



INFORME MONOGRÁFICO 2007-2012

Violencia de Género en Chile

Observatorio de Equidad de Género en Salud (OEGS)



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Biblioteca de la Oficina de OPS/OMS en Chile

María Eugenia Calvin Pérez

María Isabel Matamala Vivaldi

Pamela Eguiguren Bravo

Thelma Gálvez Pérez

Fanny Berlagoscky Mora

Ximena Díaz Berr

Margarita Iglesias Saldaña

Carlos Gúida Leskevicius

Patricio Hevia Rivas



INFORME MONOGRÁFICO 2007-2012

Violencia de Género en Chile

Observatorio de Equidad de Género en Salud (OEGS)



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Universidad de Chile
Facultad de Medicina-Escuela de Salud Pública
Facultad de Ciencias Sociales-Depto. de Sociología
Facultad de Filosofía y Humanidades-CESECAL



Red de Salud de las
Mujeres Latinoamericanas
y del Caribe, RISMAC
Latin American and
Caribbean Women's Health
Network, LACWIN



Centro de estudios de la mujer



Biblioteca de la Oficina de OPS/OMS en Chile - Catalogación

Calvin, Maria Eugenia; Matamala, Maria Isabel; Eguiguren, Pamela; Gálvez, Thelma; Berlagoscky, Fanny; Díaz, Ximena; Iglesias, Margarita; Güida, Carlos; Hevia, Patricio. Informe Monográfico 2007-2012.

Violencia de Género en Chile. Observatorio de Equidad de Género en Salud.

Santiago de Chile: OPS/OMS, 2013 (N°4 Documentos OPS/OMS en Chile)
ISBN 978-92-75-31773-0 (Clasificación NLM: QW 45)

- 1.- SALUD PÚBLICA
- 2.- VIOLENCIA DE GÉNERO
- 3.- CHILE

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse al Área de Gestión de Conocimiento y Comunicaciones, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington, D.C., Estados Unidos de América (pubrights@paho.org). El Centro de Información y Conocimiento, Oficina de la Representación OPS/OMS en Chile, Santiago, Chile, podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles

© Organización Panamericana de la Salud, 2013

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Edición: Carmen Torres Escudero
Fotografía: Adriana Gómez Muñoz
Diseño y diagramación: Marcela Passalacqua Frabasile
Impresión: Andros Impresores

Contacto: Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile
Av. Independencia 939, Independencia, Santiago, Chile
Teléfono: (56-2) 2 978 6133
Correo electrónico: observatoriogenerosalud@gmail.com

Siglas y acrónimos utilizados en el documento

ADN	Ácido desoxirribonucleico
ATM	Alianza Territorial Mapuche
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CASEN	Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer
CEM	Centro de Estudios de la Mujer
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
DESUC	Dirección de Estudios Sociológicos de la Pontificia Universidad Católica de Chile
DOMOS	Corporación Centro de Desarrollo de la Mujer
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
FONIS	Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud
INDH	Instituto Nacional de Derechos Humanos
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
LGTB	Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales
MIDEPLAN	ex Ministerio de Planificación y Cooperación, hoy Ministerio de Desarrollo Social
MINSAL	Ministerio de Salud
MOVILH	Movimiento de Integración y Liberación Homosexual
OEGS	Observatorio de Equidad de Género en Salud
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OTD	Organización de Transexuales por la Dignidad de la Diversidad
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SENAME	Servicio Nacional de Menores
SERNAM	Servicio Nacional de la Mujer
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por su sigla en inglés)
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
VIF	Violencia intrafamiliar

• Observatorio de Equidad de Género en Salud •

El Observatorio de Equidad de Género en Salud (OEGS) se crea oficialmente en noviembre de 2004, en el contexto del proyecto de Equidad de Género en la Reforma OPS Chile 2000-2006, como respuesta a la demanda ciudadana de control social, recogida en diversas jornadas de trabajo a lo largo del país.

Se define como un instrumento de vigilancia de la sociedad civil sobre la política pública y su impacto en la equidad de género. Sus objetivos son el monitoreo de las políticas e instituciones públicas de salud y otros sectores, para constatar avances, barreras y retrocesos en la equidad de género en salud.

Esto, a partir de prioridades e indicadores consensuados con organizaciones e instituciones que conforman el movimiento social por la equidad de género en salud.

El OEGS se propone producir nuevos conocimientos y evidencias sobre salud, género y políticas públicas; realizar abogacía a través de propuestas respaldadas en evidencias consistentes, orientadas a erradicar las inequidades de género en salud; participar en la democratización del conocimiento, divulgando hacia la opinión pública informaciones y opinión actualizada acerca del impacto de las nuevas políticas en las brechas de salud entre mujeres y hombres.

El Observatorio realiza el seguimiento de un conjunto de indicadores en sus campos de observación, evaluando su avance o retroceso en base a criterios cuantitativos y/o cualitativos. La información del conjunto de indicadores se encuentra disponible en: <http://www.observatoriogenerosalud.cl>



15	Resumen ejecutivo
19	Presentación
21	1. Introducción
	1.1 La violencia de género y el seguimiento del resultado de las políticas
	1.2 Género en la interpretación de la violencia y sus distintas expresiones
27	2. El Estado de Chile frente a la violencia contra las mujeres
	2.1 La violencia denominada Intrafamiliar
	2.2 Violencia sexual
	2.3 Sugerencias y recomendaciones del OEGS
45	3. Violencia estructural/institucional contra las mujeres
	3.1 Violencia contra migrantes
	3.1.1 Sugerencias y recomendaciones del OEGS
	3.2 Violencia contra pueblos originarios
	3.2.1 Sugerencias y recomendaciones del OEGS
	3.3 Violencia contra las personas que integran la diversidad sexual
	3.3.1 Sugerencias y recomendaciones del OEGS
	3.4 Violencia sexual policial contra adolescentes estudiantes
	3.4.1 Sugerencias y recomendaciones del OEGS
	3.5 Violencia en el trabajo
	3.5.1 Sugerencias y recomendaciones del OEGS
	3.6 Violencia obstétrica
	3.6.1 Sugerencias y recomendaciones del OEGS
	3.7 Violencia contra las libertades reproductivas
	3.7.1 Sugerencias y recomendaciones del OEGS
71	4. Varones, masculinidades y violencia
	4.1 Sugerencias y recomendaciones del OEGS
75	Bibliografía
	Índice de recuadros y gráficos
26	Recuadro 1: Definiciones de modalidades de violencia contra las mujeres, Ley 26.485, Argentina
50	Recuadro 2: Violencia estructural contra Gabriela Blas Blas
13	Índice de cuadros y gráficos

Índice de cuadros y gráficos

Cuadro 1	Número y tasa de denuncias por violencia causada por una pareja en mujeres de 15 años y más, 2004-2011
Cuadro 2	Número de casos y delitos ingresados a Fiscalía como violencia intrafamiliar (VIF), 2009-2011
Cuadro 3	Comparación de los términos aplicados a otros delitos y a violencia intrafamiliar (VIF), 2009-2011
Cuadro 4	Indicador OEGS: Número de muertes de mujeres de 15 años y más por homicidios cometidos por sus parejas (femicidio), 2007-2011
Cuadro 5	Número de femicidios, según Red chilena contra la violencia hacia las mujeres, 2007-2011
Cuadro 6	Indicador OEGS: Existencia de campañas mediáticas de nivel nacional que visibilicen la violencia de género y sus secuelas como crimen contra las mujeres, 2007-2011
Cuadro 7	Indicador OEGS: Tasa de denuncias por abusos y violaciones de mujeres adolescentes de 14 a 19 años de edad x 100 000, 2002-2011
Cuadro 8	Indicador OEGS: Tasa de denuncias de abusos y violaciones a hombres adolescentes de 14 a 19 años x 100 000, 2007-2011
Cuadro 9	Serie denuncias y tasas por abuso y violación a niñas y niños menores de 14 años de edad, 2002-2011
Cuadro 10	Niñas y niños ingresados al área de protección de Sename por abuso sexual, 2010-2011
Cuadro 11	Indicador OEGS: Existencia de atención integral interdisciplinaria en el sistema público de salud a niñas y niños víctimas de violencia sexual, 2008-2011
Cuadro 12	Indicador OEGS: Existencia de atención integral interdisciplinaria en el sistema de salud público a los/ las adolescentes víctimas de agresiones sexuales, 2008-2011
Cuadro 13	Indicador OEGS: Número de nacimientos de madres menores de 15 años, 2007-2010
Cuadro 14	Población extranjera en Chile según nacionalidad y sexo, 2009-2011
Cuadro 15	Porcentajes diferenciales de pobreza en la población indígena y no indígena, 2006-2009
Cuadro 16	Tasa específica de fecundidad grupo 15-19 años, 2009. Comparación país y regiones donde habitan pueblos originarios
Gráfico 1	Tasa de denuncia de abuso sexual y violación mujeres 14-19 años x 100 000, 2010-2011
Gráfico 2	Tasas de denuncia abuso sexual y violación niñas y niños menores de 14 años x 100 000, 2002-2011
Gráfico 3	Porcentaje de nacidos vivos de adolescentes menores de 14 años, según edad del padre, 2010
Gráfico 4	Proporción de partos con operación cesárea sobre el total de partos según sistema de salud, 2003-2009

Resumen Ejecutivo

Este informe monográfico del Observatorio de Equidad de Género en Salud (de ahora en adelante, Observatorio u OEGS) se enfoca en la violencia de género en Chile.

En su apartado introductorio revisa el marco normativo en relación a los compromisos internacionales suscritos por el país para salvaguardar los derechos humanos y erradicar la violencia contra las mujeres, como también el marco jurídico legal implementado para abordar la violencia contra las mujeres, en específico la violencia doméstica. Concluye que, pese a la existencia de estos avances, la violencia contra las mujeres continúa legitimada en la cotidianidad, invisibilizada en sus diversas expresiones, y sostenida en el orden patriarcal que, a través de una multiplicidad de formas, mantiene y recrea el ordenamiento jerárquico que marca a las mujeres en un estatus inferior. También y a objeto de ilustrar los vacíos y fragmentación de la legislación chilena, se realiza un breve análisis de la legislación vigente en Argentina que ha incorporado en su marco jurídico una definición de violencia contra las mujeres en concordancia con la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (1994).

El segundo apartado se refiere a la respuesta del Estado chileno frente a la violencia contra las mujeres, abordando algunos indicadores seleccionados por el OEGS para monitorear los avances, retrocesos y estancamiento de las políticas dirigidas a enfrentar la llamada violencia intrafamiliar y la violencia sexual. Se presentan algunas series de datos en relación a la denuncia de estos tipos de violencia, como también información referida a normas, protocolos y medidas implementadas por el Estado para abordar estas formas de violencia. Se concluye con algunas sugerencias del OEGS, en que se releva la necesidad de que el Estado incorpore las recomendaciones de las instancias internacionales encargadas de investigar el avance en el cumplimiento de los compromisos internacionales suscritos por Chile, y reitera la validez de las recomendaciones formuladas en el 2006 por el OEGS.

El tercer capítulo se refiere a diversas formas de violencia que no son abordadas por la legislación chilena y que corresponden a la llamada violencia estructural/institucional contra las mujeres, practicada en el marco de las instituciones del Estado, por sus órganos y agentes. Estas modalidades de violencia se aplican para ejercer control social, señalándose que este elemento es central, pues el control social incluye –cuando se trata de género– la mantención de estructuras y relaciones de poder, así como prácticas sociales que están “normalizadas” en el orden de género hegemónico, que no reconoce, discrimina y vulnera derechos, principalmente de las mujeres, pero también de los hombres.

A partir de esta definición, se aborda la violencia estructural hacia personas migrantes, partiendo por una breve caracterización del contexto histórico, social, económico y político en que se produce la inmigración hacia Chile, así como de la población migrante, constituida por una mayoría de mujeres, que buscan apoyar la economía de sus familias de origen a partir de la inserción laboral en Chile, principalmente en servicios domésticos. Se identifican los problemas que enfrenta la población migrante para insertarse en el país, y sus consecuencias específicas en las mujeres, en los ámbitos de la salud sexual, reproductiva y salud mental. La exposición

da cuenta del surgimiento de nuevas formas de ciudadanía degradada, en cuya base se entrecruzan discriminaciones de género, clase y de etnia. Este acápite concluye con sugerencias y recomendaciones orientadas principalmente a modificar la ley migratoria de manera de contar con una legislación inclusiva que incorpore los enfoques de derechos, de género y de interculturalidad, así como de una política integral e intersectorial que reduzca la xenofobia y apoye la integración de la población migrante en el país.

Un segundo tipo de violencia estructural abordado en este informe es la violencia contra pueblos originarios. Este apartado se inicia con una breve referencia a la discriminación institucionalizada y normatividad legal excluyente como elementos fundantes de este tipo de violencia, ilustrando el desarrollo que ha tenido el proceso de estratificación, en particular del pueblo mapuche, en el siglo pasado y en el contexto generado por los procesos de globalización económica, en los cuales se ha ejercido violencia en forma sistemática para el control del conflicto territorial, afectando la salud de sus habitantes, incluidos niñas/os mapuches. Luego se ilustra la falta de pertinencia de las normas jurídicas en relación con los pueblos originarios, a través de casos emblemáticos y cifras que dan cuenta de las inequidades y vulneración de derechos que afectan a la población indígena, contraviniendo tratados internacionales y los compromisos suscritos por el país. Finalmente, se aportan recomendaciones en orden a la necesidad de abordar estructuralmente la situación de los pueblos originarios, deconstruir la hegemonía del modelo médico occidental y reconociendo el saber indígena, de modo de garantizar el derecho a la salud y abordar las disparidades que se presentan en la salud de los pueblos originarios.

Otra expresión de violencia estructural abordada por este informe es la violencia contra las personas que integran la diversidad sexual constituida por lesbianas, gays, transexuales y bisexuales (población LGTB). La discriminación y violencia que crecientemente denuncia la población LGTB tienen su base en el sistema sexo-género y normatividad heterosexual. El apartado revisa los avances en materia de reconocimiento de sus derechos en un contexto en que aumentan las denuncias por violencia ejercida por agentes del estado y por organizaciones e instituciones civiles y religiosas homofóbicas y transfóbicas; finalmente, se plantean sugerencias y recomendaciones dirigidas a reconocer y proteger los derechos de las personas de la diversidad sexual y garantizar la efectividad de los mecanismos dispuestos por la ley antidiscriminación promulgada en 2012.

También en este capítulo se aborda la violencia sexual policial hacia adolescentes, la que se ha presentado como un ejercicio de poder sobre los cuerpos y sexualidad de mujeres adolescentes, reeditando prácticas del Chile dictatorial. Se describe en este apartado el seguimiento que se está haciendo a estas denuncias por parte de organismos de la sociedad civil y su presentación a organismos internacionales. Se plantean recomendaciones específicas, reiterando la obligación que tiene el Estado de prevenir este tipo de violencia, como también la de generar protocolos de atención de salud específicos que garanticen efectivamente los derechos de las adolescentes violentadas por policías.

Otra expresión de violencia institucional analizada en este apartado es la violencia en el trabajo, un problema creciente a nivel mundial. Se revisa el concepto y se avanza en la definición y en las expresiones que tendría la violencia de género en el trabajo, informando también de algunos modelos explicativos de este tipo de violencia, así como de estudios realizados en Chile sobre

acoso sexual y acoso moral en el ámbito laboral. Esta sección concluye con recomendaciones dirigidas a desarrollar nuevos estudios que permitan profundizar el conocimiento desde la perspectiva de género de las diversas expresiones de violencia en el trabajo.

En el siguiente apartado de este capítulo se define y revisan las manifestaciones de violencia obstétrica que han sido jurídicamente reconocidas en otros países de la región, deteniéndose en el análisis de la evidencia acumulada en Chile sobre prácticas de violencia obstétrica –tales como el cuestionable uso de procedimientos dirigidos a acelerar los partos y la alta proporción de partos por cesárea–, las que están instaladas en el sistema hospitalario, aun cuando existen normativas dirigidas a la humanización y personalización en la atención del parto. Esta sección concluye con recomendaciones dirigidas a evaluar el seguimiento de las normas existentes, a la capacitación y sensibilización de los equipos y a la educación en la perspectiva de empoderamiento y desarrollo de autonomía de las mujeres sobre sus cuerpos, sexualidades y procesos reproductivos

Otra expresión de violencia estructural abordada en este capítulo es la violencia contra las libertades reproductivas, que se expresa en las restricciones existentes en el sistema público de atención en salud para el acceso a anticoncepción de emergencia y otros métodos, limitaciones en el acceso a información y educación en sexualidad y en la prohibición y penalización del aborto bajo cualquier circunstancia. Se analizan las lógicas de control impuestas a través del poder médico y legislativo con las que se busca desapropiar a las mujeres de su derecho a decidir. Se concluye con recomendaciones dirigidas a velar por el cumplimiento de las normativas vigentes en materia de anticoncepción y retomar el debate sobre regulación del aborto.

El cuarto capítulo y final, llamado “Varones, masculinidades y violencia”, da cuenta sucintamente de la importancia de los estudios sobre la construcción social de las masculinidades y su aporte en relación al lugar que ocupa la violencia en el proceso de socialización masculina, ilustrando con datos de estudios recientes, la profundidad y gravedad del problema. También aborda los principales resultados que arroja un estudio chileno sobre intervenciones dirigidas a hombres agresores. Finalmente, entrega sugerencias y recomendaciones dirigidas centralmente a abordar la prevención de la violencia de género a partir de la modificación de la construcción y significación de lo masculino en la cultura.

Presentación

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) se complace en presentar el Informe Monográfico 2007-2012 sobre la Violencia de Género en Chile, desarrollado por el Observatorio de Equidad de Género en Salud (OEGS).

El rol de la sociedad civil en Chile ha cobrado, gradualmente, una mayor importancia e injerencia como garante de los valores sociales. En este contexto, el OEGS se ha convertido en un importante actor, contribuyendo a la vigilancia sobre las políticas públicas y su impacto en la equidad de género; para ello, realiza el seguimiento de un conjunto de indicadores en sus campos de observación, evaluando su avance o retroceso en base a criterios cuantitativos y/o cualitativos. Estos indicadores han sido consensuados con organizaciones e instituciones que conforman el movimiento social por la equidad de género en salud a nivel país.

La OPS/OMS, a través de la Oficina de Género, Diversidad y Derechos Humanos (GDR) provee cooperación técnica a las áreas pertinentes de los Estados miembros de la OPS para la promoción de la equidad de género, igualdad étnica, el avance los derechos humanos y la bioética. GDR promueve el desarrollo de políticas de salud, planes, programas y legislación dirigida a garantizar el acceso a servicios de salud de calidad, la participación en la toma de decisiones y en la distribución equitativa de los recursos.

Estamos seguros que la contribución de este material será pilar fundamental para analizar en la historia reciente del país la magnitud de la problemática de la violencia contra la mujer y, de manera paralela, revisar los roles que importantes instituciones del Estado tienen para el desarrollo de intervenciones oportunas que permitan paulatinamente contribuir a la eliminación de este problema.

Dr. José Antonio Pagés

Representante OPS/OMS Chile

1. Introducción

1.1 La violencia de género y el seguimiento del resultado de las políticas

Nuevamente el Observatorio de Equidad de Género en Salud enfoca su mirada en la violencia de género en Chile. Para ello, visibiliza las tradicionales y las nuevas formas que esta violencia asume en el contexto del reciclado orden de sexo-género en el capitalismo financierista, y analiza los indicadores que informan sobre los resultados conseguidos a través de las respuestas legislativas, políticas y programáticas con que el Estado chileno ha ido abordando el problema.

Vale recordar que el Estado de Chile ha ratificado instrumentos del sistema internacional de los derechos humanos en los que se compromete a erradicar la violencia contra las mujeres. Importantes son la Declaración Universal de Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención Americana de Derechos Humanos; la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer; la Convención de los Derechos del Niño y la Niña; la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; la Convención contra la Delincuencia Organizada Transnacional. También es signatario de los documentos emanados de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995), que incorporan marcos conceptuales y recomendaciones en la perspectiva de asegurar a las mujeres y niñas una vida sin violencia.

Además de los instrumentos internacionales, Chile cuenta con un marco jurídico legal sobre prevención y sanción de la violencia doméstica: el Decreto Supremo 789, de 1989, del Ministerio de Relaciones Exteriores acerca de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (Cedaw); la Ley 19.519, de 1997, que creó el Ministerio Público, modificó el Código Procesal Penal y estableció deberes hacia las víctimas de un delito; la Ley 19.617 sobre Delitos Sexuales, de 1999. Desde el año 2005 existen otras cuatro leyes al respecto: la Ley 20.066, que sustituyó a la Ley 19.325 sobre Violencia Intrafamiliar de 1994; la Ley 19.968, que instauró los Tribunales de Familia; la Ley 20.030, que modificó el Código Civil en lo referido al reclamo de maternidad o paternidad y que obliga a la prueba de ADN para el reconocimiento de la filiación de descendientes no reconocidos/as; y la Ley 20.005, que tipificó y sancionó el acoso sexual, además de modificar el Código del Trabajo. Finalmente, en el año 2012 se promulgó la Ley 20.609 contra la Discriminación (conocida como Ley Zamudio).

La Ley 20.066 define violencia intrafamiliar como todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica de quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge o una relación de convivencia con el ofensor y reconoce como un delito el maltrato habitual. Asigna al Servicio Nacional de la Mujer (Sernam) la función de proponer al Presidente o Presidenta de la República las políticas públicas para el cumplimiento de sus objetivos. Esta institución debe formular anualmente un plan nacional de acción, en coordinación y colaboración con organismos públicos y privados. Asimismo, la ley reconoce a Sernam la facultad para hacerse parte en los procesos judiciales.

No obstante este contexto legal, la Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales, realizada por el Ministerio del Interior en el año 2008, informó que la prevalencia de cualquier tipo de violencia doméstica contra las mujeres de 15 a 59 años alcanzaba un 35,7%. Del total de estas mujeres, el 32,6% había sido simultáneamente víctima de violencia psicológica, física y sexual. Los principales riesgos identificados para las mujeres de 15 a 59 años que vivían violencia psicológica eran: a) mantener relaciones abusivas/controladoras con su pareja (49%); b) poseer creencias que justificaban las agresiones contra la mujer (46,8%); c) haber sido víctima de violencia física en la infancia (42%) (Ministerio del Interior y Desuc, 2008). Por otra parte, las estadísticas de los últimos años muestran que no transcurren diez días sin que se registre el asesinato de una mujer a manos de su pareja, a pesar del subregistro inducido por el enfoque familista tradicional de la ley que encubre la real magnitud del femicidio. Este crimen, perpetrado en un 86% por parejas o ex parejas, expresa la culminación de procesos cotidianos de violencia que las mujeres viven en diversas formas y espacios.

¿Qué significa que una de cada tres mujeres chilenas viva esta brutal violación de derechos por parte de sus parejas? ¿Qué nos muestra el hecho de que casi una de cada dos mujeres afectadas justifique las agresiones o acepte el cautiverio cotidiano? La evidente ineficacia de las leyes y los procedimientos judiciales ¿hablan de cuerpos cuya tortura o cuya muerte no importan?

La naturalización de la violencia de género –tortura sexista cotidiana– cobra central relevancia como reflejo de la persistencia del dominio patriarcal. A pesar de la norma jurídica chilena ya citada, la incapacidad de ésta indica que la legitimación de la violencia continúa vigente en la formación de la subjetividad masculina y que la tradición patriarcal atraviesa también los códigos y los hace vulnerables. La ley se erige como igualitaria para dirimir conflictos entre iguales, pero lo cierto es que está atravesada por la estructura jerárquica de sexo-género, que la permea por múltiples poros. Como apunta Segato: “Por detrás del contrato igualitario transparece, vital, el sistema de estatus que ordena el mundo en géneros desiguales, así como en razas, minorías étnicas y naciones desiguales” (Segato, 2003). En el mundo subalterno asignado no hay espacio para una ciudadanía ejercida en libertad por las mujeres.

La incoherencia entre discurso de derechos, igualdad de género y la realidad de los comportamientos más bien burocráticos y pasivos de quienes tienen como responsabilidad aplicar la ley o implementar las políticas, expresa la violencia simbólica del sistema que, a través de multiplicidad de formas, mantiene y recrea continuamente el ordenamiento jerárquico que marca a las mujeres en un estatus inferior. Ello nos habla de la eficacia del sistema de control de este ordenamiento, cuyo poder opera desde y con los cuerpos, naturalizado en el imaginario, las emociones, el lenguaje, los deseos, las ideas y las prácticas de mujeres y hombres.

