

POLÍTICA DE SALUD PARA EL ABORDAJE DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO



**Ministerio de
Salud**

Gobierno de Chile

Ministerio de Salud.

ISBN:

Todos los derechos reservados.

Este material corresponde a un documento. Puede ser difundido o reproducido total o parcialmente sólo para fines de difusión y capacitación.

RESPONSABLES TÉCNICOS DEL DOCUMENTO

Jefaturas Ministerio de Salud

Nelly Alvarado Aguilar	Médica, Jefa del Departamento de Derechos Humanos y Género del Gabinete del Ministro de Salud.
------------------------	--

Editores/as

Roxana Alvarado Andrade	Psicóloga, Departamento de Derechos Humanos y Género del Gabinete del Ministro de Salud.
Mauricio Landaeta Urrutia	Sociólogo, Departamento de Derechos Humanos y Género del Gabinete del Ministro de Salud.
Evelyn Meneses Morales	Trabajadora Social, Departamento de Derechos Humanos y Género del Gabinete del Ministro de Salud.
Daniela Navarrete Heckersdorf	Kinesióloga, Departamento de Derechos Humanos y Género del Gabinete del Ministro de Salud.
Teresa Soto Castillo	Profesora / Administradora Pública, Departamento Derechos Humanos y Género del Gabinete del Ministro de Salud.
María Ignacia Rojas Puga	Nutricionista, Departamento Derechos Humanos y Género del Gabinete del Ministro de Salud.
Bárbara Torres Pardo	Abogada, Departamento Derechos Humanos y Género del Gabinete del Ministro de Salud.

COLABORADORAS Y COLABORADORES DEL MINISTERIO DE SALUD

Paz Rosas Guzmán	Administradora Pública, Coordinadora Mesa de Género Subsecretaría de Redes Asistenciales. Comisión Ministerial de Violencia de Género.
Juan Alejandro Gallegos	Psicólogo, Representante de la División de Prevención y Control de Enfermedades, Comisión Ministerial de Violencia de Género.
Javiera Erazo Leiva	Psicóloga, Representante de la División de Prevención y Control de Enfermedades, Comisión Ministerial de Violencia de Género.
María Luisa Alcázar	Médica, Referente División de Gestión de la Red Asistencial en Violencia Sexual.
Daniela Vargas Guzmán	Matrona, Representante de la División de Gestión de la Red Asistencial, Comisión Ministerial de Violencia de Género.
Claudio Torres Salazar	Matrón, Representante de la División de Gestión de la Red Asistencial, Comisión Ministerial de Violencia de Género.
Giorgia Cartes Bravo	Matrona, Directora Nacional de Matronería, Gabinete del Ministro.
Claudia Lara De La Fuente	Médica, Representante de la División de Atención Primaria, Comisión Ministerial de Violencia de Género.
Juan Herrera Burott	Matrón, Representante de la División de Atención Primaria, Comisión Ministerial de Violencia de Género.
Milena Pereira Romero	Psicóloga, Representante de la División de Atención Primaria, Comisión Ministerial de Violencia de Género.
Yasna Opazo Fuenzalida	Administradora Pública, Representante de la División de Atención Primaria, Comisión Ministerial de Violencia de Género.
Javiera Burgos Laborde	Psicóloga, Representante de la División Planificación Sanitaria, Comisión Ministerial de Violencia de Género.
Verónica Véliz Rojas	Terapeuta Ocupacional, Representante de la División de Atención Primaria, Comisión Ministerial de Violencia de Género.
Valentina Monroy Emparanza	Médica Veterinaria, Representante de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, Comisión Ministerial de Violencia de Género.
Mario Fuentes Elgueta	Administrador Público, Representante de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, Comisión Ministerial de Violencia de Género.
Jennifer Moraga Muñoz	Administradora Pública, Representante División de Políticas

	Públicas Saludables y Promoción, Comisión Ministerial de Violencia de Género.
Andrea Peña Otárola	Matrona, Representante División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Enfermedades Transmisibles, Programa Nacional de Hepatitis B y C.
Paula Maureira Martínez	Enfermera, Referente de Género y Derechos Humanos, División de Prevención y Control de Enfermedades.
Gina Merino Pereira	Matrona, Departamento de Manejo Integral del Cáncer y otros tumores, División de Prevención y Control de Enfermedades.
Cettina D'Angelo Quezada	Matrona, Representante División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Ciclo Vital.
Joel Espina Sandoval	Sicólogo, División de Gestión y Desarrollo de Personas, Subsecretaría de Redes Asistenciales.
Encargadas y Encargados de Género y Violencia de Género	Red de Género de Servicios de Salud y SEREMI de Salud del país.

COLABORADORES Y COLABORADORAS DEL INTERSECTOR

Erica Maira Bravo	Abogada, Gerenta de la División de Atención a Víctimas y Testigos de la Fiscalía Nacional, Ministerio Público.
Catalina Duque	Abogada, Asesora de la División de Atención a Víctimas y Testigos de la Fiscalía Nacional, Ministerio Público.
Andrea Reyes Saldías	Profesional experta de la División de Políticas de Igualdad del Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género.
Alicia Candia Molina	Abogada, Asesora Jurídica Unidad de Violencia contra la Mujer en Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género, SERNAMEG.
María Pilar Iturrieta Cuevas	Abogada, Servicio Nacional de la Discapacidad.

COLABORADORES Y COLABORADORAS DE LA SOCIEDAD CIVIL

Consejo Consultivo de Género y Salud	Corporación Humanas. MILES Chile. Observatorio de Género y Equidad. Fundación EPES. OTD Chile Organizando Trans Diversidades. Observatorio de Equidad de Género en Salud. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva - ICMER.
--------------------------------------	---

Camila Maturana Kesten	Abogada, Corporación Humanas. Integrante de la Secretaría Ejecutiva Consejo Consultivo de Género en Salud.
Stephanie Otth Varnava	Psicóloga, MILES Chile. Integrante de la Secretaría Ejecutiva Consejo Consultivo de Género en Salud.
María Eugenia Calvin Pérez	Asistente Social, Fundación EPES. Integrante del Consejo Consultivo de Género en Salud.
Leonel Catoni Alzamora	Psicólogo comunitario, Coordinador del área de Salud. Organizando Trans Diversidades OTD Chile.
Shane Cienfuegos Cortes	Trabajadore Social, Coordinadore del área Social. Organizando Trans Diversidades OTD Chile.
Franco Fuica Fuica	Licenciado en Educación, Vicepresidente. Organizando Trans Diversidades OTD Chile.

COLABORADORES Y COLABORADORAS DE LA ACADEMIA

Andrea Alvarez Sandra Flores Fanny Berlagoscky Pamela Eguiguren	Mesa Igualdad de Género y Educación No sexista Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
Mariana Gaba	Psicóloga, Directora Departamento de Género Universidad Diego Portales.
Carlos Güida	Médico, Director Departamento de Salud Comunitaria Facultad de Salud y Ciencias Sociales, Universidad de las Américas.
Bárbara Eytel Pastor Camila Rojas Sánchez	Periodista, Directora Departamento Equidad de Género, Universidad de la Frontera. Socióloga, Departamento Equidad de Género, Universidad de la Frontera.

COLABORADORA ORGANISMOS INTERNACIONALES

Mariela Cortés	Oficial de Enlace, Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA
----------------	--

COLABORADORAS COLEGIOS PROFESIONALES

Paola Rojas Marín Mireya Muñoz	Consejo Provincial Santiago Colegio de Trabajadoras/es Sociales de Chile
-----------------------------------	--

Contenido

ABREVIATURAS, DEFINICIONES CLAVE Y GLOSARIO	11
PRÓLOGO	21
PRESENTACIÓN	23
INTRODUCCIÓN	25
I. MARCO CONCEPTUAL	27
1.1 Violencias de Género desde el enfoque de Salud Pública	28
1.2 Definiciones y tipologías sobre las violencias contra las mujeres	31
1.2.1 Violencias de género en entornos virtuales	36
1.3 Grupos de especial protección y las violencias de género	38
1.3.1 Mujeres	38
1.3.2 Personas de la diversidad sexo genéricas	41
1.3.3 Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes	44
1.3.4 Mujeres con discapacidad	46
1.3.5 Mujeres adultas mayores	47
1.3.6 Mujeres Migrantes y Refugiadas	49
1.3.7 Mujeres de los Pueblos Originarios y Afrodescendientes	51
1.4 Trabajadoras de la salud y violencias de género	53
1.5 Masculinidades y violencias de género	55
II. MODELO ECOLÓGICO PARA ERRADICAR LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO	58
III. MARCO REGULATORIO	62
3.1 Marco Internacional	62
3.2 Marco Nacional	66
IV. ANTECEDENTES	74

4.1 Hitos institucionales del Ministerio de Salud en el abordaje de la violencia contra las mujeres.	74
4.2 Magnitud del Problema.....	78
4.2.1 Situación epidemiológica en Chile	80
A) Datos de femicidio	80
B) Datos de denuncias y casos policiales por Violencia Intrafamiliar	82
C) Violencias de Género y pandemia por COVID-19	83
D) Datos de IV Encuesta Nacional de Violencia contra la Mujer en el Ámbito Intrafamiliar y Otros Espacios (ENVIF -VCM)	84
E) Datos de violencias contra niñas, niños y adolescentes (NNA)	85
F) Datos de violencias contra personas mayores.....	87
G) Datos de violencia sexual	88
H) Datos de acoso sexual	89
I) Datos de personas LGBTIQA+.....	90
4.2.2 Datos por Atenciones de salud	91
4.2.3 Costos y consecuencias de las Violencias de Género en Chile.....	92
V. POLÍTICA PARA EL ABORDAJE DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO	93
5.1 ¿A quiénes se dirige esta Política?	94
5.2 Objetivo General	95
5.3 Objetivos específicos.....	95
5.4 Enfoques de la Política de Salud para el abordaje de las Violencias de Género.....	96
5.4.1 Enfoque de Salud Pública	97
5.4.1.1 Determinantes Sociales.....	97
5.4.2. Enfoque de Género	98
5.4.3 Enfoque de Derechos Humanos.....	99
5.4.4 Perspectivas transversales para el abordaje de las Violencias de Género en Salud.....	101
A) Interculturalidad	102

B) Curso de Vida	102
C) Inclusión	102
D) Intersectorialidad.....	103
E) Interseccionalidad	103
5.5 Principios	104
5.5.1 Igualdad y no discriminación.....	105
5.5.2 Respeto por la autonomía progresiva	105
5.5.3 Equidad.....	106
5.5.4 Integralidad	106
5.5.5 Territorialidad y descentralización.....	107
5.5.6 Participación comunitaria y ciudadana	107
5.5.7. Exigibilidad y responsabilización	107
5.6 Ámbitos Operativos y de Gestión.....	108
5.6.1 Continuo de Prevención, Atención, Protección y Reparación	108
5.6.2. Capacitación continua y formación permanente.....	110
5.6.3. Garantías de no repetición, reparación y memoria	110
5.6.4. Estrategias de transversalidad del Enfoque de Género	111
5.6.5 Empoderamiento	111
5.6.6 Intrasectorialidad	111
5.6.7 Participación y diálogo Estado-Sociedad Civil	111
5.6.8 Sistema de información, registro y transparencia.	111
PALABRAS FINALES.....	113
BIBLIOGRAFÍA.....	114
ANEXO N°1: HITOS Y DOCUMENTOS MINISTERIALES EN SALUD Y VIOLENCIA DE GÉNERO (1996-2020)	117

ABREVIATURAS, DEFINICIONES CLAVE Y GLOSARIO

ABREVIATURAS

ACHS: Asociación Chilena de Seguridad.

ACNUDH: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

Belém do Pará: Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer efectuada en Belém do Pará.

APS: Atención Primaria de Salud.

CASEN: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, CHILE.

CDN: Convención de los Derechos del Niño.

CEDAW: Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women / Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer.

CENABAST: Central Nacional de Abastecimiento.

CIDH: Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

DDHH: Derechos Humanos.

DESC: Derechos económicos, sociales y culturales.

DEIS: Departamento de Estadísticas e Información de Salud.

DIGERA: División de Gestión de la Red Asistencial.

DIPLAS: División de Planificación Sanitaria.

DIPOL: División de Políticas Saludables y Promoción en salud.

DIPRECE: División de Prevención y Control de Enfermedades.

DIVAP: División de Atención Primaria.

FONASA: Fondo Nacional de Salud.

INDH: Instituto Nacional de Derechos Humanos.

ISAPRE: Instituciones de Salud Previsional.

ISL: Instituto de Salud Laboral.

IST: Instituto de Seguridad del Trabajo.

ISP: Instituto de Salud Pública.

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual.

LGBTIQ+: Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Intersexual, Queer, Asexual, Agénero, Arromántico y más otras diversas orientaciones e identidades de género.

MenEngage: Men and Gender Equality, corresponde a una alianza global de países, ONGs quienes promueven la justicia de género, los derechos humanos y la justicia social.

MESECVI: Mecanismos de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará.

MinMujeryEG: Ministerio de la Mujer y Equidad de Género.

MINSAL: Ministerio de Salud.

