

Los marcos interpretativos en la política chilena de salud sexual y reproductiva

Javiera Cubillos Almendra

Universidad Católica del Maule. Facultad de Ciencias Sociales y Económicas.
Escuela de Sociología (Chile)
jcubillos@ucm.cl



Recepción: 11-01-2018
Aceptación: 08-09-2018
Publicación: 30-05-2019

Resumen

El abordaje de la sexualidad en el ámbito de las políticas públicas suele ser controvertido. En este debate pueden identificarse diferentes discursos, expresados por distintos sectores y actores políticos. El propósito del artículo es exponer los marcos interpretativos que pueden detectarse en el debate sobre la salud sexual y reproductiva en Chile entre los años 2000 y 2015. La metodología utilizada se sustenta en tres elementos: un *process tracing*; un *critical frame analysis* sobre 40 textos políticos de interés; y entrevistas a 39 actores (gubernamentales y de la sociedad civil) que han incidido y/o se han interesado en el debate sobre la sexualidad en Chile. A partir del análisis de la información recolectada, se han identificado cinco marcos interpretativos: Salud pública; Valores tradicionales; Enfoque pedagógico; Derechos sexuales y reproductivos; y Autonomía, sexualidad y placer. Dichos hallazgos dan cuenta de una diversidad de acercamientos a la sexualidad como tema de interés público y de las diferentes soluciones propuestas en el contexto de la política estudiada.

Palabras clave: políticas públicas; sexualidad; perspectiva de género; derechos sexuales y reproductivos; análisis de marcos

* Este artículo se vincula a la tesis doctoral «Discursos sobre inclusión social. Análisis de la política de salud sexual y reproductiva en Chile desde una perspectiva de género (2000-2015)», realizada con una beca para Estudios de Doctorado en el Extranjero de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT), Ministerio de Educación, Gobierno de Chile. CONICYT, BCH/Doctorado Extranjero/2012-72130025.

Abstract. *Policy frames in Chilean sexual and reproductive health policy*

Sexuality in public policy is usually a controversial issue. In the discussion, it is possible to identify several discourses by different political sectors and actors. This paper presents the specific policy frames in the debate about sexual and reproductive health in Chile between 2000 and 2015. The methodology relies on three elements: process tracing in the field of sexuality and reproduction; a critical frame analysis about political texts of interest; and interviews of governmental and civil society actors who have influenced and/or been interested in the debate on sexuality and reproduction in Chile. From the information collected, five policy frames were identified: Public health; Traditional values; Pedagogic approach; Sexual and reproductive rights; and Autonomy, sexuality and pleasure. The findings show the diverse approaches to sexuality as a public issue and the different solutions proposed in the context of the policy studied.

Keywords: public policy; sexuality; gender approach; sexual and reproductive rights; frame analysis

Sumario

- | | |
|---|----------------------------|
| 1. Introducción | 4. Conclusiones |
| 2. Metodología | Referencias bibliográficas |
| 3. Los marcos interpretativos de la política de salud sexual y reproductiva chilena | |

1. Introducción

En el presente artículo se analiza el debate en torno a la política de salud sexual y reproductiva en Chile entre los años 2000 y 2015 a partir de un *critical frame analysis* (análisis crítico de marcos interpretativos). El análisis —inspirado en un enfoque discursivo en políticas públicas y una perspectiva de género— da cuenta de las diferentes representaciones que nutren el debate político, lo que no solo implica diversos modos de comprender la sexualidad, sino también modos particulares de intervenir y pensar las políticas públicas (Rein y Schön, 1993; Matus, 1999; Bacchi, 1999, 2009; Fisher, 2003).

La sexualidad ha detonado diversas discusiones en la esfera pública, por ser un ámbito donde se infligen múltiples violencias dadas por las desigualdades de género. Aunque se sostenga que la sexualidad es un asunto privado, está mediada socialmente. El Estado —como otras instituciones y actores políticos— puede tanto contrarrestar como reforzar las violencias perpetradas en el ámbito a partir de las iniciativas que promueva y aplique. Las políticas públicas no son neutrales, sino que explícita o implícitamente expresan una normatividad que ha tendido a reproducir un sesgo patriarcal y otras desigualdades naturalizadas (p. ej. vinculadas a la raza/ethnicidad, la diversidad funcional, la clase social y la edad). Particularmente, las políticas públicas sobre sexualidad —al representarse sobre determinismos biologicistas y moralidades tradicionales— albergan mayores desigualdades de género, debido a que las mujeres tienden a ser reducidas,

en dichas medidas, a su función procreativa (Bustelo y Lombardo, 2005, 2007; Zordo, 2012). Las políticas públicas proponen concepciones particulares sobre la sexualidad que, aunque no siempre evidentes, pueden observarse en su discurso y en los bienes y servicios que promueven y/o niegan a la población.

El abordaje de la sexualidad en el ámbito de las políticas públicas ha recibido diferentes apelativos, que guardan una forma particular de comprenderla e intervenirla. La introducción de programas de control de la natalidad en América Latina, desde organismos internacionales en los años sesenta, estuvo motivada por el control demográfico, asociado a concepciones neomalthusianas sobre desarrollo (Bonan, 2004; Zárate y González, 2015; Castro, 2015). Con la planificación familiar, la regulación de la fertilidad se concibe en el contexto familiar desde un enfoque sanitario. Durante los noventa, a partir de las demandas del movimiento feminista y de mujeres, se posiciona la salud sexual y reproductiva —que mantiene un discurso sanitario— y paulatinamente se habla de derechos sexuales y reproductivos, lo que trasciende la regulación de la fertilidad para pensar la sexualidad integralmente (Bonan, 2004; Amuchástegui y Rivas, 2008).

El debate público sobre la sexualidad, como en otros temas, está en constante construcción. Junto con interpretaciones sanitarias y político-nacionales, coexisten discursos religiosos y también representaciones emancipatorias que al dialogar se influyen y modifican mutuamente (Weeks, 1986; Bonan, 2004; Pecheny y De la Dehesa, 2009). Los discursos presentes en el debate público sobre la sexualidad han impactado en el lenguaje de las políticas públicas y el modo en que estas representan los problemas y las soluciones. Estos discursos están en constante tensión y, al existir relaciones de poder entre los actores que los sustentan, algunos emergen como dominantes y otros son marginados de la agenda pública (Foucault, 1970; 1978; Vance, 1984, 1991; Weeks, 1986; Bacchi, 1999, 2009; Ferree, et al., 2002; Verloo, 2007; Bustelo y Lombardo, 2007; Lombardo, et al., 2009; Forero y Hurtado, 2013). No obstante, las políticas públicas son procesos dialógicos inacabados, producto de la deliberación, la persuasión y el consenso entre el discurso político institucionalizado y los discursos de resistencia (Ferree, et al., 2002). Por dicha razón, interesa mirar el caso chileno para reconocer cuáles han sido los *policy frames* que han articulado el debate.

Chile es un caso interesante de análisis, pues fue el primer país latinoamericano en abordar la *planificación familiar* como asunto público (1967), lo que vino a complementar la inclusión del aborto por razones terapéuticas al Código Sanitario (1931) y la definición de la salud maternoinfantil como prioridad nacional (1952). Dichos hitos permitieron avances importantes en el ámbito sanitario e inauguraron una nueva fase en el campo político de la sexualidad (Bonan, 2004). Sin embargo, Chile ha sido considerado uno de los países más conservadores de la región, entre otras cosas, por contar —hasta el año 2017¹— con una de las legislaciones más punitivas en materia de interrup-

1. Situación que se ha modificado con la Ley n° 21.030, que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales (septiembre 2017).

ción voluntaria del embarazo (1989); y por haber incorporado a su legislación el divorcio solo en 2004, siendo uno de los últimos estados democráticos en hacerlo. Los principales frenos para avanzar en nuevas garantías en el ámbito de la sexualidad responden a una historia marcada por la dictadura militar (1973-1990), periodo en el que se instituye un modelo de sociedad ultraconservador y de corte neoliberal. El Estado asumió, entonces, un rol subsidiario y una política pronatalista, y favoreció la influencia de actores conservadores en las decisiones de Estado².

Desde los noventa, con la restitución de un régimen democrático, se ha buscado reformar la acción del Estado. A partir de las presiones desde la sociedad civil y organismos internacionales, el Estado ha manifestado interés por avanzar en la garantía de derechos a toda la ciudadanía, incluidos los derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR), y cumplir con los acuerdos establecidos por el derecho internacional. Bajo tales lineamientos, Chile ha experimentado ciertas mejoras (p. ej. ley n° 20.418/2010). No obstante, a pesar de las demandas y propuestas desde los movimientos sociales, principalmente del movimiento feminista y de mujeres, Chile aún no cuenta con un marco legal que garantice los DDSSRR. Más que una política coherente, han existido iniciativas escasamente articuladas que han establecido algunos componentes de política pública, pero no abordan integralmente los DDSSRR (Hurtado, et al., 2004; Observatorio Equidad de Género en Salud, 2009; ICMER, 2010)³. Dicha situación, en parte, se debe a las constantes oposiciones desde sectores conservadores ante modificaciones legislativas y de implementación que permitan, por ejemplo, incluir programas de educación sexual en el currículum escolar, garantizar la distribución gratuita y universal de la anticoncepción de emergencia (AE), y despenalizar la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales⁴ (Jacobs, 2004; Dides, 2004; Hurtado, et al., 2004; Dides, et al., 2007; Guzmán y Seibert, 2010; Dides, et al., 2013).