La institucionalidad, permeada desde sus cimientos por el androcentrismo, no tiene base estructural para ser eficaz cuando son los cuerpos subalternos los que requieren justicia. Para ello sería necesario subvertir previamente la normatividad sexo-género con el fin de asegurar la justicia, lo que implicaría un proceso de cambio cultural, con nuevas representaciones sociales, nuevas subjetividades, nuevas formas de reconocer la alteridad, que involucrara no sólo a las personas, sino que también a las instituciones, transformándolas totalmente. Si no se incide en las bases estructurales es imposible enfrentar las múltiples formas en que la violencia se reafirma y perpetúa como continuo naturalizado biopolíticamente.

Vivir libres de violencia significa mucho más que no vivenciar golpes, humillaciones, violaciones y control abusivo en el cotidiano de la relación de pareja. Implica recuperar el estatus de ciudadanía sin recortes ni opacidades, escapar del miedo y la ansiedad, dejar el lugar de lo ambiguo e instalarse con autonomía en los distintos ámbitos de la vida en sociedad. La apropiación de poder por parte de las mujeres –mediante el conocimiento, la autonomía económica, el protagonismo social, el reconocimiento social y la capacidad de decidir libremente– es requisito clave para lograrlo. También lo es la erradicación de los mitos acerca de la familia, sobre todo aquel que dice que constituye el espacio de máxima protección y seguridad para las mujeres. Las estadísticas evidencian que, por el contrario, la familia es un ámbito de exposición permanente al riesgo de violencia de género, riesgo que también aparece como un continuo en el trabajo, en la calle, en las fronteras, en los establecimientos educacionales, en los medios de comunicación y en la publicidad sexista.

¿Podemos afirmar que hay datos confiables actualmente acerca del impacto de la política pública?

Los femicidios constituyen un poderoso indicador acerca de la exacerbación de la violencia material y simbólica sobre los cuerpos de las mujeres, de la ineficacia de las políticas estatales de prevención de la violencia y protección a las víctimas, así como también de las deficiencias en la administración de justicia.

En el año 2006, el OEGS recomendó al Estado chileno formular y poner en práctica una política nacional que priorizara y abordara de manera integral la violencia de género para garantizar la seguridad, el acceso a la justicia y la protección social de las mujeres que la viven. Una política intersectorial que fuera capaz de asegurar datos estadísticos integrados y abarcadores, construir indicadores robustos y contar con presupuestos suficientes y sostenibles.

No obstante, en la actualidad no se aprecia una tendencia a garantizar políticas integradas, integrales y sostenibles, desde cuya intersectorialidad se incluyan objetivos de empoderamiento y autonomía efectiva de las mujeres. Persiste el vacío político y los datos existentes no permiten dar cuenta de resultados favorables basados en evidencia. Además, han aparecido renovadas expresiones de violencia de género, tales como la violencia sexual policial contra estudiantes de educación media; la violencia hacia lesbianas, transexuales y mujeres inmigrantes, así como la trata y el tráfico de personas, incluyendo la explotación sexual de niñas, adolescentes y mujeres adultas por parte de mafias organizadas. En el tráfico y la trata de mujeres se comercia con los cuerpos de las mujeres, los que son cosificados, despojados de su dignidad y sentido y cuyo sello es la “deposición de lo humano”.

Estas dos nuevas formas de violencia se asientan en bases estructurales de género y pobreza, que determinan el ingreso y permanencia de muchas mujeres excluidas, adolescentes y jóvenes, a estas redes de explotación como una ilusoria oportunidad de sobrevivencia y mejoramiento de sus condiciones de vida. Bajo nuevas lógicas y prácticas, la corporalidad y sexualidad femenina se van recreando como espacio simbólico de ejercicio de violencia, que regula y construye relaciones sociales instrumentales a la dominación patriarcal y a los negocios ilegales “exitosos” en la globalización.

Fundamentándonos en lo ya señalado, es posible afirmar que más allá del abordaje punitivo de los delitos de violencia y de femicidio, las políticas intersectoriales requieren, para ser eficaces, sumergirse en las bases estructurales del fenómeno: el sistema sexo-género, la normatividad heterosexual, el modelo económico, el control biopolítico de los cuerpos.

Dar seguimiento, desde la sociedad civil, al impacto de las políticas públicas referidas a la violencia de género, implica asumir uno de los roles fundamentales de la ciudadanía en el esfuerzo por eliminar esta violencia. La vigilancia y análisis de género que se efectúa desde el OEGS contribuyen a este desafío, asegurando la generación de datos, evidencias, propuestas y señalamientos útiles para la revisión de enfoques y acciones de las políticas públicas sectoriales e intersectoriales.

La violencia de género, en tanto creciente problema social de violación de derechos humanos y de salud pública, requiere ser emprendida desde las garantías a brindar por el Estado. Su abordaje debe considerar los determinantes estructurales e inmediatos, comprendiendo desde allí la construcción de riesgos, vulnerabilidades y daños diferenciales en mujeres, niñas y niños. Es necesario, además, considerar el efectivo acceso de las mujeres afectadas a los servicios, tanto de pesquisa como de acogida y seguimiento, así como también el financiamiento de la prevención, atención y protección de las mujeres, del apoyo a su empoderamiento y reparación, incluida la inserción laboral, clave para la imprescindible autonomía económica.

Es necesario mantener vigentes algunas interrogantes, como son, entre otras:

- ¿Cumple su rol el Estado en la prevención, sanción y erradicación de la violencia de género y en la protección y reparación de las mujeres afectadas?
- ¿Aborda las condiciones y necesidades distintas que tienen las mujeres que sufren violencia de género por razones de edad, etnia, situación migratoria, lugar de residencia, trabajo, preferencia sexual?
- ¿Asegura una asignación presupuestaria suficiente?
- ¿Asegura los recursos humanos necesarios, con formación en los enfoques de género y de derechos, y en condiciones de brindar atención de calidad? ¿Asegura la infraestructura y el contexto de acogida indispensable para la calidad de la atención?
- ¿Incorpora a las mujeres atendidas y sus familiares como actrices en los procesos de cambio que promueven las políticas en el ámbito comunitario?
- La Cuenta Pública Anual ¿incluye los resultados de la política sobre violencia hacia las mujeres mediante información de indicadores de género consistentes?

1.2 Género en la interpretación de la violencia y sus distintas expresiones

La política pública ha ido incorporando progresivamente el marco de análisis de género en el fenómeno de la violencia contra las mujeres. Sin embargo, esto no se ha traducido en instrumentos de abordaje efectivos, que reconozcan e impacten en los mecanismos estructurales responsables

de la reproducción de la violencia de género. Una falencia fundamental del sistema, y que evidencia esta contradicción en la construcción de la política pública, es el marco legal chileno frente al problema y su aplicación. A diferencia de legislaciones de otros países latinoamericanos que han registrado avances sustanciales en la materia, como por ejemplo Argentina, México, y Venezuela, la ley chilena no apunta central ni ampliamente hacia la violencia contra las mujeres, sino que se concentra de manera exclusiva, como su nombre lo indica, en la violencia intrafamiliar. La tipificación de la violencia en este cuerpo legislativo sólo recoge las distinciones de violencia física y psicológica, para quien “tenga o haya tenido la calidad de cónyuge del ofensor o una relación de convivencia con él; o sea pariente por consanguinidad o por afinidad (...)”. El último cambio a esta ley del año 2005 considera la inclusión de la violencia “psíquica”. Aunque ello es un avance, resulta claramente insuficiente para proteger a las mujeres de la violencia que sucede en otros ámbitos. Además, la falta de integralidad de esta legislación queda demostrada en los casos de violencia sexual y abuso sexual, ya que son otras las disposiciones legales a las cuales se debe recurrir, las que tienen un carácter general y carecen de una mirada de género.

En contraste con lo anterior, podemos citar en la región la “Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”, promulgada en Argentina en 2009. Esta ley define como violencia contra las mujeres “toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes”. Además, esta legislación tipifica y define jurídicamente la violencia física, sexual, psicológica, económica y patrimonial y simbólica.

La violencia física es definida como “la que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato o agresión que afecte su integridad física”. La psicológica, en tanto, es caracterizada como aquella “que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación o aislamiento [...]”. Respecto de la violencia sexual, ésta es definida como “cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva [...] así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres”.

Otra de las definiciones importantes de la ley argentina es la violencia económica y patrimonial, la que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer, a través de diferentes formas, tales como la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes, la limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna. Finalmente, introduce el concepto de violencia simbólica, aquella “que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad.”

La ley argentina también establece distintas modalidades o manifestaciones de la violencia contra las mujeres, considerando la violencia doméstica, institucional, laboral, contra la libertad reproductiva, la violencia obstétrica y la violencia mediática. Nos interesa, a modo de avance,

incluir estas definiciones como una forma de incorporar en el debate conceptos que muestran los actuales vacíos de nuestro marco jurídico. Se trata de propuestas de obligada revisión para futuros proyectos legislativos nacionales, información que como sociedad civil debemos conocer para abogar propositivamente por mejores legislaciones (ver recuadro 1).

Recuadro 1
Definiciones de modalidades de violencia contra las mujeres
Ley 26.485, Argentina

Modalidades de la violencia contra las mujeres (Artículo 6°):

a) Violencia doméstica: aquella ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia.

b) Violencia institucional: aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil.

c) Violencia laboral: aquella que discrimina a las mujeres en los ámbitos de trabajo públicos o privados y que obstaculiza su acceso al empleo, contratación, ascenso, estabilidad o permanencia en el mismo, exigiendo requisitos sobre estado civil, maternidad, edad, apariencia física o la realización de test de embarazo. Constituye también violencia contra las mujeres en el ámbito laboral quebrantar el derecho de igual remuneración por igual tarea o función. Asimismo, incluye el hostigamiento psicológico en forma sistemática sobre una determinada trabajadora con el fin de lograr su exclusión laboral.

d) Violencia contra la libertad reproductiva: aquella que vulnera el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

e) Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.

f) Violencia mediática: aquella publicación o difusión de mensajes e imágenes estereotipados a través de cualquier medio masivo de comunicación, que de manera directa o indirecta promueva la explotación de mujeres o sus imágenes, injurie, difame, discrimine, deshonne, humille o atente contra la dignidad de las mujeres, como así también la utilización de mujeres, adolescentes y niñas en mensajes e imágenes pornográficas, legitimando la desigualdad de trato o construya patrones socioculturales reproductores de la desigualdad o generadores de violencia contra las mujeres.”

Fuente: Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (Ley 26.485, Argentina, 2009, Artículo 6°).

En este informe monográfico se da cuenta de la situación de la violencia de género en distintos ámbitos, incluidos aquellos que la legislación chilena no recoge. Esperamos que el Estado asuma su ineludible rol de garante para prevenir la violencia, proteger a las mujeres que la viven y sancionar a quienes la ejercen.

2. El Estado de Chile frente a la violencia contra las mujeres



Como ya se ha señalado, tanto el marco conceptual como el abordaje de las políticas en Chile no incluyen todas las formas de violencia contra las mujeres, centrándose preferentemente en la llamada violencia intrafamiliar, que es excluyente de otras formas.

2.1 La violencia denominada intrafamiliar

El número de denuncias de violencia ha aumentado en los últimos años, como se aprecia en el cuadro 1. Cabe hacer notar que en el año 2006 la tasa de denuncias por 10.000 mujeres de 15 años y más bajó a 113,6, mostrando una disminución del 11,9% respecto del año 2005; en tanto, la misma tasa se redujo el 2010 a 123,6, un descenso del 9,4% en comparación con el 2009 (Carabineros de Chile, 2012; OEGS, 2009).

Pese a la disminución del número de denuncias que se constata en el 2010, en el trienio 2009-2011 se registra un crecimiento porcentual promedio en la tasa de denuncias equivalente a un 3,2%, cifra superior al incremento observado en el período 2006-2008, cuyo aumento promedio fue sólo de un 1,23%.

AÑO	DENUNCIAS	TASA x 10.000	Crecimiento porcentual de la tasa respecto año anterior
2004	79.497	130.0	-
2005	80.303	129.0	-0,8
2006	71.924	113.6	-11,9
2007	83.005	128.9	13,5
2008	86.165	131.6	2,1
2009	90.720	136.4	3,6
2010	83.566	123.6	-9,4
2011	97.524	142.5	15,3

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Carabineros de Chile, 2012; OEGS, Informe 2006, 2007; Informe 2007-2008, 2009.

De acuerdo con los datos proporcionados por Carabineros, la tasa de denuncia por violencia causada por una pareja se ha incrementado en un 9,6% desde 2004 a 2011.

El Observatorio evalúa como un avance el hecho de que las mujeres denuncien en mayor número, ya que al hacerlo reconocen que la violencia que viven no es un asunto privado, exigiendo, con el acto de denunciar, una respuesta de protección para con ellas y de sanción al agresor por parte de la institucionalidad pública.

Es necesario precisar que, dado que en Chile no se han realizado estudios nacionales periódicos, no se puede afirmar de manera categórica que la violencia contra las mujeres por parte de una pareja haya aumentado o disminuido, por lo que el crecimiento en la denuncia, desde que se instauró la primera ley sobre violencia en el país, en 1994, podría estar todavía muy por debajo de la ocurrencia del fenómeno en la vida de las mujeres chilenas.

El alto número de denuncias sitúa a la violencia como uno de los delitos de mayor connotación social, como se aprecia en el cuadro 2, ya sea como casos o como delitos presentados a la Fiscalía (un caso puede contener más de un delito). Entre 2009 y 2011 se observa un crecimiento en las causas relativas a violencia ingresadas, ya que estos delitos corresponden en 2009 a un 8,8% y en 2011 a un 9,9%.

Cuadro 2			
Número de casos y delitos ingresados a Fiscalía como violencia intrafamiliar (VIF) 2009-2011			
	2009	2010	2011
Total Casos Ingresados a Fiscalía	1.276.296	1.247.104	1.378.873
N° Casos VIF en Fiscalía y porcentaje del total	110.162 (8,6%)	117.145 (9,4%)	134.658 (9,8%)
Total Delitos ingresados a Fiscalía	1.312.362	1.283.083	1.418.718
N° Delitos VIF en Fiscalía y porcentaje del total	115.100 (8,8%)	122.615 (9,6%)	140.914 (9,9%)

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Ministerio Público, Boletín estadístico 2009, 2010 y 2011 (tablas 1, 2, 18 y 22).

La mayor conciencia en la población femenina de que la violencia contra las mujeres es un delito no ha sido aparejada con una respuesta institucional que permita afirmar que la violencia contra las mujeres es sancionada. Esto se evidencia en el bajo porcentaje de juicios que concluyen con una sanción, menos de un 10% en los años 2009 al 2011 (Ministerio Público, 2010, 2011, 2012) y en los femicidios perpetrados cada año, con el agravante de que algunas de las víctimas contaban con medidas cautelares de protección.

En los tres años analizados, el porcentaje de casos de VIF que terminan con una “sentencia definitiva condenatoria” es claramente menor que la proporción observada en otros casos

judicializados. La “suspensión condicional del procedimiento” es la salida judicial más recurrente en los casos de VIF.

Este mecanismo permite al fiscal, con acuerdo del imputado y con la aprobación del juez de garantía, dar término anticipado al procedimiento cuando se cumplen ciertos requisitos previstos en la ley, y se satisfacen además, determinadas condiciones fijadas por el juez que permiten suponer que el imputado no reincida¹.

Cuadro 3						
Comparación de los términos aplicados a otros delitos y a violencia intrafamiliar (VIF) 2009-2011						
Términos aplicados	2009		2010		2011	
	Otros delitos	VIF	Otros delitos	VIF	Otros delitos	VIF
Sentencia definitiva condenatoria	15,5%	9,7%	15,9%	9,9%	13,7%	8,8%
Suspensión condicional del procedimiento	12,3%	35,7%	13,0%	35,2%	17,0%	41,4%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Ministerio Público, Boletín estadístico 2009 y 2010 (tablas 6 y 21), y Boletín estadístico 2011 (tabla 25).

Con respecto a la sanción de los agresores, uno de los informes alternativos de la sociedad civil chilena presentado a la sesión 53ª del Comité Cedaw² en septiembre de 2012 señala que, según cifras de la Defensoría Penal Pública, el porcentaje de imputados sometidos a prisión preventiva disminuyó desde un 6,3% a un 1,9% entre el 2007 y el 2011 (Corporación Humanas et al., 2012).

El informe indica que respecto a las medidas que dictamina el juez bajo el término “suspensión condicional del procedimiento” se observa “una baja en medidas comúnmente aplicadas, como la prohibición de acercarse a la víctima y la obligación de salir del lugar común. En la primera de ellas, se muestra una baja importante en comparación con 2009, cayendo de 30,5% al 8,1% en 2011. Respecto a la obligación de salir del lugar común, las cifras revelan que hay una baja sostenida desde 2008 (13,5%) al 2011, donde se establece en 4,3%” (Corporación Humanas et al., 2012). Al respecto, habría que investigar las razones que explican estas tendencias en la administración de medidas cautelares; quizás ello podría deberse a que, en la práctica, estos dispositivos nunca han contado con el respaldo presupuestario requerido para garantizar su aplicación.

¹ Ley 20.066, Artículo 9º: Medidas accesorias. Además de lo dispuesto en el artículo precedente, el juez deberá aplicar en la sentencia una o más de las siguientes medidas accesorias: a) Obligación de abandonar el ofensor el hogar que comparte con la víctima; b) Prohibición de acercarse a la víctima o a su domicilio, lugar de trabajo o de estudio. Si ambos trabajan o estudian en el mismo lugar se oficiará al empleador o director del establecimiento para que adopte las medidas de resguardo necesarias; c) Prohibición de porte y tenencia y, en su caso, el comiso, de armas de fuego. De ello se informará, según corresponda, a la Dirección General de Movilización, a la Comandancia de Guarnición o al Director de Servicio respectivo, para los fines legales y reglamentarios que correspondan; d) La asistencia obligatoria a programas terapéuticos o de orientación familiar. Las instituciones que desarrollen dichos programas darán cuenta al respectivo tribunal del tratamiento que deba seguir el agresor, de su inicio y término. El juez fijará prudencialmente el plazo de estas medidas, que no podrá ser inferior a seis meses ni superior a un año, atendidas las circunstancias que las justifiquen. Ellas podrán ser prorrogadas, a petición de la víctima, si se mantienen los hechos que las justificaron. En el caso de la letra d), la duración de la medida será fijada, y podrá prorrogarse, tomando en consideración los antecedentes proporcionados por la institución respectiva.

² La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer establece un Comité encargado de examinar los progresos realizados en la aplicación de sus disposiciones. Este Comité funciona como un sistema de vigilancia, examinando la aplicación de la Convención por los Estados que la han ratificado o han adherido a ella. Esto se hace principalmente mediante el examen de los informes presentados por los Estados Partes y por organizaciones de la sociedad civil. El Comité estudia esos informes, formula propuestas y recomendaciones a los Estados Partes.

Entre las salidas no judiciales a casos de VIF –aquellas que tienen un término facultativo en que interviene sólo el fiscal–, la mayor proporción corresponde al “archivo provisional del caso” cuando, una vez examinada la denuncia, el fiscal a cargo le pone término, fundamentando su decisión en la carencia de antecedentes. Esta situación ocurre entre un 26,6% y un 28,3% de las denuncias por VIF ingresadas a fiscalía (Ministerio Público, 2010, 2011 y 2012). En 2009 el archivo provisional de casos alcanzó al 27,64% (tabla 22). En 2010 correspondió al 28,3% (tabla 22) y en 2011 alcanzó al 26,6%, según la tabla 26).

Otra proporción importante de los casos de VIF finaliza en virtud del “principio de oportunidad”, que es la facultad que tienen los fiscales de no iniciar la acción penal o de abandonar la ya iniciada cuando se trate de un hecho que, a su juicio, reviste caracteres de delito, pero que no compromete gravemente el interés público. Con esta medida concluyen entre un 7,1% y un 9% de las denuncias por VIF (Ministerio Público, 2010, 2011 y 2012).

Las limitaciones de la institucionalidad para sancionar la violencia contra las mujeres han generado un contexto de gran impunidad, que tiene su base en las definiciones de violencia que contiene la ley, en la insuficiencia de los recursos asignados y en la débil capacitación de las personas que operan el sistema. Un estudio encomendado por Sernam sobre la ruta que siguen las mujeres que viven violencia por parte de sus parejas concluye que en Carabineros de Chile, institución que capta la casi totalidad de las denuncias, existe “debilidad en la capacitación para redactar un parte o denuncia con detalle y bien informada y que incluya la recomendación de cautelares”, y “debilidad en la función de acogida (entrada a la ruta) que no ponga en duda los relatos de las mujeres ni las culpen, e informarlas correctamente de los pasos a seguir (capacidad potencial para transmitir seguridad a las mujeres)” (Sernam, 2009:252).

Otra de las conclusiones del estudio señala que en el sector salud se constatan las siguientes situaciones: “Falta de motivaciones y recursos en el sistema para realizar los informes psicológicos que en ocasiones los/as jueces/zas exigen a las mujeres en sus procesos. Insensibilidad en las/os médicos tratantes que no dejan plasmado en los informes los casos de VIF. Falta de compromiso generalizada para denunciar casos de VIF (resistencia a ser llamados/as a declarar ante tribunal). Servicios de Salud no están siendo aprovechados como puertas de entrada a la ruta” (Sernam, 2009:253).

Con respecto a los diferentes organismos implicados en la respuesta judicial a los casos de VIF, tales como el sector justicia, Ministerio Público, Tribunales de Familia y Defensoría, el estudio mencionado informa sobre las siguientes debilidades:

- “Falta comprensión del fenómeno. Naturalización de la VIF: atenuación de las sanciones, deslegitimación de las mujeres, descalificación de las dimensiones subjetivas y emocionales, jueces/zas no comprenden la variación de declaraciones, atribución de falta de seriedad de las denunciantes.
- Cuestionamiento a la sanción penal como salida a VIF. Costos de sanción al/la agresor/a mayores que costos de VIF.
- Falta de comprensión integral: autonomía económica, dependencia emocional. Sanción penal, imposición social no adecuada a la realidad de las mujeres VIF.

- Desconocimiento de los pasos de la Ruta (jueces/zas y fiscalas/es).
- Decisiones poco realistas: como la solicitud de exámenes psicológicos y/o físicos inverosímiles de realizar en el sistema de salud pública, o pedir medio de prueba judiciales imposibles de conseguir por las mujeres.
- Variedad de criterios sobre la definición de habitualidad.
- Desconfianza ante desempeño de Ministerio Público: se resuelvan medidas cautelares antes de la derivación del caso, cuestionamiento de la efectividad de la justicia penal [para] proteger a la víctima frente al proceso.
- Cuestionamiento a la criminalización de la VIF: penas no proporcionan soluciones, sino que dañan más a las víctimas y sus familias.
- Escasas alternativas de derivación de los agresores a tratamiento, siendo esta una salida muy probable del sistema” (Sernam, 2009:254-256).

Con respecto al femicidio³, la promulgación de la Ley 20.480 (diciembre de 2010), constituyó un avance al reconocerlo como delito, modificando el Código Penal y la Ley 20.066 sobre Violencia Intrafamiliar y al aumentar las penas aplicables a este delito, reformando también las normas sobre parricidio. Otro avance es la meta de disminución del femicidio que el Ministerio de Salud estableció en la Estrategia Nacional de Salud para la década 2011-2020. Sin embargo, es necesario señalar que se reconoce el delito sólo en el marco de una relación de convivientes o matrimonio, restringiendo su ocurrencia al ámbito privado e invisibilizando los femicidios que ocurren en el marco de otras relaciones –en el pololeo, por ejemplo–, así como los asesinatos de niñas perpetrados por conocidos o desconocidos. La revisión de la prensa realizada por la Red chilena contra la violencia hacia las mujeres (ex Red chilena contra la violencia doméstica y sexual) entre 2007 y 2011 incluye este tipo de relaciones y los asesinatos de niñas, consignando la existencia de cuatro a ocho femicidios por año que no son registrados en las estadísticas oficiales.