Cumple funciones normativas, de evaluación y control, conformado por Subsecretaría de Salud Pública (SSP) y Subsecretaría de Redes Asistenciales (SRA).

MGF: Mutilación genital femenina.

MUSEG: Mutual de Seguridad.

NNA: Niñas, niños y adolescentes.

NNAJ: Niñas, niños, adolescentes y jóvenes.

OACNUDH: Oficina Regional para América Central del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030.

OEA: Organización de Estados Americanos.

OIT: Organización Internacional del Trabajo.
OMS: Organización Mundial de la Salud.
ONU: Organización de Naciones Unidas.
ONU Mujeres: Organización de las Naciones Unidas dedicada a promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres.
OPS: Organización Panamericana de la Salud.
PMG: Programa de Mejoramiento de Gestión.
PNUD: Programa de Naciones Unidas.
SENADIS: Servicio Nacional de la Discapacidad.
SENAMA: Servicio Nacional del Adulto Mayor.
SERNAMEG: Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género.
SEREMI: Secretaría Regional Ministerial.
SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SS: Servicios de Salud.
Hay 29 servicios de salud descentralizados, con personalidad jurídica y patrimonio propio, quienes ejecutan las acciones de salud.
SRA: Subsecretaría de Redes Asistenciales.
SSP: Subsecretaría de Salud Pública.
SUSESO: Superintendencia de Seguridad Social.
TEPT: Trastorno por estrés postraumático.
TIC: Tecnología de la información y la comunicación.
UdC: Universidad de Concepción.
UNESCO: Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
VCM: Violencia contra la Mujer.
VdG: Violencia de Género.
VIF: Violencia Intrafamiliar.
VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana.
WHA: World Health Assembly / Asamblea Mundial de la Salud.
WPATH: World Professional Association for Transgender Health / Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero.

DEFINICIONES CLAVE Y GLOSARIO

AVISA: Años de vida ajustados por discapacidad. Indicador compuesto que mide la pérdida de salud producto de la enfermedad, discapacidad y muerte, expresada en una unidad de medida común a estos tres estados: el tiempo (medido en años).

Autonomía: Capacidad de las personas de tomar decisiones libres e informadas sobre sus vidas, que les permitan actuar según sus propias aspiraciones y deseos en un contexto histórico propicio. La autonomía de las mujeres suele conceptualizarse con tres dimensiones 1) *Autonomía física*, libertad de tomar decisiones acerca de su sexualidad, reproducción y el derecho a vivir una vida libre de violencia; 2) *Autonomía económica*, derecho a trabajar y ganar sus propios ingresos, distribución del trabajo remunerado y no remunerado, 3) *Autonomía en la adopción de decisiones*, participación de las mujeres en todos los poderes del gobierno, firma del protocolo facultativo de la CEDAW, establecimiento del aparato nacional para el adelanto de la mujer.¹

Ciclo de la violencia: En 1979, la psicóloga Leonore Walter, propone entender la violencia intrafamiliar como un proceso que tiene un carácter cíclico, reiterativo, que ocurre en fases que se suceden de manera sistemática y muchas veces de manera creciente, en el cual se distinguen tres fases. 1) *Elaboración o acumulación de tensión*, período que se construye a partir de pequeños incidentes o conflictos que da lugar a un incremento de ansiedad y hostilidad. 2) *Episodio agudo o exposición de la violencia*, la tensión acumulada en la fase anterior da lugar a una explosión de violencia que puede variar en gravedad, pudiendo llegar hasta el homicidio 3) *Luna de miel o reconciliación*, etapa donde el agresor manifiesta arrepentimiento, pide disculpas y promete que no se repetirá.²

Crímenes de odio, actos homofóbicos o transfóbicos: Se comprenden bajo el concepto de violencia por prejuicio contra las orientaciones sexuales y las identidades de género no normativas. "Violencia por prejuicio" se entiende como un fenómeno social, que se dirige contra grupos sociales específicos, tales como las personas LGBT, tiene un impacto simbólico, y envía un mensaje de terror generalizado a la comunidad LGTBI.³

Culpabilización de la víctima: En todas las formas de violencia existe cierto grado de "culpabilización de la víctima". Con el fin de no cuestionar la seguridad del mundo que nos rodea, cuando escuchamos acerca de un incidente violento, podemos estudiar el comportamiento de la víctima y convencernos de que si evitamos tales riesgos y comportamientos (por ej. estar solas tarde de noche, aventurarnos en ciertas áreas, dejar la puerta sin tranca, vestirnos "provocativamente") evitaremos la violencia. Sin embargo, este acto natural de autodefensa psicológica dirige nuestra atención hacia la responsabilidad percibida de la víctima, y puede omitir cuestionar cabalmente la conducta del agresor. Al desplazar la culpa hacia la víctima de violencia de género, la atención recae sobre la víctima, que con frecuencia es una mujer, y su comportamiento, en lugar de hacerlo sobre las causas estructurales y las desigualdades en el trasfondo de la violencia cometida contra ella.⁴

Cultura de la violación: Refiérase al entorno social que permite normalizar y justificar la violencia sexual. Tiene su origen en el patriarcado y se alimenta de unas desigualdades y sesgos persistentes en lo que concierne al género y la sexualidad.⁵

¹ Glosario de Igualdad de Género - ONU Mujeres (2021).

Disponible en: <https://trainingcentre.unwomen.org/mod/glossary/view.php?id=150&mode=letter&hook=ALL>

² En Glosario de Igualdad de Género - ONU Mujeres (2021).

³ Violencia contra Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex en América - CIDH (2105) pág. 11.

Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaPersonasLGBTI.pdf>

⁴ En Glosario de Igualdad de Género - ONU Mujeres (2021).

⁵ Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas. ONU Mujeres.

Consentimiento: Acuerdo entre personas para la realización de actos sexuales o para contraer matrimonio. Debe otorgarse de manera libre y activa; una persona que sea menor de edad o que se encuentre bajo la influencia de las drogas, o el alcohol no puede dar su consentimiento. El consentimiento es específico, lo que significa que el otorgado a una persona no implica que se conceda a otras; también es reversible, es decir, puede revocarse en cualquier momento.⁶

Derechos Humanos: Este concepto reconoce que a cada ser humano le corresponde disfrutar de sus derechos sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, propiedad, nacimiento u otra condición. Los derechos humanos están garantizados legalmente, lo que protege a las personas y los grupos contra las acciones que interfieren con las libertades fundamentales y la dignidad humana. Están expresados en tratados, derecho internacional consuetudinario, conjuntos de principios y otras fuentes de derecho. El derecho de los derechos humanos adjudica una obligación a los Estados de actuar de cierta manera y les prohíbe realizar determinadas actividades.⁷ Los Derechos Humanos se fundan en la dignidad del ser humano y se concretan en los principios de libertad e igualdad.

Derechos reproductivos: Reconocimiento del derecho básico de todas las parejas y personas de decidir libre y responsablemente la cantidad de hijas/os que tendrán, en qué momento y su espaciamiento, y de tener la información y los medios para hacerlo, y el derecho de lograr el nivel más alto de salud sexual y reproductiva. También incluyen el derecho de tomar todas las decisiones acerca de la reproducción libre de discriminación, coerción y violencia.⁸

Derechos sexuales: Incluyen el derecho de todas las personas, libre de coerción, discriminación y violencia, a: el nivel más alto posible de salud en relación a la sexualidad, incluido el acceso a servicios asistenciales de salud sexual y reproductiva; buscar, recibir e impartir información sobre la sexualidad; educación sexual; respeto por la integridad física; elegir pareja; decidir tener una vida sexual activa o no; relaciones sexuales consentidas; matrimonio consentido; optar por tener hijas/os o no, y cuándo; y procurar una vida sexual segura y placentera.⁹

Discriminación por razón de género: Toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de la mujer (persona), independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera. La discriminación puede provenir de la ley (de jure) o de la práctica (de facto). La CEDAW reconoce y aborda ambas formas de discriminación, ya sea que estén recogidas en las leyes, políticas, procedimientos o en la práctica.¹⁰

Discriminación múltiple: Concepto utilizado para describir la complejidad de la discriminación que implica más de un motivo. También se conoce como "aditiva", "acumulativa", "compuesta", "interseccional", "compleja" o "desigualdades multidimensionales." Aunque la terminología puede parecer confusa, tiende a describir dos situaciones: (1) la situación en la que una persona se enfrenta a más de un motivo de discriminación (es decir, discriminación por razón de sexo y discapacidad, o género y orientación sexual). En tales circunstancias, todas las mujeres y todas las personas con discapacidades tienen posibilidad de ser objeto de discriminación. (2) la situación en

Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>

⁶ Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas. ONU Mujeres.

Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>

⁷ En Glosario de Igualdad de Género - ONU Mujeres (2021). Fuente: ACNUDH.

⁸ En Glosario de Igualdad de Género - ONU Mujeres (2021). Fuente: Naciones Unidas (1995) Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, párr.7.3.

⁹ En Glosario de Igualdad de Género - ONU Mujeres (2021). Fuente: Organización Mundial de la Salud.

¹⁰ En Glosario de Igualdad de Género - ONU Mujeres (2021). Fuente: Naciones Unidas (1979). "Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer". Artículo 1.

la que la discriminación afecta solo a quienes pertenecen a más de un grupo (es decir, solo mujeres con discapacidades y no hombres con discapacidades). También se conoce como discriminación interseccional. En cuanto a la discriminación contra las mujeres, la Recomendación General Nº 25 de la CEDAW reconoce: "Las mujeres pertenecientes a algunos grupos, además de sufrir discriminación por el hecho de ser mujeres, pueden ser objeto de múltiples formas de discriminación por otras razones, como la raza, el origen étnico, la religión, la incapacidad, la edad, la clase, la casta u otros factores. Esa discriminación puede afectar a estos grupos de mujeres principalmente, o en diferente medida o en distinta forma que a los hombres".¹¹

Empoderamiento: Orientado a contribuir al desarrollo y a la obtención de autonomía por parte de los individuos y sus grupos de pertenencia, ya que busca habilitar a personas, grupos y comunidades para desarrollar habilidades y capacidades necesarias para interactuar e intervenir el medio social, político y cultural. Refiere también al proceso mediante el cual las personas (y/o colectivos) asumen el control sobre sus vidas, establecen sus propias agendas, adquieren habilidades (o son reconocidas por sus habilidades y conocimientos), aumentan su autoestima, solucionan problemas y desarrollan la autogestión.¹²

Equidad de género: La terminología preferida dentro de las Naciones Unidas es igualdad de género, en lugar de equidad de género. La equidad de género contiene un elemento de interpretación de la justicia social, generalmente basada en la tradición, costumbres, religión o cultura, más frecuentemente en detrimento de las mujeres (lo femenino). Durante la conferencia de Beijing en 1995, se acordó que se utilizaría el término igualdad. Más tarde el comité de la CEDAW lo confirmó en su Recomendación General 28: "Se exhorta a los Estados Parte a utilizar exclusivamente los conceptos de igualdad entre la mujer y el hombre o la igualdad entre los géneros y no el concepto de equidad entre los géneros al cumplir con sus obligaciones en virtud de la Convención. En algunas jurisdicciones este último concepto se utiliza para referirse al trato justo de la mujer y el hombre en función de sus necesidades respectivas. Esto puede incluir un trato igual, o un trato diferente pero considerado equivalente en cuanto a los derechos, los beneficios, las obligaciones y las oportunidades"¹³.

Estereotipos de género: Generalizaciones simplistas de los atributos de género, las diferencias y los roles según su género. Las características "estereotipificadas" sobre las personas, hacen creer que los hombres son competitivos, codiciosos, autónomos, independientes o las mujeres son cooperadoras, acogedoras, atentas, comunicativas, orientadas al grupo. Con frecuencia los estereotipos se usan para justificar la discriminación de género más ampliamente y pueden reflejarse y reforzarse con las teorías tradicionales y las modernas, las leyes y las prácticas institucionales.¹⁴

Expresión de género: Formas en que una persona comunica su identidad de género a través de su apariencia física, los gestos, el modo de hablar y patrones de comportamiento en la interacción

¹¹ En Glosario de Igualdad de Género - ONU Mujeres (2021). Fuentes: a) Sheppard, Colleen. 2011. Multiple Discrimination in the World of Work, Working Paper Nº 66. Oficina Internacional del Trabajo: Ginebra. b) Recomendación general Nº 25, sobre el párrafo 1 del artículo 4 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, referente a medidas especiales de carácter temporal.

¹² Glosario de Género PRODEMU (2021). pág. 14. Fuente: UNFPA, 2012.