A pesar de ciertos avances, Chile exhibe un marcado conservadurismo en sus políticas públicas, lo que no solo limita las libertades individuales, sino también muestra un déficit de integración, al no incorporar las demandas y necesidades de diferentes grupos sociales (Hurtado, et al., 2004). Así, interesa estudiar el caso chileno principalmente por cuatro razones: i) en Chile no existe una política pública que aborde la especificidad de la sexualidad y la reproducción; ii) si bien se han experimentado algunos avances, han sido lentos dadas las

2. Principalmente a través del sistema binominal a nivel parlamentario, consagrado en la Constitución de 1980 (modificado recientemente por la Ley n° 20.840/2015), lo que aseguraba la participación del bloque conservador (partidos Unión Demócrata Independiente y Renovación Nacional).
3. Se entiende por política de salud sexual y reproductiva todas aquellas acciones (e inacciones) gubernamentales que abordan el campo de la sexualidad y la reproducción. Para el análisis, se han priorizado la educación sexual y la regulación de la fertilidad por ser ámbitos polémicos en Chile.
4. Peligro para la vida de la mujer, inviabilidad fetal de carácter letal y embarazo producto de una violación.

constantes presiones ejercidas desde sectores conservadores al interior y fuera del Estado; iii) las iniciativas gubernamentales sobre sexualidad no siempre han sido capaces de responder a las demandas y necesidades de la población, lo que evidencia un déficit de integración; y iv) las políticas públicas sobre sexualidad y reproducción, en términos generales y para el caso de Chile, han tendido a reproducir modelos de regulación que naturalizan relaciones sociales desiguales, principalmente, por razón de género.

Con el propósito de analizar el debate sobre la política de salud sexual y reproductiva en Chile, el artículo se ha dividido en tres apartados. El primero expone la metodología utilizada para el análisis, que se sustenta en un *process tracing* (rastreo del proceso político); un *critical frame analysis* sobre textos políticos; y entrevistas a actores gubernamentales y no gubernamentales. La segunda sección describe los cinco marcos interpretativos detectados en el debate político estudiado, a saber: Salud pública, Valores tradicionales, Enfoque pedagógico, Derechos sexuales y reproductivos, y Autonomía, sexualidad y placer. Finalmente, las conclusiones discuten sobre las tensiones entre los *policy frames* hallados en el discurso de la política.

2. Metodología

Para indagar en los marcos interpretativos presentes en el debate sobre la sexualidad en Chile, se recurrió a un *process tracing* en el ámbito estudiado (Collier, 2011; Dombos, et al., 2012); un *critical frame analysis* (Bustelo y Lombardo, 2007); y la realización de entrevistas a actores políticos.

El *process tracing* buscó reconstruir el debate sobre sexualidad en Chile entre los años 2000 y 2015. La intención fue trazar cuándo y cómo aparecen los temas en la agenda pública, quiénes han contribuido al debate y qué documentos fueron producidos (Dombos, et al., 2012). Dicha reconstrucción ha permitido tener una visión general del desarrollo de la política y un registro de actores y documentos políticos.

Para seleccionar los textos analizados se siguieron cinco criterios (Krizsan y Verloo, 2007; Lombardo y Rolandsen, 2012): incluir los documentos políticos más importantes y/o representativos sobre el tema; seleccionar textos que reflejen la voz de los principales actores y sus diferentes perspectivas; a través de los textos, intentar captar los cambios más relevantes en el debate; priorizar documentos actualizados; e integrar textos que aborden la temática desde un discurso de igualdad y no discriminación (p. ej. género y/u otros ejes de desigualdad). Se estableció, así, una muestra de 40 documentos producidos por actores gubernamentales (leyes, debates parlamentarios, planes y programas nacionales) y de la sociedad civil (proyectos de ley, declaraciones públicas y artículos de opinión), que presentan diferentes posicionamientos frente al tema estudiado.

Una vez definida la muestra documental, se aplicó un análisis crítico de marcos interpretativos (*critical frame analysis*) que permitió captar las diferentes interpretaciones del problema (causas, consecuencias, grupos afectados y respon-

sables) y las soluciones que de ahí se derivan (estrategias y actores clave) en torno a la sexualidad en Chile (Bustelo y Lombardo, 2007). El *critical frame analysis* es una adaptación del *frame analysis* (análisis de marcos) (Hunt, et al., 1994; McAdam, et al., 1996), que integra elementos de la teoría de género, el análisis de discurso y la teoría política (Verloo, 2005; Bustelo y Lombardo, 2007).

El estudio de los marcos de una política se utiliza en la (re)construcción y negociación de la realidad social por parte de los actores en sus respectivos discursos, y busca identificar los marcos (*frames*) dominantes y/o en conflicto, para atribuir responsabilidades o causalidad y proponer líneas de acción (Bustelo y Lombardo, 2007). El *frame analysis* ha demostrado ser un método útil para estudiar el proceso de las políticas públicas y el papel que juegan los diferentes actores políticos, al desagregar y explorar los *frames* presentes en el proceso (Bustelo y Lombardo, 2007; Verloo, 2005; 2007; Viñas, 2009; Dombos, et al., 2012). El análisis permite comprender cómo interpretaciones y perspectivas competitivas pueden derivar en diferentes diseños de una misma política pública⁵, y se conduce a partir de una pauta de preguntas guías (Bustelo y Lombardo, 2007). La pauta contempla los siguientes aspectos: *a*) Diagnóstico (qué se identifica como problema); *b*) Pronóstico (cuál es la solución propuesta); *c*) Voz (quién/es tiene/n voz en la definición de problemas y soluciones); *d*) Equilibrio (balance entre diagnóstico y pronóstico); *e*) Pronóstico y normas (qué se presenta como deseable); y *f*) Roles de género e interseccionalidad (cruce del género con otras desigualdades)⁶.

Finalmente, para complementar la descripción de los *policy frame* detectados, se han realizado entrevistas semiestructuradas a 39 personas vinculadas a organismos gubernamentales y de la sociedad civil, que se han interesado en el debate sobre la salud sexual y reproductiva en Chile. Esta decisión se tomó con intención de brindar mayor sustento a cada *frame*.

Para seleccionar las personas a entrevistar, se reconstruyó el proceso de la política estudiada, desde donde se definió una muestra intencional. Los criterios para definir las personas a entrevistar han sido dos: i) participación en alguna organización gubernamental y/o de la sociedad civil que aborde el ámbito de la sexualidad; y ii) participación en organizaciones potencialmente interesadas en la temática desde una mirada de igualdad y no discriminación (Cubillos, 2014). Se identificaron, así, las instituciones que han estado presentes en el proceso de formulación de la política analizada (p. ej., ministerios de Salud y Educación); y organizaciones de la sociedad civil que han participado del debate y/o han promovido iniciativas al respecto (p. ej., Corporación Humanas, Miles-Chile)⁷.

5. La relevancia de los *policy frames* se definió mediante dos criterios: sus elementos aparecen en los diferentes documentos seleccionados y son expresados por diversos actores; y ofrecen una relación completa sobre qué es un problema y cómo resolverlo (Lombardo y Meier, 2014).
6. La metodología ha sido desarrollada para el análisis de Políticas de Igualdad en la Unión Europea, en los Proyectos MAGEEQ (2003-2005) y QUING (2006-2011).
7. Se entrevistaron 14 profesionales de organizaciones gubernamentales, 8 representantes de organismos académicos y 17 representantes de organizaciones sociales y ONG, entre junio y octubre de 2014.

Para definir la muestra, se identificaron las posiciones sociales que hacen posible tener un punto de vista determinado, según criterios de homogeneidad (pertenencia a organizaciones vinculadas al ámbito de política estudiado) y heterogeneidad (representación de diferentes perspectivas del debate) plausibles de combinación (Cottet, 2013). A las entrevistas se les aplicó un análisis temático (Baeza, 2002), con propósito de identificar tópicos comunes entre los relatos de las/os informantes y los *policy frames* detectados.

3. Los marcos interpretativos de la política de salud sexual y reproductiva chilena

A partir del *critical frame analysis*, fue posible detectar cinco *policy frames*: Salud pública; Valores tradicionales; Enfoque pedagógico; Derechos sexuales y reproductivos; y Autonomía, sexualidad y placer. Con intención de reconstruir el debate actual sobre la política de salud sexual y reproductiva en Chile, a continuación se describe los cinco *policy frames*, reparando en cómo construyen el problema abordado por la política, las soluciones propuestas y los principales actores llamados a la acción.

3.1. Marco interpretativo n° 1: Salud pública

El marco de Salud pública responde a un discurso que integra aspectos biomédicos y de control demográfico, vinculando la sexualidad casi exclusivamente con la reproducción y los riesgos asociados. Este primer *frame* ha sido observado principalmente en textos producidos por actores gubernamentales, como el Ministerio de Salud (1997, 2007, 2012), algunas autoridades de gobierno (SERNAM, 2015) y partidos políticos de centroizquierda⁸ (Senado, 2012a, 2012b). Asimismo, se observa en el discurso de organizaciones de la sociedad civil que abordan el ámbito de la salud desde un enfoque de derecho e igualdad de género (ICMER, 2010; U. Chile, 2011a; APROFA, 2011; Miles-Chile, 2013), y algunas organizaciones feministas (Foro Salud DDSSRR, 2000). Las principales características del marco aluden a atender problemas asociados a la salud reproductiva, focalizar su acción en mujeres en edad fértil y de escasos recursos, y promover la acción del Estado y la comunidad médica. El marco, además, presenta un submarco que apunta a la atención de sujetos representados como vulnerables en términos sanitarios (p. ej. personas homosexuales, niñas/os y personas adultas mayores).