³ Femicidio es el homicidio cometido contra la mujer que es o ha sido cónyuge o conviviente del autor del crimen. El femicida podrá recibir una condena que puede ir de quince años de cárcel a cadena perpetua, sin acceso a libertad condicional ni otra posibilidad de salida temprana. Fuente: <http://www.bcn.cl/guias/femicidio>

Cuadro 4
Indicador OEGS: Número de muertes de mujeres de 15 años y más por homicidios cometidos por sus parejas (femicidio) 2007-2011

2007	2008	2009	2010	2011
62	59	55	49	40

Fuente: Elaboración propia basada en datos publicados en página web del Sernam.

Cuadro 5
Número de femicidios, según Red chilena contra la violencia hacia las mujeres 2007-2011

2007	2008	2009	2010	2011
66	64	60	57	46

Fuente: Elaboración propia basada en datos publicados en página web del Sernam.

El indicador del Observatorio de Equidad de Género en salud se basa en las cifras proporcionadas por el Sernam (cuadro 4). La evaluación de su estado se realiza en función de la meta establecida por el OEGS que señala “que no ocurran suicidios ni homicidios por violencia intrafamiliar”, por lo cual la existencia de femicidios en cada uno de los años analizados se considera un retroceso.

No obstante las restricciones al concepto de femicidio que establece la ley, es interesante que en el año 2010 el Sernam haya considerado que los femicidios íntimos se aplican “a todas las parejas, cualquiera sea su vínculo (incluso novios o pololos) y también contempla aquellos que sin ser pareja tienen hijos en común” (Sernam, 2011). Esto indica que, en alguna medida, la institucionalidad ha reconocido los límites de las definiciones oficiales para dar cuenta de la realidad del femicidio y sus consecuencias, debiendo incluir otras formas de relación entre femicidas y sus víctimas.

Es importante señalar que a siete años de promulgada la nueva ley sobre violencia intrafamiliar, el país aún no cuenta con un sistema de información integrado que permita dar cuenta de manera certera del total de delitos denunciados. Lo mismo ocurre con los femicidios, ya que las estadísticas oficiales de muertes por causas externas no consignan la causa de la agresión. A ello contribuye el hecho de que los peritajes del Servicio Médico Legal no consideran la violencia intrafamiliar como causa de homicidio. De manera que la información disponible se basa en la recopilación de los crímenes publicados en medios de comunicación y en el sitio web de Sernam.

El Ministerio del Interior y Seguridad Pública dio a conocer en marzo de 2012, en conjunto con el Sernam, el Servicio Nacional de Menores (Sename) y Carabineros de Chile, un informe que da cuenta de un trabajo intersectorial dirigido a dar respuesta a las niñas/os y a los adolescentes “víctimas indirectas de femicidio o parricidio en contexto de violencia contra la mujer”. Allí se informa que se ha elaborado un protocolo que establece un sistema de derivación y se señala que se “generará un sistema de registro que integre los datos de los distintos organismos involucrados, orientándose a una atención coordinada, oportuna y a su vez que permita realizar

un seguimiento de las atenciones y funcionamiento del circuito nacional y regional. Este registro deberá contemplar elementos de caracterización de los casos y atención entregada” (Ministerio del Interior et al., 2012).

El documento también informa que desde 2011 se ha activado el registro de los femicidios frustrados en todas las regiones del país, señalando que en el año 2012 “se espera sistematizar la información de dichos casos, entregando cifras y estadísticas oficiales tanto de la ocurrencia de este tipo de delito como de la atención recibida por las mujeres víctimas directas de femicidio frustrado como de niños y niñas y adultos víctimas indirectas de este tipo de delitos”. Si esto se llega a concretar se contará con información periódica que proporcionará evidencia útil para la evaluación de la eficacia del seguimiento y vigilancia de los casos y de la protección de las víctimas.

La ausencia de una política nacional, integral e intersectorial que permita desarrollar acciones consistentes de prevención, protección y reparación de los daños ocasionados por la violencia de género contraviene los acuerdos internacionales suscritos por el Estado en materia de protección de los derechos de las mujeres, en especial lo señalado en la Convención de Belem do Pará. El artículo 8 de ésta especifica que para evaluar la eficacia de las medidas para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres los Estados deben adoptar programas y medidas que promuevan la educación pública y la concientización, movilizar a las comunidades, ofrecer servicios y asistencia especializada a las mujeres víctimas de violencia, fomentar la investigación y recopilar datos estadísticos.

Cabe señalar que el año 2008 el Ministerio de Salud promulgó la Política de salud en violencia de género, en el que se incorporó la detección y primera respuesta a la violencia como procedimiento de rutina en los servicios de atención en salud (López, 2008). Sin embargo, en la actualidad, ese ministerio no proporciona datos acerca de la implementación de esta política en sus términos originales. La detección y primera respuesta a la violencia sólo se está realizando a mujeres embarazadas, como parte del programa Chile Crece Contigo. La ausencia de este procedimiento en el Programa de Salud de la Mujer y en la rutina de atención a mujeres consultantes en los servicios de urgencia reduce el alcance de la política promulgada el 2008 y muestra que prevalece un patrón que privilegia la atención de las mujeres sólo en virtud de su función reproductiva.

Para evaluar avances en materia de equidad de género en salud, específicamente en el ámbito de la violencia de género, el Observatorio ha incluido el monitoreo del indicador “Fondos públicos destinados a atención en la red intersectorial de salud por violencia intrafamiliar, por mujer de 15 años y más”. Sin embargo, desde 2003 –inicio del trabajo del OEGS– a la fecha, no hay información disponible que permita conocer el monto del presupuesto destinado a la atención de mujeres por violencia intrafamiliar.

Actualmente se cuenta sólo con los antecedentes proporcionados por un estudio realizado por Sernam y Domos en el año 2010 que buscó cuantificar los costos económicos de la VIF (costos directos, indirectos e intangibles), el cual señaló que los “organismos estatales en su conjunto gastan \$32.417.628.656 en materia de VIF (75% para atención, 11% para prevención, 8% para protección y 6% para sanción)” (Sernam, 2011:25).

Respecto al indicador de violencia de género/violencia doméstica del Observatorio relativo a la “Existencia de campañas mediáticas de nivel nacional que visibilicen la violencia intrafamiliar y sus secuelas como crimen contra las mujeres” se constata la existencia de estas campañas en el período analizado.

En los años 2010 y 2011 Sernam realizó la campaña comunicacional “Maricón es el que maltrata a una mujer. Digámoslo al que se lo merece”, marcando una diferencia sustantiva respecto de las anteriores campañas, en especial la del año 2009 cuyo lema señalaba “Entre un hombre y una



mujer maltrato cero” y que divulgó información sobre derechos y mensajes emancipatorios, tales como: “Me gusta como soy; No tengo miedo; Me visto como quiero; Mi opinión cuenta; Yo decido dónde ir; Mis hijas crecerán sin temor; Mi trabajo también vale; Conozco mis derechos; Porque tengo derechos... no me levantes la mano jamás”.

En opinión de las organizaciones feministas, de mujeres y de lesbianas, gay, trans, bisexuales (LGTB), la campaña 2010-2011 ha sido un desacierto al poner a un agresor como sujeto de una campaña dirigida originalmente a las mujeres, usando un lenguaje homofóbico, desviando la atención del problema y utilizando un mensaje claramente discriminador⁴.

Cuadro 6

Indicador OEGS: Existencia de campañas mediáticas de nivel nacional que visibilicen la violencia de género y sus secuelas como crimen contra las mujeres. 2007-2011

2007	2008	2009	2010	2011	Estado
Sernam realiza la campaña “Que las excusas no multipliquen el dolor. Nada justifica la violencia contra la mujer”, la que se orientó a la prevención, cuestionando los mitos con los que se intenta justificar los actos de violencia que se ejercen contra las mujeres.	Sernam implementa una campaña mediática a través de prensa escrita, radio, gigantografía, instalación de afiches en buses, dípticos, autoadhesivos y difusión de afiches que hacen referencia a “Duele de verdad” y “Ponte en su lugar”.	Sernam lanza la campaña “Entre un hombre y una mujer maltrato cero”.	Sernam presenta la campaña “Maricón es el que maltrata a una mujer, digámoslo al que se lo merece”.	Sernam continúa la campaña 2010: “Maricón es el que maltrata a una mujer, digámoslo al que se lo merece”.	Retroceso

Fuente: OEGS, Informe 2007-2008, 2009; y página web de Sernam.

⁴ Declaración Red Chilena contra la violencia hacia las mujeres: <http://www.nomasviolenciacontramujeres.cl/node/1509>; <http://www.humanas.cl/blog/?p=1885>; <http://www.radiomitos.cl/magazin/?p=7628>; <http://transeuntenpaua.blogspot.com/2012/04/daniel-zamudio-sernam-y-medios-de.html>; <http://www.slideshare.net/comunidadesaprendizaje/campaa-del-sernam-dirigida-a-agresores-discrimina-o-redefine>

En el 2011 Sernam incorpora un nuevo enfoque a la estrategia de prevención y atención, dando relevancia y asignando recursos al tratamiento de agresores. El programa de intervención de los “Centros de hombres por una vida sin violencia” brinda atención especializada de tipo psicosocioeducativo a varones que ejercen violencia y malos tratos a mujeres que son o fueron sus parejas. Es necesario valorar en el mediano plazo los resultados de esta iniciativa, más aun cuando existen evidencias internacionales que cuestionan el costo/beneficio de estos programas.

2.2 Violencia sexual

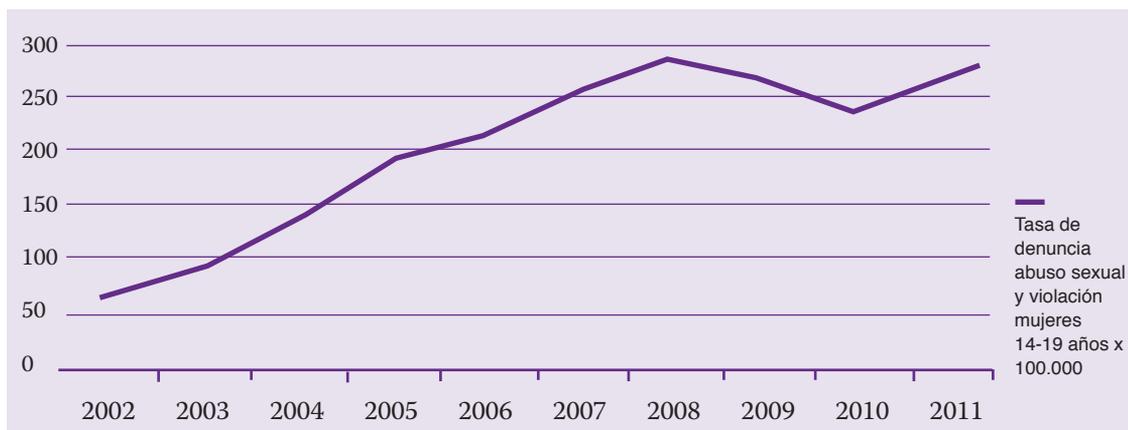
El Observatorio incorpora entre los indicadores específicos de violencia sexual la “Tasa de denuncias de abusos y violaciones a adolescentes mujeres de 14 a 19 años de edad”. Cabe precisar que, debido a que las proyecciones de población son para grupos quinquenales de edad, las tasas se calculan para el grupo de 15 a 19 años. Este procedimiento ha sido el mismo desde el inicio del levantamiento de este indicador, por lo cual no afecta la comparabilidad de la serie. Nuestro grupo de interés, tal como además es informado por Carabineros de Chile, incluye a niñas y niños de 14 años.

Año	Denuncias por Abusos	Denuncias por Violación	Tasa Abuso y Violación por 100.000
2002	290	159	68,3
2003	446	178	93,1
2004	585	313	131,3
2005	944	394	185,9
2006	1.031	486	210,1
2007	1.313	552	257,4
2008	1.490	582	285,0
2009	1.467	497	269,3
2010	1.346	380	235,9
2011	1.533	482	281,4

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Carabineros de Chile, 2012; OEGS, Informe 2007-2008, 2009.

GRAFICO N° 1

Tasa de denuncia de abuso sexual y violación mujeres 14 - 19 años x 100.000. 2002 - 2011



Fuente: Carabineros de Chile, 2012.

En el cuadro y gráfico precedentes se observa un aumento sostenido de las tasas de denuncia por abuso y violación de mujeres adolescentes desde el 2002 al 2008, con un mayor peso del abuso sexual. En 2009 se constata un descenso de denuncias que se hace más pronunciado en el año 2010, para luego, en 2011, volver a la tendencia ascendente. Las tendencias para abuso y violación son similares.

El Observatorio evalúa la situación de este indicador como retroceso, ya que hay una disminución relativa en la tasa de denuncia, lo que mostraría que un menor número de adolescentes se estaría atreviendo a denunciar la violencia sexual. En ningún caso este indicador informa sobre la disminución de la violencia sexual hacia adolescentes, puesto que en el período abordado en este informe no se han implementado políticas específicas destinadas a prevenir este tipo de violencia. Las variables que pueden haber influido en el descenso en 2009-2010 y posterior aumento en el 2011 requieren de un estudio en profundidad que pueda explicarlo.

También se incluye en este informe el indicador “Tasa de denuncias de abusos y violaciones a hombres adolescentes de 14 a 19 años”. Los datos para el período 2009 a 2011 muestran, al igual que en el caso de las mujeres adolescentes, un mayor número de denuncias por abuso sexual que por violación.

Cuadro 8						
Indicador OEGS: Tasa de denuncias de abusos y violaciones a hombres adolescentes de 14 a 19 años x 100.000. 2007 – 2011						
	2007	2008	2009	2010	2011	Estado
N° de denuncias hombres	141 denuncias – 106 abusos – 35 violaciones	164 denuncias – 108 abusos – 56 violaciones	154 denuncias – 117 abusos – 37 violaciones	136 denuncias – 108 abusos – 28 violaciones	172 denuncias – 122 abusos – 50 violaciones	Avance
Tasa de denuncias x 100 mil hombres 15-19 años	18,83	21,83	20,42	17,97	23,23	

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Carabineros de Chile para los años 2007-2008 y 2012.

Respecto al indicador de violencia sexual “Tasa de denuncias de abusos y violaciones a niñas y a niños menores de 14 años, por 100 000”, la serie de datos construida por el OEGS, a partir de los datos proporcionados por Carabineros de Chile (cuadro 9), permite afirmar que las denuncias han mantenido una tendencia al aumento. Esto es muy notorio a partir del 2005, año en que la tasa de denuncias de abusos y violación a niñas alcanzó un 67,7, mostrando un crecimiento de 146,2% respecto al año anterior, mientras que en el caso de los niños sube al 20,6, lo que significa un aumento de 154,3% respecto del 2004.

No obstante, es preciso mencionar que en el trienio 2009-2011, a pesar de constatarse más denuncias por abuso y violación de niñas, el promedio de crecimiento en la tasa de denuncia es de 6,8%, cifra bastante menor al promedio de 26,8% de aumento en la misma tasa correspondiente al período 2006-2008.

Las denuncias por abuso y violación son claramente más frecuentes en el caso de las niñas que en los niños en todos los años en que se tiene registros. Sin embargo, desde el 2002 al 2011 se observa que el promedio de crecimiento en la tasa de denuncias de abuso y violación de niñas es de 33,3%, mientras que el de los niños es de 38,6%.

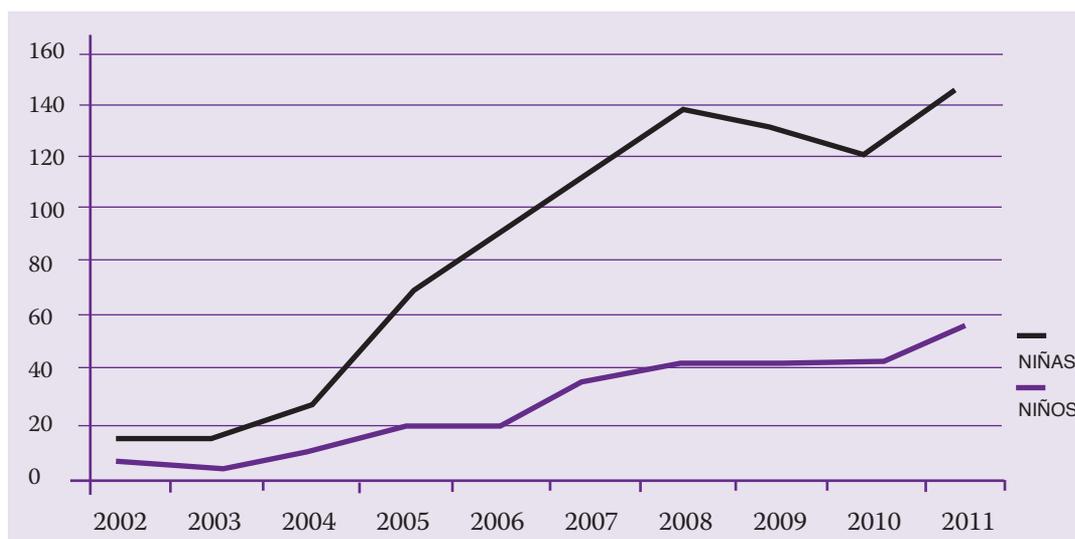
Cuadro 9
Serie denuncias y tasas por abuso y violación a niñas y niños menores de 14 años de edad
años 2002 – 2011

AÑO	NIÑAS				NIÑOS			
	Denuncias Abuso	Denuncias Violación	Tasa Abuso y Violación x 100.000	Crecimiento porcentual tasa respecto año anterior	Denuncias Abuso	Denuncias Violación	Tasa Abuso y Violación x 100.000	Crecimiento porcentual tasa respecto año anterior
2002	237	81	15,0	-	75	39	5,2	-
2003	251	59	14,6	-2,7	64	22	3,9	-0,3
2004	472	109	27,5	88,4	134	44	8,1	108,0
2005	1.085	263	67,7	146,2	324	101	20,6	154,3
2006	1.351	299	88,8	31,2	299	114	20,2	-1,9
2007	1.747	412	111,0	25,0	566	125	34,3	69,8
2008	2.135	512	137,9	24,2	648	162	40,7	18,7
2009	2.041	480	132,9	-3,6	654	171	42,0	3,2
2010	1.950	404	125,7	-5,4	646	158	41,4	-1,4
2011	2.558	474	162,5	29,3	887	194	55,9	35,0

Fuente: Carabineros de Chile, 2012. OEGS, Informe 2007-2008, 2009.

GRAFICO N° 2

Tasas de denuncia abuso sexual y violación niñas y niños menores de 14 años x 100.000



Fuente: Carabineros de Chile, 2012.

Respecto de las denuncias de niños por abuso y violación se aprecia un aumento porcentual de 12,3% en promedio en la tasa de denuncia de los años 2009 a 2011; al igual que en el caso de las niñas, el promedio porcentual de crecimiento de las tasas de denuncias de niños es menor al del trienio 2006-2008, en que el crecimiento promedio fue de un 28,9%.

Dado el aumento de denuncias, el Observatorio evalúa que existe avance en el posicionamiento público de la violencia sexual que afecta a niñas y niños, por lo que es posible afirmar que la ciudadanía se está atreviendo a denunciar este tipo de violencia. No obstante, es importante precisar que el número de denuncias sólo constituye un indicador que nos aproxima a conocer el fenómeno de la violencia sexual hacia niñas y niños, pero serían los estudios periódicos con muestras representativas de la población de niñas/os menores de 14 años de edad los que podrían indicar si hay aumento o disminución de la prevalencia del abuso sexual en esa población.

Al respecto, la Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales, realizada por el Ministerio del Interior en 2008, señaló que 7% de los niños/as y adolescentes entre los 11 y 17 años había sufrido algún tipo de abuso de tipo sexual durante su vida: 12,8% en el caso de las niñas y 3,3% en niños; un 56% de los abusos se produjeron entre los 8 y los 12 años (Ministerio del Interior y Desuc 2008).

En 2012, el Cuarto Estudio de Maltrato Infantil, realizado por Unicef con niños y niñas de octavo básico de algún establecimiento municipal, particular o particular subvencionado de las regiones IV, V, VIII, IX, X, XIV y RM, indicó que 8,7% de los niños y niñas habían sufrido abuso sexual en su vida; el primer abuso en niñas y niños se produce en promedio a los ocho años y medio; del total de niños y niñas que han sufrido abuso, un 75% son niñas y un 25% son niños (Unicef, 2012).

Aunque los estudios citados no son comparables, los datos que aportan muestran que el abuso sexual tiene una prevalencia mayor en las niñas, lo que explicaría la mayor tasa de denuncias por abuso a niñas que se han registrado en los últimos diez años.

También los registros administrativos de Sename para los años 2010 y 2011 muestran que es más alta la proporción de niñas que requieren de protección por abuso sexual: 70,4% y 69,1%, respectivamente. La cifra de niños en la misma condición alcanzó 29,6% en el 2010 y 30,9% en el 2011.

Cuadro 10				
Niñas y niños ingresados al área de protección de SENAME por abuso sexual. 2010-2011				
EDAD	2010		2011	
	Niñas	Niños	Niñas	Niños
Menor 1 año	0	0	2	3
1 a 3	75	26	87	26
4 a 5	344	178	337	204
6 a 7	525	297	573	316
8 a 9	624	295	594	324
10 a 11	644	260	625	250
12 a 13	730	180	687	174
Total según sexo y año	2.942	1.236	2.905	1.297
Porcentaje según sexo	70.42	29.58	69.13	30.87
Total por año	4.178		4.202	

Fuente: Sename, Anuario estadístico institucional 2010 y 2011.

Estos registros administrativos evidencian que el mayor número de denuncias de abusos a niñas y niños se presenta a partir de los seis a siete años de edad.

Respecto a los agresores sexuales, la Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales (Ministerio del Interior y Desuc, 2008) informa que el 29% de los abusos sexuales son de tipo intrafamiliar (tíos, padrastros, primos, abuelos y padres), es decir, personas del sexo masculino, mientras que el Cuarto Estudio de Maltrato Infantil de Unicef indica que los/as abusadores/as son en un 50,4% familiares de los niños y niñas y que en un 75,1% quienes ejercen abuso sexual son hombres (Unicef, 2012).

Cuadro 11				
Indicador OEGS: Existencia de atención integral interdisciplinaria en el sistema público de salud a niñas y niños víctimas de violencia sexual. 2008-2011				
2008	2009	2010	2011	Estado
No hay suficientes servicios que den atención integral e interdisciplinaria por el tiempo que requiere la reparación de los daños ocasionados por la violencia sexual.	Atención a víctimas de violencia en los Servicios de Urgencia con normas oficiales y política de atención, en convenio con el Ministerio Público para proveer atención legal.	Atención a víctimas de violencia en los servicios de urgencia con normas oficiales y política de atención, en convenio con el Ministerio Público para proveer atención legal.	Mayo de 2011, publicación de la Guía clínica, atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual.	Avance parcial

Fuente: OEGS, Informe 2007-2008, 2009; Minsal, Atención a víctimas en redes de salud pública, 2012a.

En 2011, Unicef y el Minsal publicaron la Guía clínica, atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual. En esta guía se señala la intención de constituir “una referencia para la atención en salud de los niños, niñas y adolescentes menores de 15 años en los cuales existe una sospecha o ha habido una experiencia de abuso sexual y está dirigida a médicos generales, médicos de familia, pediatras, ginecólogos, psiquiatras infantiles y profesionales no médicos, como psicólogos, enfermeras, matronas, asistentes sociales y técnicos/as paramédicos” (Unicef y Minsal, 2011).

Siendo valiosa la existencia de estas orientaciones, especialmente en la atención primaria, es importante destacar que su implementación requiere de la capacitación amplia y sistemática de los equipos en materia de violencia y abuso sexual, conocimiento de la legislación vigente y cambios en las formas de organización de los servicios. La constatación de lesiones o la sola sospecha de abuso deberían activar los procedimientos necesarios para brindar apoyo y la protección que necesitan las víctimas. Además, es necesario superar los problemas de dotación de personal para responder a situaciones que demandan un trabajo multidisciplinario al interior de los centros de salud. También es indispensable mejorar la capacidad para mantener sistemas expeditos de coordinación con otros servicios para una respuesta interinstitucional oportuna.

Respecto a la reparación de las niñas y niños víctimas de abuso sexual, los servicios son insuficientes para dar una atención integral por el tiempo que ellas/os requieren para superar los daños ocasionados por este tipo de violencia.