Disponible en: <https://www.prodemu.cl/wp-content/uploads/2021/glosario/GLOSARIO-final-28abril.pdf>

¹³ Glosario de Igualdad de Género - ONU Mujeres (2021) Fuentes: ONU Mujeres, OSAGI Gender Mainstreaming - Concepts and definitions; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (2010), Recomendación General N.º 28 relativa a las obligaciones básicas de los Estados Parte de conformidad con el artículo 2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

¹⁴ Glosario de Igualdad de Género - ONU Mujeres (2021)

con los demás.¹⁵ Por su parte, la Comisión Internacional de Juristas (CIJ) ha indicado en relación con la expresión de género: “la noción de aquello que constituyen las normas masculinas o femeninas correctas ha sido fuente de abusos contra los derechos humanos de las personas que no encajan o no se ajustan a estos modelos estereotípicos de lo masculino o lo femenino.”¹⁶

Género: Constructo social de lo que la sociedad (en una época determinada) dice sobre lo que es ser hombre y ser mujer y, en ocasiones, otras categorías. Frecuentemente esto se traduce en roles y estereotipos que reproducen inequidades entre hombres, mujeres¹⁷ y personas de la diversidad sexo-genérica. Estos atributos, oportunidades y relaciones son construidos socialmente y aprendidos a través del proceso de socialización.

Género no conforme: Personas que no están de acuerdo y no siguen las ideas o estereotipos sociales acerca de cómo deben actuar o expresarse según el género asignado al nacer.¹⁸

Grupos de especial protección: Personas y comunidades que por motivos culturales, históricos, geográficos, étnicos u otra índole, requieren que el Estado brinde medidas para su inclusión y/o desarrollo, gracias a la disposición y vigencia de marcos normativos para ello. En nuestro país estos grupos corresponden a mujeres, personas de la diversidad sexo-genérica, personas con discapacidad, personas migrantes y refugiadas, personas privadas de libertad, pueblos indígenas, niños, niñas y adolescentes y personas adultas mayores.

Heteronormativa: Expresión utilizada para describir o identificar una norma social relacionada con el comportamiento heterosexual estandarizado, cuando se lo considera la única forma social válida de comportamiento y quien no siga esta postura social y cultural se encontrará en desventaja con respecto al resto de la sociedad. Este concepto constituye el fundamento de los argumentos discriminatorios y prejuiciosos contra la comunidad LGBT, principalmente en lo que atañe a las familias y la expresión pública.¹⁹

Identidad de Género: Es la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales.^{20 21}

Igualdad entre mujeres y hombres: Se refiere a la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades de las mujeres, los hombres, las niñas y los niños. La igualdad no significa que las mujeres y los hombres serán iguales, sino que los derechos, responsabilidades y oportunidades de las mujeres y los hombres no dependerán de si nacieron con determinado sexo (o el que le asignaron). La igualdad de género implica que los intereses, necesidades y prioridades de mujeres y hombres se toman en cuenta, reconociendo la diversidad de diferentes grupos de mujeres y

¹⁵ Recomendaciones para la implementación del Programa de Acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme. Subsecretaría de Salud Pública - MINSAL 2021. pág. 29.

¹⁶ Algunas precisiones y términos relevantes. OEA (2021).

Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/lgtbi/mandato/precisiones.asp>

¹⁷ Recomendaciones para la implementación del Programa de Acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme. Subsecretaría de Salud Pública - MINSAL 2021. pág. 29

¹⁸ Recomendaciones para la implementación del Programa de Acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme. Subsecretaría de Salud Pública - MINSAL 2021. pág. 29.

¹⁹ En Glosario de Igualdad de Género - ONU Mujeres (2021)

²⁰ Algunas precisiones y términos relevantes. OEA (2021). Fuente Principios Yogyakarta.

Disponible en <https://www.oas.org/es/cidh/lgtbi/mandato/precisiones.asp>

²¹ Dentro de la identidad existe una diversidad de personas, tales como: i) Demigénero: Se identifican de manera parcial con un género determinado. ii) Polígono: Se identifican con dos o más géneros. iii) Agénero: No se identifican dentro de ningún género. iv) Androginia: Su identidad se encuentra entre los dos géneros binarios. v) Pangénero: Se identifican con todas las identidades de manera estable, sin variaciones y vi) Género fluido: Su identidad fluye por periodos.

hombres. La igualdad entre mujeres y hombres se considera una cuestión de derechos humanos y tanto un requisito como un indicador del desarrollo centrado en las personas.²²

Intersex: Concepto distinto a trans o género no conforme, y se utiliza para identificar a aquellas personas que presentan condiciones congénitas en las que el desarrollo del sexo cromosómico, gonadal y/o anatómico no se corresponde con las categorías binarias tradicionales. Presentan entonces una variedad de combinaciones genitales, hormonales y/o genéticas diferentes que pertenecen tanto al sexo biológico femenino como masculino.²³

Lenguaje sexista: Forma de exclusión que refuerza la situación de discriminación hacia las mujeres, las diversidades sexo genéricas y promueve, refuerza y reproduce la generación de estereotipos. No obstante, el lenguaje también puede servir como un poderoso instrumento de cambio para identificar y eliminar los factores discriminatorios que el lenguaje excluyente pueda contener.

Masculinidad: Conjunto de atributos, valores, comportamientos y conductas que son característicos del hombre en una sociedad determinada. Actualmente se cuestiona la presencia de un hombre universal, ya que actuar como hombre varía de acuerdo con el contexto histórico, social, cultural, etcétera. Reconociendo que cada persona aprende de manera distinta a ser hombre o mujer, es válido afirmar que existen muchas formas de ser hombre, ya que en cada cultura se encuentran presentes mecanismos y códigos aprendidos que soportan y explican esta diversidad.²⁴

Masculinidad Hegemónica: Sus integrantes se caracterizan por ser personas importantes, independientes, autónomas, activas, productivas, heterosexuales, y a nivel familiar, proveedoras y con un amplio control sobre sus emociones.²⁵

No Binario: Personas cuyas identidades de género no corresponden al arquetipo de los géneros predominantes en una determinada cultura, reconfigurando los parámetros del sistema sexo género y los tránsitos de género de extremo a extremo que esta conlleva, dando consigo la apertura de nuevas configuraciones de tránsito, escapando del binomio de género, femenino y masculino²⁶

Orientación sexual (sexo-afectiva): Capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género, así como a la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas.²⁷

Poder: Posibilidad, habilidad o capacidad de adoptar decisiones y emprender acciones; fuerza o potencia física. El ejercicio del poder es un aspecto importante de las relaciones. Cuanto más poder tiene una persona, más opciones se abren para esa persona. Quienes tienen menos poder tienen menos opciones y, por lo tanto, son más vulnerables al abuso. Cuando los movimientos de mujeres, grupos feministas y organizaciones para el desarrollo ayudan a las personas a adquirir "poder" individual o colectivo, no necesariamente entienden el poder en su sentido tradicional de dominación o de "poder sobre." En su lugar, han acordado que el proceso de empoderamiento incluye varios tipos de poder. Estas cuatro dimensiones se llaman: poder sobre, poder para, poder

²² Glosario de Igualdad de Género - ONU Mujeres (2021)

²³ Recomendaciones para la implementación del Programa de Acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme. Subsecretaría de Salud Pública - MINSAL 2021. pág. 29

²⁴ Respeto a las Diferentes Masculinidades. CNDH - México (2018) Disponible en:

https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/Ninez_familia/Material/trip-respeto-dif-masculinidades.pdf

²⁵ Respeto a las Diferentes Masculinidades. CNDH - México (2018)

²⁶ Cienfuegos, 2009. Disponible en:

<http://www.revistacloset.cl/web/2019/07/19/lo-no-binario-es-un-proceso-contestatorio-al-orden-de-genero-shane-cienfuegos/>

²⁷ Algunas precisiones y términos relevantes. OEA (2021). Fuente Principios Yogyakarta.

con y poder interior.²⁸

Patriarcado: Forma tradicional de organización social que suele ser la base de la desigualdad de género. Según este tipo de sistema social, se confiere más importancia a los hombres o a lo que se considera masculino, que a las mujeres o a lo que se considera femenino. Tradicionalmente, las sociedades han sido organizadas de tal manera que la propiedad, la residencia, y la descendencia, así como la adopción de decisiones con respecto a la mayoría de las áreas de la vida, han sido dominio de los hombres. Los fundamentos para este fenómeno suelen invocar razones biológicas (las mujeres por naturaleza son más aptas para ser cuidadoras, por ejemplo) y continúan sustentando muchos tipos de discriminación de género.²⁹

Personas Cisgénero: Personas que se identifican con el género que les asignaron al nacer y por lo tanto no buscan transitar de género.³⁰

Personas Transgénero: Personas que no se identifican con la identidad de género que les asignaron al nacer y por lo tanto transitan de género para manifestar el que realmente les identifica. Las personas trans construyen su identidad independientemente de tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas. Estos últimos corresponden al ámbito de la expresión de género más que a la identidad de género.³¹

Personas Transfemeninas: Personas asignadas al género masculino al nacer y que transitan hacia el género femenino. También se les llama mujeres trans.³²

Personas Transmasculinos: Personas asignadas al género femenino al nacer y que transitan hacia el género masculino. También se les llama hombres trans.³³

Personas Trans no binaries: Personas que no se identifican con el género asignado al nacer y que transitan hacia un género neutro, ni femenino ni masculino.³⁴

Prevención de la violencia: Conjunto de acciones diseñadas para evitar comportamientos violentos entre las personas. Entre ellas la violencia contra la pareja, contra niñas y niños, contra adultas y adultos mayores o, contra personas de distinta etnia, religión o posición social. “De acuerdo con el modelo de la salud pública, existen distintas fases de prevención de la violencia contra las mujeres y las niñas, que expresan los momentos en los que la intervención repercute en un problema concreto. Estas son: la prevención primaria, son las técnicas que se aplican antes de que se produzca la violencia; la prevención secundaria, son las respuestas que se proporcionan después de producirse la violencia, como respuestas inmediatas para mitigar sus consecuencias a corto plazo; la prevención terciaria, son las respuestas a largo plazo “para hacer frente a las consecuencias duraderas de la violencia y abordar las acciones de tratamiento de los agresores”.³⁵

Sexo asignado al nacimiento: La asignación del sexo no es un hecho biológico innato; más bien, el sexo se asigna al nacer en base a la percepción que otros tienen sobre los genitales de una persona. La mayoría de las personas son fácilmente clasificadas bajo este criterio, pero algunas personas no encajan en el binario pene o vagina como es el caso de las personas intersex.³⁶

Sexo: Características biológicas (genéticas, endocrinas y anatómicas) empleadas para agrupar a los seres humanos como hombres o mujeres. Si bien estos conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes, ya que existen gradientes en la forma en que se manifiestan, en la

²⁸ En Glosario de Igualdad de Género - ONU Mujeres (2021)

²⁹ En Glosario de Igualdad de Género - ONU Mujeres (2021)

³⁰ Glosario OTDChile. Disponible en: <https://otdchile.org/glosario/>

³¹ Glosario OTDChile. Disponible en: <https://otdchile.org/glosario/>

³² Glosario OTDChile. Disponible en: <https://otdchile.org/glosario/>

³³ Glosario OTDChile. Disponible en: <https://otdchile.org/glosario/>

³⁴ Glosario OTDChile. Disponible en: <https://otdchile.org/glosario/>

³⁵ Prevención: definición - ONU Mujeres (2013)

Disponible <https://www.endvawnow.org/es/articles/1508-prevencion-definicion.html>

³⁶ Glosario OTDChile. Disponible en: <https://otdchile.org/glosario/>

práctica son utilizados para establecer una diferenciación de los humanos dentro de un sistema binario polarizado.^{37 38}

Sexualidad: Aspecto fundamental de la condición humana, presente a lo largo de la vida que abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vivencia y se expresa por medio de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, funciones y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se vivencian o expresan siempre. La sexualidad recibe la influencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, así como religiosos y espirituales.³⁹

Sistema sexo-género binario: Categoría de análisis que ha sido incorporada en las ciencias sociales en los últimos años y permite cuestionar valores y creencias en las relaciones entre los sexos. Este sistema trata de explicar cómo -basándonos única y exclusivamente en la diferencia del sexo con el que nace cada persona- se ha creado todo un conjunto de creencias, valores, costumbres, normas, prácticas, oportunidades y comportamientos sociales diferentes para ambos sexos. Mientras el sexo es entendido como la diferencia sexual anatómica, el género es definido como una construcción cultural, que cambia con el tiempo y según las sociedades.⁴⁰ Lo masculino para hombres y lo femenino para mujeres. El pensamiento binario se consolidó en el mundo moderno (Zambrini, 2014) y dentro de éste, se construyó el binarismo de sexo-género, el que asume una supuesta correspondencia entre sexo y género basada en la corporalidad y, fundamentalmente, en la genitalidad. Por ello, concibe sólo dos sexo-género posibles, legitimando sólo a hombres y mujeres cisgénero, limitando la multiplicidad de posibilidades de identidades y cuerpos en el mundo.