3.1.1. El problema: la salud reproductiva

Este marco asocia la sexualidad casi exclusivamente al hecho reproductivo, ya que tiene importantes repercusiones en la salud de las mujeres y sus hijas/os. Entre los principales problemas representados se encuentran la mortalidad

8. Partido por la Democracia (PPD), Partido Socialista (PS) y el Movimiento Amplio Social (MAS).

materna, la mortalidad infantil y el embarazo adolescente. Las principales afectadas serían mujeres adultas, heterosexuales y en edad fértil, y a partir de ahí se naturalizan y reproducen los roles de género y se desatienden las necesidades de otros sujetos (p. ej. mujeres no heterosexuales, hombres).

Al considerar perfiles poblacionales, el *frame* se centra en mujeres de escasos recursos con más de un/a hija/o, por ser grupos con menos oportunidades de recurrir a métodos anticonceptivos a través del mercado⁹. De modo que las variables relevantes para definir a los sujetos que presentan el problema remiten principalmente al sexo (mujer), la edad (periodo fértil) y el nivel socioeconómico (bajo nivel de ingresos o instrucción), sin contemplar necesariamente otras variables de exclusión (p. ej. etnicidad o diversidad funcional).

3.1.2. La solución: garantizar la salud reproductiva

Frente al problema representado, la solución propuesta apunta a atender las necesidades de salud reproductiva de la población brindando un servicio sanitario acorde a la evidencia científica (p. ej. provisión de métodos anticonceptivos, servicios de parto, parto y postparto), con propósito de reducir determinados índices de salud (p. ej. índice de mortalidad materna) (MINSAL, 1997, 2007). Una evidencia de la presencia del marco en la política estudiada es que las iniciativas de Estado se han remitido principalmente al Programa de Salud de la Mujer (MINSAL, 1997) bajo un enfoque maternoinfantil¹⁰. Dicho énfasis ha permitido que Chile presente actualmente indicadores favorables en términos de salud reproductiva (SERNAM, 2015).

Una de las principales intenciones es llegar a la mayor cantidad de población posible, a fin de reducir los problemas de salud pública. Se trabaja para diversificar y aumentar la cobertura sanitaria, medida en términos estadísticos y/o en metas poblacionales, programáticas o políticas (ICMER, 2010). El sujeto de la política responde a perfiles epidemiológicos que van moldeando estereotipos de intervención, que muchas veces naturalizan los roles de género (p. ej. idea de mujer-madre), y en base a estos se opera con parámetros universales y universalizables; las personas que respondan a similares características epidemiológicas son atendida de igual manera. Esto invisibiliza las necesidades, demandas, estilos de vida, creencias y preferencias particulares de las personas, u otros saberes que escapan al espectro biosanitario (p. ej. saberes indígenas)¹¹.

Al centrarse en la carencia de salud, el marco de Salud pública opera sobre la relación jerárquica médico-paciente. El sujeto representado es pasivo, ostenta un problema sanitario y requiere asistencia; es decir, no necesariamente forma parte de la solución y su actuación se reduce a seguir instrucciones. La finalidad es controlar el cuerpo de las personas, su salud y su capacidad reproductiva (especial-

9. Entrevista a tres profesionales del Instituto de la Juventud (INJUV).

10. Entrevistas a representantes del Ministerio de Salud (MINSAL), Corporación Humana, y el Observatorio de Salud y Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche.

11. Entrevistas a una activista feminista aymara y representantes de la Red de Mujeres Mapuche (Santiago) y la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI).

mente de mujeres en edad fértil), en base a estándares definidos por la medicina occidental. Ejemplo de esto serían la provisión de métodos anticonceptivos hormonales sin informar sobre los posibles efectos secundarios o sin ofrecer alternativas fuera de la medicina alopática¹²; y la vacunación contra el virus del papiloma humano (2014) que se administra a niñas de escasos recursos sin informar sobre los posibles efectos secundarios, ni consultar respecto del interés de vacunarse¹³.

3.1.3. Actores llamados a la acción: el Estado y la comunidad médica

El Estado es representado como el principal garante de la salud pública, por lo que es el responsable de detectar los problemas asociados y brindar las soluciones pertinentes en base al conocimiento médico. La necesaria intervención desde un saber especializado permite la supremacía de actores ligados a la academia, el campo de la ciencia y la institucionalidad sanitaria, quienes tendrían la capacidad de definir, junto al Estado, los problemas y las soluciones atendidas por la política (MINSAL, 1997; 2007; 2012).

3.1.4. Submarco: Salud sexual y reproductiva en poblaciones vulnerables

Una variación del *frame* focaliza su atención en la salud sexual y reproductiva de poblaciones definidas como vulnerables. Como el énfasis del marco está en la enfermedad, se trabaja sobre la identificación de grupos propensos a determinados riesgos sanitarios y priman lógicas de reparo por sobre las de prevención y promoción. Las intervenciones con adolescentes, por ejemplo, han operado bajo esta lógica. El foco principal de los programas de educación sexual y las consejerías en sexualidad han estado centrados en la prevención del embarazo y enfermedades de transmisión sexual (ETS), y la entrega de anticonceptivos más que en la sexualidad misma. En el origen del marco, la sexualidad y la capacidad reproductiva de las/os adolescentes está invisibilizada, y su integración paulatina responde a la emergencia de un fenómeno que ha ido en aumento. Las/os adolescentes se transforman en población prioritaria al presentar elevadas tasas de embarazo (Foro Salud DDSRR, 2000)¹⁴.

Otros ejemplos del submarco son las iniciativas dirigidas a la población no heterosexual —principalmente a hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, lo que invisibiliza, por ejemplo, la sexualidad lésbica—, enfocadas a la prevención y el tratamiento del VIH/sida y ETS; la prevención y el tratamiento del abuso sexual en la población infantil; y el control de la fertilidad y/o del ciclo menstrual en mujeres con discapacidad¹⁵. El propósito continúa siendo revertir un problema sanitario detectado en base a los supuestos de la medicina occidental.

12. Entrevistas a representantes de Línea Aborto Libre (LAL) y la Coordinadora Universitaria de Disidencia Sexual (CUDS).
13. Entrevista a representante de Católicas por el Derecho a Decidir.
14. Entrevista a representante del Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA).
15. Entrevistas a representantes de CEMERA, MINSAL, INJUV y Círculo Emancipador de Mujeres y Niñas con Discapacidad (CIMUNIDIS).

3.2. Marco interpretativo n° 2: Valores tradicionales

El marco de Valores tradicionales vincula la sexualidad necesariamente con los valores de la vida y la familia. El marco fue observado en textos producidos por organizaciones de la sociedad civil, como instituciones asociadas a las iglesias cristianas (Monseñor Goic, 2009; Monseñor Chomalí, 2010; Agrupación Iglesias Cristianas, 2011) y que representan a sectores conservadores, autoidentificados como provida (Chile Unido, 2002; LyD, 2006; PUC, 2011; USS, 2011; UCSC, 2011)¹⁶; y en el discurso de actores gubernamentales, como el Ministerio de Educación (MINEDUC, 1999, 2001), algunas autoridades de gobierno (SERNAM, 2011) y partidos asociados a la derecha política¹⁷ (Senado, 2012a, 2012b).

A continuación se profundiza en los principales elementos del marco, que representa como problema público la desvinculación de la sexualidad con los valores de la vida y la familia; propone como solución la formación en los valores tradicionales; focaliza su acción en mujeres en edad fértil y adolescentes; y motiva la acción de las familias y apuesta por un rol subsidiario del Estado. Al interior del marco, además, se identificó un submarco que usa el lenguaje de derechos humanos y propone un rol activo del Estado, siempre que se respeten los valores tradicionales.

3.2.1. El problema: la sexualidad está desvinculada de los valores tradicionales

Al amparo del marco, la sexualidad tiene como propósito la reproducción de la familia, donde el rol de la mujer es «dar vida». Por ejemplo, se acepta que la mujer integre el mercado laboral, pero sin descuidar su labor al interior del núcleo familiar. La familia tradicional —basada en la complementariedad hombre/mujer y la división sexual del trabajo— sería la base de la sociedad y el principal contexto de la sexualidad (SERNAM, 2011; UCSC, 2011; Monseñor Chomalí, 2010). Bajo esta lógica, la desvinculación de la sexualidad con la procreación, el matrimonio y la familia es considerada un problema (Monseñor Goic, 2009), pues las familias son responsables de formar en sexualidad a las nuevas generaciones: los adolescentes, quienes son representados como un grupo social problemático al no ser capaces de dominar sus impulsos e incurrir en prácticas de riesgo para su integridad (LyD, 2006; Chile Unido, 2002).

La desvinculación de la sexualidad con los valores tradicionales sería producto del actual contexto globalizado y tecnificado, que ha afectado las relaciones interpersonales y, con ello, la integridad de la familia. El Estado también tendría responsabilidad al enfocar su acción en la provisión de métodos anti-conceptivos desde una lógica sanitaria perdiendo de vista los valores fundamentales (Chile Unido, 2002; LyD, 2006; Monseñor Chomalí, 2010).

16. Entrevista a representante de la Red por la Vida y la Familia.

17. Partidos Unión Demócrata Independiente (UDI), Renovación Nacional (RN) y Democracia Cristiana (DC).

3.2.2. *La solución: la formación en valores tradicionales*

Con relación al problema detectado, el marco propone la formación en sexualidad en base a los valores tradicionales, pues la sexualidad atañe a un asunto netamente valórico. La educación valórica, basada en la virtud, sería fundamental para que los adolescentes tomen buenas decisiones y así prevenir problemas ulteriores, como el embarazo adolescente y las ETS. Dicha educación debería promover que los/as jóvenes fueran capaces de vincular su sexualidad a la afectividad, reconocer sus roles de género y llevar una vida sexual basada en el autocontrol de los impulsos, la castidad, el respeto a la vida y el matrimonio (UCSC, 2011; Monseñor Goic, 2009).