Cuadro 12

Indicador OEGS: Existencia de atención integral interdisciplinaria en el sistema de salud público a los/las adolescentes víctimas de agresiones sexuales. 2008-2011

2008	2009	2010	2011	Estado
Se informa de la existencia de una Sala de Primera Acogida en ocho hospitales regionales (Iquique, Temuco, Puerto Montt, Concepción; Viña del Mar, Rancagua; Antofagasta, Punta Arenas y en cinco hospitales de la Región Metropolitana (Hospital Barros Luco, Sótero del Río, Calvo Mackenna, San Juan de Dios y en el Hospital de Talagante).	Veinte Salas de Primera Acogida para víctimas de violencia sexual, en servicios de urgencias de hospitales del	Veintitrés Salas de Primera Acogida para Víctimas de violencia sexual. Con el terremoto y tsunami de 2010 quedaron inhabilitadas las de Ñuble, Concepción y Araucanía Norte.	Veinticinco Salas de Primera Acogida (Minsal, 2012a): Diez en la Región Metropolitana: Hospital Exequiel González Cortés, Barros Luco, San Juan de Dios, Hospital Talagante, Hospital Melipilla, San Borja Arriarán, Sótero del Río, Calvo Mackenna, Roberto del Río y San José). Quince salas en hospitales de regiones: Arica, Iquique, Antofagasta, Coquimbo, Viña del Mar, Rancagua, Linares, Araucanía Sur (H. Hernán Henríquez), Hospital Base Osorno, Valdivia, Hospital R. Puerto Montt, Hospital de Castro, Hospital Regional Coyhaique, Hospital R. Punta Arenas, Hospital Puerto Natales.	Avance

Fuente: OEGS, Informe 2007-2008, 2009; Minsal, Atención a víctimas en redes de salud pública, 2012a.

Si bien la habilitación progresiva, desde su inicio en 2005, de estas salas en los hospitales constituye un avance, se requiere asegurar una acogida efectiva de las víctimas por parte de equipos capacitados, junto a la dotación de tecnología y condiciones que permitan la participación efectiva de los directivos para responder a los requerimientos que el proceso judicial establece.

Cuadro 13					
Indicador OEGS: Número de nacimientos de madres menores de 15 años					
2007-2010					
	2007	2008	2009	2010	Estado
<i>Nº de nacimientos de madres menores de 15 años</i>	955	1.025	1.075	963	Retroceso
<i>Tasa x 100 mil niñas 10-14 años</i>	136,461	149,825	160,826	147,536	

Fuente: OEGS, Informe 2007-2008, 2009; Minsal, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, 2012b.

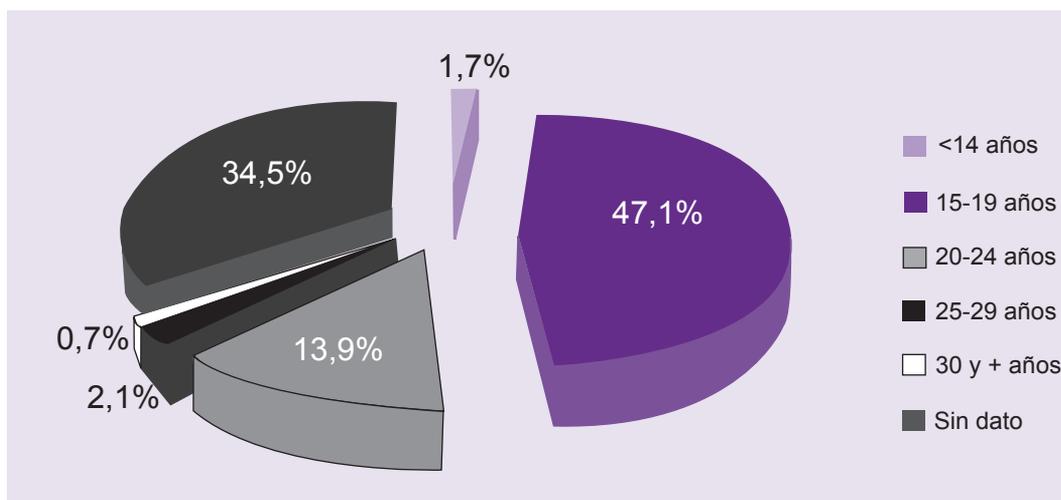
Es necesario precisar que los nacimientos en madres menores de 15 años, además de constituir un problema de salud pública reconocido, pueden estar vinculados a la existencia de situaciones de abuso sexual, por lo que se hace necesario vigilar este indicador en el ámbito de la violencia sexual. A pesar de haber una leve disminución de estos nacimientos entre 2009 y 2010, es alarmante que aproximadamente mil niñas, cada año, asuman la maternidad a tan temprana edad y en circunstancias probables de abuso.

La Guía clínica de atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual, ya señalada, señala que “el abuso sexual infantil ocurre como parte de un proceso en el que una persona, al menos tres años mayor, ejerce poder sobre un niño o niña menor de 14 años, de manera asimétrica, mediante manipulación psicológica, chantaje, engaño, fuerza o basándose en un vínculo de dependencia” (Unicef y Minsal, 2011:10) .

Un documento de Minsal (2012a) informa sobre la edad del padre de los nacidos vivos de madres adolescentes menores de 14 años, evidenciándose que, en una proporción importante, se puede sospechar de la presencia de abuso sexual. El gráfico a continuación muestra que en el 16,7% de los casos el padre es claramente tres años mayor que la madre adolescente; y que en un 34,5% de los nacimientos de madres menores de 14 años se desconoce la edad del padre, lo que estaría indicando que estos nacimientos podrían corresponder al resultado de una violación, probablemente no denunciada. Un 47,1% de los padres tendría entre 15 y 19 años, casos en los que se podría suponer la existencia de relaciones consensuadas e incluso de embarazos deseados, ya que se ha evidenciado que el embarazo en adolescentes es una realidad que se presenta entre las niñas pertenecientes a los sectores pobres del país, para quienes ser madre se constituye en el más importante y quizás único proyecto de vida, de identidad y estatus, dada la falta de condiciones para proyectar su desarrollo personal en otros ámbitos.

GRAFICO N° 3

Porcentaje de Nacidos Vivos de adolescentes menores de 14 años, según edad del padre, Chile 2010



Fuente: Minsal, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, 2012b.

Si bien es cierto que se registran algunos avances que han sido descritos anteriormente, el OECS no aprecia un avance sustancial en la disminución de la violencia hacia las mujeres y niñas/os, ya que ellos corresponden a iniciativas que no están articuladas en una política nacional dirigida a abordar, de manera integral e intersectorialmente, la violencia de género. Dichas acciones tampoco consideran las limitaciones que han sido identificadas por las instituciones que operan la “ruta” que deben seguir las mujeres que denuncian violencia, las que tienen su base en las definiciones de violencia contenidas en la ley, en la insuficiencia de los recursos asignados y en la débil capacitación de las personas que operan el sistema. Esto sucede en los ámbitos de prevención, atención, reparación, sanción y rehabilitación de los agresores.

2.3 Sugerencias y recomendaciones del OECS

1. Garantizar a las mujeres víctimas de violencia el acceso a la justicia y la sanción de los agresores, revirtiendo la situación de impunidad que reflejan los registros administrativos del Ministerio Público, pues menos de un 10% de los casos terminan con una sentencia condenatoria, y las medidas accesorias establecidas en el artículo 9° de la ley de VIF (obligación de abandonar el ofensor el hogar que comparte con la víctima, prohibición de acercarse a la víctima o a su domicilio, lugar de trabajo o de estudio, etc.) son cada vez menos utilizadas.

2. El Observatorio insiste en la propuesta de crear un sistema de información integrado que permita recopilar los registros del conjunto de los servicios involucrados en la denuncia, asegurando la atención, protección, correcta derivación de las denunciantes, y el registro de la resolución o salidas que tienen los juicios por violencia intrafamiliar. En este sentido, la coordinación intersectorial que actualmente se implementa para la atención y generación de información en torno a los casos de femicidio debería extenderse a todos los servicios que intervienen en la problemática de violencia contra las mujeres y niñas/os.

3. Ampliar el período de exposición de las campañas comunicacionales realizadas por Sernam en la televisión, medio de gran cobertura e impacto, asegurando la inclusión de la perspectiva de género y excluyendo todo tipo de discriminación hacia las mujeres, así como la homofóbica.

4. Se recomienda la inclusión de la participación activa de la ciudadanía en la elaboración de los mensajes de las campañas comunicacionales, en el proceso de seguimiento y evaluación de los programas, promocionando a su vez el respeto al control ciudadano de la implementación de las medidas operadas por las instituciones involucradas en el abordaje de la violencia.

5. Ampliar la cobertura de las capacitaciones sobre perspectiva de género y derechos humanos de los operadores de la institucionalidad que intervienen en violencia (sector salud y justicia), con el fin de avanzar hacia una comprensión efectiva de la problemática, reducir las prácticas que obstruyen una adecuada atención y la coordinación interinstitucional y que deslegitiman la sanción de los agresores como parte de una política destinada a erradicar la violencia contra las mujeres.

6. Adecuar la respuesta institucional considerando:

a) las definiciones que proporciona la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem do Pará, 1994), ratificada por Chile en 1996, que reconoce las diversas expresiones de violencia contra la mujer en el espacio privado y público.

b) las posteriores recomendaciones planteadas por mecanismos de Naciones Unidas destinadas a revisar los avances de los Estados en el cumplimiento de sus compromisos, tales como las señaladas por el Consejo de Derechos Humanos que, en su reunión del 4 de junio de 2009, recomendó al Estado chileno aprobar y aplicar leyes eficaces para prevenir y eliminar la discriminación contra la mujer y combatir la violencia doméstica, fortalecer las medidas, hacer nuevos esfuerzos y fijar metas para reducir el número de casos por medio de mecanismos e instituciones que protejan a la mujeres contra este tipo de violencia, promulgar la legislación pertinente para dar a las mujeres toda la protección necesaria y velar por su aplicación efectiva. (Consejo de Derechos Humanos, 2009).

c) las recomendaciones del Comité de la Cedaw, que en su 53ª Sesión (Quinto y Sexto informe periódico combinado) insta al Estado chileno a modificar su legislación sobre la violencia doméstica (Ley N° 20.066) para incluir una definición específica de la violencia doméstica como un delito penal, que abarca la violencia física y psicológica, y eliminar el requisito de “maltrato habitual” con el fin de permitir la investigación penal de todos los actos de violencia en el hogar y el enjuiciamiento de los autores; promulgar legislación para sancionar el acoso sexual como un delito penal; establecer una estrategia y un plan de acción global para prevenir y eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres, incluyendo a las comunidades mapuche y a otras comunidades indígenas, así como un mecanismo institucional efectivo para coordinar, supervisar y evaluar la eficacia de las medidas adoptadas. (Corporación Humanas, 2012).

3. Violencia estructural/institucional contra las mujeres

La Ley 26.485 de Argentina, ya citada, define la violencia institucional como “aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley” (2009). Lo que caracteriza a la violencia llamada institucional es su ejercicio en el marco de las instituciones del Estado, por sus órganos y agentes. Unicef señala que un componente fundamental de este tipo de violencia “ocurre en función del mantenimiento de la ley y el orden, esto es, del control social” (Unicef, 2006). Esto último es de vital importancia, ya que el control social incluye, cuando se trata de género, la mantención de estructuras y relaciones de poder, así como prácticas sociales, que están “normalizadas” en el orden de género hegemónico, que no reconoce, discrimina y vulnera derechos, principalmente de las mujeres, pero también de los hombres.

3.1 Violencia contra migrantes

a. La inmigración en Chile en el contexto global y regional

A partir de 1990, Chile pasa de ser un país expulsor de personas –por causas políticas– a ser un país receptor de personas migrantes de países latinoamericanos, situación que establece un cambio con las anteriores corrientes de inmigración de su historia. Chile, entonces, se convierte en uno de los cuatro países de destino preferidos en la región, junto con Argentina, Venezuela y Costa Rica, en el contexto de los nuevos fenómenos determinados por la globalización (Fundación Instituto de la Mujer, 2011).

Arriagada y Todaro, citando a Castells (1997), señalan que “si existe una economía global, debería haber un mercado global y una mano de obra global. Pero mientras el capital fluye libremente en los circuitos electrónicos de las redes financieras globales, la movilidad del trabajo sigue siendo limitada a causa de las instituciones, la cultura, las fronteras, las políticas y la xenofobia” (Arriagada y Todaro, 2012:31-32). Las nuevas dinámicas globales de transnacionalización de la economía han generado nuevos tipos de circuitos de movilidad laboral y del capital. De manera incipiente se conforman “mercados laborales globales en la cima y en la base del sistema económico”: uno, el mercado de directivos/as y profesionales a nivel superior y el otro, los flujos principalmente informales, con las cadenas globales de cuidado como su circuito más visible, en los que predomina la migración laboral femenina (Arriagada y Todaro, 2012:35-36).

Entre 1992 y 2002 la población inmigrante peruana y ecuatoriana en Chile creció 400%; en los años siguientes se diversificó con la incorporación de población boliviana, argentina y colombiana, incrementándose en 144,4% entre 2002 y 2009. El Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior estimó al 2009 una cifra de 352.344 personas migrantes, que representaba el 2,1% de la población total del país (Fundación Instituto de la Mujer, 2011:9-10). En el cuadro siguiente se desagrega la población extranjera por sexo, según información del Instituto Nacional de Derechos Humanos al 2011 (INDH, 2011).

Cuadro 14
Población extranjera en Chile, según nacionalidad y sexo
2009-2011

Nacionalidad	Mujeres	Hombres	Totales
Perú	69 676	55 848	125 524
Bolivia	11 051	10 148	21 199
Colombia	11 313	8 361	19 674
Argentina	7 830	9 793	17 623
Ecuador	6 722	6 043	12 765
Otras	37 088	39 981	77 069
Totales	143 680	130 174	273 850

Fuente: INDH, Informe anual 2011. Situación de los derechos humanos en Chile, 2011:203.

Esta población se caracteriza por su predominancia latinoamericana, por estar conformada en un 85% por personas de 16 a 59 años, en un 55% por mujeres, y por ser personas educadas que migran para trabajar (INDH, 2011). Trabajan mayoritariamente en el servicio doméstico (69,5%), en empresas privadas (20,1%) y por cuenta propia (9,1%) (CEM, 2010:4).

Otra de las características de la inmigración de los últimos años a Chile es su feminización, puesto que la migración de las mujeres, tanto en la región como en el mundo, se ha convertido en una estrategia económica para las familias. La globalización de las comunicaciones y la información han aumentado el conocimiento de las mujeres acerca de las ventajas en oportunidades de trabajo que ofrecen otros países, posibilidades de ahorro y envío de remesas a sus familiares en el país de origen, así como de acceso a servicios de salud, educación y vivienda cuando regularizan su condición migratoria.

Los cuerpos migrantes, con sus expectativas y su capacidad de producir bienes y servicios, no encuentran el lugar y reconocimiento que merecen, y la ilegalidad en que una gran proporción de ellas/os vive, les obliga a aceptar la depreciación de su trabajo (Meloni, 2012), incluidas situaciones de trata. Se marcan biopolíticamente los cuerpos y las vidas de quienes han migrado, regulándolos y construyendo relaciones sociales instrumentales al modelo económico. Las mujeres que migran se exponen a los riesgos derivados de las circunstancias de ser mujeres, estar en edad fértil, ser migrantes en su mayoría pobres, y permanecer aisladas de sus culturas, redes familiares y entornos sociales (Cortés, 2005), situaciones que les provocan sufrimientos e incertidumbres y las hace vulnerables a problemas específicos de salud, principalmente sexual, reproductiva y mental.

Como primordiales problemas, las migrantes enfrentan la explotación laboral, al insertarse de manera predominante en el servicio doméstico remunerado o por estar indocumentadas, y la falta de acceso a los servicios institucionales de salud por barreras administrativas, culturales y lingüísticas, lo que precariza su salud sexual y reproductiva. Recientemente, se ha hecho visible como problema la trata de mujeres, perpetrada por organizaciones ilegales para utilizarlas en trabajos cercanos a la esclavitud, con fines de comercio sexual o venta de drogas. Esta trata tiene puntos de origen en casi todos los países de América Latina y el Caribe, siendo los principales en América del Sur, Brasil y Colombia.⁵ Factores causales de sus problemas son las regulaciones

⁵Trigésimo sexto Congreso Migraciones, Lisboa 2007. Nota de prensa sobre los migrantes en las Américas.

y políticas que no permiten a quienes migran a Chile un ejercicio igualitario de la ciudadanía, indicadores de lo cual son lo ya señalado: los trabajos precarios que realizan, los barrios y las viviendas que habitan y los insuficientes servicios públicos a que acceden. Todo ello evidencia el surgimiento de nuevas formas de ciudadanía degradada, en cuya base se entrecruzan discriminaciones de género, de clase y de etnia.

b. Marco regulatorio y barreras institucionales que violentan las vidas de quienes migran a Chile

La actual legislación migratoria chilena, Ley de Extranjería, que data de 1975, no da cuenta de las actuales necesidades y no garantiza los derechos de las personas inmigrantes y de sus grupos familiares. Si bien existen tratados internacionales que el país ha ratificado, como la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados (1951), la Convención sobre el Estatuto de los Apátridas (1954), la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (1990) y la Convención contra la Delincuencia Organizada Transnacional (2000), el Estado de Chile reconoció en su informe al Comité de Trabajadores Migratorios de Naciones Unidas en 2011 que los derechos y estándares contenidos en la Convención de 1990 sobre los/as trabajadores/as migrantes no están presentes en la legislación nacional (INDH, 2011:206).

Los cambios de fondo se desarrollan con extrema lentitud. Durante el gobierno de Ricardo Lagos se creó una comisión especial (2003) para consensuar los principios y criterios que fundamentarían una nueva política migratoria, pero sólo se lograron implementar algunas medidas sectoriales aisladas, quedando pendiente la formulación de una política. Cinco años después, en la administración de Michelle Bachelet, se emitió un instructivo presidencial para la creación del Consejo de Política Migratoria, instancia intersectorial que tampoco llegó a concretarse. Desde el Ministerio del Interior se intentó una propuesta de proyecto de ley que, al igual que las anteriores iniciativas, no prosperó. Por ende, hasta hoy persiste un vacío de ley migratoria actualizada e inclusiva, acorde con la realidad y los enfoques de derechos, de género y de interculturalidad, lo que da como resultado una carencia de política intersectorial e integral que resuelva la integración en el país, más allá de la simple resolución de visados (Fundación Instituto de la Mujer, 2011).

c. Los impactos en la salud y bienestar de las mujeres migrantes

Si bien existen normativas del sector salud que aseguran la atención médica de urgencia a los inmigrantes en situación irregular y el acceso de todas las inmigrantes embarazadas y de los/as niños/as y adolescentes, con independencia de su condición migratoria, éstas no siempre son conocidas por las personas migrantes ni por quienes brindan servicios en los establecimientos de salud. Además, no existe información oficial acerca del grado de cumplimiento de estas medidas reglamentarias.

Cabe destacar que si bien las personas migrantes que tienen su visa en trámite o que se encuentren en situación irregular están impedidas para acceder regularmente al sistema público de salud, en el año 2008 el Ministerio de Salud y el Ministerio del Interior (Resolución 1914 del Ministerio del Interior, 13 marzo 2008) establecieron un convenio para que las niñas y niños migrantes que fuesen inscritas/os en un consultorio de salud estatal pudieran regularizar su situación migratoria. Por otra parte, para las mujeres embarazadas existe una disposición sectorial (Circular 1179 del Ministerio de Salud, enero 2003) que permite regularizar su situación migratoria mediante la presentación en el consultorio de su comuna de un certificado médico que avale la existencia de embarazo.

Sin embargo, “en la práctica se observa que las mujeres embarazadas sin documento de identidad no son atendidas en el consultorio, lo que las obliga a recurrir a prestadores privados de salud para obtener un certificado de embarazo. Aquellas que se encuentran en situaciones de mayor precariedad económica no pueden asumir dicho gasto y no pueden regularizar su situación migratoria, y por lo tanto, no reciben atención médica durante el embarazo” (Corporación Humanas, 2011), con los consecuentes riesgos en materia de salud que se desprenden de esta vulneración de derechos. En materia preventiva, entre 40% y 50% de las mujeres migrantes no se han practicado examen de Papanicolaou, situación que evidencia la necesidad de políticas inclusivas en materia de educación y salud.

Según datos de la Encuesta Casen 2009 procesados por Corporación Humanas (2011), la mayoría de las mujeres migrantes nunca ha tenido acceso a consultas médicas generales y las que sí han tenido esa posibilidad, tienen un promedio de dos consultas. En el ámbito de la salud mental, si bien el Ordinario 3229 del Ministerio de Salud de 2008 dispone brindar atención de salud a la población inmigrante en riesgo social y con situación irregular, persisten dificultades de acceso a los servicios. Las mujeres se ven afectadas en mayor medida porque tienen más necesidad de servicios debido a que presentan dos a tres veces mayor riesgo de trastornos afectivos y ansiosos que los hombres y a que, durante el embarazo, la prevalencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva puede alcanzar hasta un 35,2%, según estudios de las últimas décadas (Minsal, 2011). Si se consideran las presiones socioeconómicas y administrativas, la violencia institucional, las pérdidas afectivas que cruzan las vidas de las mujeres inmigrantes, así como la violencia material xenófoba en los lugares de vivienda o trabajo, se hace evidente su necesidad de atención en salud mental.

Como ya se dijo, la falta de acceso no sólo está relacionada con las carencias legales o político-programáticas, sino también a prácticas discriminatorias por parte del personal de salud que impiden el ejercicio de sus derechos a las migrantes que consultan en condiciones de vulnerabilidad. La discrecionalidad suele ser el sello en los servicios y como resultado de estas violencias institucionales, la desprotección social de la población migrante constituye la realidad habitual. Al mismo tiempo, el vacío de políticas integrales e inclusivas no permite asignaciones presupuestarias destinadas a programas de capacitación del personal, que lo habilite en la comprensión de la equidad y los derechos en salud, y en la capacidad para proporcionar una atención de calidad, sin discriminaciones por razones migratorias, de género, de etnia y pobreza.

3.1.1 Sugerencias y recomendaciones del OECS

1. Se comparte la observación efectuada al Estado chileno por el Comité de expertos sobre Trabajadores Migratorios de las Naciones Unidas, en el año 2011, en cuanto a “contar a la brevedad con una nueva legislación... que garantice los derechos de las personas que migran y de sus grupos familiares” (Fries, 2011) y que incorpore el enfoque de género.
2. Asegurar que se modifique la disposición discriminatoria que impone la ley actual que otorga permiso de residencia a las/os integrantes del grupo familiar vinculados en base al matrimonio de la persona migrante, pero negándoles la autorización para ejercer trabajos remunerados. Además de deteriorar la calidad de vida del grupo familiar, se impide la autonomía económica de las mujeres, haciéndolas más vulnerables a la violencia doméstica. Por otra parte, al excluir las relaciones de convivencia, precariza la existencia de quienes viven en ese tipo de unión familiar.
3. Aplicar la ley recientemente modificada sobre tráfico de migrantes y trata de personas,

asegurando protección a las víctimas –en especial mujeres y niñas/os– y la prevención y sanción de los delitos. Se debe asumir que Chile es hoy un país de origen, tránsito y destino de trata, orientada a la explotación sexual y laboral, y que se requieren tomar medidas que impidan favorecer el tráfico de mujeres.

4. Asegurar que se garantice, sin exclusión, el goce del derecho a la salud de personas inmigrantes y sus familias; adecuar políticas y programas a fin de otorgar plena cobertura; capacitar al personal de los servicios de salud para hacer suyos el principio de no discriminación y los enfoques de derechos y género, así como brindar una atención de calidad.

5. Implementar campañas de información y de sensibilización acerca de los derechos de las personas inmigrantes y acerca de los trámites migratorios, de manera de asegurar su regularización expedita, de favorecer su empoderamiento y de modificar la cultura xenófoba de la población chilena.

6. Asegurar estadísticas y registros desagregados por sexo acerca de la situación de salud de la población inmigrante, con especial énfasis en lo referido a violencia de género en las parejas, en el trabajo, en los establecimientos educacionales y en las instituciones públicas y privadas.