Sobreviviente de violencia: Cualquier persona que haya experimentado violencia sexual o de género. Su significado es similar al de “víctima”, aunque suele preferirse “sobreviviente” frente a este último porque implica resiliencia.⁴¹

Trata de personas: Reclutamiento, transporte, transferencia, albergue o recepción de personas, mediante la amenaza o el uso de la fuerza u otras formas de coerción, secuestro, fraude, engaño, abuso de poder o de una posición de vulnerabilidad o de dar o recibir pagos o beneficios para lograr el consentimiento de una persona que tiene control sobre otra persona, con fines de explotación. La explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución de otros u otras formas de explotación sexual, trabajo o servicios forzados, esclavitud o prácticas similares a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos humanos.⁴²

Victimización, maltrato o trato diferenciado: Debido a que una persona ha presentado una denuncia por discriminación o porque apoya la denuncia de una persona cuando ha sido víctima de un delito, se denomina victimización primaria. También puede ocurrir una victimización

³⁷ Recomendaciones para la implementación del Programa de Acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme. Subsecretaría de Salud Pública - MINSAL 2021. pág. 30

³⁸ El concepto de sexo está un poco en debate, ya que los términos de hombre y mujer suelen incorporar simbólicamente más que aspectos meramente biológicos, sino también una identidad sexual ligada al concepto, de hecho, los comienzos del movimiento feminista fueron cuestionar la construcción social de ser mujer en donde se postulaba que "no se nace mujer se llega a serlo". Además, las personas trans y de género no conforme uno de los primeros conceptos con los cuales se desidentifican son los conceptos de hombre y mujer, no por sus componentes biológicos, sino por los roles y estereotipos ligados a ser hombre o mujer. OTDChile (2021)

³⁹ Recomendaciones para la implementación del Programa de Acompañamiento para niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme. Subsecretaría de Salud Pública - MINSAL 2021. pág. 29

⁴⁰ Glosario de Género PRODEMU (2021). pág. 5.

⁴¹ Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas. ONU Mujeres.

Disponible: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>

⁴² Módulo 6: Definición del Concepto de Trata de Personas - Naciones Unidas (2019).

Disponible en: https://www.unodc.org/documents/e4j/tip-som/Module_6_-_E4J_TIP_ES_FINAL.pdf

secundaria o institucional, que consiste en la violencia que el sistema pueda ejercer sobre la víctima al dar respuesta a su demanda, misma que deriva de la incomprensión a su situación, haciéndole vivir nuevamente el papel de víctima.

Violencia contra mujeres y niñas: Se define como todo acto de violencia basado en el género que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o mental para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada. La violencia contra las mujeres y niñas abarca, con carácter no limitativo, la violencia física, sexual y psicológica que se produce en el seno de la familia o de la comunidad, así como la perpetrada o tolerada por el Estado.⁴³

Violencia de género: Se refiere a los actos dañinos dirigidos contra una persona o un grupo de personas en razón de su género. Tiene su origen en la desigualdad de género, el abuso de poder y la existencia de normas dañinas. El término se utiliza principalmente para subrayar el hecho de que las diferencias estructurales de poder basadas en el género colocan a las mujeres y niñas en situación de riesgo frente a múltiples formas de violencia. Si bien las mujeres y niñas sufren violencia de género de manera desproporcionada, los hombres y los niños también podrán ser blanco de ella. En ocasiones se emplea este término para describir la violencia dirigida contra las poblaciones LGBTQI+, al referirse a la violencia relacionada con las normas de masculinidad/feminidad o las normas de género.⁴⁴

Interseccionalidad: Reflexión profunda y crítica de que raza/racialización, clase, género, sexualidad, etnicidad, nación, habilidad y edad (entre otros) operan, no como entidades unitarias y mutuamente excluyentes, sino como un fenómeno que se co-construye recíprocamente y que da forma a desigualdades sociales complejas.⁴⁵

⁴³ Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas. ONU Mujeres.

Disponible: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>

⁴⁴ Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas. ONU Mujeres.

Disponible: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>

⁴⁵ Santibáñez Guerrero, D. (2018). El concepto interseccionalidad en el feminismo negro de Patricia Collins. Resonancias, 49-58 (traducción de OTDChile)

PRÓLOGO

La última década ha dado el marco a transformaciones sociales y culturales que han permeado todos los aspectos de la vida nacional. Entre ellos, el entendimiento de los conceptos de Género y cómo este constructo social impacta sobre todas las dimensiones de las personas, familias y comunidades, han motivado a nuestro Sector a trabajar en la actualización de la Política de Salud para el abordaje de las Violencias de Género, fortaleciendo la incorporación de los enfoques de Derechos Humanos, Género y Salud Pública. Este proceso ha involucrado la reformulación de muchos de los conceptos que antes eran aceptados en el estudio del fenómeno y se ha visto enriquecido con los aportes de un trabajo colaborativo de los equipos técnicos del Ministerio de Salud, la Red de Referentes de Género de los Servicios de Salud y Secretarías Regionales Ministeriales, representantes de la sociedad civil organizada, el intersector, organismos internacionales, colegios profesionales y la academia; con la esperanza de que los nuevos enfoques y el compromiso transversal de las instituciones y la ciudadanía logren incidir sobre la ocurrencia de este grave problema que afecta a nuestra sociedad, desde el abordaje sanitario.

Las violencias basadas en el género afectan a todas las personas, ya que tienen impactos negativos para la salud de las personas que son víctimas de esas violencias, sobrevivientes, sobre quienes la ejercen y sobre toda la comunidad, pero en particular contra las mujeres, las niñas y diversidades sexo genéricas. Las violencias de género constituyen una de las violaciones de los derechos humanos más generalizadas en el mundo, porque limitan la libertad personal y colectiva de más de la mitad de la población, imposibilitando la participación plena en la sociedad, anula garantías fundamentales, como el derecho a la seguridad, la integridad e incluso a la vida. Las violencias de género no son sinónimo de violencia intrafamiliar, porque la primera incluye a todas las violencias que se ejercen a partir de una posición dominante masculina sobre cualquier representación de posiciones subordinadas para el sistema sexo-género, como son las mujeres, los niños, niñas y adolescentes, los/as adultos mayores, las personas con alguna discapacidad, personas de la diversidad sexo-genéricas, los pueblos originarios, afrodescendientes, migrantes y refugiadas.

Desde el rol de rectoría del Ministerio de Salud, hemos tomado como desafío para la década 2021-2030 dar continuidad al abordaje de las Violencias de Género formulando una Estrategia Nacional cuyo marco conceptual se expone en el presente documento. De forma análoga al proceso de construcción de éste, esperamos que la Estrategia Nacional proyectada sea desarrollada de forma participativa e inclusiva, recogiendo las experiencias y los aprendizajes del Estado y del mundo privado, intra e intersectorialmente, haciendo operativa la Política que presentamos a continuación.

El objetivo general de este documento es actualizar la Política de Salud para el abordaje de la Violencia de Género para el Sistema Salud, desde los enfoques de Derechos Humanos, Género y Salud Pública, considerando las necesidades de la red, los equipos de salud y de las personas sobrevivientes y víctimas de la violencia de género, promoviendo la articulación, optimización y la mejora de recursos, planes, programas, estrategias, normas, orientaciones, atenciones e intervenciones en general, para que ellas sean oportunas, integrales, adecuadas, eficientes, eficaces y de calidad.

El documento consta de cinco grandes capítulos : el primero se desarrolla un marco conceptual, de las Violencias de Género desde la Salud Pública, algunas definiciones y subclasificaciones; para posteriormente hacer un foco sobre los grupos de especial protección asociados con las

Violencias, como son las Mujeres, las Personas de la diversidad sexo-genéricas, niños, niñas, adolescentes y jóvenes, mujeres con discapacidad, mujeres mayores, migrantes y refugiadas y pueblos originarios y afrodescendientes, ya que las Violencias de Género deben ser entendidas desde una mirada interseccional. Asimismo, se concede foco especial a las mujeres trabajadoras de la salud, que constituyen alrededor del 70% del personal de salud. También se presenta un enfoque de las nuevas masculinidades, como una forma de deconstruir la hegemonía imperante y contribuir al cambio cultural hacia la Igualdad Sustantiva entre las personas.

El segundo capítulo está orientado al Modelo Ecológico para erradicar las Violencias de Género. El tercer capítulo pretende evidenciar el marco regulatorio en torno de la violencia, tanto nacional como internacional, con especial consideración a las recomendaciones que los órganos internacionales de Derechos Humanos han realizado al Estado de Chile.

La cuarta sección o capítulo entrega un marco de antecedentes asociados al problema de las Violencias, donde se presenta una sección relacionada a la magnitud del problema, la situación epidemiológica, y otros datos asociados.

Finalmente, en el quinto capítulo se enuncia la Política, su visión, a quiénes se dirige, sus objetivos, los enfoques y principios que la guían, para terminar con aspectos relacionados a los ámbitos operativos y de gestión que deben contener las estrategias para el abordaje de las Violencias basadas en el Género, y orientaciones generales para los equipos de salud que trabajan y atienden a personas sobrevivientes de Violencias de Género.

PRESENTACIÓN

En todo el mundo la salud pública afronta desafíos como son la reincidencia de enfermedades infecciosas y los cambios en ámbitos políticos, culturales, sociales y económicos que condicionan la salud y la equidad en la vida y bienestar de las personas.

Para hacer frente a estos desafíos, las autoridades de salud, en todos los niveles institucionales, con la concurrencia de la sociedad civil, concuerdan en avanzar en el desarrollo de un conjunto de capacidades para robustecer los sistemas de salud y de esta manera contribuir a garantizar el ejercicio del derecho a la salud, actuando sobre los factores de riesgo y los determinantes sociales que tienen impactos en la salud de las personas.

En nuestro país, la salud pública también actúa como un ente regulador a través de las diversas políticas públicas que abordan los principales problemas de salud de la población, políticas que se despliegan en la red asistencial a nivel de la atención primaria para llegar directamente a la población, impulsando el acceso a salud.

En este contexto, el Género entendido como una construcción social que se proclama en una época, se convierte en un estereotipo incomprensido e incluso de carácter nocivo, lo que reproduce inequidades y discriminaciones entre las personas es decir, coexisten características, actitudes y comportamientos que se les atribuyen incuestionablemente a los hombres, mujeres o personas de la diversidad sexo-genérica por el simple hecho de serlo, lo que afecta la salud de las personas y la calidad de vida de la población.

El Género es un determinante social de la salud y se asocia a factores de riesgo específicos. Se encuentra ampliamente descrito el impacto de las violencias de género sobre la salud de las personas, especialmente de las mujeres y sobre el bienestar de las familias y comunidades. Esta expresión de violencia es especialmente contra las mujeres, niñas y personas de la diversidad sexo-genéricas; particularmente en aquellas en situación de discapacidad, exclusión/marginación por razones migratorias, geográficas y/o territoriales y está directamente vinculada a la desigualdad estructural en la distribución del poder y relaciones asimétricas entre los géneros que se establecen en nuestra sociedad.

Las Violencias de Género como concepto, corresponden a todo acto de violencia ejercida hacia una persona o un colectivo por motivo de su género, debido a su adhesión a las normas de masculinidad y/o femineidad socialmente construidas, habitualmente en desmedro o subordinación de lo femenino. Estas violencias incluyen el abuso físico, sexual y psicológico; amenazas; coerción; la privación arbitraria de la libertad y/o la deprivación económica sea en la vida pública o privada, en todos los contextos de relaciones sexo-afectivas, sean de índole personal y colectiva, virtual, laboral o estatal.

La presente actualización, de la Política de Salud para el Abordaje de la Violencia de Género, representa un compromiso de fortalecimiento del rol del Sector para enfrentar este problema de salud, cuya prevalencia se ha mantenido a pesar de las políticas, programas y acciones implementadas. Con ese fin, se incluyen los aportes de un trabajo colaborativo de larga data con la sociedad civil organizada, el intersector, organismos internacionales, colegios profesionales y la

academia, con la esperanza de que los nuevos enfoques y el compromiso transversal de las instituciones y la ciudadanía logren incidir sobre la ocurrencia de este grave problema de Salud Pública y Derechos Humanos. Del mismo modo, apunta a contribuir a la obligación del Estado de Chile con el derecho internacional de los derechos humanos y de los múltiples compromisos de carácter vinculante que nos comprometen con la prevención y erradicación de las violencias de género, especialmente, contra las mujeres, niñas y personas de la diversidad sexo-genérica en nuestro territorio. Todos estos elementos, además esenciales para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible a la década del 2030, desafían como sector salud a entender y abordar este fenómeno, debiendo obrar con la debida diligencia para sensibilizar a la población en el respeto, reconocimiento y valoración a la diversidad, prevenir y detectar situaciones de violencia a lo largo del curso de vida; que involucren a su vez registrar y medir sus consecuencias, facilitando su denuncia e investigación y la sanción de los/as victimarios/as; así como sensibilizar a los prestadores de los servicios y atenciones de salud, a los equipos de salud, para avanzar en la erradicación de todas las formas de violencia de género.

DR. ENRIQUE PARIS MANCILLA
MINISTRO DE SALUD

INTRODUCCIÓN

“Tanto la Declaración de las Naciones Unidas de 1993 como la Convención de Belém do Pará de 1994, conceptualizan la violencia basada en género, reconociéndola como una violación de derechos humanos, un problema de salud pública y un problema de justicia social”

UNFPA - Fondo Población de las Naciones Unidas⁴⁶

Las violencias de género se refieren a cualquier acción o conducta que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico dirigidos contra una persona o un grupo de personas en razón de su género, tanto en el ámbito público, como en el privado⁴⁷. Tiene su origen en la desigualdad de género, el abuso de poder y discriminaciones que ha sido y sigue siendo, una de las manifestaciones más claras de inequidad, de subordinación y relaciones desiguales de poder, alentadas por una sociedad supeditada a la masculinidad hegemónica⁴⁸.