3.2.3. *Los actores llamados a la acción: familias y organismos privados*

Al ser la sexualidad un aspecto de la vida privada, esta solo puede ser tratada por la familia, lo que restringe su abordaje en otros espacios, incluso en el debate público. La familia es la principal encargada de educar a sus hijas/os en los valores que ellos estimen convenientes y ningún otro actor debería inmiscuirse. Incluso el Estado debería abstenerse de actuar y solo podría asumir un rol subsidiario. Una variación del *policy frame* considera que los establecimientos educacionales, como una extensión de la familia, pueden tener injerencia en la educación sexual de las futuras generaciones, pero siempre que se dé en diálogo con la familia.

El Estado es llamado a la acción, pero solo con el propósito de preservar los valores tradicionales y apoyar a las familias (especialmente a las mujeres) para que puedan cumplir su labor (cuidado/formación de las/os hijas/os) (Monseñor Goic, 2009). Al Estado no le competiría dictar directrices sobre cómo abordar la sexualidad, y solo se legitima su acción en casos en que la familia no pueda cumplir su función social (Chile Unido, 2002; LyD, 2006). Otra alternativa es que el Estado apoye a organismos de la sociedad civil (p. ej. mediante la transferencia de fondos) que asisten a mujeres y sus familias (Chile Unido, 2002). Este rol subsidiario del Estado se refleja en el discurso de la política nacional en educación sexual (MINEDUC, 2001) y más claramente en la propuesta de los siete programas del gobierno de Sebastián Piñera (2011). Dichas iniciativas, basadas en el principio de libertad de enseñanza, justifican la no injerencia del MINEDUC en estas materias.

3.2.4. *Submarco: El derecho a la vida y el derecho preferencial de los padres*

El *frame* que vincula la sexualidad a los valores tradicionales actualmente hace uso del lenguaje de derechos humanos, donde el derecho a la vida del que está por nacer se ha convertido en una nueva trinchera. Este submarco podría ser considerado una estrategia discursiva para ganar adeptos, pues, en el escenario internacional actual, parece inimaginable entablar un debate sobre sexualidad y reproducción fuera del discurso de los derechos humanos.

Este submarco reconoce que los métodos anticonceptivos son válidos para regular la fertilidad, pero deberían respetar ante todo el derecho a la vida del no nacido. Con ello se rechazan aquellos métodos postcoitales que actuarían una vez producida la concepción; cuando ya podría hablarse de vida humana (Senado, 2012a; 2012b).

La sexualidad deja de ser un asunto privado para habitar el debate público. Esto justifica la intromisión del Estado en la vida privada de las personas, principalmente de las mujeres, en pro de la defensa de la vida del nonato. Se apela a que el Estado prohíba y sancione cualquier acto que transgreda este principio, pues, ante la posible duda sobre la amenaza de muerte, el Estado debería actuar siempre a favor de la vida. A pesar de defenderse el derecho a la vida, no se validan los DDSSRR, los que se reconocen emanados desde una ideología de género que atenta contra la vida y la familia natural¹⁸. Las mujeres no podrían decidir sobre sus cuerpos, incluso en instancias donde está en riesgo su propia salud y su vida. Desde este marco, además, una mujer que se ha practicado un aborto es siempre víctima de las circunstancias (Senado, 2012a, 2012b).

3.3. Marco interpretativo n° 3: Enfoque pedagógico

El tercer marco detectado se enfoca en la educación sexual representada como un dispositivo pedagógico. Este marco tiene puntos de confluencia con el cuarto (Derechos sexuales y reproductivos, apartado 3.4.), al entender la sexualidad como una dimensión propia de los seres humanos y al asumir la formación en sexualidad como un derecho. Entre los actores que articulan este marco, se encuentran principalmente actores gubernamentales, como MINEDUC (1999, 2001, 2004, 2005); y actores de la sociedad civil, como organizaciones académicas asociadas a la educación (U. Chile, 2011a, 2011b) y organizaciones vinculadas al movimiento por la diversidad sexual (MOVILH, 2010). A continuación se describen los elementos que componen el marco, que posicionan la necesidad de formar a las/os niñas/os y adolescentes para decidir sobre su sexualidad; representar la educación sexual como un dispositivo pedagógico que debe integrarse al currículum escolar; y llamar a la acción a diferentes actores de la comunidad educativa, al Estado y expertos en educación.

3.3.1. El problema: la necesidad de una formación para la vida

Para este marco, la educación en sexualidad es fundamental para la toma de decisiones informadas y reflexivas de niñas/os, adolescentes y jóvenes. La sexualidad se representa como transversal a la vida de las personas y vinculada a diferentes dimensiones (física, biológica, psicológica, social, afectiva, política, cultural, religiosa y espiritual) y aspectos del ser humano (sexo, identidad, roles de género, orientación sexual, erotismo, placer y reproducción). La sexualidad no se reduciría a la capacidad reproductiva (*policy frame* n° 1) o al modo de llevar correctamente la vida sexual en base a determinados valores (*policy frame* n° 2), sino que es considerada una formación para la vida que trasciende los debates meramente morales y sanitarios (Foro Salud DDSSRR, 2000; MINEDUC, 2001, 2004, 2005; MOVILH, 2010). En esta línea, los principales problemas identificados son las políticas de educación sexual con propósitos netamente sanitarios y/o valóricos; y la existencia de una política ineficaz, donde el Esta-

18. Entrevista a integrante de la Red por la Vida y la Familia.

do —a través de MINEDUC— tiene escasa incidencia en la inclusión de la educación sexual en el currículum escolar, dado el principio de libertad de enseñanza declarado por ley (Foro Salud DDSSRR, 2000; MOVILH, 2010)¹⁹.

3.3.2. *La solución: educar para decidir*

El marco Enfoque pedagógico propone integrar la educación sexual al currículum escolar, de establecimientos públicos y privados, desde los primeros niveles de enseñanza. La educación sexual sería clave para que los/as niñas/os y jóvenes —dentro del sistema educativo— generen aprendizajes significativos que les permitan reconocerse como personas sexuadas y desarrollen un progresivo conocimiento de su cuerpo, un pensamiento crítico y reflexivo, reconozcan el valor del respeto propio y hacia los demás, y establezcan relaciones equitativas (MINEDUC, 1999, 2001, 2004, 2005; MOVILH, 2010).

La educación en sexualidad no sería distinta al aprendizaje en otros ámbitos del conocimiento, pues apunta a aprender a conocer, a informarse, a reconocer diversas perspectivas, a reflexionar sobre ciertos tópicos, a valorar alternativas y consecuencias, y tomar posturas y decisiones que se adecúen a las creencias particulares. Este marco apunta a un empoderamiento sobre la sexualidad que brinde herramientas conceptuales para justificar o entrar en ciertos debates (p. ej. aborto o violencia sexual).

Desde esta representación, la sexualidad está mediada socialmente, por lo que existen discriminaciones y/o ejercicio de violencias asociadas a esta. La educación sexual propuesta aborda las desigualdades de género que cruzan la construcción hegemónica de la sexualidad (p. ej. mitos y/o estereotipos, roles de género, homosexualidad), donde la reflexión y la información clara y completa son fundamentales para la toma de decisiones. Dicha formación se basa en los principios de autonomía, igualdad de género y no discriminación, y aborda temáticas como relaciones equitativas entre personas de distinto sexo, prevención de la violencia de género y la no discriminación por orientación sexual (MINEDUC, 2005; MOVILH, 2010; U. Chile, 2011a, 2011b).

Por otro lado, dado que uno de los problemas identificados alude a la existencia de una política ineficaz, la solución propuesta ha apuntado a que el Estado genere una política descentralizada a escala nacional que defina lineamientos generales, los que cada comunidad educativa pueda contextualizar de acuerdo a sus necesidades y características educativas particulares (Foro Salud DDSSRR, 2000; MINEDUC, 2005; MOVILH, 2010)²⁰.

3.3.3. *Los actores llamados a la acción: la comunidad educativa*

Este marco promueve la acción del Estado, quien debe garantizar la educación sexual (como un derecho) y establecer una política descentralizada para ello. El Estado debería establecer ciertas exigencias a los establecimientos educa-

19. Entrevistas a representantes del Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (MOVILH) y del Programa de Aprendizaje, Sexualidad y Afectividad (PASA).

20. Entrevistas a representantes MOVILH y PASA.

tivos, que permitan posteriores evaluaciones y garanticen la transferencia de contenidos mínimos en el ámbito de la sexualidad. La acción del Estado no solo implicaría la redacción de una política en base a determinados principios, sino también la generación de medidas concretas para garantizar su aplicación (p. ej. asignación de presupuesto acorde, capacitación, orientaciones técnicas y evaluaciones periódicas) (MINEDUC, 2004, 2005)²¹.

La comunidad educativa tiene un rol fundamental. Se entiende que la familia por sí misma no puede (ni debe) hacerse cargo sola de estos temas, pues la información que los/as niños/as y adolescentes reciben sobre sexualidad no se da solo en el contexto familiar, sino también por otros canales (medios de comunicación, grupos de pares, etcétera). La educación sexual competaría, entonces, a la comunidad en su conjunto (directivos, docentes, estudiantes, apoderados, ONG, etcétera). La comunidad educativa sería la responsable de adaptar los contenidos mínimos definidos por la política nacional a la realidad educativa local (características del alumnado, recursos disponibles, proyecto educativo, etcétera), a partir de un diálogo entre diferentes actores que permita identificar problemas y soluciones a abordar (MINEDUC, 1999, 2001, 2004, 2005; MOVILH, 2010).