3.2 Violencia contra pueblos originarios

a. Los pueblos originarios en cifras

Los resultados del Censo 2002 (aún no se cuenta con los datos del Censo 2012) indicaron que Chile tenía una población total de 15.116.435 habitantes, cuya población indígena ascendía a 692.192 personas (4,6%) y se distribuía en 348.906 hombres (50,4%) y 343.286 mujeres (49,6%), pertenecientes a las etnias aymara, quechua, atacameña, colla, diaguita, rapa nui, mapuche, yamana y alacalufe. El 64,8% de esta población habitaba territorios urbanos y un 47,7% en la Región Metropolitana, principalmente en el Gran Santiago. Al pueblo mapuche pertenecían 604.349 personas (87,3%), concentradas preferentemente en las regiones de La Araucanía, Metropolitana y Los Lagos. Los pueblos pertenecientes a la cultura andina se concentraban en la Región de Tarapacá, y el pueblo rapa nui en la Región de Valparaíso (INE y Mideplan/BID, 2005).

En un país en el que porcentualmente predominan las mujeres, llama la atención que en los pueblos originarios la proporción se invierta a favor de los hombres. Así, el índice de masculinidad (número de hombres por cada cien mujeres) que en la población total es de 97,1 –por cada 100 mujeres hay 97,1 hombres– en la población indígena es de 101,6, situación que amerita estudiar en profundidad variables como expectativa de vida, emigración y sobremortalidad según sexo.

b. La violencia estructural

Los determinantes estructurales de la salud, etnia, género y clase social, constituyen organizadores sociales que estratifican la sociedad en grupos aventajados o hegemónicos y grupos desaventajados o subalternos. Como resultado de esta estratificación social, los grupos desaventajados, en este caso los pueblos originarios, viven problemáticas que comprometen su bienestar, supervivencia, identidad y libertad. La discriminación institucionalizada y la normatividad legal excluyente forman parte de la realidad de vida de estas comunidades. La situación puede explicarse mediante el concepto violencia estructural, origen de la vulneración de derechos (CEPAL y ATM, 2012) y de las inequidades en la distribución del poder político y en el acceso a recursos materiales y sociales.

En el caso del pueblo mapuche, los procesos de estratificación social se configuran a fines del siglo XIX y se consolidan en el XX; en la actualidad, incorporan nuevas manifestaciones y presiones derivadas de la globalización económica –monocultivos forestales, agotamiento de los recursos hídricos, destrucción de la biodiversidad– y de la “institucionalización de mecanismos coercitivos y represivos ejercidos por el Estado frente a las demandas por recuperar sus tierras históricas” (CEPAL y ATM, 2012).

Los gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia (1990-2010) impulsaron políticas de “nuevo trato” que reconocieron constitucionalmente a los pueblos indígenas, ratificaron el Convenio 169 de la OIT (2008) y comprometieron transformaciones legales favorables a sus demandas. No obstante, las medidas implementadas difirieron de las recomendaciones aprobadas, frustraron las expectativas y dieron paso a un creciente descontento que, con relación al pueblo mapuche, se tradujo en movilizaciones sociales que persisten hasta hoy. El Estado ha respondido con represión y utilizado una legislación especial, la ley antiterrorista, que ignora el debido proceso y permite emitir condenas desproporcionadas, consideradas injustas por instancias académicas (Coddou, 2012) y organismos de las Naciones Unidas.

La violencia estructural, en tanto falta de pertinencia de nuestras normas jurídicas en relación con los pueblos originarios, se expresa consistentemente en el caso de la pastora aymara Gabriela Blas Blas (ver recuadro 2).

Recuadro 2

Violencia estructural contra Gabriela Blas Blas

Gabriela Blas Blas, detenida el año 2007, fue acusada del delito de abandono de su hijo de tres años con resultado de muerte, mientras efectuaba su trabajo de pastoreo de llamas. Fue mantenida en condiciones de detención arbitraria e ilegal, sometida a torturas y tratos crueles, inhumanos y degradantes, y en 2010 se le condenó a 12 años de cárcel. La sentencia condenatoria, además de vulnerar el derecho al debido proceso y los estándares internacionales sobre derechos de los pueblos indígenas no consideró las circunstancias culturales de las mujeres pastoras aymaras y evidenció una visión jurídica hegemónica occidental y urbana. El mandato del modelo de maternidad instalado desde el sistema sexo-género dominante sentó la base para un juicio implacable. A mediados de 2012, el Presidente Sebastián Piñera redujo la condena de 12 a seis años. El caso fue presentado a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos por el Observatorio Ciudadano y la Corporación Humanas –que fue declarado admisible y se encuentra en curso–fundamentándose en el trato discriminatorio y la carencia de debido proceso, lo que llevó a una condena excesiva e injusta.

Fuente: Alberto Coddou (coordinador), Informe anual sobre Derechos Humanos en Chile 2012, 2012; e información proporcionada en 2012 por abogada de Corporación Humanas.

Respecto a la pobreza, si bien en las últimas dos décadas los indicadores tradicionales han informado sobre una mejoría de las condiciones socioeconómicas generales de los indígenas, persisten importantes brechas entre la situación de pobreza e indigencia de esta población comparada con la población no indígena. Las políticas públicas han permitido realizar acciones sectoriales beneficiosas para los pueblos originarios, las que, no obstante, han sido insuficientes para superar las profundas inequidades que los afectan (CEPAL y ATM, 2012). El cuadro siguiente proporciona evidencias acerca de esta situación; si bien en ambas poblaciones aumentó en el período la pobreza y la indigencia, éstas fueron porcentualmente mayores en los pueblos indígenas.

Cuadro 15
Porcentajes diferenciales de pobreza en la población indígena y no indígena
2006-2009

Pobreza	2006		2009	
	Indígenas	No Indígenas	Indígenas	No Indígenas
Pobres no indígenas	14,3	10,2	14,3	11,2
Indigentes	4,7	3,1	5,7	3,6

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, La situación de pobreza en Chile. Serie Análisis de Resultados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN 2006), 2007; Ministerio de Desarrollo Social, Pueblos Indígenas CASEN 2009, 2010.

Un estudio del PNUD publicado en 2012 muestra que la indigencia en los pueblos originarios de Chile alcanza el 2,7%, porcentaje que casi duplica el de la población no indígena, que es de 1,4% (PNUD, 2012).

Si se considera que las mujeres están sobrerrepresentadas en los estratos de la pobreza y que dicha situación se profundiza en la vejez (Gómez, 2002) es posible afirmar que la pobreza e indigencia porcentualmente mayores de los pueblos indígenas también están intersectadas por jerarquías de género y de edad que agravan la problemática.

Es preciso reiterar que la pobreza, en tanto privación de necesidades básicas determinada desde la estructura social, política, económica y cultural, expresa una carencia de garantías a los derechos humanos fundamentales y un acceso desigual al poder y a los recursos por parte de los estratos sociales desaventajados que, como consecuencia, viven en contextos de mayor exposición a riesgos y vulnerabilidad.

A la vulnerabilidad determinada por la pobreza se suma la emigración de los pueblos originarios a las ciudades, que va aparejada con pérdidas culturales. El fenómeno atañe principalmente a las mujeres jóvenes y, de manera importante, representa una “estrategia de sobrevivencia forzada, asociada a conflictos y vulneración de derechos” (CEPAL y ATM, 2012). En la Región de La Araucanía, la tendencia a la emigración ha sido baja; a juicio de investigadoras/es, esto indicaría que a pesar de las condiciones de vulnerabilidad en que vive el pueblo mapuche, existe un factor de retención, especialmente en la población joven, determinado por el vínculo con la tierra, su cultura y territorio (CEPAL y ATM, 2012). Esta situación se da a pesar de que las tierras que les han sido asignadas están degradadas, como resultado de la expansión forestal en el sur de Chile.

Dicha expansión ha generado nuevas expresiones de violencia estructural, como el agotamiento del agua en las zonas forestadas, vulnerándose el derecho a la vida y la salud. Los municipios se ven obligados a proporcionar agua a la población en camiones aljibe, pero esto ocurre irregularmente y en cantidades que están por debajo de los estándares establecidos por la Organización Mundial de la Salud para satisfacer las necesidades básicas de las personas (7,5 litros per cápita diarios). Esto también incumple lo establecido por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, referido al deber de los Estados de garantizar el acceso suficiente al agua para la agricultura y la subsistencia de los pueblos indígenas, y de facilitar recursos para que éstos planifiquen y controlen su acceso al agua⁶. La legislación vigente en Chile (1981) no garantiza

⁶ Observación general número 15 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2002.

estos derechos y sienta las bases para el mercadeo de los derechos de agua, favoreciendo los intereses de la industria por sobre los de los pueblos indígenas.

La carencia de agua, además de la vulnerabilidad de base que supone para las poblaciones, implica una carga adicional de trabajo para las mujeres quienes, por los roles que les son asignados según género, se encargan principalmente de reproducir la vida y la salud de las familias; por consiguiente, su tiempo de trabajo no remunerado al interior de los hogares guarda estrecha relación con la disponibilidad de agua y su manipulación.

“Antes el agua corría abundante por los esteros y arroyos durante todo el año y las plantas sagradas crecían sin problemas en las fuentes de agua. Ahora las aguas se secaron por culpa de las plantaciones exóticas de pino y eucaliptos. Se afectaron nuestras plantas medicinales, las actividades agrícolas y también se afectó nuestra vida”⁷.

También es preciso consignar la violencia sistemática de las instituciones policiales en el contexto del conflicto territorial, que ha alcanzado a niños y niñas mapuche, con un impacto negativo en su salud. Las fuerzas policiales les han hecho víctimas de hostigamiento, represión, ataque con armas, tratos crueles y degradantes, y penalización arbitraria, contraviniendo los compromisos internacionales asumidos por el Estado. En el período abordado en este informe se han denunciado decenas de casos de violación de derechos, que han comprometido la salud física, psicológica y social de niñas, niños y adolescentes, en edades comprendidas entre menos de un año y 18 años.

En diciembre del 2011, cinco mujeres de la comunidad Wente Winkul Mapu interpusieron un recurso de protección ante la Corte de Apelaciones de Temuco en contra de la Gobernación de Malleco, por los disparos de gases lacrimógenos realizados por las fuerzas policiales al interior de casas habitadas por personas menores y mayores de edad durante un allanamiento a la comunidad, afectando la salud física y mental de niñas, niños, mujeres y personas mayores.

A comienzos del 2012, un video difundido ampliamente en los medios de comunicación y redes sociales mostró a funcionarios de Carabineros agrediendo a mujeres mapuche frente a sus hijos e hijas en un allanamiento a esa comunidad. El Instituto Nacional de Derechos Humanos presentó un Recurso de Protección ante la Corte de Apelaciones de Temuco, la que estableció en su sentencia que el proceder de Carabineros había sido arbitrario e ilegal y que había producido daños de carácter psíquico en los niños y niñas (INDH, 2012a).

La invasión destructiva del espacio doméstico y la violencia perpetrada por las fuerzas policiales contra las mujeres y sus hijas/os en los casos descritos reviste un carácter simbólico; además de contravenir tratados de derechos humanos, legitima la violencia como expresión de poder patriarcal y debilita los mensajes y convocatorias a erradicarla que realizan los organismos de las Naciones Unidas, la sociedad civil e, incluso, las políticas y campañas del Sernam.

c. Desigualdad en el ejercicio del derecho a la salud

El resultado de las inequidades con base estructural, en cuyo contexto se desenvuelve la vida de los pueblos originarios y que se visualizan a través de las cifras y situaciones citadas anteriormente, es el daño a la salud que se expresa en malestar, enfermedad y muerte. Las tasas

⁷ Mujer organizada de Nueva Imperial, Foro del Observatorio de Equidad de Género en Salud y Pueblo Mapuche de La Araucanía.

brutas de mortalidad muestran en forma sistemática sobremortalidad de los pueblos originarios, cuyos mayores riesgos de morir pueden ser de 30% en lafkenches de La Araucanía, hasta 80% en indígenas del extremo sur magallánico (Pedrero y Oyarce, 2009).

Los pueblos indígenas, particularmente aymara, quechua y mapuche entienden la salud como el “buen vivir” o “buena vida”⁸, estado de bienestar que resulta de la confluencia e interacción armónica entre personas individuales, comunidad, naturaleza, ambiente, fuerzas cósmicas y deidades superiores. El quiebre de esa armonía se traduce en enfermedad individual y social. Las/os machi o chamanes conectan los diversos mundos de la cosmovisión, restableciendo el equilibrio y sanando no sólo a las personas individuales, sino también a las comunidades. Muchas de las actuales enfermedades las explican como resultado de los cambios culturales y el deterioro del ecosistema.

La Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas (artículos 23 y 24) y el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, (artículo 25), establecen, entre otras consideraciones, que estas comunidades tienen derecho a participar activamente en la elaboración y administración de los programas de salud; a sus propias medicinas tradicionales y sus prácticas de salud; al acceso sin discriminación a todos los servicios sociales y de salud y a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. También señalan que los Estados deben tomar medidas para lograr la plena realización de estos derechos, asegurando a los pueblos indígenas servicios de salud adecuados o proporcionándoles los medios para organizar la prestación de servicios bajo su responsabilidad. Además, el Estado deberá preferir el personal sanitario de la comunidad local y priorizar la atención primaria de salud integrada con el resto de la red sanitaria.

Si bien el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (1996) del Ministerio de Salud que se implementa en todos los servicios de salud del país ha pretendido incorporar estos principios y recomendaciones desde un marco intercultural, diversos indicadores informan sobre la persistencia de desigualdades en salud que afectan a la población indígena. No es suficiente aumentar la oferta de salud y elaborar un discurso intercultural; es necesario asegurar cotidianamente la pertinencia y sostenibilidad de los programas y acciones ajustadas a los problemas de salud que afectan a las comunidades.

Es posible afirmar que la carencia de agua, la disminución de las plantas medicinales y la disminución e institucionalización de las machis han violentado la cultura y minado la base de reconocimiento –poder– que las comunidades mapuche han otorgado a estas sanadoras desde su cosmovisión.

A continuación se muestran cifras indicadoras de violencia de género, que constituyen desafíos.

- Mortalidad materna:

En 2010 la tasa de mortalidad materna en el país fue 18,3, pero en la Región de La Araucanía fue 37,4, diferencial que evidencia la desigualdad en el acceso a la información y a servicios de salud oportunos, de calidad y culturalmente pertinentes, y que tiene su base en género, etnia, estrato social de pertenencia y ruralidad.

⁸ Suma qamaña (aymara), sumak kawsay (quechua), küme mongen (mapuche).

- Fecundidad en adolescentes:

Cuadro 16	
Tasa específica de fecundidad grupo 15-19 años, 2009	
Comparación país y regiones donde habitan pueblos originarios	
País / regiones	Tasa x 1000 mujeres 15-19 años
Total país	54,3
Arica Parinacota	65,1
Tarapacá	68,3
Antofagasta	67,1
Atacama	77,1
La Araucanía	56,2
Los Ríos	64,8

Fuente: DEIS, Minsal, diciembre 2012: http://deis.minsal.cl/vitales/natalidad/fecundidad_especifica2009.htm

En el análisis de género de estas cifras de fecundidad vale considerar su significado en el contexto del buen vivir indígena y preguntarse si el aseguramiento de los métodos anticonceptivos es efectivo y pertinente, con una adecuada información para que mujeres y hombres decidan su uso en libertad. Parece necesario indagar acerca de la pertinencia cultural con que se promueve y garantiza el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres indígenas. Lo más probable es que la diferencia registrada sea resultado de la falta de acceso a la información y a los servicios, y de la carencia de garantías al goce de sus derechos sexuales y reproductivos.

3.2.1 Sugerencias y recomendaciones del OEGS

1. Abordar estructuralmente la situación de los pueblos originarios que habitan el territorio chileno y, desde ese contexto, implementar participativamente políticas sanitarias que incorporen análisis de género y enfoque intercultural.
2. Asumir medidas efectivas para eliminar la violencia institucional que material y simbólicamente respalda la violencia de género.
3. Continuar desarrollando, por parte del Ministerio de Salud, estudios sobre la situación epidemiológica de los pueblos originarios, desagregando datos por sexo y edad, a fin de abordar los problemas de salud de acuerdo a la diversidad de estos pueblos.
4. El diálogo intercultural debe reconocer la asimetría entre las dos culturas y definir estrategias para deconstruir la hegemonía del modelo médico occidental, reconocer efectivamente el conocimiento indígena, democratizar los procesos y garantizar los derechos de salud de los pueblos originarios.
5. Incorporar al OEGS el indicador emigración de mujeres indígenas desde los territorios ancestrales.

3.3 Violencia contra las personas que integran la diversidad sexual

El sistema sexo-género y su normatividad heterosexual generan un terreno favorable para la naturalización de la violencia contra la población LGTB, la que en los últimos años ha debido soportar un aumento de la discriminación en los espacios laboral y educacional, así como agresiones físicas y verbales, abusos policiales y crímenes de odio. A ello se agrega la cultura de familia tradicional hegemónica en la sociedad chilena, que niega legitimidad a otras formas de vida en común.

Desde el año 2007 se ha incrementado sostenidamente el número de denuncias: 57 en ese año, 65 en 2008, 124 en 2009, 138 en 2010, y 186 en 2011, cifra esta última que representa el 22% del total de denuncias en diez años (Movilh, 2012). En el mismo período ha habido ocho asesinatos y 114 movilizaciones de grupos homofóbicos o transfóbicos. Si se considera que quienes denuncian representan sólo alrededor del 7% de quienes han sido víctimas de discriminación, es posible afirmar que las personas LGTB viven frecuentemente situaciones que vulneran sus derechos y deterioran su calidad de vida y su salud. Mario Parada, vocero del Movilh, ha señalado que “el aumento de casos se relaciona con una mayor valentía de las víctimas para estampar denuncias, lo cual es gatillado por la mayor apertura social. Sin embargo, no hay ningún aspecto positivo en que estos hechos sean cada vez más violentos y que, además, como nunca antes, gran parte de las autoridades fueran responsables de los mismos”⁹.

De todas las agresiones, el 65% afectó a la población LGTB en su conjunto, el 19% fue contra gays, el 9% contra personas transexuales¹⁰ y el 7% hacia lesbianas (Movilh, 2012).

La violencia policial se ha centrado en las mujeres trans. Con base en la legalidad referida a “la moral y las buenas costumbres”, se ha detenido temporalmente a estas mujeres, maltratándolas y abusando sexualmente de ellas en los lugares de detención, para posteriormente dejarlas en libertad sin cargos ni procesos judiciales (Rivera, 2012).

Un potente indicador de la resistencia a los cambios en materia de los derechos sexuales de quienes se identifican como LGTB y de violencia institucional contra esta población lo constituye la realización de un seminario en el año 2012 por parte de la Pontificia Universidad Católica (PUC) que abordó la homosexualidad como un trastorno de la identidad. Su propósito fue promocionar la reconversión de homosexuales en heterosexuales, afirmando que la homosexualidad es una enfermedad susceptible de mejoría a través de la reconversión. Ésta se sustenta en marcos conceptuales cuestionables desde la ética, razón por la cual la Asociación Americana de Psiquiatría (AAP) la ha descartado, con argumentos tales como el vacío de evidencia científica que compruebe su eficacia y los daños que provoca, entre otros, suicidios y adicción a drogas. Es necesario hacer presente que desde 1973, la AAP considera que la homosexualidad no es una enfermedad mental y que las diversas orientaciones sexuales son normales.

La conmoción pública que provocó a comienzos de 2012 la muerte del joven Daniel Zamudio –a raíz de una feroz golpiza por parte de un grupo homofóbico que lo agredió por su condición de homosexual– aceleró la tramitación de un proyecto de ley que, por años, había permanecido en

⁹ Citado en INDH, 09/02/2012: <http://www.indh.cl/discriminacion-hacia-la-diversidad-sexual-fue-mayor-y-mas-grave-el-2011-aumento-un-34-por-ciento>.

¹⁰ En este grupo poblacional se dio el mayor aumento de agresiones en el 2011, último año registrado.

el Parlamento. En mayo de 2012, el Congreso aprobó la Ley Antidiscriminación 20.609, también denominada Ley Zamudio, que formula medidas contra la discriminación. Si bien un sector de la población LGTB ha considerado que esta ley constituye un avance, otro la critica argumentando que, entre otros aspectos, incumple los parámetros mínimos internacionales al no incorporar la discriminación directa e indirecta, las acciones afirmativas ni la reparación a las víctimas (Rivera, 2012). Cabe señalar que después de aprobada esta ley se han observado en forma reiterada brutales ataques en contra de lesbianas y mujeres trans (Rivera, 2012). La violencia ejercida contra Camila Huenchuccheo –en la ciudad de Ancud, en septiembre de 2012– constituye una evidencia de la exacerbación de los prejuicios y el odio que lleva a los transfóbicos agresores a torturar e inclusive a matar a quienes no cumplen el mandato heterosexual (Loewe, 2012).

Otra situación que ha cuestionado la naturalización de la homofobia y transfobia y que ha promovido el reconocimiento de todos los tipos de familia es la que se refiere a Karen Atala, mujer lesbiana y jueza, que perdió la custodia de sus hijas en el año 2002 cuando la Corte Suprema sentenció que, dada su orientación sexual, no podía ser buena madre, entregando la custodia al padre. Sin embargo, a comienzos de 2012, la Corte Interamericana de Derechos Humanos dictaminó un fallo inverso, señalando que la orientación sexual no es impedimento para ser madre o padre, e imponiendo al Estado chileno otorgar una reparación económica a la afectada.

En la dirección de los esfuerzos que en materia de derechos de la población LGTB se realizan en el ámbito internacional, en el país se avanzó en materia de políticas orientadas a mejorar la calidad de vida de la población LGBT (estos avances, sin embargo, entran en contradicción con el aumento de la violencia hacia este sector poblacional por parte de organizaciones e instituciones civiles y religiosas homofóbicas y transfóbicas). De acuerdo al Movilh (2012), los principales esfuerzos son:

- La aprobación de la Ley Antidiscriminación (publicada en el Diario Oficial en julio de 2012) que, entre otros aspectos, establece un procedimiento ante los tribunales ordinarios de justicia, de manera que en la eventualidad de sufrir agresión por motivos de raza, sexo, apariencia, religión u orientación sexual, las personas afectadas puedan presentar una denuncia por discriminación. No obstante, la ley incluyó contenidos que restringen los propósitos originales que inspiraron esta norma.
- Envío al Congreso Nacional de un proyecto de ley que establece y regula el Acuerdo de Vida en Pareja (AVP) (agosto 2011), legalizando todas las uniones de hecho e incluyendo a las parejas entre personas del mismo sexo.
- Inclusión de una consulta sobre convivientes del mismo sexo en el Censo 2012, lo que permite contar por primera vez en el país con un registro estadístico de estas personas, lo que podrá contribuir a la adecuación de las políticas públicas.
- Emisión, por parte del Ministerio de Salud, del protocolo denominado “Vía clínica para la adecuación corporal en personas con incongruencia entre físico e identidad de género” (septiembre 2011), que regula oficialmente a nivel nacional los procesos de adecuación del cuerpo al género y protocolo de asistencia médica a la población transexual. Este avance culminó un proceso iniciado en 2007, fecha en que el Movilh propuso un plan integral al Ministerio de Salud, el que lanzó un año más tarde un plan piloto.

- Circular que obliga a los organismos públicos a tratar a las personas transexuales según su nombre social.
- Instalación de Mesa de Diálogo sobre Diversidad sexual, creada por el gobierno a comienzos del año 2011.
- Eliminación de reglamentos o prácticas discriminatorias homo-transfóbicas en el ámbito empresarial y privado¹¹.
- Ordenanzas municipales contra la discriminación, la primera de las cuales fue aprobada en la Municipalidad de Santiago (2009).
- Ingreso al Parlamento de un proyecto de ley sobre Identidad de Género para Chile (diciembre 2011), elaborada por personas trans de todo el país en un trabajo de varios años (Rivera, 2012). Es necesario relevar el activismo y logros del movimiento social LGTB. No obstante, desde un enfoque de género, vale señalar que el sector gay aparece como hegemónico mientras que las lesbianas y trans tienen menor visibilidad, a pesar de que sufren un mayor ascenso de violencia en su contra.