Las violencias contra las mujeres, las niñas y diversidades sexo genéricas constituyen una de las violaciones de los derechos humanos más generalizadas en el mundo, porque limitan la libertad personal y colectiva de más de la mitad de la población, imposibilitando la participación plena en la sociedad, anula garantías fundamentales, tales como el derecho a la seguridad, la integridad e incluso a la vida. Cabe destacar que la VdG no sólo reviste un carácter conductual, en el sentido de una acción violenta de una persona contra otra por razones de sexo-género, sino que se expresan en un amplio abanico de manifestaciones en los ámbitos domésticos, comunitarios o de parte del Estado, las que se sostienen en una estructura social (simbólica y material) que invisibiliza y desvaloriza a quienes no se ajustan a la norma cisheteropatriarcal o hegemónica.

Cada día alrededor del mundo, ocurren miles de casos de violencias basadas en el género, con lamentables consecuencias físicas, económicas y psicológicas, donde las víctimas, sobrevivientes y sus familias, evidencian graves impactos a corto, mediano y largo plazo, tanto a nivel personal, comunitario como para la sociedad en su conjunto.

En nuestro país, la primera Política de Salud que aborda la Violencia de Género del Ministerio de Salud data del año 2008 y, como indica su nombre, incorpora una perspectiva de género, desde la óptica más tradicional de lo que se entiende por género; es decir, asociado a la condición de las mujeres. Por ello un eje de la actualización es avanzar en la integración de aquellas violencias de género más invisibilizadas, dado los estudios de género y nuevas masculinidades, superando la mera comprensión binaria (hombre/mujer) observando dentro de las diversidades sexo genéricas, aquellas identidades no binarias, como género fluido, género no conforme u otras identidades que son blanco de estas violencias de género, específicamente por el cuestionar binario, no minimizando que las violencias contra las mujeres y niñas, resultan ser la expresión mayoritaria de las discriminaciones por razones de género.

Por su parte, otro eje fundamental de la actualización de la presente Política es contribuir a entender las violencias de género dentro de los enfoques de los Derechos Humanos, la perspectiva de Género y su relación con el enfoque de Salud Pública. En este sentido, las violaciones de los Derechos Humanos tienen un impacto que varía de acuerdo con el género de la víctima, estando directamente vinculada a la desigual distribución del poder y a las relaciones asimétricas que se

⁴⁶ Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/temas/violencia-basada-en-g%C3%A9nero>

⁴⁷ Convención Belém Do Pará. (1993)

⁴⁸ <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>

establecen entre varones, mujeres y personas con variabilidad de género en nuestra sociedad, relaciones que perpetúan la desvalorización de lo femenino, no normativo y su subordinación a lo masculino hegemónico.

Al tratarse de un problema cultural y de la manifestación de un tipo de ordenamiento social, las violencias de género no pueden ser superadas sino tras un camino de largo aliento, que modifique las bases de las relaciones de poder y el conjunto de factores que mantienen la situación de hegemonía de lo masculino, que se manifiesta y reproduce en distintas dimensiones, ámbitos y niveles de la vida política, social, familiar y laboral de la cual forman parte.

En este sentido, las violencias de género pueden adoptar diversas formas y nuevas expresiones, tales, como las violencias de género en los entornos virtuales, las acontecidas en los procesos migratorios, debido a problemas medioambientales o en las que suceden en territorios en conflicto, existiendo la constante obligación como rol del Estado, el proteger y garantizar los derechos humanos con la convicción de que el respeto a estos derechos es una condición esencial para el desarrollo de nuestros países y el pleno ejercicio del rol ciudadano y el bienestar y la paz social. Por ello, la necesidad de analizar los derechos humanos y la violencia de género desde una perspectiva que ofrezca posibilidades de cambios culturales y estructurales, que conlleven el respeto de los derechos de las mujeres y personas de la diversidad sexual y de género que cuestionen la inevitabilidad de la violencia en las relaciones de género, en este sentido y contexto, el Ministerio de Salud busca avanzar en una construcción de una política pública inclusiva, participativa, no sexista, que reconoce la diversidad de personas y sus interseccionalidades.

Por lo demás, las violencias de género también se observan y manifiestan en las políticas e instituciones, no sólo en las relaciones de poder entre los géneros. Por ello, uno de los objetivos de actualizar esta política es avanzar en la línea de superarlas y erradicarlas, incluyendo a las personas que integran el sistema de salud, donde también podrían acontecer violencias de género específicas desde su rol laboral o de servidor/a público, como por ejemplo el no respeto por la identidad de género de consultantes trans o personas de sexo no conforme.

Asimismo, es necesario incorporar el enfoque interseccional, que permite visibilizar cómo diferentes discriminaciones y vulneraciones pueden converger en una sola persona y, por lo tanto, esto determinará que los equipos de salud lleven a cabo distintas estrategias y acciones que permitan abordar la violencia de género en todas sus dimensiones, desde una perspectiva situada y atingente a la realidad de cada territorio, comprendiendo que la lógica interseccional no es tanto la de una "suma" de vulnerabilidades específicas que "convergen", sino a la comprensión compleja de que la violencia es ejercida en simultáneo por la realidad de esa persona, que nunca es unidimensional. En ese sentido, la violencia hacia una mujer lesbiana de expresión de género masculina ("camiona") no es la suma de 3 violencias, sino que resulte del ejercicio de la violencia en ella por todo eso en simultáneo.

La Observación General 28 del Comité CEDAW (2010), señala: "La discriminación de la mujer por motivos de sexo y género está unida de manera indivisible a otros factores que afectan a la mujer, como la raza, el origen étnico, la religión o las creencias, la salud, el estatus, la edad, la clase, la casta, la orientación sexual y la identidad de género", e indica que la interseccionalidad es un concepto básico para comprender el alcance de las obligaciones generales de los Estados frente a esta multiplicidad de elementos entrelazados de discriminación. El concepto interseccionalidad

refiere a la forma en que elementos sociales y culturales, tales como el género, la etnia, la clase, la discapacidad, la orientación sexual, la religión, la casta, la edad y otros ejes de identidad interaccionan en múltiples y simultáneos niveles. Es decir, todos estos factores se entrelazan para volverse factores que potencian más aún la discriminación hacia la mujer⁴⁹.

Reconociendo la necesidad de actualizar esta política en el marco de los cambios sociales y nuevos desafíos que han surgido en la última década en este tema, es importante destacar que el Ministerio de Salud ha contado con los lineamientos para avanzar desde su ámbito de acción, hacia la igualdad de género, a través de la elaboración de orientaciones técnicas, planes y programas conducentes a mejorar el abordaje de la violencia de género en el curso de vida⁵⁰.

Es sustancial llevar adelante programas y políticas que atiendan las consecuencias que las relaciones violentas tienen sobre la salud y la vida de las personas, pero también lo es trabajar en la modificación de las causas que generan conductas y formas de relación agresivas y crueles. Es necesario incluir la igualdad de género en toda política pública que busque garantizar la igualdad, al mismo tiempo que se deben deconstruir los modelos estereotipados de socialización de hombres y mujeres, para promover desarrollos personales basados en relaciones igualitarias, respetuosas y equitativas.

A continuación, se presenta la actualización de la Política de Salud para el abordaje de la Violencia de Género 2021, que surge de un esfuerzo mancomunado entre distintas Divisiones y Departamentos del Ministerio de Salud, organismos del intersector, la red de género y violencia de género a nivel nacional, expertos y expertas del ámbito académico y la sociedad civil organizada, organismos internacionales, así como también de usuarias/os/es de la red de salud, quienes en un trabajo constante y comprometido han contribuido desde sus distintos ámbitos de experticia a la elaboración de esta Política.

I. MARCO CONCEPTUAL

⁴⁹ Violencia hacia las mujeres rurales e indígenas rurales: invisibles y marginadas.

Disponible en: <https://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/1173/Cap1.pdf?sequence=14>

⁵⁰ Véase el Anexo N°1 donde se muestra el listado de hitos y documentos técnicos históricos elaborados por el Ministerio de Salud en materia de violencia de género.

1.1 Violencias de Género desde el enfoque de Salud Pública

El Ministerio de Salud en sus definiciones sobre Violencia de Género (en adelante VdG) recoge los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuales expresan que es un problema de salud pública, donde la violencia física y sexual constituyen un problema de la esfera colectiva de salud, formando un fenómeno donde interseccionan los determinantes sociales que, desde la práctica, pueden agudizar diferencias y desigualdades en Salud⁵¹, considerando que el género es uno de los determinantes de las desigualdades sociales en Salud.⁵²

La VdG produce graves consecuencias en quienes la padecen, tales como lesiones físicas, embarazos no deseados, abortos, infecciones de transmisión sexual (incluida por VIH/SIDA), trastorno por estrés postraumático, depresión y suicidio, encontrando en el femicidio y el asesinato de personas trans y no binarias, su expresión más extrema. También, quienes la padecen, evidencian deterioro en sus relaciones personales, sociales y laborales, lo que impacta directamente en sus condiciones de salud, como lo advierten antecedentes, estudios y datos, a nivel regional e internacional.⁵³

Muchas niñas, mujeres y personas de la diversidad sexo genéricas se vinculan con el sistema de salud, antes de haber sufrido algunas de las modalidades de violencias basadas en género. Por otro lado un número de personas que viven o han vivido violencia y que acuden a los servicios de salud, no hacen referencia (explícita) al abuso o violencia sufrida, es por ello que se requieren equipos de salud con habilidades, preparación y experiencia para reconocer e identificar “signos de la violencia”, lo que por ejemplo se logra con una estrategia de formación continua e incorporando preguntas de tamizaje y de rutina en las entrevistas clínicas para pesquisar y sacar de la esfera privada la problemática y no esperar a que una persona acuda con lesiones traumáticas.

El sistema de salud tiene un rol fundamental en el problema de las Violencias de Género, como en la Promoción de Salud, desde la perspectiva de las Conferencias de Promoción de la Salud (Shanghai, 2016), en la prevención primaria, prevención secundaria y terciaria⁵⁴, en la detección, orientación o derivación, en brindar una atención/prestación integral de manera oportuna, adecuada, en un ambiente de contención y seguridad, en el seguimiento, la reparación y resignificación como parte de un trabajo intersectorial con el Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, el Ministerio de Justicia, entre otros servicios del Estado, los que se deben abordar mancomunadamente en pos de la reintegración integral de las personas sobrevivientes de las

⁵¹ En 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA49.25, que establece que la violencia es un problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo y que la prevención de la violencia contra la mujer debe ser una prioridad. En esta resolución la Asamblea hizo resaltar las graves consecuencias de la violencia, tanto a corto como a largo plazo, para las personas, las familias, las comunidades y los países, destacando los efectos perjudiciales de la violencia en los servicios de atención de salud.

⁵² Según la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. OMS (2008)

⁵³ Entre ellos destacan el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (OPS/OMS, 2003) Poner fin a la violencia contra la mujer. De las palabras a los hechos; (ONU, 2006) y las Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: Prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. (OMS, 2013)

⁵⁴ Desde una perspectiva de salud pública, las estrategias de prevención se pueden clasificar en tres tipos (Dahlberg y Krug, 2002): La prevención primaria: comporta los enfoques que procuran evitar la violencia antes de que ocurra. La prevención secundaria: comporta los enfoques que se interesan en las respuestas más inmediatas a la violencia, como la atención prehospitalaria, los servicios de urgencias o el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual después de una violación. La prevención terciaria: comporta los enfoques que se centran en la atención a largo plazo después de un acto de violencia, como la rehabilitación y la reintegración, y tratan de aminorar el trauma o disminuir la discapacidad prolongada provocada por la violencia.

Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/9789275316351_spa.pdf

violencias de género, todo ello dando cuenta de la urgente necesidad de implementar programas, proyectos, acciones y actividades coordinadas, intra e intersectoriales.

Por otro lado, desde la disciplina de la Salud Pública y el enfoque de los Derechos Humanos, existen ámbitos necesarios de considerar en el marco de las violencias de género expuestos por el Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC)⁵⁵. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, supone un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino también los principales factores determinantes de la salud, por ello su relevancia en relación con el género, en los siguientes ámbitos:

Disponibilidad: cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular del nivel de desarrollo del Estado Parte. Estos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, (incluyendo) personal médico y profesional capacitado (...) así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.

Accesibilidad: implica que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos y todas, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado. De modo más preciso, en relación a la no discriminación en el acceso a la salud, el Comité de los Derechos Económicos Sociales y Culturales (DESC) ha puntualizado que “los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos de discriminación”. Es decir, el Pacto prohíbe toda exclusión en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, fundada en características personales como la orientación sexual, entre otras. Incluye los subámbitos de No discriminación, la accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información.