En términos de formulación de la política nacional, este marco reconoce la importancia de un conocimiento técnico en educación. De modo que el Estado, desde el MINEDUC, debería liderar este proceso en coordinación con instituciones versadas en la materia (p. ej. grupos de expertos). Este elemento ha estado presente en la formulación e implementación de la política de educación sexual en Chile desde el año 2000, cuando el MINEDUC toma la coordinación (p. ej. MINEDUC, 1999, 2001, 2004, 2005). El saber técnico sería fundamental para definir directrices, procedimientos y contenidos mínimos (objetivos, aprendizajes esperados, estrategias, indicadores, tiempos, etcétera) que permitan la inclusión de este aprendizaje en el currículum escolar. Desde esta lógica, la educación en sexualidad no debería ser un tema de debate nacional, sino más bien un asunto técnico²².

3.4. Marco interpretativo n°4: Derechos sexuales y reproductivos

El cuarto marco interpretativo comprende la sexualidad como una expresión de la ciudadanía. El ejercicio libre de la sexualidad y la reproducción serían derechos humanos universales, inalienables y reconocibles a todo ser humano, por tanto, el Estado debería garantizarlos sobre principios de igualdad y no discriminaciones. Entre los actores que articulan este marco, se encuentra actores de la sociedad civil, como los vinculados al movimiento feminista y de mujeres (Foro Red Salud DDSSRR, 2000; Coordinadora 8 de Marzo, 2012), de la diversidad sexual (MOVILH, 2010) y organizaciones de salud que trabajan desde un enfoque de derecho e igualdad de género (ICMER, 2010; U.

21. Entrevistas a representantes MOVILH y PASA.

22. Entrevista a profesional PASA.

de Chile, 2011a, 2011b; APROFA, 2011)²³; y actores gubernamentales, como SERNAM (2000 2010), MINSAL (1997, 2007; 2010; 2012), MINEDUC (2001, 2005), algunas autoridades de gobierno (SERNAM, 2011, 2015; MDS, 2015) y partidos políticos ligados a la centroizquierda (Senado, 2012a, 2012b). A continuación se exponen los principales elementos que componen el marco, que aluden a identificar como problema la no garantía de los DDSSRR en condiciones de equidad; proponer que los DDSSRR sean reconocidos y garantizados mediante un cuerpo legal específico; y llamar a la acción a diferentes actores —sobre todo al Estado—, con quienes entablar un diálogo para la generación e implementación de iniciativas.

3.4.1. *El problema: el Estado no garantiza los DDSSRR*

Según este *frame*, la sexualidad se relaciona con el ejercicio de los derechos fundamentales (p. ej. libertad de expresión, salud, vida libre de violencia) y, por lo tanto, con la ciudadanía. El principal problema identificado sería la incapacidad del Estado de garantizar, en condiciones de igualdad, los DDSSRR de la población, especialmente de las mujeres. Una de las causas de la no garantía de los DDSSRR sería que Chile no cuenta con una política pública o un cuerpo legal que sienta las bases normativas para ello. La legislación chilena sería ineficaz, al no proponer los procedimientos pertinentes para garantizar los DDSSRR y por ser aún de difícil acceso, sobre todo para los sectores sociales más desfavorecidos. El Estado no estaría haciéndose responsable de los acuerdos internacionales que ha firmado, que le obligan a emprender todas las medidas y remover todos los obstáculos necesarios para garantizar el pleno goce de los DDSSRR de la población (Foro Salud de DDSSRR, 2000; ICMER, 2010).

Para este marco las desigualdades de género son fundamentales, ya que entienden que la construcción social de la sexualidad ha privado especialmente a las mujeres del ejercicio de sus DDSSRR. La representación social de la mujer —principalmente como madre— significaría, para este marco, la restricción de las libertades fundamentales de las mujeres. La naturalización de los roles de género, junto con circunscribir a las mujeres en su rol materno y limitar las decisiones particulares que se apartan de este cometido, también invisibilizaría a los hombres de sus derechos y deberes reproductivos (como corresponsables de la anticoncepción y como padres). Las mujeres asumirían todo el costo biológico (p. ej. asociado al uso de métodos anticonceptivos, embarazo, aborto y parto) y gran parte del costo social de la reproducción. A la vez, las mujeres tendrían menor control que los hombres sobre las decisiones que involucran el ejercicio de su sexualidad (Foro Salud DDSSRR, 2000; MINSAL, 2007; ICMER, 2010; SERNAM, 2015)²⁴.

Desde este diagnóstico, uno de los principales problemas que presentaría la legislación chilena sería la penalización del aborto²⁵, lo que transgrede el

23. Entrevista a representante de Articulación Feminista por la Libertad de Decidir (AFLD).

24. Entrevistas a representantes de MINSAL, Corporación Humanas, Observatorio de Equidad Según Género y Pueblo Mapuche, y SERNAM.

25. Situación que se modifica en septiembre de 2017.

derecho a la vida, la salud, la seguridad, la privacidad y la integridad física y psicológica de las mujeres. Con ello, el Estado, además de no cumplir con los acuerdos internacionales, desconocería la realidad de distintas mujeres y las despojaría de su capacidad de decisión (Foro Salud de DDSSRR, 2000; Senado, 2012a, 2012b; SERNAM, 2015).

3.4.2. La solución: el Estado debe garantizar los DDSSRR

Este marco propone representar la sexualidad integralmente y como parte del ejercicio de la ciudadanía. Los DDSSRR, así, deberían ser garantizados por el Estado sin distinción de ningún tipo (creencia, género, funcionalidad, etcétera), alejados de patrones socioculturales excluyentes y promoviendo relaciones de respeto mutuo (p. ej. corresponsabilidad, interculturalidad). Esto implicaría reconocer la capacidad de diferentes personas de disfrutar de relaciones sexuales satisfactorias, de acuerdo a sus creencias y preferencias particulares, en ausencia de cualquier tipo de violencia o coacción, pues el bienestar pleno en estos ámbitos se obtendría cuando las personas ejercen y exigen sus derechos (Foro Salud DDSSRR, 2000; ICMER, 2010; SERNAM, 2010; MOVILH, 2010; MINSAL, 2012).

Esta concepción integral de la sexualidad apela a una atención que incluya conocimientos técnicos, la experiencia profesional y las necesidades sentidas por quienes son atendidas/os (ICMER, 2010). El diálogo público entre diversos actores sería fundamental para la generación de soluciones pertinentes al problema detectado y su adecuación a diferentes realidades. El trabajo interdisciplinario entre diferentes actores apunta a brindar soluciones a personas durante todo el ciclo vital y en sus diferentes necesidades, atendiendo no solo aspectos biomédicos, sino también sociales, culturales y contextuales (Foro Salud DDSSRR, 2000; ICMER, 2010).

3.4.3. Los actores llamados a la acción: Estado y diferentes actores

Si bien este marco llama a la acción a distintos actores (p. ej. organismos académicos, organizaciones sociales), el Estado es representado como el principal garante de los DDSSRR y el encargado de promover, impulsar y desarrollar una política que los resguarde. Para cumplir el cometido, el Estado debería modernizarse y desarrollar un trabajo intersectorial y en diferentes niveles de su administración, con el objetivo de propiciar la información, los procedimientos, los bienes y servicios pertinentes para el efectivo ejercicio de estos derechos, incluida una debida fiscalización para su efectiva implementación (p. ej. actualización legislativa, coordinación interinstitucional, capacitación a implementadoras/es, información sin sesgos ideológicos). En este contexto, sería fundamental un Estado laico que resguarde el pluralismo, respetando y brindando las herramientas y los medios necesarios para la manifestación de diferentes modos de vivir la sexualidad y distintas opciones frente a la reproducción (Foro Salud DDSSRR, 2000; MINSAL, 2007, 2010, 2012; ICMER, 2010; SERNAM, 2010).

Para la garantía de los DDSSRR, el Estado debería articularse con diferentes actores políticos (ONG, organismos académicos, organizaciones socia-

les), con diversas aproximaciones, experiencias y conocimientos. Solo dichas sinergias favorecerían el abordaje integral de la sexualidad y la injerencia de diferentes sectores. Esto merece un diálogo público, donde la sociedad civil adquiere un rol fundamental, en la medida que puede (y debe) presionar, dialogar, proponer y fiscalizar iniciativas que garanticen estos derechos (p. ej. levantar informes alternativos sobre DDSSRR y proyectos de ley)²⁶.

Aunque diferentes actores no compartan las mismas perspectivas de un problema y sus soluciones, lo relevante es que exista el interés de avanzar sobre un asunto determinado (p. ej. no discriminación). El propósito sería generar políticas y procedimientos aplicables a múltiples realidades y sujetos, donde los DDSSRR fuesen un mínimo garantizable y no transable. Se apunta a un trabajo interdisciplinar e intersectorial, considerando conocimientos técnicos y experienciales. Esto implicaría aumentar la representatividad de diversos sujetos (diferentes edades, sexos, géneros, etcétera), quienes —como sujetos de derechos— deben tener una participación efectiva para articularse con diseñadoras/es e implementadoras/es de política pública, en la búsqueda de una mejor calidad de vida (Foro Salud DDSSRR, 2000; MINSAL, 2007; ICMER, 2010)²⁷.