La Organización de Transexuales por la Dignidad de la Diversidad (OTD) lanzó en 2012 la campaña Suma-T por una Ley de Identidad de Género para Chile, como estrategia para apoyar un proyecto de ley que considere el reconocimiento del derecho a la identidad de género de todas las personas, la despatologización de las identidades trans y el término de la discriminación que en la actualidad opera mediante obligatorios exámenes físicos o psiquiátricos a cambio del reconocimiento legal de su identidad.

3.3.1 Sugerencias y recomendaciones del OEGS

1. Adecuar los indicadores del OEGS para asegurar un seguimiento más acucioso del impacto de las políticas sobre la población LGTB, en especial los sectores que dentro de la misma son más discriminados y tienen menor visibilidad, lesbianas y transexuales.
2. Acoger las demandas de la población transexual para contar con una ley que regule el cambio de nombre y sexo con apego a la dignidad y derechos de las personas; eliminar el actual proceso judicial considerado por este sector “denigrante, violatorio, e inhumano”, así como impreciso, puesto que deja a criterio de quienes administran justicia la interpretación de la normatividad vigente.
3. Asegurar la operatividad y efectividad de los mecanismos dispuestos por la Ley 20.609.

3.4 Violencia sexual policial contra adolescentes estudiantes

Desde el año 2011, el movimiento social estudiantil vive una movilización sostenida y convocante, demandando educación de calidad y gratuita. Las manifestaciones han sido duramente reprimidas por las fuerzas policiales, las que, además, han evidenciado “un patrón de violencia sexual policial en contra de las mujeres que se manifiestan pacíficamente” (Corporación Humanas et al., 2012).

¹¹ Agrosuper, Falabella, Banco de Chile, Gelatería D’leite, Clínica Tabancura, Galería Crowne Plaza, Agencia LetBonus y la Sociedad Chilena para el Desarrollo de la Psiquiatría.

Las estudiantes son detenidas en marchas y desalojos de tomas de establecimientos educacionales y son violentadas sexualmente en vehículos institucionales de Carabineros y en las comisarías (lugares de detención). Se les ordena desnudarse y hacer flexiones o revolcarse sin sus ropas en el suelo mojado; se las golpea en sus genitales; los policías deslizan sus penes por la cara y el cuerpo de las adolescentes. También se practican desapariciones denominadas “express”; esto es, que a pesar de estar detenidas no se les reconoce como tales en las comisarías, negándose su paradero en forma sistemática durante horas (Corporación Humanas et al., 2012).

Se instrumentan así los cuerpos y la sexualidad de las estudiantes como espacio simbólico de lucha política, mediante prácticas de control que hacen evidente el poder hegemónico patriarcal y que enajenan de su ciudadanía a las estudiantes, empleando la violencia sexual y el terror como disuasivo de su accionar ciudadano (prácticas similares a las utilizadas durante la dictadura militar chilena por agentes de la represión en contra de los cuerpos y sexualidad de las mujeres prisioneras). Un ejemplo indicador de esto es el mandato a asumir el rol tradicional asignado a las mujeres, impartido por un carabinero que, junto con agredir sexualmente a una joven abogada defensora de derechos humanos, le gritó “¡anda a cuidar a tus hijos! (Corporación Humanas et al., 2012). El grito buscaba restablecer el orden de género: conminaba a instalarse en el rol correspondiente a lo femenino, del cual está excluido el ejercicio de ciudadanía. Validaba, asimismo, la violencia física y sexual masculina ante la transgresión de la normatividad de género. El policía ejercía su poder a través de la fuerza material y simbólica.

De casi una treintena de denuncias ante organismos civiles de derechos humanos por violencia física, psicológica y sexual contra estudiantes, alrededor de un 10% ha sido judicializada. En las adolescentes, severamente choqueadas, opera el miedo y sus familias, temerosas de las represalias o de la vergüenza, optan por no llevar los casos a tribunales, a pesar de que cuentan con un consistente bagaje de instrumentos jurídicos legales nacionales e internacionales que protegen los derechos de las adolescentes¹².

El daño a la salud que se provoca a las estudiantes con estas prácticas de control biopolítico, en especial el referido a su salud mental, aún no está identificado en forma rigurosa, más aún cuando los servicios de salud estatal han sido elusivos en el abordaje de este tipo de casos. Organizaciones defensoras de derechos humanos han señalado que existen evidencias de dos tipos de problemas ante la demanda de atención para la constatación de lesiones y la reparación de los daños en los servicios de salud: el primero es la desprolijidad en la atención y la redacción de los informes, que se traduce como caligrafía ininteligible, falta de acuciosidad en el registro de lesiones o la omisión de lesiones en los informes. Esto ha implicado dificultades o la imposibilidad de acreditar las lesiones en los procesos judiciales iniciados con posterioridad, a menos que la estudiante agredida haya tenido acceso a un médico del sistema privado de salud y que éste haya constatado debidamente las lesiones.

El segundo problema “es que no existen protocolos en los servicios públicos destinados a regular la atención que se le debe dar a las manifestantes que han sido víctimas de violencia sexual policial”.

¹² Cabe mencionar, entre otros, Declaración Universal de Derechos Humanos, Convención sobre los Derechos del Niño y de la Niña, Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, Convención contra la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes, Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las mujeres, Belem do Pará.

El protocolo que se aplica es el que se ha formulado para víctimas de abuso sexual, que considera el rol de los y las funcionarias policiales como un pilar de apoyo a la víctima de abuso; “sin embargo, en el caso de la violencia sexual policial la aplicación de dicho protocolo implica la participación del o la agresora durante el proceso de atención de salud, vulnerando los derechos de la víctima y obstaculizando una adecuada atención de salud” (Corporación Humanas et al., 2012:24).

El INDH ha venido desarrollando el Programa de Seguimiento y Registro de la Violencia Policial y Abuso Policial –cuyo objetivo es proporcionar información sobre el proceder de los carabineros, aplicando un enfoque de derechos humanos– para señalar los avances y las deficiencias en el uso de la fuerza pública y efectuar recomendaciones que contribuyan a garantizar el respeto de los derechos de las personas que participan en las movilizaciones estudiantiles. En octubre 2012, el organismo emitió el Informe del Programa de derechos humanos y función policial, documento realizado a partir de Misiones de Observación que se llevaron a cabo en manifestaciones callejeras entre enero y agosto de 2012 y mediante las cuales se realizó un monitoreo de la aplicación de los procedimientos policiales (INDH, 2012b). El informe releva los avances –colocación de cámaras de registro en los vehículos policiales–, así como también los aspectos no deseables que se mantienen.

En octubre 2012, el Estado de Chile debió rendir examen en Ginebra ante el Comité de la Convención por la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer, Comité de la Cedaw, acerca del cumplimiento de las obligaciones que suscribió al ratificar la mencionada Convención. Con base en el Quinto y Sexto Informe Periódico Combinado que presentó Chile al Comité, e incorporando como antecedentes los informes alternativos elaborados por diversas organizaciones de la sociedad civil chilena¹³, las integrantes del Comité de la Cedaw formularon preguntas al Estado chileno acerca de las acciones que ha llevado a cabo para prevenir la violencia sexual contra jóvenes y niñas en manifestaciones sociales, y sobre las sanciones dispuestas contra los policías agresores.

El Comité de la Cedaw formuló al Estado chileno recomendaciones a ese respecto, señalando la urgencia de tipificar como delito la violencia y abuso sexual que se ejercen contra estudiantes y mujeres mapuche durante las protestas sociales¹⁴. En su próximo informe periódico, Chile deberá dar cuenta del número de juicios, condenas, sentencias y medidas disciplinarias adoptadas en los casos de violencia perpetrada por los agentes del Estado.

3.4.1 Sugerencias y recomendaciones del OEGS

1. Se reitera la responsabilidad del Estado de prevenir la violencia física, psicológica y sexual perpetrada por agentes de las instituciones policiales en contra de las estudiantes que participan en protestas sociales, así como garantizar la investigación y establecer sanciones en los casos de violencia, actuando con transparencia y convicción contra la impunidad.
2. Asegurar que no se revictimice en los establecimientos estatales de salud a las estudiantes que acuden demandando reparación de daños y constatación de lesiones. La prevención de la

¹³ El Observatorio de Equidad de Género en Salud contribuyó a los informes alternativos presentados por la Articulación Feminista por la Libertad de Decidir y por Corporación Humanas.

¹⁴ Actualmente, sólo se tipifica como delito la violencia y acoso sexual que se perpetran en el trabajo y en contra de menores, dejando fuera a las estudiantes de educación superior.

mala calidad de la atención –caracterizada por indiferencia, maltrato, comentarios sexistas, carencia o insuficiente registro de anamnesis, examen físico superficial o ausencia de registro del diagnóstico– requiere ser promovida y asegurada por el sector salud, en especial por el mecanismo de género del Ministerio de Salud. En caso de existir evidencia de este tipo de violencia institucional contra las estudiantes se debe sancionar a quienes la ejercen.

3. El Ministerio de Salud debe reparar el vacío existente en las guías y protocolos de atención de la violencia sexual en los servicios de urgencia y en los establecimientos de atención primaria, de manera que en los casos de constatación de lesiones en que los perpetradores sean policías, éstos dejen de ser considerados “pilar de apoyo” y, en consecuencia, sean excluidos de toda participación en el acto médico, para así cautelar los derechos de las víctimas.

4. La sociedad civil, en especial el Consejo Consultivo de Género y Salud de las Mujeres del Ministerio de Salud, debe contribuir a la protección de los derechos civiles y políticos y del derecho a la salud de las estudiantes que participan en movilizaciones sociales. Además, debe mantenerse vigilante ante las prácticas policiales y del proceder de las instituciones de salud, con énfasis en la calidad de la atención otorgada a víctimas de violencia sexual policial, la cual deberá ceñirse a protocolos específicos; para ello cuenta como respaldo con las recomendaciones que ha formulado el Comité de la Cedaw al Estado chileno.

3.5 Violencia en el trabajo

a. Definiciones y hallazgos generales sobre violencia de género en el trabajo

La violencia en el trabajo ha llegado a ser un fenómeno alarmante en todo el mundo. Dado que las cifras dan cuenta de un aumento sostenido del fenómeno, particularmente de la violencia psicológica, se le ha señalado como la nueva epidemia del siglo XXI, siendo reconocido como uno de los problemas sociales emergentes que provoca mayor preocupación por su creciente magnitud y asimilándolo, metafóricamente, a una plaga que socava silenciosamente la salud e integridad de mujeres y hombres (Chappell y Di Martino, 2000; Di Martino, 2002; Di Martino et al., 2003; Avendaño, 2004).

b. Amplitud del concepto

El concepto de violencia es tan amplio que a menudo son difusas las fronteras que lo distinguen de comportamientos aceptables y, por otra parte, la percepción de que en diferentes contextos y culturas lo que constituye violencia es tan diverso transforma en un verdadero desafío describir y definir el fenómeno (Di Martino, 2002). Lo importante es que también en el ámbito laboral, donde confluyen mujeres y hombres, hay formas específicas de violencia de género. ¿Cómo no esperar encontrarla allí, donde la desigualdad y la diferencia de poder no sólo son más notorias sino también mucho más aceptadas e imbricadas en la “disciplina” laboral? De por sí, la relación asalariada tiene como componente esencial la subordinación y si alguien espera que la relación de pareja sea entre iguales, nadie espera que la relación salarial tenga tal característica. Si en esta relación se mezcla la ideología patriarcal, además de desigualdad e injusticia, podemos encontrar fácilmente violencia de género no sólo entre jefes y subordinados sino también entre pares.

c. Violencia de género en el trabajo

El ámbito del trabajo es un espacio de reproducción del sistema de relaciones sociales en sentido amplio y, en particular, del sistema de relaciones de género que desvaloriza y discrimina a las mujeres. Esto se expresa por la segmentación del mercado de trabajo según el género, por la concentración de las mujeres en empleos de menor jerarquía y de mayor subordinación –en ocupaciones con altas exigencias emocionales asociadas a su rol de cuidadoras–, y por el establecimiento de relaciones de trabajo acorde a las imágenes y representaciones de lo que es ser mujer en la sociedad. Ello se traduce en prácticas cotidianas y en políticas de recursos humanos que tienden a situar a las mujeres en posiciones de subordinación e indefensión, creando mayor vulnerabilidad y exposición de ellas a situaciones de violencia que los hombres, lo cual ya es en sí un hecho de violencia puesto que les impide acceder limpiamente, según méritos, a posiciones laborales equitativas. Pero más allá de esta relación cuantitativa por segmentación hay una relación cualitativa entre hombre y mujer que aumenta las posibilidades de que ellas sean objeto de violencia. De hecho, el concepto de acoso sexual en el trabajo opera mayoritariamente en contra de las mujeres y tiene consecuencias muy graves, más allá de las que tienen otras formas de violencia. También el hecho de que exista un clima cultural en que a las mujeres se las considere “inferiores” o “inestables cuando tienen la regla” o “muy emocionales en el trabajo” o cualquier otro de los prejuicios vulgares contra ellas, también aumentará el riesgo de violencia en el ámbito laboral.

d. Las formas que asume la violencia en el trabajo

La violencia en el trabajo puede manifestarse de diferentes formas, siendo las más frecuentes el acoso moral, el acoso sexual y la agresión física. El acoso moral se expresa a través de diversas formas de maltrato con el fin de intimidar a trabajadores y trabajadoras, provocándoles pérdida de su autoestima, de su capacidad de trabajo, aislamiento del grupo laboral y efectos devastadores en sus vidas y en su salud. El acoso sexual está tipificado y sancionado en la normativa laboral chilena en la Ley 20.005 del año 2005, la cual estableció que se produce acoso sexual cuando una persona realiza en forma indebida, por cualquier medio, requerimientos de carácter sexual no consentidos por quien los recibe y que amenazan o perjudican su situación laboral o sus oportunidades en el empleo. Las principales víctimas de acoso sexual son las mujeres, las que a su vez pasan a ser intimidadas en forma verbal y psicológica cuando rechazan a sus acosadores sexuales. Una tercera expresión de violencia en el trabajo es la agresión física que se ejerce en forma de golpes, empujones, patadas y lesiones provocadas con diversos objetos o armas. Puede ser cotidiana o cíclica, en la que se combinan momentos de violencia física con períodos de tranquilidad. Hay profesiones que aumentan el riesgo de violencia en el lugar de trabajo, en concreto aquellas que tratan directamente con público, como los taxistas, el personal de los servicios de salud, el personal docente, los trabajadores sociales, el servicio doméstico –especialmente el ejercido por mujeres inmigrantes–, o el trabajo solitario, sobre todo en los turnos de noche. Dicho riesgo es considerablemente más frecuente para las mujeres, dado que se concentran en las ocupaciones más expuestas, como la enseñanza, el trabajo social, la enfermería y el comercio minorista.

e. Modelos explicativos de la violencia en el trabajo y género

Uno de los enfoques más aceptados para explicar el acoso psicológico (Leymann, 1996) señala que no se trata sólo de un problema del individuo que lo padece o del acosador que lo desencadena, sino de todo un signo o síntoma de que las cosas no marchan bien en la manera de organizar el trabajo, de asignar las cargas del mismo, de definir adecuadamente los roles de los empleados, de seleccionar y/o promocionar a los directivos clave, o de los valores, la cultura y el estilo de management de la organización en la que se produce tal situación. Las variables individuales son sólo las moduladoras de la intensidad de la percepción del problema y de sus consecuencias. Sin embargo, esta explicación no es completa si no se incorpora la presencia del sistema de relaciones de género, el mapa de género de los lugares de trabajo, el sexo de jefaturas y subordinados/as, los problemas específicos que enfrentan las mujeres y sus cuerpos en el trabajo (por ejemplo, exigencias de aspecto físico y de vestuario que no se aplican a los compañeros hombres).

La violencia en el trabajo emerge en contextos organizacionales que la favorecen, ya sean condiciones de trabajo inadecuadas, cultura organizacional que tolera o incluso promueve relaciones hostiles, o estilos de dirección autoritarios e intolerantes. En esas organizaciones es posible reconocer un nivel de conflictividad laboral permanente, abierto o soterrado, en el que pueden germinar y desarrollarse reacciones de violencia en el mediano y largo plazo si los conflictos no son resueltos. Y si no se toma en cuenta el sexo de las personas y la cultura empresarial de género, tampoco se podrán resolver satisfactoriamente los conflictos.

En situaciones con cultura organizacional estricta y autocrática, y liderazgos autocráticos se encuentra una mayor frecuencia de reportes de acoso psicológico. En algunas organizaciones el acoso puede ser parte de la cultura, más o menos aceptado como parte de los mecanismos normales y aceptables de lograr que el trabajo sea realizado. Se ha comprobado que los estilos de jefatura y de liderazgo de hombres y de mujeres difieren, por lo que sus efectos de violencia hacia subordinados de su mismo sexo o del sexo contrario también podrían diferir. Es conocido el caso de la violencia presente en las relaciones médico (hombre) enfermera (mujer), que quizá tenga otra frecuencia, intensidad o manifestación entre médica (mujer) y enfermera/o (mujer u hombre), expresando así la influencia del género en la presencia o no de violencia laboral.

Otros autores señalan entre las causas de la violencia en el trabajo, la pasividad y ausencia de solidaridad de los compañeros, la degradación de los vínculos al interior del colectivo de trabajo y neutralización o disolución de la cooperación y de la solidaridad colectiva (Dejours, 2006; Guberman, 2000; Genest et al., 2005). Aquí hay que tener en cuenta si los colectivos son femeninos, masculinos o mixtos y cómo esta composición altera los vínculos. La reducción y el empobrecimiento de los mecanismos de comunicación y cooperación entre trabajadores son atribuidos por algunos autores a la sobrecarga e intensificación de los ritmos de trabajo, a la heterogeneidad de las formas contractuales, a los nuevos sistemas de incentivos y bonos que promueven la competencia y al debilitamiento de la organización sindical creando todo ello ambientes más propicios o favorables a la violencia (Díaz et al., 2006; Leclerc y Cardu, 2002). Es más probable que el mal ambiente y la competencia se desarrollen entre “iguales” y aquí el sexo también desempeña un papel importante. ¿Hasta qué punto hay más violencia entre iguales? ¿Hasta qué punto la supuesta superioridad masculina, o la no igualdad, agrava o morigera las actitudes de violencia en la competencia con trabajadoras?

f. Reseña de estudios o investigaciones realizadas en Chile sobre acoso sexual y moral

i) Acoso sexual

Sean cuales sean las cifras de acoso sexual, el hecho es que esta es la forma específica y más ignominiosa de la violencia laboral contra las mujeres, tanto por su “invisibilidad” al ser generalmente soterrada, como por sus efectos dañinos psicológicamente y sus graves consecuencias para la autoestima de la acosada.

Un estudio pionero sobre acoso sexual en el trabajo en el Gran Santiago (Délano y Todaro, 1993) encuestó a 1.200 trabajadoras y detectó que el 20% de ellas reconoció haber sido víctima de acoso sexual, el 36% declaró conocer casos cercanos y un 84% indicó que en Chile existe acoso sexual en el trabajo y que los acosadores son mayoritariamente hombres, compañeros de trabajo y superiores. Posteriormente, una investigación del Servicio Nacional de la Mujer (Sernam, 2002) señaló que el 63% de las personas, en su mayoría mujeres, consideraba el acoso sexual en el trabajo como un fenómeno frecuente y el 12% de las entrevistadas reconocía haberlo experimentado.

Según las estadísticas de la Dirección del Trabajo, las denuncias por acoso sexual recibidas a nivel nacional han aumentado en forma constante desde el año 2005, fecha en que entró en vigencia la ley. Un estudio hecho en base al análisis de 154 denuncias de este tipo recibidas el año 2007 en la Región Metropolitana informó que 96,8% de ellas fueron hechas por mujeres. En 41 de los casos analizados (31,1% del total) las trabajadoras habían sufrido efectos en la salud, expresados en depresión, estrés y temor ante la presión del acosador, incapacitándolas para hacer frente a la situación en el trabajo y dificultando su respuesta en otros ámbitos (Carrasco y Vega, 2009).

ii) Acoso moral

El contexto del acoso moral en Chile se aprecia por opiniones como las siguientes: una encuesta realizada en 2002 para la Dirección del Trabajo reportó que el 69% de los trabajadores y trabajadoras consideraba que el trato de sus superiores no era respetuoso (Dirección del Trabajo, 2004); otra investigación del mismo organismo en 2005 reveló que sólo un 49% de las personas de ambos sexos creían que los empleadores daban un trato digno a los empleados.

Un estudio de la Corporación Domos (2005) con trabajadoras estableció que un 47% de las mujeres acosadas señalaba al superior directo como acosador; un 4% indicaba a los compañeros de trabajo y un 39% no respondía la pregunta, lo que probablemente revelaba el temor a las consecuencias de identificar al acosador; por otra parte, un 50% sindicaba el acoso psicológico como una práctica generalizada en el lugar de trabajo. Mejorar el ambiente laboral hace necesario explicitar los estereotipos de género, enfrentarlos, confrontarlos, discutirlos, comprobarlos y analizar cómo contribuyen a generar situaciones de violencia evitables. En cuanto a las estrategias seguidas, un 55% de las encuestadas veía en la organización sindical una fuente de apoyo efectivo; sin embargo, un 50% consideraba cambiar de trabajo para evitar el abuso (Corporación Domos, 2005). Aunque no disponemos de datos por sexo es posible suponer que esta conducta es más frecuente entre las mujeres, adaptadas vitalmente a cargar personalmente con pérdidas que ellas no han provocado.

La segunda Encuesta nacional de calidad de vida y salud realizada por el Ministerio de Salud el año 2006 informó que un 8,8% de los encuestados –9,4% de hombres y 7,6% de mujeres– habían sido afectados por situaciones de maltrato laboral (Minsal, 2006). Una encuesta a 3.010 trabajadores y trabajadoras asalariadas en Chile, efectuada por el Centro de Estudios de la Mujer el año 2011 (Díaz et al., 2011) reveló que el 13% de los trabajadores, tanto hombres como mujeres, afirmaba: “mi superior tiene una actitud hostil conflictiva hacia mí”. Sin embargo, no sabemos en qué proporción estos superiores hostiles eran hombres ni qué proporción de jefes hostiles hacia las mujeres había entre jefas mujeres y entre jefes hombres. Se comprobó también que el 16% de las mujeres y el 11% de los hombres entrevistados habían sido víctimas de agresión física o verbal en sus lugares de trabajo. En cuanto al acoso psicológico, el 12,6% de las mujeres y el 8,6% de los hombres fueron víctimas y, en la mayor parte de los casos, los acosadores fueron sus superiores.

Todas las cifras citadas son indicios de la existencia de algunas formas de violencia laboral, algunas confirman que ésta se dirige con mayor frecuencia a las trabajadoras, pero sobre todo dejan una gran tarea hacia adelante en cuanto a profundizar la formulación de preguntas con perspectiva de género al inicio de estudios sobre violencia laboral y construir un banco de información con seguimiento en el tiempo.

3.5.1 Sugerencias y recomendaciones del OEGS

1. Profundizar la formulación de preguntas con perspectiva de género al inicio de estudios sobre violencia laboral y construir un banco de información con seguimiento en el tiempo.
2. Tipificar conductas de acoso moral en el trabajo que se basan en discriminación de género con la doble finalidad de hacer conciencia sobre el tema y preparar legislación y normativa al respecto.
3. Evaluar el funcionamiento de la ley de acoso sexual y corregir sus deficiencias.
4. Revisar los indicadores del OEGS con el fin de incorporar en el tiempo la violencia de género en el trabajo.

3.6 Violencia obstétrica

a. Referentes en América Latina sobre la violencia obstétrica y algunas realidades en Chile

Aunque la violencia obstétrica no tiene reconocimiento jurídico aún en Chile, en este apartado se la examina, pues conceptual y jurídicamente ya ha sido introducida en varias legislaciones en países latinoamericanos, por ejemplo Argentina (Ley 26.485), Venezuela (2007) y diversos estados de México (2008).

La violencia obstétrica se define en estas normativas como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”. A lo

anterior, la legislación venezolana agrega: “trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente la calidad de vida de las mujeres”.

La legislación de Venezuela y el estado de Veracruz de México explicitan los actos que se consideran constitutivos de violencia obstétrica, lo que nos sirve para definir los ámbitos de observación:

1. “Omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas;
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical;
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer;
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer; y
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer”.