Aceptabilidad: el Comité de los Derechos Económicos Sociales y Culturales (DESC) la ha caracterizado como una condición mediante la cual todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate. La generalidad de estos estándares de derechos humanos en cuanto al reconocimiento del derecho de toda persona a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental no margina de su aplicación a grupos específicos de la población, especialmente cuando se trata de grupos históricamente discriminados.

Calidad: además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos

⁵⁵ Consejo Económico Social. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 2000. E/C.2000/4, CESCR. Observación General 14. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

y equipo hospitalario científicamente probados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

Organización Mundial de la Salud (OMS) - Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Desde 1996, la Organización Mundial de la Salud da la alerta en sus Asambleas Mundiales respecto del problema de la violencia contra la mujer. La Resolución WHA49.25 de ese año establece que la “prevención de la violencia constituye una prioridad de salud pública”, referida a la violencia contra la mujer⁵⁶. La Organización destacó entonces las graves consecuencias de la violencia, tanto a corto como a largo plazo, para las personas, las familias, las comunidades y los países, y recalcó los efectos perjudiciales de la violencia en los servicios de atención de salud. Pidió a los Estados parte que considerasen urgentemente el problema de la violencia dentro de sus propias fronteras, y solicitó al Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que estableciera actividades de salud pública para abordar esta problemática.

Desde entonces y en sucesivas Asambleas, la OMS ha reiterado su compromiso con la prevención y abordaje de la violencia contra las mujeres, mediante Informes, Planes y Resoluciones, señalando a los países la necesidad de hacerse cargo de la violencia contra la mujer como problema de salud pública. En 2015, instó a los gobiernos a fortalecer “la función del sistema de salud en la lucha contra la violencia, en particular la ejercida sobre las mujeres y las niñas, y sobre los niños en general”.

En marzo de 2016, la Organización aprobó un “Plan de acción mundial sobre la violencia”⁵⁷, desde la perspectiva de la salud pública. Allí detalla la función del sistema de salud en relación con la violencia: promover una perspectiva de salud pública; identificar a quienes son víctima de violencias y proporcionarles servicios integrales de salud, en todos los niveles de la prestación de servicios sanitarios (esto es, en el nivel de la Atención Primaria y en niveles superiores); elaborar, ejecutar y evaluar programas de prevención de la violencia en el marco de sus actividades de prevención y promoción de la salud a nivel poblacional; y documentar la magnitud del problema, sus causas y sus consecuencias sanitarias y de otra índole, así como las intervenciones eficaces.

La Organización reconoce que el sistema de salud no puede realizar esta labor en forma aislada, sino que debe interactuar y coordinar su propia respuesta con otros sectores, entre ellos la policía y la justicia, los servicios sociales, la educación, la vivienda, los centros de acogida. Además de considerar: la protección de niños, niñas y adolescentes, el trabajo y el empleo, así como la igualdad de género o el empoderamiento de las mujeres. Concretamente, señala que puede intervenir ante otros sectores para que aborden los factores y determinantes de riesgo de la violencia; facilitar el acceso de los supervivientes/víctimas de la violencia a los servicios multisectoriales, inclusive mediante sólidos mecanismos de derivación de casos; hacer aportaciones a las políticas y los programas multisectoriales de prevención de la violencia; y prestar apoyo a otros sectores en las pruebas y la evaluación de sus intervenciones.

En 2015, como antecedente regional al Plan de Acción Mundial, la OPS aprobó una Estrategia y Plan de Acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer. Allí precisó que, al adoptarlos, “los Estados Miembros de la OPS no sólo han reconocido que la violencia contra la mujer es un problema de salud pública y de derechos humanos, sino que también se han comprometido a asegurar que sus sistemas de salud cumplan su responsabilidad de prevenir y responder a este tipo de violencia”⁵⁸ (OPS, 2015, Prefacio).

⁵⁶ Información extraída del siguiente enlace:

http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf

⁵⁷ Información extraída del siguiente enlace: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_CONF2-sp.pdf

⁵⁸ Extraído del siguiente enlace:

http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18386/CD549Rev2_esp.pdf?sequence=8&isAllowed=y

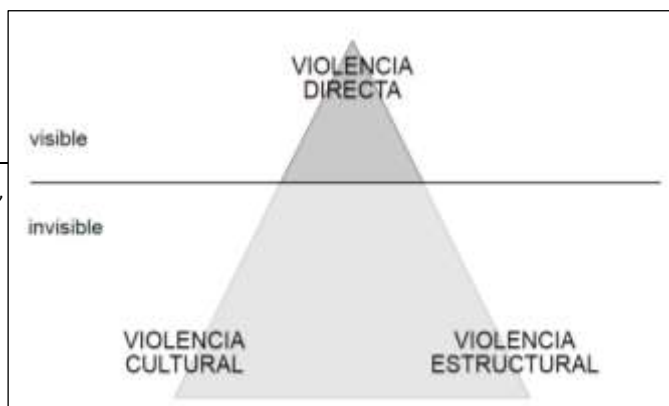
1.2 Definiciones y tipologías sobre las violencias contra las mujeres

“Situación la violencia en un continuo permite una contextualización apropiada de ésta, de modo que la privación de agua, alimentos y otros derechos humanos puede ser tan escandalosa y debilitadora como la violencia doméstica” (Informe 2011 A/66/215 Rashida Manjoo, 2011).

En términos globales las definiciones de violencias contra las mujeres y niñas basada en el género se pueden agrupar en tres grandes ámbitos. El primero aborda materias asociadas a la desigualdad y discriminación (fundamentalmente entre mujeres y hombres), en segundo lugar, involucra la visión de las violencias desde la convergencia de múltiples formas de discriminación, lo que aumenta el riesgo de que algunas mujeres sean víctimas de discriminaciones específicas, compuesta o estructural y, un tercer ámbito, la mirada de “interdependencia de los derechos humanos como un camino para comprender y abordar las causas de la violencia contra la mujer” en sus diferentes contextos,⁵⁹ donde la mirada desde interseccionalidad hacia grupos de especial protección, es relevante para la presente Política.

En el primer ámbito, encontramos diversas definiciones de la violencia contra las mujeres, siendo las más reconocidas aquellas mencionadas en la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) que la describe como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (Art. 1 - 1993) y la definición de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará) que explicita que “debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” (Art. 1 - 1994). Ambas definiciones, abarcan la violencia física, sexual y psicológica, sea que ocurra en la pareja, la familia, la comunidad; así como las perpetradas o toleradas por el Estado. Cabe mencionar que ambas Convenciones están ratificadas por Chile, por tanto, están en rango de Ley.

El segundo ámbito, se explica a través de la clasificación de violencia propuesta por el sociólogo y matemático Johan Galtung quien distingue tres categorías, que sintetiza en un triángulo de la violencia (estilo iceberg) a modo de destacar la violencia visible, que sería solo una porción del problema, y la violencia invisible, la que, al permanecer oculta, obstaculiza brindar una atención adecuada o tratamiento suficiente a la violencia.



⁵⁹ En Manual Curso 7° versión, 2021.

Fuente: Triángulo de la Violencia en Galtung (1998)

i. **Violencia Directa**, aquella que se ejecuta intencionadamente; quien la padece/sobrevive resulta con daños físicos, mentales o emocionales. A la base opera el abuso de poder, relaciones asimétricas o la discriminación, donde la finalidad es el “control” de uno sobre otra/o. Importante es señalar que la violencia directa, suele ser clara, visible y generalmente, es física⁶⁰.

ii. **Violencia Cultural**, parte de la violencia menos visible, cuando aspectos de la cultura contribuyen a dar legitimidad a la violencia contra las mujeres, tales como expresiones del arte, esferas de la religión, ciencia, el derecho, ideología, medios de comunicación, educación, salud, entre otras⁶¹.

iii. **Violencia Estructural**, parte de las violencias intangibles, se manifiesta cuando no existe una persona concreta que haya efectuado el acto de violencia, proviene de la propia estructura social, como los sistemas políticos y económicos, y expresiones como la represión, la explotación o discriminación⁶², afectando ámbitos asociados a supervivencia, bienestar, identidad, orientación o libertad de las personas.

Por último, está el concepto de violencia definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que lo describe como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno/a mismo/a, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”⁶³.

La concepción de violencia comprende tanto la violencia interpersonal, comportamientos suicidas, hasta la violencia que se manifiesta en contextos de conflictos armados, concentrando actos más allá de lo físico, tales como amenazas e intimidaciones. Además de las consecuencias del comportamiento violento, tales como la muerte y lesiones, la definición incluye consecuencias menos notorias, como los daños psíquicos, privaciones y deficiencias del desarrollo que comprometan el bienestar de las personas, las familias y las comunidades (OMS, 2002).

⁶⁰ Esta situación (lo visible) no siempre ocurrió de esta manera, dado los procesos de naturalización e invisibilización con que operan y se reproducen las relaciones de género.

⁶¹ Algunos casos de manifestación de la Violencia Cultural son, la prohibición de la iglesia católica a que mujeres ocupen roles o cargos eclesiásticos, la estigmatización de modelos y estereotipos de género en medios de comunicación, o la violencia en marco de tradiciones, como la mutilación genital femenina de niñas.

⁶² Ejemplo de expresiones de violencia estructural, diferencias pago de ISAPRE, brechas salariales, “techo de cristal”, concepto que hace referencia al bajo porcentaje de cargos directivos/gerenciales de las mujeres versus los hombres. Mencionado/abordado por autores como Marilyn Loden (1978), Lynn Martin (1991), Davidson y Cooper (1992), Morrison (1992), Holloway (2002), entre otros.

⁶³ Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Organización Mundial de la Salud (2002) en: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/abstract_es.pdf

Una tipología de la violencia que divide los comportamientos violentos en categorías, dependiendo de quién ha cometido el acto, quién es la víctima y a qué tipo de violencia ha sido sometida, es:

i) **Suicidio y Violencia Autoinfligida**, corresponde a violencia que una persona se inflige a sí misma, violencia dirigida contra uno/a mismo/a y comprende comportamientos suicidas y autolesiones, que podría incorporar la inducción al suicidio.

ii) **Violencia Interpersonal**, se refiere a la violencia causada por otra persona o grupo, se subdivide en dos categorías, intrafamiliar y de pareja y, la comunitaria.

ii.a) Intrafamiliar y de pareja, se produce entre miembros de la familia o compañeros/as sexo-afectivo/as, la mayor cantidad de ocasiones ocurre en el hogar. Incluye el maltrato de los niños y las niñas, iniciación sexual forzada, la violencia contra la pareja y el maltrato hacia las personas mayores.

ii.b) Comunitaria, ocurre entre personas no relacionadas entre sí, pueden conocerse o no, generalmente acontece fuera del hogar. Incluye la violencia juvenil, violaciones y agresiones sexuales por parte de desconocidos, la violencia en lugares de trabajo, espacios públicos, violaciones correctivas, prisiones o residencias para personas mayores.

iii) **Violencia colectiva**, es el uso instrumental de la violencia que ejercen grandes grupos humanos, como los Estados, grupos organizados u organizaciones terroristas, con la finalidad de alcanzar sus objetivos políticos, económicos, culturales, sociales o religiosos. Incluyen los conflictos armados, genocidios, dictaduras, omisiones o vejámenes sexuales cometidos por agentes del Estado y otras violaciones de los derechos humanos⁶⁴.