3.5. Marco interpretativo n° 5: Autonomía, sexualidad y placer

El último marco interpretativo presente en el debate sobre la salud sexual y reproductiva en Chile plantea la autonomía radical del cuerpo, principalmente de las mujeres, y la reivindicación del placer. Este marco es el más crítico de los cinco y propone salir de las representaciones en las que se mueve la política actualmente. Entre los actores que articulan este marco, se encuentran principalmente organizaciones sociales vinculadas al movimiento feminista (Foro Salud DDSSRR, 2000; Coordinadora 8 de Marzo, 2012; LAL, 2013; Marcha Aborto Libre, 2013; CFL, 2014)²⁸ y de mujeres indígenas (Anamuri, 2013)²⁹. A continuación se desarrollan los elementos del marco, que aluden a representar al Estado como una institución patriarcal, capitalista y colonialista; plantear la necesidad de un cambio cultural que desvincule la sexualidad de la reproducción; y promover la acción autogestionada de organizaciones sociales y la no intromisión del Estado en las decisiones de las personas.

3.5.1. El problema: el Estado como obstáculo para el ejercicio de autonomía

Este marco es crítico con la figura del Estado y lo representa como una institucionalidad que limita la autonomía de las personas, sobre todo de las mujeres. En el Estado se observa la confluencia de más de un sistema de opresión (principalmente patriarcado, capitalismo y colonialismo), con el propósito de normalizar la sociedad reproduciendo un orden social determinado. El Estado,

26. Entrevistas a representantes de MOVILH, Corporación Humanas y CIMUNIDIS.

27. Entrevista a representante de AFLD.

28. Entrevistas a representantes de LAL, CUDS y la Colectiva La Huacha Feminista.

29. Entrevistas a activista feminista aymara y profesional CONADI.

entonces, impondría una norma heteropatriarcal y capitalista al ser pro familia, vincular la sexualidad casi exclusivamente a la reproducción y promover la figura de mujer-madre (p. ej. al brindar bonos en dinero de apoyo a la maternidad), en vez de reconocer la libertad de las personas y facilitar la toma de decisiones particulares (Coordinadora 8 de Marzo, 2012; LAL, 2013; Anamuri, 2013; Marcha Aborto Libre, 2013; CFL, 2014).

Desde este marco, el Estado no podría promover discursos o prácticas fuera de los sistemas de opresión que definen su institucionalidad, por lo que es representado como un obstáculo para el ejercicio de libertades sexuales y reproductivas (LAL, 2013; CFL, 2014). Asimismo, se critican otras instituciones y estructuras opresoras como la medicina tradicional/occidental, la familia, las iglesias, las religiones y toda institución que reproduzca un orden opresivo. Por ejemplo, se critica la medicina occidental por ser una imposición cultural que desvaloriza los conocimientos locales y un mecanismo del patriarcado para controlar los cuerpos, principalmente, de las mujeres.

Desde este marco interpretativo, se reclama la validación de los saberes tradicionales indígenas o «no occidentales» (p. ej. uso de plantas medicinales, representaciones del buen vivir) (LAL, 2013; Anamuri, 2013)³⁰. Asimismo, desde este marco, existen ciertas reticencias ante el discurso de los derechos humanos y la igualdad, por ser una terminología que carga con presupuestos colonialistas y neoliberales que buscan «amoldar» al sujeto a una sociedad determinada (LAL, 2013)³¹.

3.5.2. *La solución: micropolítica y solidaridad entre mujeres*

Para revertir el problema detectado, este marco propone cuatro soluciones posibles: promover un cambio cultural; trabajar desde la autonomía (fuera de las instituciones reconocidas como opresoras: Estado, partidos políticos, etcétera) y la micropolítica (acción directa en espacios locales); la infiltración en espacios oficiales; y la solidaridad entre mujeres³².

La promoción de un cambio cultural sentaría las bases para desestabilizar los discursos y prácticas machistas, neoliberales, clasistas y colonialistas. En esta línea, el aborto, más que una solución práctica ante un problema social y sanitario urgente, es representado como un acto reivindicativo ante la dominación patriarcal que limita la autonomía del cuerpo de las mujeres, y una forma de rechazo a la maternidad obligatoria (LAL, 2013; Coordinadora 8 de Marzo, 2012; Marcha Aborto Libre, 2013; CFL, 2014).

La micropolítica y el trabajo desde la autonomía adquieren centralidad para este marco (LAL, 2013; Anamuri, 2013; CFL, 2014). El propósito es generar cambios culturales en la cotidianidad, que permitan cuestionar la norma social

30. Entrevistas a una activista feminista aymara y representantes de la Red de Mujeres Mapuche (Santiago), Agrupación de Mujeres Inmigrantes Warmipura, Colectiva La Huacha Feminista, CONADI, LAL y CUDS.

31. Entrevistas a representantes del Colectivo Palos de Ciego, LAL y CUDS.

32. Los conceptos micropolítica e infiltración fueron tomados de las entrevistas a representantes de LAL y CUDS.

Cuadro 1. Principales elementos de los *policy frames* de la política chilena de salud sexual y reproductiva (2000-2015)

		<i>Policy frames</i>				Autonomía, Sexualidad y Placer
		Salud Pública	Valores Tradicionales	Enfoque Pedagógico	DDSSRR	
Diagnóstico	Problema	Problemas de salud ligados a la reproducción y ETS.	Desvinculación de la sexualidad y los valores de la vida y la familia	Estado no ha definido una política eficaz de educación sexual.	Acceso inequitativo a los DDSSRR.	Política pública obstaculiza la autonomía sexual y reproductiva.
	Responsables del problema	No identificado.	El Estado.	Estado y comunidades educativas.	Sociedad en general, especialmente el Estado.	Instituciones patriarcales: Estado, iglesias, biomedicina, etc.
	Género	Prima noción de sexo.	Reproducción de roles tradicionales de género.	Género y orientación sexual aspectos fundamentales para la educación sexual.	Condiciona el acceso desigual a DDSSRR y se articula con otras dimensiones (p.ej. etnia).	El problema es producto de un sistema patriarcal articulado con otros sistemas de opresión (p.ej. capitalismo y colonialismo).
	Sujetos que presentan el problema	Mujeres heterosexuales en edad fértil, de escasos recursos; y otros grupos vulnerables.	Toda la población, especialmente mujeres y jóvenes.	Estado y comunidades educativas.	Todas las personas, especialmente las mujeres más vulnerables.	Principalmente las mujeres.
Pronóstico	Solución	Reducción de índices sanitarios (p.ej. mortalidad materna, ETS).	Acciones que refuercen valores tradicionales; y prohibir prácticas contrarias a tales valores.	Una política pública descentralizada de educación sexual.	Procedimientos pertinentes para garantizar DDSSRR sin discriminación.	Cambio cultural que subvierta relaciones de dominación.
	Población objetivo	Mujeres heterosexuales en edad fértil y de escasos recursos; y otros grupos vulnerables.	Mujeres heterosexuales en edad fértil, jóvenes y adolescentes.	Comunidad educativa, especialmente, niñas/os, adolescentes y jóvenes.	Todas las personas, en especial las mujeres más vulnerables.	Sociedad en general y principalmente mujeres (con y para las mujeres).
Agencia	Actor predominante	Estado y comunidad médica.	Familias.	Estado y expertos en educación.	Estado y sociedad civil.	Organizaciones locales y auto gestionadas.
	Rol del Estado	Garante de salud pública.	Abstenerse de intervenir y sólo hacerlo en casos excepcionales (subsidiaridad).	Garante del derecho a la educación sexual.	Garante de DDSSRR.	Abstenerse de intervenir.
	Rol Sociedad Civil	No identificado.	Organismos privados pro familia.	Comunidades educativas son fundamentales en la implementación de la política.	Fundamental en generación de soluciones.	Acción de organizaciones locales y auto gestionadas.

Fuente: elaboración propia.

e instalar nuevas lógicas de entendimiento de la sociedad y de la sexualidad misma. Solo un cambio cultural que se inicie a nivel microsocioal sentaría la base necesaria para transformaciones macropolíticas³³.

La estrategia de infiltración apunta a asimilarse en determinado contexto para tener alguna incidencia en los debates públicos. Si bien se defiende la autonomía, se reconoce que el cerrarse al diálogo con instituciones, como el Estado, no es del todo productivo. Se asume que quizás los discursos más rupturistas no permearán inmediatamente las políticas públicas, pero que vale la pena hacerlo para generar transformaciones futuras. El hecho de diversificar el debate podría generar transformaciones conceptuales y culturales que permitan cuestionar las creencias hegemónicas. Aunque se entiende que el Estado no dejará sus dinámicas opresivas, se considera necesario exigir al Estado modificaciones mínimas a la legislación para hacer la vida de las mujeres más vivible (Coordinadora 8 de Marzo, 2012; Anamuri, 2013; CFL, 2014).

Finalmente, la generación de redes de solidaridad entre mujeres apela a dos elementos: crear canales no institucionalizados por y para mujeres, con el fin de resolver problemas urgentes sin necesidad de exigirlo al Estado; y colectivizar reflexiones para detonar un paulatino cambio cultural (LAL, 2013; Anamuri, 2013; CFL, 2014). Esta es la propuesta de algunas organizaciones feministas, como Línea Aborto Libre (LAL), que apoyan a mujeres a abortar en forma autogestionada, promoviendo a la vez espacios de solidaridad, reflexión y búsqueda de estrategias para subvertir los sistemas de dominación imperantes.

3.5.3. Actores llamados a la acción: la importancia de los actores locales

Como la micropolítica es central en este marco interpretativo, la acción de los actores locales es fundamental, sobre todo la de los colectivos de mujeres. El Estado y otras organizaciones (p. ej. partidos políticos, Iglesia), al ser representados como instituciones opresoras, no deberían entrometerse en las decisiones de las personas respecto de su sexualidad. Se apela, especialmente, a la generación de redes autogestionadas que apoyen el ejercicio de autonomía sexual y reproductiva de las personas, sobre todo de las mujeres.