A pesar de que Chile no tiene un marco legal sobre esta forma de violencia contra las mujeres, a la luz de las definiciones señaladas sabemos que ocurre diaria y cotidianamente. Tampoco existen registros sistemáticos que nos permitan aproximarnos a esta realidad, de modo que este es un primer intento como Observatorio de objetivar esta realidad con la información disponible.

Respecto a la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, nuestro país presenta cifras, como la tasa de mortalidad materna, la cobertura de cuidados prenatales, y la cobertura de atención profesional del parto, que parecen dar cuenta de que esto no representa un problema. Sin embargo, sabemos que las cifras a nivel nacional esconden desigualdades importantes y que no todas las mujeres en Chile acceden a la atención obstétrica con igual oportunidad y estándares de calidad, en especial a la atención prenatal y al parto. Un estudio cualitativo sobre casos de mortalidad materna en mujeres de pueblos originarios en Chile muestra que en determinados casos, cuando condicionantes sociales como género, etnia y pobreza confluyen, la atención oportuna y eficaz de una emergencia o de un embarazo con alto riesgo obstétrico no está garantizada (Oyarce et al., s/f). Por otra parte, muchas veces los resultados de estas situaciones para las mujeres pueden no ser la muerte, pero el daño o la pérdida de calidad de vida ocasionado no se muestra en las estadísticas disponibles.

b. Atención de parto

En el proceso de atención del parto, la violencia del sistema, que se expresa en las acciones descritas en los puntos dos, tres y cuatro del listado más arriba, no sólo ocurre cotidianamente en nuestro medio, sino que es considerada “normal”. Esta es congruente con la medicalización del parto que aún es hegemónica, donde las decisiones de las mujeres no tienen espacio ni valor.

Sadler retrata, en un estudio antropológico, la experiencia de un grupo de mujeres atendidas en hospitales públicos de la ciudad de Santiago; ella observa y refiere durante ese proceso la expropiación de los cuerpos de las mujeres por parte del sistema, siendo este último el que decide sobre ellos. En ese marco observa que a las mujeres “no se les avisa, explica o pregunta acerca de los procedimientos que se les van a aplicar, pues se supone que no es necesario, o que no entenderán” (Sadler, 2004:15-66).

La aceleración del proceso de parto a través del uso de distintas técnicas es una práctica instalada y aunque hoy se trata de instalar un discurso para una obstetricia más humanizada y natural, la praxis se modifica poco. Resulta más “natural” y cómodo para las rutinas y prácticas de quienes toman las decisiones en ese territorio no cambiar los ritmos ya marcados en la estandarización de estos procesos, aumentando tiempos de espera a los que no se está habituado ni dispuesto; Sadler apunta que “en el contexto hospitalario, el tener que esperar sin estar realizando actividades médicas apropiadas se torna incómodo e insostenible. Un parto que no progresa según la norma médica se torna peligroso, y debe ser intervenido” (Sadler, 2004).

La deshumanización del proceso del parto es evidente y, aunque no es exclusiva de ese sector, puede ser particularmente intensa para aquellas mujeres que se atienden en el sistema público de salud, debido a las asimetrías de poder. Las definiciones que el sistema instala son enseñadas y aprendidas por las mujeres, de modo que la mayor parte de ellas tampoco está en condiciones de percibir la vulneración de sus derechos cuando ocurre, aceptándola sin cuestionamientos. Estudios como los de Sadler son escasos y resultan muy informativos respecto de cómo se viven estos procesos y las consecuencias para las mujeres. Todo ello se ordena en torno a significados y reglas que el sistema construye alrededor de un proceso que excluye y descalifica la participación de la principal protagonista (Sadler, 2004). Tal como se describe en diversos testimonios y observaciones de este estudio, muchas veces las mujeres son maltratadas durante su proceso de parto, y diversas prácticas que pueden reconocerse como parte de la cultura asistencial se reproducen sin cuestionar la vulneración y sufrimiento que implican para las mujeres.

Un estudio sobre satisfacción en la atención del parto para una muestra de mujeres del Hospital Sótero del Río realizado en 2000 (Uribe et al., 2000) constató que sólo un 26,4% de mujeres percibían que la profesional que les atendió consideró su opinión en las decisiones tomadas en su parto. El mismo estudio contrastó estas percepciones con un grupo con el que se tomaron algunas medidas para mejorar su participación, e informó activamente de las decisiones durante el proceso, logrando niveles de valoración positiva de la calidad de la atención de un ciento por ciento frente a un 58,8% en el caso de la atención rutinaria.

El programa de Salud de la Mujer del Ministerio de Salud ha establecido, desde hace algunos años, algunas orientaciones destinadas a favorecer el apego, aumentar la participación del padre y reducir el intervencionismo del sistema de salud, orientaciones que fueron plasmadas en el Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo (Minsal, 2008). En el documento se promueve un modelo de atención personalizado del proceso reproductivo, incluyendo el parto, y brinda evidencias y marcos teóricos que cuestionan el modelo intervencionista tradicional, recomendando una actitud más observante y de acompañamiento del proceso. Se promueve la oferta de alternativas a la modalidad tradicional y una participación mayor de los progenitores en

todo el proceso. Sin embargo, en 2010 la Escuela de Obstetricia de la Universidad de Chile realizó un estudio financiado por el Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud (Fonis) sobre el estado de humanización del parto en maternidades de la ciudad de Santiago¹⁵, que mostró que las prácticas tradicionales continúan firmemente instaladas. Se observó por ejemplo que, a pesar de lo recomendado, en un 88% de los partos revisados (n=500) se utilizó una combinación de más de dos técnicas para acelerar el proceso, como la rotura artificial de membranas, el uso parenteral de oxitocina y/o la utilización de anestesia epidural. El 83% de las mujeres tuvieron su parto en posición de litotomía (tradicional, acostada con las piernas levantadas) y a un 64% de ellas se les realizó una episiotomía (incisión quirúrgica en la zona perineal para ampliar el canal de salida del feto). Todas estas acciones son desincentivadas en las recomendaciones ministeriales, promoviendo, entre otras medidas, que se brinde a las mujeres opciones de posiciones alternativas para parir, facilitar la deambulación, promover la alimentación e hidratación por vía oral, y el uso de un balón kinésico para manejar el dolor, todas cuestiones que se evidenciaron en las experiencias de las mujeres en porcentajes muy bajos. El estudio indicó que un 27,8% de las mujeres encuestadas manifestó algún grado de malestar con la atención recibida.

Otro proyecto Fonis en 2009, en el marco del Programa Chile Crece Contigo, documentó experiencias realizadas en hospitales públicos que mostraron un panorama más alentador y que apuntan en la dirección correcta (Sadler, 2009), destacando los avances logrados en los hospitales de Arauco, Villarrica, Cañete, Iquique y Talagante, y que vienen desarrollándose desde la década de los noventa.

Al parecer, la búsqueda de la pertinencia cultural del parto y el trabajo vinculado con la comunidad en el espacio local han sido una combinación potente para el avance en procesos de personalización.

Hoy, estas experiencias pueden mostrar la construcción de alternativas humanizadas, poco invasivas y muy valoradas por las mujeres y los equipos que las viven. Desde la infraestructura, la estética e implementación de los espacios, lejos de las salas de partos habituales, hasta los relatos de las experiencias de equipos y mujeres atendidas muestran una mirada muy distinta de lo que se observa en una maternidad tradicional. Una medida que se ha implementado de manera amplia en el país es la participación de la pareja en el parto, la que con frecuencia, sin embargo, se restringe sólo al último momento; en experiencias como las recién señaladas la participación del acompañante es a lo largo de todo el proceso, desde la sala de parto hasta el postparto inmediato. Cabe señalar que en estos hospitales el porcentaje de cesáreas muestra una tendencia distinta al crecimiento a nivel general del país que se comenta más adelante.

Una cuestión que parece central para lograr avances en este ámbito es la condición de que, más que una normativa sanitaria o una nueva orientación técnica, la introducción de estas alternativas requiere asentarse en procesos de sensibilización y reeducación de los equipos, con participación activa de sus comunidades (Sadler, 2009). Esto debe vincularse de manera clara al reconocimiento de autonomía y control sobre el cuerpo, así como a la garantía de derechos de las mujeres.

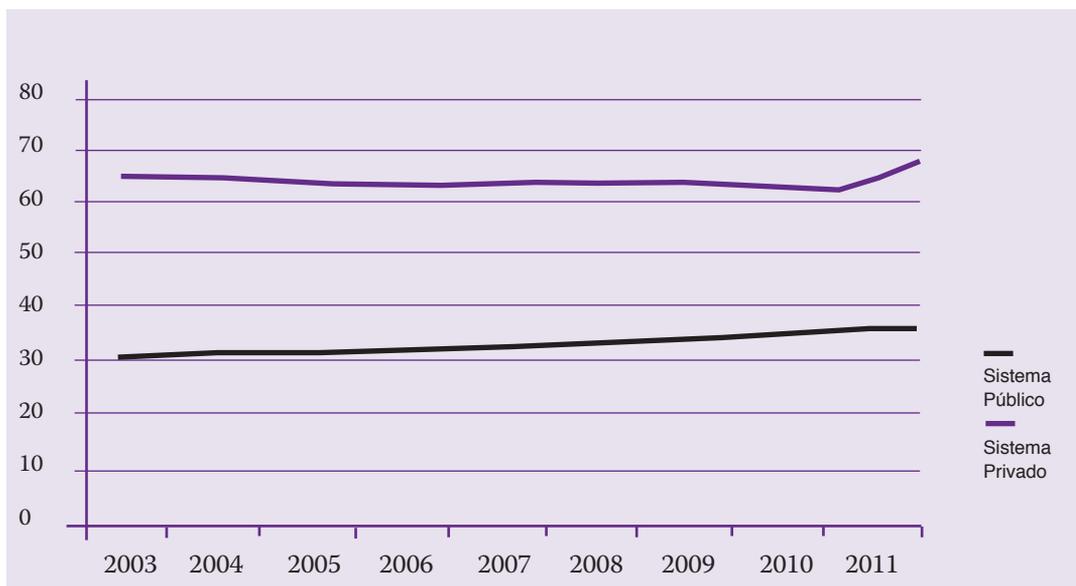
¹⁵ Entrevista a Dra. Lorena Binfa. Directora Escuela de Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. El Pulso 246, diciembre 2012. En: <http://elpulso.med.uchile.cl/20121211/noticia1.html>

c. Cesáreas

Un dato que refleja la magnitud del problema de violencia obstétrica, es la alta proporción de cesáreas en el total de partos en nuestro país. El Observatorio ya ha constatado esta situación en informes anteriores, lo que se mantiene al día de hoy. Las cifras del Departamento de Información y Estadísticas de Salud (DEIS) indican que en el sistema público se registró en 2010 un 37% de esta intervención quirúrgica. El 67,8% de cesáreas en el año 2009 en el sistema privado, según el mismo organismo, es alarmante (Guzmán, 2012); ambas cifras registran un progresivo ascenso (gráfico 4), mucho más alto que el recomendado por la OMS, que es de un 15%, de acuerdo a la probabilidad de condiciones médicas que así lo requieran. Algunos médicos plantean que el hecho de que hoy haya aumentado el grupo de mujeres mayores de 35 años que tienen su primer hijo podría condicionar un aumento de esta cifra establecida por la OMS, lo cual puede ser cierto; sin embargo, países como España, donde este tema es evidentemente más extendido que en nuestra población, las cifras no pasan de un 25% (Armendáriz, 2011).

GRAFICO N° 4

Proporción de partos con operación cesárea sobre el total de partos según sistema de salud 2003-2009



Fuente: Eghon Guzmán, *Perfil epidemiológico de la cesárea en Chile 2000-2010, 2012*.

En el Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo el consentimiento informado es señalado como un componente fundamental de calidad de la atención (Minsal, 2008); además, es un instrumento para la protección de los derechos de las personas cuya exigencia se encuentra respaldada por la Ley de derechos y deberes de los pacientes, recién promulgada en Chile. Seguramente en nuestro país es difícil encontrar mujeres que hayan tenido una cesárea y que no hayan firmado un consentimiento informado, ya que desde antes de la ley su práctica venía implementándose en las instituciones hospitalarias en forma creciente. La omisión del consentimiento en la legislación revisada es lo que establece la condición bajo la cual la operación cesárea podría constituir un hecho de violencia; sin embargo, el acto de firmar no garantiza, por las desigualdades de poder existentes, que exista una real participación de la mujer en esta decisión. Dentro de las lógicas del sistema, los saberes femeninos son devaluados y lo que normalmente ocurre es la aceptación sin discusión, por parte de las mujeres, de las decisiones médicas. Muchas veces la firma del consentimiento se vive como una mera formalidad; es más, puede que ni siquiera el/la médico/a esté presente en ese momento, sino un/a administrativo/a que solicita la firma a la mujer como un acto mecánico e irreflexivo. Por otra parte, la “inducción” a la preferencia de la cesárea y su planificación con antelación tiene hoy un fuerte componente cultural, asociado a una sensación de mayor seguridad y comodidad, la que también ha sido construida sobre la base de su alta frecuencia de utilización sin que medien complicaciones que lo ameriten y que obedece a la posibilidad de una mayor programación y abreviación de un proceso que en condiciones normales puede llevar varias horas. En el sistema privado es posible entonces que, como algunos médicos plantean, con relativa frecuencia mujeres soliciten a sus médicos/as la vía quirúrgica para su parto (Guzmán, 2012). No obstante, dadas las evidencias con relación a los beneficios del parto normal para ellas y sus hijos/as, llama la atención que los/as médicos

manifiesten estar “accediendo”, en circunstancias de que la práctica médica con las mujeres suele considerar poco su opinión. Además, en este caso, se las expone a riesgos mayores que los de un parto vaginal y a condiciones menos beneficiosas para el apego y la salud de sus hijos/as.

3.6.1 Sugerencias y recomendaciones del OECS

1. Continuar evaluando la aplicación de las recomendaciones del Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo, así como revisar protocolos y normativas internas y en uso en los establecimientos hospitalarios, orientando a las y los profesionales para reducir los niveles de medicalización e intervención del parto.
2. Elaborar y difundir recomendaciones técnicas y protocolos de atención del parto, a partir de las recomendaciones del Manual referido, que promuevan un acompañamiento con menor intervención.
3. Continuar sensibilizando y capacitando ampliamente a los equipos de las maternidades a lo largo del país en la instalación del parto personalizado-humanizado, en un marco de comprensión de derechos y construcción de autonomía de las mujeres.
4. Realizar acciones concretas desde el Ministerio de Salud, que vayan desde el discurso público hasta medidas y recursos para garantizar el acceso a información y consejería a las mujeres, orientadas a la valoración del parto normal, vaginal, por sobre la alternativa quirúrgica, comprendiendo las ventajas que esto tiene para su salud y la de sus hijos/as.
5. Promover desde la atención primaria, a través de acciones planificadas, el empoderamiento y desarrollo de autonomía de las mujeres sobre sus cuerpos, sexualidades y procesos reproductivos.
6. Promover y garantizar la disponibilidad creciente de modalidades alternativas de atención del parto que aporten beneficios y que puedan ser conocidas y escogidas por las mujeres, si así lo desean.
7. Consolidar los avances en materia de atención intercultural del parto, proporcionando recursos para ampliar el acceso a estas alternativas y apoyando su instalación en otros lugares.
8. Identificar, desde una mirada de determinantes sociales, los problemas de acceso de comunidades a una atención profesional y de calidad del embarazo, parto y puerperio y desarrollar una política de protección de las mismas con su participación activa en el diseño y evaluación.

3.7 Violencia contra las libertades reproductivas

El hecho de que a la fecha no se cuente en Chile con una ley marco de derechos sexuales y reproductivos hace que la reivindicación de estos derechos sea una tarea difícil y que la vulneración de los mismos siga siendo naturalizada. La transgresión de estos derechos y la violencia que esto conlleva ocurre cotidianamente en el sistema de salud, a través de restricciones de acceso

a determinados anticonceptivos, como la anticoncepción de emergencia, u otros métodos que no están disponibles en el sistema público de atención; o mediante la limitación de acceso a información y educación en sexualidad y con la prohibición y penalización del aborto bajo cualquier circunstancia.

a. Anticoncepción de emergencia

Un tema que merece nuestra especial atención por violentar las libertades de las que hemos mencionado, es la anticoncepción de emergencia. En Chile, desde enero de 2010, y después de varios años de lucha del movimiento de mujeres y de otros sectores de la ciudadanía organizada, se logró una medida final contundente en la administración de Michelle Bachelet (2006-2010) con una ley que garantiza su acceso en el sistema público de atención de salud. Sin embargo, dada la organización de nuestro actual sistema, el nivel primario de atención, que es el que debe administrar y garantizar en mayor proporción esta distribución, está bajo la gestión municipal y, por ende, en manos de las autoridades locales. Un estudio reciente (Dides et al., 2011) muestra que el acceso a la anticoncepción de emergencia, si bien ha mejorado desde 2009 (50,5% en 2009 y 77,8% en 2011), todavía se entrega bajo diversas restricciones, por ejemplo, en algunas comunas sólo pueden solicitarla quienes han sido víctimas de una violación. Esto supone grandes dificultades para el acceso de las mujeres de todas las edades a este método anticonceptivo que, como su nombre lo indica, es de emergencia y por lo tanto debería ser de acceso fácil y rápido, situación que dista mucho de lo que hoy sucede.

b. Esterilización

Respecto de la esterilización voluntaria, a pesar de la existencia de una normativa que ha superado las limitaciones para recurrir a este método anticonceptivo permanente, las mujeres siguen enfrentando dificultades para acceder a ella. Por ejemplo, ya no es necesario que una mujer tenga la autorización de su marido para hacerlo, pero su decisión muchas veces no es respetada por los médicos/as, negándosele esta posibilidad por considerarla muy joven y/o con muy pocos hijos/as. Resulta tremendamente violento constatar la manera en que un profesional ejerce su poder sobre el cuerpo de una mujer por sobre sus propias decisiones. Este tipo de situaciones pone en cuestión la formación de los y las profesionales, en la que se considera natural que asuman, desde una posición de poder, un derecho que no les pertenece.

c. Aborto

En su informe anterior, el Observatorio felicitó al Ministro de Salud por el envío del Ordinario A15/1675 (24 de abril de 2009) a todos los servicios de salud del país, en el que se alertaba respecto a la atención médica recibida por mujeres cuya vida estaba en peligro por complicaciones derivadas de abortos clandestinos, y las presiones a las que eran sometidas para entregar información sobre quienes les habían practicado el aborto. Esta disposición ministerial instruía a los/as directivos/as y profesionales para resguardar la confidencialidad y brindar un trato humanizado. No obstante, de manera regular, se registran y trascienden a la opinión pública casos de mujeres que han recurrido a un aborto y que son denunciadas durante su atención en centros hospitalarios. En noviembre de 2012, por ejemplo, un profesional del Hospital Gustavo

Fricke de Viña del Mar denunció a una joven de 20 años por haberse inducido un aborto, la que fue detenida por la policía. Cabe resaltar que el ordinario en cuestión es una medida que se origina en las recomendaciones realizadas a Chile para el cumplimiento de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Sin duda, casos como éste atentan contra las libertades reproductivas de las mujeres en nuestro país y son hechos de violencia que son imprescindibles visualizar como tales.

Como ya se mencionó, el aborto en Chile está penalizado y su práctica es ilegal bajo cualquier circunstancia. Se niega a las mujeres su capacidad y derecho de decidir sobre su maternidad y acceder a una eventual interrupción cuando las circunstancias del embarazo, por diversas razones, les son adversas. Esto incluye la negación de otras causales médicas que ya son comunes en otras legislaciones de la región, tales como el peligro para la salud de la madre, malformaciones del feto incompatibles con la vida extrauterina, y embarazos producidos como consecuencia de una violación. Sin duda, la imposición de la maternidad vulnera las libertades reproductivas y representa una forma de violencia institucional que tiene serias consecuencias para la salud y la calidad de vida de las mujeres. Las estimaciones sobre aborto en redes clandestinas en Chile rondan los cien mil anuales, lo que junto con exponer a las mujeres a riesgos de salud, permite el lucro en nuestra sociedad a partir del sufrimiento de las mujeres, generando y profundizando graves desigualdades y construyendo nuevas violencias estructurales contra las mujeres.

El debate sobre el aborto es cíclico en el país; se despierta a raíz de casos puntuales que se vuelven emblemáticos y vuelve a dormirse, como duerme actualmente en el Parlamento la propuesta de ley marco de derechos sexuales y reproductivos en su versión revisada. Sin entrar en mayores detalles acerca de este proceso, cabe señalar que tras la discusión en el Congreso de dos proyectos de ley que avanzaban en la línea de fijar causales para el aborto terapéutico, el último resultado ha sido la opción de no legislar. El Observatorio mira con preocupación la ausencia de una discusión político-técnica que este tema amerita en nuestro país. Nuevamente opera la naturalización del poder médico y legislativo por sobre el reconocimiento de que se trata de un espacio de decisión de las mujeres sobre sus cuerpos. Parte del sector médico, especialmente el vinculado a la salud pública, y gran parte de la ciudadanía parecen haber comprendido la violencia inherente a la situación actual de prohibición y penalización y el sufrimiento que el Estado impone con ello a las mujeres (Dides et al., 2010). En la región se han dado pasos importantes, como la reciente legislación en Uruguay, país que permite que las mujeres accedan a un aborto seguro y gratuito en el sistema público de salud no sólo por condiciones de salud sino por voluntad propia.

En la lógica del control de los cuerpos de las mujeres por el Estado no sólo tener hijos/as no deseados/as es una consecuencia; paradójicamente, también en determinadas circunstancias se impide a mujeres tener hijos/as aunque ellas lo deseen. Esto es un hecho conocido, ya que mujeres VIH positivas que fueron esterilizadas en el sistema público de salud dieron a conocer sus historias en un informe llamado Dignidad negada (Centro de derechos reproductivos y Vivo positivo, 2011). En este documento se devela una realidad oculta bajo la naturalización del poder médico sobre las decisiones reproductivas de las mujeres. Se trata de un conjunto de casos en los que el patrón común es la presión, la coerción y la discriminación hacia estas mujeres para que no ejerzan su derecho a la maternidad por su condición VIH positivas, siendo esterilizadas bajo presión, desconocimiento y contra su voluntad, ejercido por el sistema sanitario, anulatorio de la voluntad de las mujeres.

Se debe señalar que en nuestro país existe una normativa y garantías de acceso a prevención de la transmisión vertical del VIH a través de la administración gratuita de terapia antirretroviral (ARV) profiláctica a la madre y recién nacido después del parto para la prevención de la transmisión del virus madre-hijo/a.

3.7.1 Sugerencias y recomendaciones del OEGS

1. El Ministerio de Salud debe tomar medidas concretas para garantizar el acceso oportuno de las mujeres a la anticoncepción de emergencia en todas las comunas del país.
2. Retomar la discusión en el Parlamento y avanzar en materia legislativa y de política sanitaria para la regulación y oferta pública de aborto seguro.
3. Vigilar la administración de la normativa de esterilización en los servicios de salud y el acceso de las mujeres a este método.
4. La sociedad civil, en especial el Consejo Consultivo de Género y Salud de las Mujeres del Ministerio de Salud, debe jugar un rol activo en la protección de las libertades reproductivas de las mujeres. Para ello resulta vital la abogacía en los espacios de interlocución con la institucionalidad pública y el ejercicio de control social efectivo.

4. Varones, masculinidades y violencia

Desde hace más de dos décadas, se viene investigando en Chile acerca de la construcción social de las masculinidades. La incorporación de la perspectiva de género en diversos ámbitos de lo público tuvo sus repercusiones en el lugar que ocupa la violencia en la socialización, lo que comienza a reflejarse en forma incipiente en los debates y la cultura.

Los últimos estudios dan cuenta de la gravedad de la problemática en su expresión cultural e ideológica. La encuesta IMAGES Chile, que integra el proyecto internacional The Men and Gender Equality Policy Project, se aplicó en el año 2009 a personas habitantes de centros urbanos y se utilizó el marco muestral del entonces último Censo de Población y Vivienda disponible (abril 2002). La muestra fue representativa de todos los hombres y mujeres de 18 a 59 años del Gran Santiago, Gran Valparaíso, Gran Concepción. Algunos datos relevantes son los siguientes:

- El 10% de los hombres encuestados manifestó que hay ocasiones en que las mujeres merecen ser golpeadas. Un 8,5% de los hombres señaló que la mujer debe tolerar la violencia de su pareja para mantener la familia unida. Asimismo, el 29,9% de los encuestados señaló haber cometido algún tipo de violencia física contra su pareja alguna vez en su vida.