Por último, se expone la categorización y definiciones que utiliza el Ministerio de Mujer y Equidad de Género⁶⁵, respecto a la clasificación de los tipos de violencia de género:

- i. **Femicidio:** Según la legislación chilena (Ley N°21.212) “el femicidio es el asesinato de una mujer ejecutado por quien es o ha sido su cónyuge o conviviente, o con quien tiene o ha tenido un hijo en común, debido a tener o haber tenido con ella una relación de pareja de carácter sentimental o sexual sin convivencia. También se considera femicidio el asesinato de una mujer debido a su género cuando la muerte se produzca en alguna de las siguientes circunstancias:
 - Ser consecuencia de la negativa a establecer con el autor una relación de carácter sentimental o sexual;

⁶⁴ Cabe mencionar las Recomendaciones realizadas por la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, en sus Observaciones finales sobre el 6° informe periódico de Chile (2018); entre las cuales se puede señalar que "El Estado parte debe velar porque todos los casos de violencia de género ejercida contra mujeres y niñas, especialmente aquellos en los que haya habido acciones u omisiones de autoridades del Estado u otras entidades que den lugar a la responsabilidad internacional del Estado parte con arreglo a la Convención, sean investigados exhaustivamente, que los presuntos autores sean enjuiciados y, de ser condenados, sancionados debidamente, y que las víctimas obtengan reparación, incluida una indemnización adecuada" (CAT/C/CHL/CO/6)

⁶⁵ La definición de los tipos de Violencia de Género descritos en este apartado, fueron extraídos del siguiente enlace (2021): [Violencia Contra La Mujer – MinMujeryEG](#)

- Ser consecuencia de que la víctima ejerza o haya ejercido la prostitución, u otra ocupación u oficio de carácter sexual;
 - Haberse cometido el delito tras haber ejercido contra la víctima cualquier forma de violencia sexual, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 372bis⁶⁶;
 - Haberse realizado con motivo de la orientación sexual, identidad de género o expresión de género de la víctima;
 - Haberse cometido en cualquier tipo de situación en la que se den circunstancias de manifiesta subordinación por las relaciones desiguales de poder entre el agresor y la víctima, o motivada por una evidente intención de discriminación.
- ii. **Violencia sexual:** Cuando una mujer, niña(o) o persona de la diversidad sexo genérica, es obligada, mediante la fuerza física o amenazas psicológicas, a tener relaciones sexuales o a realizar actos sexuales que resultan humillantes o degradantes. La actividad sexual sin consentimiento es una violación o agresión sexual, incluyendo las llamadas “violaciones correctivas”. Su finalidad es obligar a la víctima a comportarse de manera heterosexual o acorde con una determinada visión normativa de la identidad de género.
 - iii. **Violencia psicológica (emocional):** Cuando se intenta controlar a una mujer, niña o persona de la diversidad sexo genérica mediante amenazas, humillaciones y presión emocional, con el propósito de hacerla sentir insegura y sin control sobre su vida y decisiones.
 - iv. **Violencia económica:** Cuando se intenta controlar a la mujer, niña o persona de la diversidad sexo genérica a través de la entrega del dinero necesario para su manutención personal y/o de las hijas o hijos, o de otras personas que integran la familia. También constituye violencia económica cuando se apropian del dinero que ganó la persona con su trabajo.
 - v. **Acoso sexual:** Cuando a una persona se le exigen favores sexuales a cambio de su permanencia en el trabajo o se condiciona su ascenso o cualquier mejoría laboral. También ocurre en los lugares de estudio, cuando se condicionan notas o pasar de curso a cambio de acceder a las peticiones de un profesor o director.
 - vi. **Acoso callejero:** que establece delitos de acoso sexual en el espacio público, incluyendo los abusos por sorpresa y la captación de imágenes en la vía pública de partes íntimas del cuerpo. La ley señala que comete acoso sexual el que realiza un acto de significación sexual capaz de provocar una situación objetivamente intimidatoria, hostil o humillante a la víctima, en lugares públicos o de libre acceso público, y sin mediar el consentimiento de la persona afectada". Casi todas las mujeres, niñas, personas de la diversidad, de distintas edades y condición social, han sido molestadas y/o agredidas en la calle, en el transporte público e incluso en su trabajo. Con el pretexto de un "piropo" o a causa de que la persona resulte atractiva para el agresor, se les dicen groserías, o se justifican "agarrones" y manoseos.
 - vii. **Tortura sexual,** según se establece en la Ley N°20.968 que tipifica los delitos de tortura y de tratos crueles, inhumanos y degradantes, se entenderá por tortura todo acto por el cual se inflija intencionalmente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos, sexuales o psíquicos, con el fin de obtener de ella o de un tercero información, declaración o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se le impute haber cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona, o en razón de una discriminación fundada en motivos entre otras interseccionalidades por su sexo, la orientación sexual, la identidad de género.

⁶⁶ ART. 372 bis." El que, con ocasión de violación, cometiere además homicidio en la persona de la víctima, será castigado con presidio perpetuo a presidio perpetuo calificado. Si el autor del delito descrito en el inciso anterior es un hombre y la víctima una mujer, el delito tendrá el nombre de violación con femicidio." Extraído del siguiente enlace: [Codigo-PENAL 12-NOV-1874 MINISTERIO DE JUSTICIA - Ley Chile - Biblioteca del Congreso Nacional \(bcn.cl\)](#)

- viii. **Violencia en el pololeo (en las relaciones íntimas de pareja sin convivencia):** Se entiende como violencia aquellas agresiones que se ejercen en forma física y que suelen dejar huellas externas en la persona agredida, por lo que pueden ser percibidas objetivamente por otros, como por ejemplo empujones, patadas, golpes, causados con las manos o algún objeto o arma. La violencia psicológica en tanto se trata de una forma de maltrato que es más difícil de detectar que la violencia física. Supone amenazas, insultos, humillaciones y conductas de desprecio. En Chile existe una Ley de violencia intrafamiliar, la cual protege a las víctimas que sufren de violencia, sin embargo, esta ley no considera a quienes tiene una relación informal como pololeo o relación esporádica.

Otros tipos de violencia hacia las mujeres o lo femenino, son:

- ix. **Transfobia:** La transfobia es el miedo, odio, falta de aceptación o la incomodidad frente a las personas transgénero, o personas cuya expresión de género no se ajusta a lo tradicional.⁶⁷
- x. **Matrimonio infantil:** Cualquier matrimonio en el que uno o ambos cónyuges sean menores de 18 años. Constituye una violación de Derechos Humanos, que establece que “sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse el matrimonio”. Las niñas tienen una probabilidad mayor que los niños de casarse siendo menores de edad.⁶⁸
- xi. **Mutilación genital femenina:** Incluye procedimientos destinados a alterar de manera intencionada o causar daños en los órganos genitales femeninos por razones no médicas. Se clasifica en cuatro grandes tipos, y tanto la práctica como las motivaciones varían según los lugares. La MGF es una norma social, a menudo considerada como un paso necesario para preparar a las niñas para la madurez y el matrimonio. Por lo general se debe a creencias asociadas al género y a su relación con una “expresión sexual adecuada”.⁶⁹
- xii. **Asesinatos por honor:** consiste en asesinar a un familiar, a menudo una mujer o una niña, alegando que la persona en cuestión ha traído el deshonor o la vergüenza a la familia. Es frecuente que estos asesinatos estén relacionados con la pureza sexual y con presuntas transgresiones por parte de familiares de sexo femenino.

Para comprender las diferencias y similitudes entre la violencia contra las mujeres y la violencia intrafamiliar convenientemente, resulta indispensable considerar los siguientes ámbitos:

- a) *El tránsito desde la concepción de Violencia Intrafamiliar (VIF) a Violencia contra las mujeres (VCM),* perfecciona los alcances de la violencia intrafamiliar originada en una conceptualización de familia tradicional, en el espacio privado y contexto doméstico, enmascarando especificidades del problema de la violencia contra las mujeres, ya que se acoplan las situaciones de violencia de otros/as integrantes de la familia, como el maltrato infantil, contra adultos/as mayores o personas con discapacidad.

⁶⁷ Definición extraída de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH). Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género [Internet]. 2012. Disponible en: www.wpath.org

⁶⁸ Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas - ONU Mujeres. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>

⁶⁹ Se clasificó por primera vez como violencia en 1997 a través de una declaración conjunta de la OMS, el UNICEF y el UNFPA. En Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas - ONU Mujeres. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>

- b) *El visibilizar y problematizar la diversidad de tipos y manifestaciones de la violencia, sus contextos y espacios en que se ejerce y la diversidad de mujeres, como señala el Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, “todas las mujeres en su diversidad, abordando todas las manifestaciones de violencias, en todos los espacios y contextos en que éstas se ejerzan”⁷⁰, esta concepción permite ampliar la mirada hacia todas las mujeres. Como en el curso de vida, incluyendo a gestantes, niñas, adolescentes, jóvenes, adultas o adultas mayores, incorporando el enfoque interseccional de vulnerabilidades, según factores que expanden las discriminaciones a la mujer, por el simple motivo de ser mujeres.*

Es así como se presenta una clasificación de la violencia contra las mujeres, que reconoce cinco grandes criterios que se interrelacionan, dando cuenta de la diversidad de espacios y contextos donde se ejerce, tipos y manifestaciones, y personas que la evidencian, que se presenta en el siguiente cuadro:

Criterios	Tipos y manifestaciones
Espacios	Público y Privado
Contextos	Intrafamiliar/Doméstico, Pareja/expareja, Laboral, Educacional, Transporte público Manifestación/marcha/protesta, Migración/Desplazamiento, Catástrofes/desastres, Virtual/Digital, Institucional/Estatal, Cultural/Colonial, Conflicto armado, entre otros.
Tipos	Física, Psicológica, Sexual, Económica, Patrimonial y Simbólica.
Manifestaciones	Amenazas, insultos, humillaciones, femicidios, hostigamiento, acoso, abuso sexual, esterilización forzada, experiencias negativas en el proceso de gestación y parto, infanticidio de niñas, casamiento de niñas, mutilación genital, crímenes de honor, asesinato de viudas, genocidio de mujeres, secuestro, tortura, trata de personas, mediática, grooming, ciber sexismo, porno venganza, sextorsión, entre otros.
Mujeres	Sexo/género, orientación sexual, identidad de género, expresión de género, edad/generación/ciclo vital, clase social/nivel socioeconómico, raza/color, pueblo originario/indígena, nacionalidad, discapacidad/diversidad funcional, ruralidad/urbanidad, condición de migrante/refugiada/desplazada, privada de libertad, situación de calle, embarazo, condición de salud/enfermedad, entre otras.

Fuente: Adaptación Manual Curso 7° versión, “Herramientas para el abordaje de la violencia de género”. SERNAMEG – Universidad de Concepción, 2021.

1.2.1 Violencias de género en entornos virtuales

Hoy en día, los entornos virtuales se comprenden como aquellas relaciones que se establecen por medio de la red (internet) siendo parte de la escena social como un elemento del cotidiano vivir, posicionándose como un medio de información, comunicación y como un espacio de recreación, interacción y organización social.

El acceso a internet en Chile ha tenido un creciente aumento en los hogares. Las encuestas de la Subsecretaría de Telecomunicaciones muestran que el acceso a Internet en el hogar ha crecido

⁷⁰ En Plan Nacional de Acción en Violencia contra las Mujeres 2014 – 2018, Ministerio de la Mujer y Equidad de Género.

desde 60,4% en 2012 a 87,4% en 2017. Es decir, casi 9 de cada 10 hogares tienen acceso a internet. El año 2021, el total de personas conectadas a internet sumaría 15.78 millones, cifra que crece solo un poco (7%) respecto al año 2020. A diferencia del 2020, en el año 2021 se suman 1 millón de nuevos usuarios a las redes sociales, de los cuales una gran mayoría (98.8%) prefiere ingresar desde teléfonos móviles. Al respecto es relevante señalar que, en el país existen 53 millones de servicios de telecomunicaciones a junio de 2020, lo que se traduce en 2,7 servicios por persona.⁷¹

Si bien el uso de las redes sociales y de la red en general es un avance y una nueva forma de relacionarse, en este escenario se visualizan riesgos de ser víctimas de agresiones o abusos sexuales en línea. Esto último corresponde a un tipo de agresión sexual mediada por la tecnología, en la victimización sexual en un entorno virtual y en la interacción abusiva que puede ocurrir entre personas de la misma edad o entre un adulto (agresor/a) y una niña, niño o adolescente (víctima). Este agresor, utiliza las herramientas tecnológicas para persuadir, presionar y victimizar con el fin de obtener algún tipo de material sexual (fotos, videos) de esta niña, adolescente y en algunas ocasiones mujeres para posteriormente, chantajear, efectuar una exposición indeseada a pornografía hasta el grooming, que es cuando el agresor utiliza diferentes estrategias como el halago, la presión, chantaje y amenaza para conseguir diversas interacciones sexuales en el entorno virtual e incluso concretar el encuentro en persona.

Además, las violencias en línea o entornos virtuales pueden incluir:

- Ciberacoso, que es el envío de mensajes intimidatorios o amenazantes.
- Sexteo o sexting, que corresponde al envío de mensajes o fotos de contenido explícito sin contar con la autorización de la persona destinataria.
- Doxing, que es la publicación de información privada o identificativa sobre la víctima.

Por su parte, en el marco de las recomendaciones al Estado de Chile en esta materia, el Consejo de Derechos Humanos en su 41° período de sesiones (24 de junio al 12 de julio de 2019) en el Informe del Grupo de Trabajo del Examen Periódico Universal de Chile, se realizaron las siguientes recomendaciones al Estado asociadas al tema de ciberacoso, tales como:

- Aprobar legislación concreta para proteger y promover los derechos humanos en el entorno digital, incluido el derecho a la intimidad (Brasil).
- Velar porque las mujeres puedan vivir una vida libre de violencia, incluso en contextos digitales, mediante una legislación apropiada, medidas preventivas, educación y recursos adecuados, incluidos servicios para las supervivientes (Canadá).
- Examinar y revisar las leyes, políticas y reglamentos para hacer frente a la violencia contra la mujer, inclusive en contextos digitales, de conformidad con sus obligaciones internacionales en materia de derechos humanos (Islandia).