Para complementar la descripción de los cinco marcos detectados en el contexto de la política de salud sexual y reproductiva chilena entre 2000 y 2015, a continuación se presenta el cuadro 1, que sintetiza los principales elementos de cada *policy frame*.

4. Conclusiones

El devenir del debate político sobre la sexualidad en Chile tiene repercusiones en el proceso de las políticas públicas. Como se ha evidenciado a lo largo del artículo, es posible reconocer cinco marcos interpretativos en torno a la política de salud sexual y reproductiva chilena: Salud pública, que concatena una

33. Entrevistas a representantes de la Colectiva La Huacha Feminista, LAL, CUDS y la Red de Mujeres Mapuche (Santiago).

perspectiva biomédica y de control de poblaciones al representar la sexualidad, proponiendo atender principalmente la reproducción y las afecciones sanitarias relacionadas; Valores tradicionales, que relaciona la sexualidad con los valores de la vida y la familia; Enfoque pedagógico, centrado en la formación en sexualidad para la toma de decisiones; Derechos sexuales y reproductivos, que concibe la sexualidad como parte del ejercicio de la ciudadanía y vinculada a los derechos a la salud, la autonomía, la igualdad y la no discriminación; y Autonomía, sexualidad y placer, que reivindica radicalmente la autonomía del cuerpo y la sexualidad más allá de la reproducción y un discurso occidentalizante.

Cabe destacar que el reconocimiento de los cinco *policy frame* responden a un ejercicio analítico. En la discusión pública y en las iniciativas de Estado, dichos *frames* se encuentran en constante tensión y diálogo, identificándose muchas veces mixturas argumentativas, evidenciándose la circulación de representaciones (diagnósticos, soluciones y terminologías) en el imaginario de la política analizada. Ejemplo de esto puede ser el uso de la terminología de derechos humanos por parte de actores conservadores, para defender los valores de la vida y la familia (tradicional). Asimismo, los cinco marcos no están igualmente representados en el discurso de la política, en gran medida porque existen relaciones de poder que vertebran el debate político. Hay actores investidos de mayor poder para producir el discurso socialmente validado (que finalmente ingresará al proceso de la política) en el contexto social y político chileno.

Los marcos interpretativos de Salud pública y Valores tradicionales han primado, a pesar del interés desde la sociedad civil y algunos gobiernos por instalar una perspectiva de derechos humanos. Por un lado, la sexualidad suele reducirse meramente a la reproducción (Salud pública) y, por otro, se enlaza necesariamente con los valores de la vida y la familia (Valores tradicionales). A pesar de los acuerdos firmados y de las recomendaciones desde organismos internacionales, Chile aún no reconoce ni garantiza los DDSSRR y hay dificultades para incorporar a las personas, sobre todo a las mujeres, como ciudadanas/os con autonomía para decidir sobre sus cuerpos. Asimismo, el marco de Autonomía, sexualidad y placeres es el que más ha costado legitimar en el debate público.

La representación de la sexualidad como un tema valórico ha sido un impedimento para, por ejemplo, integrar la educación en sexualidad en el currículum escolar y despenalizar la interrupción voluntaria del embarazo. Este discurso genera fricciones con los otros marcos interpretativos detectados, pues no solo limita el reconocimiento de autonomía sexual y reproductiva de las personas, sino que niega incluso la posibilidad de atender a problemas sanitarios reconocidos como urgentes. Estas fricciones evidencian parte de la herencia de la dictadura militar; a pesar de que el Estado chileno se autoproclama laico, continúa sustentando un discurso, ligado a la iglesia católica, que posiciona a la institución de la familia (tradicional) como principio ético inquebrantable.

Se evidencian, además, fricciones entre el marco de Salud pública y el de Enfoque pedagógico. Uno de los principales propósitos de la educación

sexual continúa siendo la prevención del embarazo adolescente y/o de ETS, más que formar a niñas/os, adolescentes y jóvenes para ejercer su autonomía. Esto no solo posiciona el problema de modo distinto, sino que apunta a diferentes objetivos. Si formamos a adolescentes para el desarrollo de reflexividad sobre su sexualidad, esto no necesariamente conduciría a reducir el embarazo adolescente, pues la intención es el desarrollo de capacidades para la toma de decisiones, no el modelar determinada conducta.

La política analizada, entonces, se posiciona más como un espacio de regulación de la sexualidad que como un mecanismo inclusivo que apoye las decisiones de las personas según sus creencias y preferencias. El foco continúa estando en el control de la sexualidad. La política puede estar redactada en clave de derechos humanos, pero aún no ha podido desligarse de los dos cimientos que vertebran su discurso. El énfasis en la salud reproductiva de las mujeres en edad fértil (representadas como mujer-madre y población vulnerable prioritaria) responde a la supremacía de los marcos de Salud pública y Valores tradicionales, sin reconocerse necesariamente su autonomía. Dicha predominancia, además, favorece el abordaje de la sexualidad en sentido negativo: una enfermedad por prevenir y/o una conducta a reorientar. La motivación de legislar no surgiría desde el reconocimiento de la sexualidad como una dimensión humana que debe ser promovida y apoyada, ni del reconocimiento de la autonomía de las personas.

Referencias bibliográficas

- AGRUPACIÓN IGLESIAS CRISTIANAS (2011). *Carta acerca de los valores fundamentales sobre la vida, el matrimonio y la familia* (en línea). <http://www.arzobispadodeconcepcion.cl/_upload/biblioteca/11/20110311151158_CartaIglesiasCristianas.pdf> (01-09-2017).
- AMUCHÁSTEGUI, Ana y RIVAS, María (2008). «Construcción subjetiva de ciudadanía sexual en México: género, heteronormatividad y ética». En: SZASZ, I. y SALAS, G. (coord.). *Sexualidad, derechos humanos y ciudadanía. Diálogos sobre un proyecto en construcción*. México DF: COLMEX.
- ANAMURI (2013). *Declaración de cierre del Encuentro Nacional de Mujeres Indígenas. Asociación Nacional de Mujeres Rurales e Indígenas* (en línea). <<http://prensarural.org/spip/spip.php?article10485>> (05-09-2017).
- APROFA (2011). *Sexualidad, autoestima y prevención del embarazo en la adolescencia*. Asociación Chilena de Protección de la Familia.
- BAEZA, Manuel (2002). *De las metodologías cualitativas en investigación científico social. Diseño y uso de instrumentos en la producción de sentido*. Concepción: Universidad de Concepción.
- BACCHI, Carol (1999). *Women, policy and politics; the construction of policy problems*. Londres: SAGE.
- (2009). *Analysing policy: what's the problem represented to be?* Frenchs Forest, NSW: Pearson Education.
- BONAN, Claudia (2004). «Derechos sexuales y reproductivos, reflexividad y transformaciones de la modernidad contemporánea». En: *Análisis comparado de legislación, políticas públicas e instituciones orientadas hacia el logro de la equidad de género*. Buenos Aires: PRIGEPP-FLACSO.

- BUSTELO, María y LOMBARDO, Emanuela (2005). «Mainstreaming de género y análisis de los diferentes ‘marcos interpretativos’ de las políticas de igualdad en Europa: el proyecto MAGEEQ». *Aequalitas*, 17, 15-26.
- (eds.) (2007). *Políticas de igualdad en España y en Europa*. Madrid: Cátedra.
- CASTRO, Javier (2015). «Estados Unidos y la guerra por el desarrollo: el control de la natalidad en Chile, 1960-1970». *Revista Complutense de Historia de América*, 41, 95-120.
<https://doi.org/10.5209/rev_RCHA.2015.v41.49898>
- CHILE UNIDO (2002). *Corriente de Opinión: Bases para una política de educación sexual*. Fundación Chile Unido.
- COLLIER, David (2011). «Understanding process tracing». *Political Science and Politics*, 44 (4), 823-30.
<<https://doi.org/10.1017/S1049096511001429>>
- COORDINADORA 8 DE MARZO (2012). *Declaración 8 de Marzo 2012. Día Internacional de la Mujer* (en línea). <<http://villagrimaldi.cl/noticias/declaracion-8-de-marzo-2012-dia-internacional-de-la-mujer/>> (05-09-2017).
- CFL (2014). *Declaración pública de la Coordinadora Feminista en Lucha* (en línea). <<http://www.marchamujereschile.cl/declaracion-publica-de-la-coordinadora-feministas-en-lucha/>> (05-09-2017).
- COTTET, Pablo (2013). «Tres versiones del diseño para investigaciones sociales». En: CANALES, Manuel (coord.). *Investigación social. Lenguajes del diseño*. Santiago: LOM.
- CUBILLOS ALMENDRA, Javiera (2014). «Reflexiones sobre el proceso de investigación. Una propuesta desde el feminismo decolonial». *Athenea Digital*, 14 (4), 261-285.
<<https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v14n4.1343>>
- DIDES, Claudia (2004). «Aproximaciones a los debates públicos sobre sexualidad y reproducción: aprendizajes sobre la introducción de anticoncepción de emergencia en Chile». En: CÁCERES, Carlos; FRASCA, Timothy; PECHENY, Mario y TERTO, Veriano (eds.). *Ciudadanía sexual en América Latina: abriendo debate*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- DIDES, Claudia; MÁRQUEZ, Arturo; GUAJARDO, Alejandro y CASAS, Lidia (2007). *Chile: Panorama de sexualidad y derechos humanos*. Santiago: CLAM.
- DIDES, Claudia; NICHOLLS, Leslie; BOZO, Natalia y FERNÁNDEZ, Constanza (2013). *Provisión de anticoncepción de emergencia en el sistema de salud municipal de Chile. Estado de situación 2013*. Serie de Documentos n° 3. Santiago: Universidad Central de Chile.
- DOMBOS, Tamás; KRIZSAN, Andrea; VERLOO, Mieke y ZENTAI, Violetta (2012). *Critical frame analysis: A comparative methodology for the ‘Quality of Gender + Equality Policies’ (QUING) project*. Budapest: Central European University.
- FERREE, Myra Marx; GAMSON, William; GERHARDS, Jürgen y RUCHT, Dieter (2002). *Shaping abortion discourse: Democracy and the public sphere in Germany and the United States*. Reino Unido: Cambridge University Press.
- FISHER, Frank (2003). *Reframing Public Policy: Discursive Politics and Deliberative Practices*. Oxford: Oxford Press University.
- FORERO, Julieth y HURTADO, Diana (2013). «ACD: una propuesta para el análisis de política pública de género». *Discurso & Sociedad*, 7 (2), 267-289.
- FORO SALUD DDSSRR (2000). *Proyecto Ley Marco sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos* (Boletín n° 5933-11). Foro Salud de Derechos Sexuales y Reproductivos, 2008.

