central.
- Lautaro Fernández
Matrón Encargado DAP Servicio Salud Metropolitana Sur
- María Graciela Muñoz
Programa de Reforzamiento Psicosocial, MINSAL.



ANEXO Nº 3

NORMA TECNICA PROGRAMATICA

A.- ATENCION PRIMARIA

ACTIVIDADES	UNIVERSO	COBERTURA	CONCENTRACION	INSTRUMENTO	RENDIMIENTO	UNIDAD DE MEDIDA
1. control prenatal	embarazadas	mínimo 70%	mínimo 9	hora médico	4	nº de controles*
2. consulta de morbilidad obstétrica	embarazadas púerperas	100% demanda	observado	hora matrona		nº de consultas
3. consulta nutricional	embarazada con bajo peso-bajo incremento-obesas	observado	observado	hora nutricionista	6	nº de consultas
4. control de puerperio	puerpera	mínimo 70%	1	hora matrona	4	nº de controles
5. control de salud del recién nacido	recién nacidos	100% demanda	1	hora matrona	4	nº de controles
6. visita domiciliaria	emb. alto riesgo puerperas recién nacidos	observado	observado 1	hora matrona	2	nº de visitas
7. control de paternidad responsable	mujeres de 15 años y más	100% demanda	3,5	hora médico hora matrona	4	nº de controles
8. control ginecológico	mujeres en sus distintas*	* 100% demanda	1	hora médico*	4	nº de controles
9. consulta ginecológica	etapas: infantil, adolescente adulta	observada	observado	hora matrona		nº de consultas
10. entrega de complemento nutricional (P.N.A.C.)	embarazadas y púerperas	100% bajo control	según normas P.N.A.C	hora auxiliar	35 Kg.	kilos de leche o alimento entregado

(Cont. ANEXO Nº 3)

11. educación para la salud grupal	embarazadas puerperas, mujeres en edad fértil, grupos comunita- rios	obser- vado	obser- vado	hora equipo de salud	2 (sala de es- pera) 1 gru- pos de riesgo y co- munita- rios	nº de sesio- nes
--	---	----------------	----------------	----------------------------	--	------------------------

B. ATENCION SECUNDARIA

ACTIVI- DADES	UNIVERSO	COBER- TURA	CONCEN- TRACION	INSTRU- MENTO	RENDI- MIENTO	UNIDAD DE MEDIDA
12. consulta de alto riesgo obstétrico	embara- zadas puérpa- ras	100% de la refe- rencia	obser- vado	hora médico	4	nº de consul- tas
13. consulta de mor- bilidad gineco- lógica	mujeres en sus distin- tas etápas: infantil adoles- cente, adulta	obser- vado				
14. consulta de en- fermedad de trans- misión sexual	mujeres con ETS pesqui- sadas y sus con- tactos	100% de la refe- rencia	según normas E.T.S.	hora médico hora matrona	4	nº de consul- tas

(Cont. ANEXO Nº 3)

C. ATENCION TERCIARIA

15. consulta de urgencia	embarazadas, puerperas mujeres de 15 años y más	100% de demanda	observado	hora médico hora matrona	3	nº de consultas gineco-obstétricas
16. hospitalización *por morbilidad obstétrica *por aborto	embarazadas puerperas ----- embarazadas puerperas	100% demanda	observado	cama año	$\frac{26}{44}$ ----- 103	nº de egresos por morbilidad obstétrica ----- nº de egresos por aborto
* por parto, puerperio y atención del recién nacido sano	embarazadas puerperas recién nacidos	100% demanda	1	cama año cuna año	62	nº de egresos por parto, puerperio y recién nacido
*del recién nacido en Unidad de Neonatología	recién nacido con riesgo	100% demanda	1	cuna año incubadora año	16	nº de egresos del recién nacido de riesgo
*por morbilidad ginecológica	mujeres de 15 años y más	100% demanda	observado	cama año	31	nº de egresos por morbilidad obstétrica
*por intervención quirúrgica	mujeres de 15 años y más	100% demanda	observado	hora quirófano	0.67	nº de intervenciones quirúrgicas

(Cont. ANEXO N° 3)

GLOSARIO INDICADORES DEL PROGRAMA¹

COBERTURA: Es la relación entre la población que ha recibido actividades de un determinado tipo con la población que debió haberlos recibido.

Ejemplo: en una comunidad en la cual han tenido atención profesional 800 de los 1.000 partos producidos, la cobertura observada en esta actividad es de 80%.

CONCENTRACION: Es la relación entre el número de actividades de un determinado tipo realizadas o programadas y la población correspondiente.

Ejemplo: si se proyecta dar 6.000 consultas prenatales a una población en la cual se controlan 1000 embarazadas, la concentración programada será igual a 6.

RENDIMIENTO: El índice que resulta de dividir el número de actividades producidas o programadas por el número de unidades de instrumento con que se cuenta se llama rendimiento (productividad)

¹ Extractados de Serie Orientaciones Metodológicas para la Planificación y Gestión Local en Salud. N°2, Julio 1992. División Programas de Salud y División Planificación y Presupuesto del Ministerio de Salud.