- Entre las modalidades de ejercicio de la violencia contra la mujer, el estudio destaca que 19,4% de los hombres encuestados reconoce haber abofeteado o lanzado algo que pudiese lastimar a su pareja, el 5,7% asume haberla golpeado con el puño o con algo que pudiera lastimarla, el 1,6% reconoce haber usado o amenazado con usar un arma de fuego, cuchillo u otra arma en contra de su pareja y el 1,1% declara haber pateado, arrastrado por el suelo, dado una paliza, estrangulado o quemado a su pareja. Las cifras consignadas desde las respuestas de los varones son menores que las señaladas por las mujeres de la muestra.

- El 11,1% de los varones chilenos encuestados consideró que “cuando una mujer es violada, por lo general ella hizo algo descuidado para ponerse en esa situación, el 5,8% señaló que en algunos casos de violación en realidad ellas querían que eso sucediera, el 9,8% manifestó que la violación existe sólo cuando la mujer se defiende físicamente, y el 11,6% sostuvo que en cualquier caso de violación hay que preguntarse si la víctima es promiscua o tiene mala reputación” (Aguayo et al., 2011).

- Las cifras aumentan considerablemente en la justificación de la explotación sexual de adolescentes: 3,4% cree que ejercer como trabajadora sexual para una joven menor de 18 años es una decisión propia de esa persona, mientras que 38,4% acepta esta forma de explotación sexual.

Además, cabe señalar que el estudio IMAGES muestra altos grados de homofobia entre los varones encuestados.

Otro aporte de datos es el Informe de Carabineros de Chile 2005-2011 (Ministerio del Interior y Seguridad Pública, s/f) que permite constatar que a partir de 2005 se ha incrementado la cifra de

detenciones y denuncias de los victimarios varones que han perpetrado “violencia intrafamiliar con lesiones menos graves, graves o gravísimas”. Ese año la cifra fue de 514, triplicándose hasta 1.513 en el año 2006, y alcanzando 2.989 en 2011. El tramo etario de 18 a 44 años de edad es el que reúne las mayores frecuencias.

Asimismo, se han incrementado las denuncias de VIF por violencia psicológica y lesiones leves. En 2010, los varones victimarios denunciados o detenidos sumaron 77.348 en todo el país y la mayor frecuencia también se dio en los grupos comprendidos entre los 18 y 44 años.

Las denuncias y detenciones por abuso sexual cuyos victimarios son varones ha aumentado en forma importante, estando presente en todos los grupos etarios y con mayor frecuencia en varones de 18 a 64 años.

Los homicidios cometidos por varones superan ampliamente a los cometidos por mujeres. El informe mencionado incluye parricidios e infanticidios, pero no se refiere a femicidios.

Una tercera fuente de información es el estudio de la Fundación Paz Ciudadana y Gendarmería de Chile, denominado “Los programas de intervención con hombres que ejercen violencia contra su pareja mujer. Fundamentos teórico-criminológicos, evidencia internacional de su efectividad y evaluación de impacto de un programa en Chile (Peillard et al., 2011)”. La evaluación del programa –intervención con hombres que ejercen violencia contra su pareja mujer en el contexto intrafamiliar– analizó el impacto de las intervenciones realizadas sobre la disminución de las conductas violentas de los beneficiarios atendidos, buscando entregar una mirada comprehensiva y analítica. El programa realizó su intervención sobre ejes transversales (enfoque de género, responsabilización de la propia conducta y motivación al cambio) y en diferentes áreas de intervención: cognitiva, afectiva y conductual/interaccional. Se observaron cinco fases por las que pasa el usuario durante el proceso, pre ingreso, ingreso, intervención, egreso y seguimiento.

Es muy importante destacar que el estudio reconoce que la revisión de diferentes enfoques y modelos de intervención en el ámbito internacional permite afirmar que no existe evidencia consistente respecto de la efectividad de este tipo de programas en cuanto a reducir la reincidencia por parte de los hombres que han ejercido violencia contra las mujeres. En el caso chileno, observa que el programa tiene un efecto positivo estadísticamente significativo en lo que se refiere a reducción de la reincidencia por delitos asociados a la violencia así llamada intrafamiliar, pero que no impacta en la reincidencia por cualquier tipo de delito. Con relación al egreso del programa, se estima que el grupo de hombres que lo hace por término administrativo o deserción tiene una mayor probabilidad de reincidir que los que egresan en forma satisfactoria, según los protocolos.

La evaluación sostiene que se debe tener cautela en atribuir una determinada efectividad a la intervención, toda vez que los efectos de diversas variables asociadas al tratamiento parecen no ser significativos. Concluye que las variables “edad”, “estado civil”, “contacto previo con el sistema” e “intensidad del maltrato” parecen ser las únicas capaces de predecir la reincidencia en forma estadísticamente significativa.

En cuanto al monitoreo judicial, la evidencia internacional es bastante escasa y no se ha logrado determinar la efectividad de este esfuerzo.

Esta última investigación reconoce que en forma exploratoria intentó realizar una evaluación de impacto, pero que tuvo limitaciones metodológicas que podrían estar sesgando los resultados. La principal crítica está vinculada a la falta de inclusión de la víctima en el proceso.

4.1 Sugerencias y recomendaciones del OEGS

1. Abordar la prevención de la violencia de género involucrando a los varones desde la educación básica y con un enfoque pedagógico participativo. Para ello se debe capacitar a los docentes en el campo de la equidad de género y la educación no sexista.
2. Dar seguimiento, evaluar y comunicar los resultados de efectividad e impacto de los programas de intervención con hombres que ejercen violencia sobre sus parejas. Se requiere que en este proceso, como también en el diseño de las intervenciones, sean consideradas las opiniones de las mujeres que han sido víctimas de violencia.
3. Revisar los programas de formación de profesionales de la educación y la salud para incorporar contenidos relativos a la prevención de la violencia de género y su relación con la necesaria modificación de la construcción y significación de lo masculino en la cultura.
4. Desarrollar estrategias de educación y comunicación dirigidas a la población joven que cuestionen la naturalización del uso de la violencia en las relaciones de pareja, la valoración de la violencia como atributo de lo masculino, así como su uso habitual en la resolución de conflictos.
5. Promover la conformación de asociaciones de hombres que desarrollen activismo contra la violencia hacia las mujeres, con énfasis en las generaciones jóvenes.

Bibliografía

- ♦ **Aguayo, Francisco; Pablo Correa y Pablo Cristo. 2011.** Encuesta IMAGES Chile. Resultados de la Encuesta Internacional de Masculinidades y Equidad de Género. Santiago de Chile: CulturaSalud/EME.

- ♦ **Argentina. 2009.** Ley 26.485. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. 2009. Disponible en línea: http://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf. Revisada antes del 28 de febrero de 2013.

- ♦ **Armendáriz, Idoia. 2011.** Revisando las cifras de cesáreas en España: ¿Realmente han bajado? Disponible en línea: <http://www.estadisticasdeparto.com/2011/08/revisando-las-cifras-de-cesareas-en.html>. Revisada antes del 28 de febrero de 2013.

- ♦ **Arriagada, Irma y Rosalba Todaro. 2012.** Cadenas globales de cuidado. El papel de las migrantes peruanas en la provisión de cuidados en Chile. Santiago de Chile: ONU Mujeres.

- ♦ **Avendaño, Cecilia. 2004.** “Violencia en el trabajo: el mobbing/bullying o acoso moral”. Persona y Sociedad, Vol. XVIII N° 1, pp. 77-98. Santiago de Chile: Universidad Alberto Hurtado.

- ♦ **Carabineros de Chile. 2012.** “Cuadros demostrativos estadísticos del total de víctimas por ‘delitos de connotación sexual’ registrados a nivel nacional, según género, de los años 2009, 2010 y 2011”. Información entregada por Carabineros de Chile (Dirección Nacional de Orden y Seguridad, Departamento de Análisis Criminal), basados en datos del Sistema de Automatización Policial.

- ♦ **Carrasco, Celina y Patricia Vega. 2009.** “Acoso sexual en el trabajo. ¿Denunciar o sufrir en silencio? Análisis de denuncias”. Aportes al Debate Laboral, N° 23. Santiago de Chile: Dirección del Trabajo.

- ♦ **CEM (Centro de Estudios de la Mujer). 2010.** Las mujeres en la globalización de los cuidados, Argumentos para el cambio a favor de la equidad, N° 85, enero 2010. Santiago de Chile: CEM.

- ♦ **Centro de Derechos Reproductivos y Vivo Positivo. 2011.** Dignidad negada. Violaciones de los derechos de las mujeres VIH-positivas en establecimientos de salud chilenos. Bogotá: Centro de Derechos Reproductivos.

- ♦ **CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) y Alianza Territorial Mapuche (ATM). 2012.** Desigualdades territoriales y exclusión social del pueblo mapuche en Chile: Situación en la comuna de Ercilla desde un enfoque de derechos. Colección Documentos de Proyectos. Santiago de Chile: CEPAL.

- ♦ **2006.** Migración internacional, derechos humanos y desarrollo en América Latina, 31° período de sesiones, Montevideo, Uruguay.

- **Chappell, Duncan y Vittorio Di Martino. 2000.** La violence au travail. Ginebra: Organización internacional del Trabajo. Disponible en línea: http://books.google.cl/books?id=Dgxm7FfEJf8C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false. Revisada antes del 28 de febrero de 2013.
- **Coddou, Alberto (coordinador). 2012.** Informe anual sobre Derechos Humanos en Chile 2012. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales.
- **Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas. 2009.** Examen Periódico Universal. Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal, Chile. Documento de ONU A/HRC/12/10, 4 de junio de 2009.
- **Corporación Domos. 2005.** “Informe proyecto Diagnóstico y campaña de acoso moral en multitiendas”. En Nora Gray, Estudio acoso laboral en el trabajo. Informe final para el Departamento de Estudios de la Dirección del Trabajo. Santiago de Chile: Dirección del Trabajo.
- **Corporación Humanas, Centro de Estudios para el Desarrollo de la Mujer, Centro de Estudios de la Mujer, Corporación Domos, Fundación Instituto de la Mujer, Observatorio de Género y Equidad, Observatorio Ciudadano, Observatorio de Equidad de Género en Salud, Red Chilena Contra la Violencia Doméstica y Sexual. 2012.** Resumen Ejecutivo Informe Alternativo para el Examen del Estado de Chile ante el Comité Cedaw en su 53ª Sesión (Quinto y Sexto informe periódico combinado).
- **Corporación Humanas. 2012.** Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Chile (Traducción no oficial de Corporación Humanas, 23 de octubre de 2012). Disponible en línea: <http://www.humanas.cl/wp-content/uploads/2012/10/Traducci%C3%B3n-Corporaci%C3%B3n-Humanas-Recomendaciones-CEDAW-2012-VF1.pdf>. Revisada antes del 28 de febrero de 2013.
- _____ **2011.** Chile. Informe alternativo al Informe Inicial presentado por el Estado de Chile ante el Comité de Trabajadores Migratorios de Naciones Unidas.
- **Cortés Castellanos, Patricia. 2005.** Mujeres migrantes de América Latina y el Caribe: derechos humanos, mitos y realidades. Serie Población y Desarrollo N° 61. Santiago de Chile: CELADE.
- **Dejours, Christophe. 2006.** La banalización de la injusticia social. Buenos Aires: Topía.
- **Délano, Bárbara y Rosalba Todaro. 1993.** Asedio sexual en el trabajo. Santiago de Chile: Ediciones CEM.
- **Díaz, Mauro y Julia Medel. 2011.** Género, trabajo y salud 2007-2012. Proyecto Araucaria.
- **Díaz, Ximena; Lorena Godoy, Antonio Stecher y Juan Pablo Toro (coordinadores). 2006.** Trabajo, identidad y vínculo social. Reflexiones y experiencias en el capitalismo flexible. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales/Centro de Estudios de la Mujer.

- **Dides, Claudia; Cristina Benavente; Isabel Sáez; Leslie Nicholls y Tomás Correa. 2011.** Provisión de Anticoncepción de Emergencia en el Sistema de Salud Municipal de Chile. Estado de situación 2011. Serie de Documentos N° 2, Programa de Investigación para el Desarrollo y Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central de Chile. Santiago de Chile: UNFPA.

- **Dides, Claudia; Cristina Benavente e Isabel Sáez. 2010.** Principales resultados Estudio de opinión pública sobre aborto: Brasil, Chile, México y Nicaragua. Serie Documentos Electrónicos N° 1, Programa Inclusión social y género-FLACSO. Santiago de Chile: FLACSO.

- **Di Martino, Vittorio. 2002.** “Violence at the workplace. The global response”. African Newsletter on Occupational Health and Safety N° 12, pp. 4-7.

- **Di Martino, Vittorio; Helge Hoel y Cary L. Cooper. 2003.** Preventing violence and harassment in the workplace. Irlanda: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

- **Dirección del Trabajo. 2004.** “Dos tercios de trabajadores se quejan de acoso psicológico”. Disponible en línea: <http://www.dt.gob.cl/1601/w3-article-68021.html>. Revisada antes del 28 de febrero de 2013.

- **Fries, Lorena. 2011.** “Migración y trabajo: la ONU hace observaciones a Chile”. Instituto Nacional de Derechos Humanos. Disponible en línea: www.indh.cl/migracion-y-trabajo-la-onu-hace-observaciones-a-chile

- **Fundación Instituto de la Mujer. 2011.** Soy migrante, tengo derechos. Sistematización proyecto “Ciudadanía y protección de los derechos humanos de la población inmigrante en Chile”. Santiago de Chile: Fundación Instituto de la Mujer. Disponible en línea: http://www.insmujer.cl/soymigrante/wp-content/uploads/2011/04/sistematizacion_web_3.pdf. Revisada antes del 28 de febrero de 2013.

- **Genest, Christian; Chantal Leclerc y Marie-France Maranda. 2005.** “Les conduites de retrait comme stratégies défensives face au harcèlement psychologique au travail”. Revue Pistes, Vol. 7, N° 3.

- **Gómez, Elsa. 2002.** “Equidad, Género y Salud: retos para la acción”. Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 11, N° 5-6. Washington. Disponible en línea: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892002000500024&script=sci_artte. Revisada antes del 28 de febrero de 2013.

- **Guberman, Nancy. 2000.** “La banalisation de la violence en milieu de travail”. Options CEQ N° 19.

- **Guzmán, Eghon. 2012.** “Perfil epidemiológico de la cesárea en Chile en la década 2000-2010”. Medwave 2012, 12(3). Disponible en línea: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5331>. Revisada antes del 28 de febrero de 2013.

- **INDH (Instituto Nacional de Derechos Humanos). 2012a.** Situación de los Derechos Humanos en Chile. Informe anual 2012. Santiago de Chile: INDH.
- _____ **2012b.** Informe Programa de Derechos Humanos y Función Policial, enero-agosto 2012. Disponible en línea: <http://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/259/ddhh-funcion-policial?sequence=1>. Revisada antes del 28 de febrero de 2013.
- _____ **2011.** Informe anual 2011, Situación de los Derechos Humanos en Chile. Santiago de Chile: INDH.
- **INE (Instituto Nacional de Estadísticas). 2012.** Anuario de Carabineros. Disponible en línea: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/policiales/carabineros/carabineros.php. Revisada antes del 28 de febrero de 2013.
- **INE y Programa Orígenes Mideplan/BID. 2005.** Estadísticas sociales de los pueblos indígenas en Chile. Censo 2002. Disponible en línea: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/etnias/pdf/estadisticas_indigenas_2002_11_09_09.pdf. Revisada antes del 28 de febrero de 2013.
- **INE y CEPAL. 2004.** Chile: Proyecciones y estimaciones de población. Total país 1950-2050. Serie de la publicación (CEPAL) OI N° 208. Disponible en línea: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/proyecciones/Informes/Microsoft%20Word%20-%20InforP_T.pdf. Revisada antes del 28 de febrero de 2013.
- **Leclerc, Chantal y Hélène Cardu. 2002.** “Précarisation du travail, violence sociale et harcèlement psychologique”. *Pratiques Psychologiques*, N° 4, pp. 35-50.
- **Leymann, Heinz. 1996.** “The content and development of mobbing at work”. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, N° 2, pp. 165-184.
- **Loewe, Daniel. 2012.** “Católicos, políticos, matones y homosexualidad”. *El Mostrador*, 16 de octubre 2012. Disponible en línea: <http://www.elmostrador.cl/opinion/2012/10/16/catolicos-politicos-matones-y-homosexualidad/>. Revisada antes del 28 de febrero de 2013.
- **López Stewart, Carmen. 2008.** Política de salud en violencia de género. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- **Meloni, Carolina. 2012.** Las fronteras del feminismo. Teorías nómadas, mestizas y postmodernas. Madrid: Ed. Fundamentos.
- **México. 2008.** Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave.
- **Ministerio de Desarrollo Social. 2007.** La situación de pobreza en Chile. Serie Análisis de Resultados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN 2006). Disponible en línea: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/publicaciones/2006/Pobreza.pdf>. Revisada antes del 28 de febrero de 2013.

- **Ministerio de Desarrollo Social. 2010.** Pueblos Indígenas. CASEN 2009. Disponible en línea: http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen2009/casen_indigena_2009.pdf. Revisada antes del 28 de febrero de 2013.

- **Minsal (Ministerio de Salud). 2012a.** Atención a víctimas en redes de salud pública. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Presentación en reunión Consejo Consultivo de Género y Salud de las Mujeres. Julio 2012.

- _____ **2012b.** Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Presentación, septiembre 2012.

- _____ **2011.** Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.

- _____ **2008.** Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo. Santiago de Chile: Minsal.

- _____ **2006.** Segunda encuesta de calidad de vida y salud Chile 2006. Informe de resultados. Total nacional. Santiago de Chile: Minsal.
- **Ministerio del Interior; Sename; Sernam y Carabineros de Chile, 2012.** Informe anual Año 2011, Protocolo intersectorial de atención a víctimas de femicidio. Circuito Nacional del Femicidio. Red de Asistencia a Víctimas. Disponible en línea: <http://www.apoyovictimas.cl/wp-content/uploads/2012/04/Informe-Cicuito-de-Femicidio-a%C3%B1o-2011.pdf>. Revisada antes del 28 de febrero de 2013.

- **Ministerio del Interior y Dirección de Estudios Sociológicos (Desuc). 2008.** Encuesta nacional de victimización por violencia intrafamiliar y delitos sexuales. Disponible en línea: <http://estudios.sernam.cl/?m=e&i=151>. Revisada antes del 28 de febrero de 2013.

- **Ministerio del Interior y Seguridad Pública.** s/f. Violencia intrafamiliar con lesiones menos graves, graves o gravísimas. Disponible en línea: http://www.seguridadpublica.gov.cl/datos_por_sexo_y_edad.html. Revisada antes del 28 de febrero de 2013.

- **Ministerio Público. 2012.** Boletín Estadístico 2011 (enero diciembre 2011). Santiago de Chile: Fiscalía Nacional.

- _____ **2011.** Boletín Anual 2010. Santiago de Chile: Fiscalía Nacional.

- _____ **2010.** Boletín Estadístico año 2009 (enero a diciembre 2009). Santiago de Chile: Fiscalía Nacional.

- **MOVILH (Movimiento de Integración y Liberación Homosexual). 2012.** X Informe anual de derechos humanos de la diversidad sexual en Chile. (Hechos 2011). Disponible en línea: <http://es.scribd.com/doc/81062437/Informe-sobre-DDHH-y-discriminacion-del-MOVILH>
- **OEGS (Observatorio de Equidad de Género en Salud). 2009.** Informe 2007-2008. Santiago de Chile: OEGS. Revisada antes del 28 de febrero de 2013.

- _____ 2007. Informe 2006. Santiago de Chile: OECS.

- **Oyarce, Ana María; Pamela Eguiguren, Malva Pedreros y Segundo Millalén.** Fonis, s/f. Una aproximación cualitativa a los determinantes sociales de la sobremortalidad indígena: implicancias para la priorización de políticas interculturales de salud pública. Informe final, Proyecto Fonis SA09I20042.

- **Pedrero, Malva y Ana María Oyarce.** 2009. “Una metodología innovadora para la caracterización de la situación de salud de las poblaciones indígenas en Chile. Limitaciones y potencialidades”. Notas de Población N° 89, pp. 119-145. Disponible en línea: www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/38300/lcg2427-P_5.pdf. Revisada antes del 28 de febrero de 2013.

- **Peillard, Ana María; Nicolás Muñoz, María Lucía Trujillo, María Teresa Hurtado, Javiera Cárcamo y Javier Torres.** 2011. Los programas de intervención con hombres que ejercen violencia contra su pareja mujer. Fundamentos teórico-criminológicos, evidencia internacional de su efectividad y evaluación de impacto de un programa en Chile. Santiago: Fundación Paz Ciudadana y Gendarmería de Chile.

- **PNUD.** 2012. Medición del estado de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en la población indígena de Chile. Santiago de Chile: PNUD.
Red chilena contra la violencia hacia las mujeres. S/f. Femicidios anuales.

- **Rivera, Andrés.** 2012. Declaración de la Organización de Transexuales por la Dignidad de la Diversidad, leída en la 53ª Sesión de Cedaw, Ginebra, 2 de octubre 2012.

- **Sadler, Michelle.** 2009. Guía para profesionales de atención de salud. Re-visión del parto personalizado: herramientas y experiencias en Chile. Resultado de proyecto Fonis SA06I20034 “Oportunidades y resistencias frente a la implementación de modelos personalizados de atención de gestación-parto-nacimiento”. Santiago de Chile: Chile Crece Contigo. Disponible en línea: <http://www.crececontigo.cl/wp-content/uploads/2010/04/FONIS.pdf>. Revisada antes del 28 de febrero de 2013.

- _____ 2004. “Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto”. En Sadler, Acuña y Obach, Nacer, educar, sanar. Miradas desde la antropología del género. Colección Género, Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género. Catalonia, 2004, Santiago de Chile, pp. 15-66. Originado en actividad de investigación.

- **Segato, Rita Laura.** 2003. Las estructuras elementales de la violencia: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.

- **Sernam (Servicio Nacional de la Mujer).** 2011. Plan nacional de acción para la prevención de la violencia intrafamiliar en Chile. Septiembre 2011-agosto 2012.

- _____ 2009. “Análisis y evaluación de la ruta crítica en mujeres afectadas por violencia en la relación de pareja”. Documento de Trabajo N° 107. Santiago de Chile: Sernam.

- _____ **2002.** Habla la gente: situación de las mujeres en el mundo laboral. Documento de Trabajo N° 77. Disponible en línea: http://estudios.sernam.cl/documentos/?eNDk1Mjg=-Habla_la_gente:Situación_de_las_Mujeres_en_el_Mundo_Laboral
Sename (Servicio Nacional de Menores). s/f. Anuario estadístico institucional 2011. Santiago de Chile: Sename. Revisada antes del 28 de febrero de 2013.

- _____ **s/f.** Anuario estadístico institucional 2010. Disponible en línea: http://www.sename.cl/wsename/otros/estudios_2012/ANUARIO_2010.pdf. Revisada antes del 28 de febrero de 2013.

- **Unicef. 2012.** Cuarto estudio de maltrato infantil. Soledad Larraín y Carolina Bascuñan (autoras). Santiago de Chile: Unicef.

- _____ **2006.** La violencia contra niños, niñas y adolescentes. Informe de América Latina en el marco del estudio mundial de las Naciones Unidas. Disponible en línea: [http://www.unicef.org/republicadominicana/Estudio_violencia\(4\).pdf](http://www.unicef.org/republicadominicana/Estudio_violencia(4).pdf). Revisada antes del 28 de febrero de 2013.

- **Unicef y Minsal. 2011.** Guía clínica atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual. Santiago de Chile: Unicef y Minsal.

- **Uribe, Claudia; Poupin, Lauren y Jorge Rodríguez. 2000.** Satisfacción usuaria en embarazadas de bajo riesgo, atendidas bajo dos modalidades durante el trabajo de parto. Revista Chilena de Salud Pública, 4(2), pp. 87-94.

- **Venezuela. 2007.** Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. Disponible en línea: <http://www.protectionproject.org/wp-content/uploads/2010/09/VENEZUELA-SPANISH.pdf>.
Revisada antes del 28 de febrero de 2013.