- FOUCAULT, Michel (1970). *El orden del discurso*. Barcelona: Tusquets, 2002.
- (1978). *Historia de la sexualidad. Tomo 1. La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI, 2006.
- GUZMÁN, Virginia y SEIBERT, Ute (2010). *The churches and gender equality in Chile. Impacto religioso en las políticas de educación sexual y Religious impact on sex education policies and on the introduction of emergency contraception*. sobre la introducción de la anticoncepción de emergencia. Final Research Report preparado para el proyecto Project Religión, política e Igualdad de Género. Religion, Politics and Gender Equality. UNRISD, Heirich Böll Stiftung.
- HUNT, Scott; BENFORD, Robert y SNOW, David (1994). «Marcos de acción colectiva y campos de identidad en la construcción social de los movimientos». En: LARRAÑA, Enrique y GUSFIELD, Joseph (coord.). *Los nuevos movimientos sociales, de la ideología a la identidad*. Madrid: CSIC.
- HURTADO, Josefina; PÉREZ, Soledad y DIDES, Claudia (2004). «El debate sobre los derechos sexuales y reproductivos en Chile: ¿Separación Iglesia-Estado?». En: DIDES, Claudia (comp.). *Diálogos Sur-Sur sobre religión, derechos y salud sexual y reproductiva: los casos de Argentina, Colombia, Chile y Perú*. Santiago: UAHC.
- ICMER (2010). *Marco conceptual para políticas y programas de salud sexual y reproductiva*. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva.
- JACOBS, Elena (2004). *Sexuality in Chile*. Independent Study Project (ISP) Collection. SIT Study Abroad.
- KRIZSAN, Andrea y VERLOO, Mieke (2007). *D10 Sampling Guidelines Manual* (QUING unpublished report). Viena: IWM.
- LOMBARDO, Emanuela; MEIER, Petra y VERLOO, Mieke (eds.) (2009). *The discursive politics of gender equality: Stretching, bending, and policy-making*. Nueva York: Routledge.
- LOMBARDO, Emanuela y ROLANSEN, Lise (2012). «Framing gender intersections in the European Union: What implications for the quality of intersectionality in policies?». *Social Politics*, 19 (4), 485-512. <<https://doi.org/10.1093/sp/jxr001>>.
- LOMBARDO, Emanuela y MEIER, Petra (2014). «A Discursive Approach to Symbolic Representation». En: *The symbolic representation of gender. A discursive approach*. Aldershot: Ashaga.
- LYD (2006). *Pildora del día después y embarazo adolescente*. Centro de Estudios e Investigación Libertad y Desarrollo.
- MATUS, Teresa (1999). *Propuestas contemporáneas en Trabajo Social. Hacia una intervención polifónica*. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- MCADAM, Doug; MCCARTHY, John y ZALD, Mayer (1996) (eds.). *Comparative perspective on social movements: Political opportunities, mobilizing structures and cultural framing*. Cambridge: Cambridge University Press.
- LAL (2013). *Conmemoración Línea Aborto Libre Chile. Cuatro años de amor entre mujeres* (en línea). <<http://infoabortochile.org/?p=425>> (05-07-2017).
- MDS (2015). *Ley n° 20.820: Crea el Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género, y modifica las normas legales que indica*. Ministerio de Desarrollo Social.
- MILES-CHILE (2013). *Proyecto de ley sobre interrupción legal del embarazo por razones terapéuticas* (Boletín 8.925-11). Movimiento por la Interrupción Legal del Embarazo.
- MINEDUC (1999). *Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad. Texto Guía para la autogestión*. Ministerio de Educación.

- (2001). *Política de educación en la sexualidad para el mejoramiento de la calidad de la educación*. Cuarta edición. Ministerio de Educación.
- (2004). *Hacia una sexualidad responsable: Implementando modelo de gestión local*. Ministerio de Educación.
- (2005). *Plan de Educación en Sexualidad y Afectividad*. Ministerio de Educación.
- MINSAL (1997). *Programa de Salud de la Mujer*. Ministerio de Salud.
- (2007). *Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad*. Ministerio de Salud, 2014.
- (2010). *Ley n° 20.418: Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad*. Ministerio de Salud.
- (2012). *Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de Acción 2012-2020*. Ministerio de Salud, 2013.
- MONSEÑOR CHOMALÍ (2010). «Propuestas para actualizar el mensaje cristiano en los temas vinculados a la vida, el matrimonio y la familia en perspectivas de líneas de acción». *Seminario políticas de salud reproductiva y de educación sexual. Derechos y deberes de los padres de familia*. México DF, 15 agosto 2010.
- MONSEÑOR GOIC (2009). *La educación humanizadora para el día antes no la suple una 'píldora' el día después*. Intervención ante la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados.
- MOVILH (2010). *Educando en la diversidad. Orientación sexual e identidad de género en las aulas*. Movimiento de Integración y Liberación Homosexual-Chile.
- MOVIMIENTO ABORTO LEGAL (2013). *Declaración Abortista Marcha Aborto Libre 25 de Julio*. Movimiento por el Aborto Legal-Chile.
- OBSERVATORIO EQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD (2009). *Informe 2007-2008*. Santiago: Universidad de Chile.
- PECHENY, Mario y DEHESA, Rafael de la (2009). «Sexualidades y políticas en América Latina: un esbozo para la discusión». En: CORRÊA, S. y PARKER, R. (org.). *Sexualidade e política na América Latina: históricas, interseções e paradoxos*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar AIDS.
- PUC (2011). *Teen Star*. Facultad de Ciencias Biológicas, Universidad Católica de Chile.
- REIN, Martin y SCHÖN, Donald (1993). «Reframing policy discourse». En: FISCHER, F., FORESTER, J. (ed.). *The argumentative turn in policy analysis and planning*. Duke: Duke Press University.
- SENADO (2012a): *Debate parlamentario en torno a la aprobación de tres proyectos de ley sobre aborto terapéutico*. Legislatura 360ª Sesión Ordinarias 6ª, Senado de la República de Chile.
- (2012b): *Debate parlamentario en torno a la aprobación de tres proyectos de ley sobre aborto terapéutico*. Legislatura 360ª Sesión Ordinarias 7ª, Senado de la República de Chile.
- SERNAM (2000). *Plan de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres 2001-2010*. Servicio Nacional de la Mujer. Chile.
- (2010). *Para el Chile del Bicentenario. Plan de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres 2010-2020*. Servicio Nacional de la Mujer.
- (2011). *Plan de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres 2011-2020*. Servicio Nacional de la Mujer.
- (2015). *Proyecto de ley que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales* (Boletín n° 9895-11). Servicio Nacional de la Mujer.
- U. CHILE (2011a). *Programa Adolescencia: tiempo de decisiones*. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

- (2011b). *Programa de Aprendizaje, Sexualidad y Afectividad (PASA)*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- UCSC (2011). *Programa Aprendiendo a querer*. Universidad Católica de la Santísima Concepción.
- USS (2011). *Programa Educación en Valores, Afectividad y Sexualidad (PAS)*. Centro de Estudios de la Familia, Universidad San Sebastián.
- VANCE, Carole (1984). «Pleasure and danger: Towards politics of sexuality». En: VANCE, C. (ed.). *Pleasure and danger: Exploring female sexuality*. Londres: Routledge & Kegan Paul.
- (1991). «Anthropology rediscovers sexuality: A theoretical comment». *Social Science and Medicine*, 33 (8), 875-884.
<[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90259-F](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90259-F)>
- VERLOO, Mieke (2005). «Mainstreaming gender equality in Europe. A critical frame analysis approach». *The Greek Review of Social Research*, 117 (B'), 11-34.
- (2007). *Multiple meanings of gender equality. A critical frame analysis of gender policies in Europe*. Budapest: Central European University Press.
- VIÑAS, Verónica (2009). «Catástrofes y cambio de políticas públicas. *Prestige* seis años después. Un análisis de marcos interpretativos». *REIS*, 127, 121-153.
- WEEKS, Jeffrey (1986). *Sexualidad*. México DF: Paidós-PUEG-UNAM, 1998.
- ZÁRATE, María Soledad y GONZÁLEZ, Mariela (2015). «Planificación familiar en la Guerra Fría chilena: política sanitaria y cooperación internacional, 1960-1973». *Historia Crítica*, 55, 207-230.
<<https://doi.org/10.7440/histcrit55.2015.09>>
- ZORDO, Silvia de (2012). «In search of pleasure and respect: Biomedical contraceptive technologies in Bahia, Brazil». En: MANDERSON, Lenor (ed.). *Technologies of sexuality, identity and sexual health*. Londres y Nueva York: Routledge.