⁷¹ Subsecretaría de Comunicaciones, Ministerio de Transportes y Telecomunicaciones.
Disponible en: <https://www.subtel.gob.cl/conexiones-de-internet-fija-crecen-55-en-chile-a-junio-de-2020/>

1.3 Grupos de especial protección y las violencias de género

1.3.1 Mujeres

“Las mujeres, sólo por el hecho de ser mujeres, viven diversas formas de violencia de parte de sus parejas o de su entorno que van desde el control hasta la agresión física. Esto se justifica porque en muchas culturas, incluida la chilena, todavía se cree que los hombres tienen derecho a controlar la libertad y la vida de las mujeres”. Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, 2021

Las mujeres son el grupo de la población históricamente más afectado por las violencias de género, y estudios realizados por la OMS nos muestran que la violencia por parte de una pareja íntima es la forma más común de violencia contra mujeres en todo el mundo. Ello tiene graves efectos sobre la salud física, la salud sexual y reproductiva, sobre la salud mental y conductual, todo ampliamente documentado.⁷²

Tabla: Ejemplos de consecuencias de la violencia y la coacción sexuales para la salud de las mujeres

Salud reproductiva	Traumatismo ginecológico Embarazo no planeado Aborto inseguro Disfunción sexual Infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH Fístula traumática
Salud mental	Depresión Trastorno por estrés postraumático Ansiedad Dificultades del sueño Síntomas somáticos Comportamiento suicida Trastorno de pánico
Conductuales	Comportamiento de alto riesgo (por ejemplo, relaciones sexuales sin protección, iniciación sexual consensual temprana, abuso del alcohol y otras drogas) Riesgo mayor de perpetrar (los hombres) o de sufrir (las mujeres) Violencia sexual posterior
Resultados mortales	Muerte por: Suicidio Complicaciones del embarazo Aborto inseguro SIDA Asesinato durante la violación o en defensa del “honor” Infanticidio de un niño nacido como resultado de una violación

Fuente: Adaptación “Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual” Washington, DC: OPS, 2013

⁷² Disponible en <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-mujer>.

Según la OMS (2013) las mujeres que viven en situación de violencia tienen un riesgo de 52% de presentar infección por VIH, 61% de presentar sífilis, 81% de presentar clamidia/gonorrea, 97% de presentar depresión, y 82% de presentar trastornos por consumo de alcohol. Este estudio también señala que existe un mayor riesgo en términos de salud reproductiva, por ejemplo, el riesgo de peso menor a 2.5 kg al nacer es 16% mayor entre hijos/as de mujeres que presentan violencia de aquellas que no, lo mismo con la ocurrencia de parto antes de las 37 semanas, cuya probabilidad aumenta en 41% para gestantes que han vivido violencia de género. Además, destaca el riesgo de lesiones o traumatismo entre las mujeres víctimas que supera el doble respecto de mujeres no víctimas de violencia (191%).

Las consecuencias físicas, psicológicas y conductuales pueden persistir por mucho tiempo después de que haya cesado la violencia, incluso presentando consecuencias intergeneracionales, afectando el desarrollo y el bienestar de hijos/as de las mujeres maltratadas.

En específico cuando se analizan los efectos respecto de la violencia sexual contra la mujer, independiente de los graves efectos físicos y de salud mental, existen otras consecuencias, a saber:

- ✓ **Trabajo.** Experimentar una situación traumática como la violencia sexual puede interferir con la capacidad de trabajo. Personas que experimentaron abuso o acoso sexual tuvieron que renunciar a sus empleos o fueron obligadas durante el primer año después del abuso, lo que refleja una evidente injusticia y una pérdida de ingresos.
- ✓ **Hogar.** Muchas mujeres son obligadas a abandonar sus hogares para encontrar seguridad debido a la violencia. Investigaciones demuestran que la mitad de las mujeres, niñas y niños sin hogar, llegaron a estar en situación de calle, para escapar de la violencia de la pareja.
- ✓ **Establecimiento educacional.** Un porcentaje de mujeres abusadas sexualmente no realiza la denuncia del abuso, por miedo o para poder continuar su educación.
- ✓ **Niñas, Niños y Adolescentes.** Las mujeres con hijos/hijas o personas a cargo, pueden permanecer con la pareja abusadora por miedo a perder la custodia o el contacto con ellos”.⁷³

Esterilizaciones forzosas: corresponde a la aplicación de intervenciones de esterilización en forma permanente y con fines contraceptivos, en particular a niños, niñas y adolescentes en situación de discapacidad. Al respecto, el Comité de la CEDAW en sus Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Chile (2018) recomienda al Estado de Chile garantizar la plena aplicación de las directrices nacionales sobre la regulación de la fecundidad (2018) asegurando que el procedimiento de “consentimiento informado” sea solicitado por el personal médico antes de la esterilización. Los profesionales que realizan esterilizaciones sin tal consentimiento deben ser sancionados. La reparación y compensación financiera deberán estar disponibles para las mujeres víctimas de esterilización no consentida (CEDAW/C/CHL/CO/7).

Trato inadecuado o maltrato en la atención gineco-obstétrica: “En el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no sólo viola los

⁷³ Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Disponible en: <https://espanol.womenshealth.gov/relationships-and-safety/effects-violence-against-women>

derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación”. Esta declaración establece que las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación.⁷⁴

Toda mujer tiene derecho a recibir una atención prenatal apropiada y libre de violencia, lo que hace referencia a conductas de acción u omisión que se derivan del proceso de atención del embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio en el ambiente hospitalario lo que involucra manifestaciones de violencias como el maltrato físico y verbal, humillación, procedimientos médicos sin consentimiento, la falta de confidencialidad, la negativa a administrar analgésicos, las violaciones de la privacidad, entre otras.

Desde el Sector Salud, si bien se reconoce que toda violencia contra la mujer es condenable, se ha puesto énfasis en la violencia que se da en las relaciones de pareja y familiares por su prevalencia e impacto que tiene en la salud de la mujer y de sus hijos/as. Esta violencia se produce en un ámbito privado, ejercida por quienes sostienen o han sostenido un vínculo afectivo, conyugal, de pareja, paternofilial o semejante con la víctima, afectando por tiempos muy prolongados, con alta intensidad y grado de estrés, trayendo graves daños a la salud de todo el grupo familiar y la sociedad.

Las mujeres que sufren violencia tienen más necesidades de atención y solicitan servicios de salud con mayor frecuencia que la población en general; su demanda crece a medida que aumenta la frecuencia y gravedad de la violencia. En cambio, es menos probable que las mujeres víctimas de violencia de pareja busquen servicios de atención preventiva, como mamografías, exámenes para medir colesterol, presión arterial y/o pruebas de detección de cáncer. Esto tiene claras implicancias para la salud general de las mujeres víctimas y también para los costos sanitarios, ya que la prevención es más eficaz en función de los costos que el tratamiento.

En definitiva, las mujeres que padecen violencia tienen peores resultados en salud que aquellas que no. Las características, los factores de riesgo y las consecuencias de la violencia contra las mujeres son diferentes de las asociadas a la violencia contra hombres. Los varones tienen mayores probabilidades que las mujeres de sufrir violencia en el contexto de conflictos armados y actividades delictivas, mientras que las mujeres tienen mayores probabilidades que los hombres de sufrir violencia y lesiones provocadas por personas cercanas, como parejas, exparejas, familiares o conocidos. Además, las niñas y mujeres tienen una mayor probabilidad de sufrir violencia sexual que niños varones o los hombres, trayendo aparejadas consecuencias para la salud reproductiva de las mujeres.

⁷⁴ Prevención y Erradicación del en Centros de Salud. OMS (2014)

1.3.2 Personas de la diversidad sexo genéricas

Identidad de género es “la vivencia interna e individual del género tal como cada persona siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales”.
Principios de Yogyakarta (2007)

Las personas de la diversidad sexual y de género no son la causa de las desigualdades que sustentan expresiones y manifestaciones de violencias, más bien el origen se encuentra en aquellas atribuciones fijas y preestablecidas de roles y conductas diferenciadas para hombres y mujeres, valoraciones y jerarquías que asignan a lo masculino un poder de superioridad, de dominación y una mayor expectativa social, desde en lugar de privilegio (masculinidad hegemónica)⁷⁵ En términos convencionales, esta relación entre sexo y género supone un binarismo en torno a las categorías de hombre y mujer o de masculino y femenino, como categorías determinadas, universales, complementarias y como la única forma de comprender la expresión sexual y de género, dejando fuera la diversidad de formas, ya sea de manifestaciones de la sexualidad y/o del género.

En este modelo de sociedad asentado en las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, que se expanden a expresiones de desigualdad y discriminación de índole social, política y económica, así como también en el ámbito de derechos las personas de las comunidades LGBTIQ+, son muchas veces inadvertidas, invisibilizadas, menospreciadas o maltratadas.

En esta misma línea, la niñez se considera una de las etapas con mayor relevancia en el desarrollo de los ciclos vitales de una persona (Cornellà, 2002), puesto que se incorporan los primeros aspectos que configuran la noción de lo cotidiano, lo normal y lo culturalmente aceptado desde los padres y madres hacia sus hijos e hijas. Aquí, el diagnóstico inicial del sexo biológico desde la medicina se transforma, en múltiples ocasiones, en una condicionante que está vinculada a un género preestablecido, el cual es reproducido por las familias tradicionales.

Si bien en la actualidad existen modelos de crianza que interpelan estos fundamentos biologicistas y conservadores (Téllez Infantes y otros, 2008), aún estamos en presencia de modelos de crianza que tienen a replicar las nociones binarias de la configuración social en múltiples escenarios.

El vestuario se impone desde la familia hacia los hijos e hijas, generando una estética, una figura pragmática de lo femenino y lo masculino, en donde difícilmente se permiten intermedios o matices (Butler, 1999). En este sentido, si bien existen personas trans que no se sienten cómodas con los atuendos impuestos en su desarrollo, esto no constituye que todas las personas que no se sientan representadas con estos ropajes culturales lo sean, descartando los mitos de que toda persona que no se ajuste a la norma de género binario es una persona Trans o género no conforme (Martínez Guzmán, y otros, 2018).

⁷⁵ “Las sociedades atribuyen y reproducen características, roles, formas de ser, estar y sentir diferentes a los varones y las mujeres, bajo un sistema considerado patriarcal y androcéntrico” (Katzkowitz et al, 2016, p. 9).

Algunas personas se sienten cómodas con el género que se les asigna al nacer, sea masculino o femenino; pero hay otras que no se identifican ni como varones, ni como mujeres, como en el caso de aquellas personas que se identifican como no binarias, cuyo término hace referencia a las personas cuyas identidades de género no corresponden al arquetipo de los géneros predominantes en una determinada cultura, reconfigurando los parámetros del sistema sexo género y los tránsitos de género de extremo a extremo que este conlleva, dando consigo la apertura de nuevas configuraciones, escapando del binomio de género “femenino” y “masculino” (Cienfuegos Cortes, 2019). Recordar que el concepto “género” no tiene que ver con el “sexo”, ni con “orientación sexual”.

Es importante aclarar ciertos conceptos que con frecuencia se encuentran solapados. La identidad de género hace referencia al género con el que una persona se identifica. Algunas personas se identifican como varones o con el género masculino, otras como mujeres o con el género femenino, otras no se identifican ni como varones ni como mujeres y se identifican como personas no binarias.

En cambio, lo que se denomina expresión de género, tiene que ver en cómo expreso el género, en términos de vestimenta, hábitos, conductas, lo que no es equivalente a la identidad de género. Por ejemplo; “puedo identificarme como mujer, pero mi expresión de género no responde al estereotipo de lo que entendemos por lo femenino”. Otro ejemplo es el caso de las personas no binarias, cuyas expresiones son multimodales y no se alinean ni con el estereotipo femenino, ni con el estereotipo masculino. *“Creo que, en general, todas las personas nos expresamos de manera multimodal. Es decir, no tenemos conductas “homogéneas” en relación con uno u otro estereotipo y, al mismo tiempo, continúan siendo -lo femenino y lo masculino- los ejes de referencia para movernos por “dentro” de ellos (como las personas que nos identificamos mujeres o varones) o por “fuera” (como el caso de las personas no binarias).”*⁷⁶

Los crímenes en contra de este segmento de la población se describen con mayores niveles de violencia en cuanto al ensañamiento y crueldad, lo que evidencia la carencia e ineficacia en la adopción de medidas efectivas y sustentables para prevenir, investigar, sancionar y reparar estos actos de violencia en contra de los grupos LGBTIQ+. Al respecto cabe señalar, los bajos índices de denuncias, la ausencia de mecanismos oficiales de recolección de datos y los prejuicios que ocultan las violencias a las personas de la diversidad sexual y de género, lo que entorpece una respuesta más efectiva de los Estados. (OEA, 2015)

Por su parte, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) describe a la violencia contra las personas LGBTIQ+ como “social contextualizada”, es decir que la motivación del perpetrador no solo es un acto individual, sino que debe ser comprendido como un fenómeno complejo y multifacético. En ese sentido, los actos de violencia contra personas de la comunidad LGBTIQ+ son comúnmente conocidos como “crímenes de odio”, actos homofóbicos o transfóbicos, los que se comprenden bajo el concepto de “violencia por prejuicio”⁷⁷ contra las orientaciones sexuales y las identidades de género no normativas.

⁷⁶ Cita mencionada por OTDChile, 2021.

⁷⁷ La violencia por prejuicio es un fenómeno social que se dirige contra grupos sociales específicos, tiene un impacto simbólico y envía un mensaje a la comunidad.

En Chile y en general en el mundo, no se dispone de respuestas suficientes e integrales para la atención de salud de personas de la diversidad sexo genérica, donde la problemática de la violencia es un eje fundamental. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012) señala que muchos tratamientos psicoterapéuticos que padres, profesores, tutores u otros, exponen a niños, niñas, adolescentes y jóvenes para "enmendar" su orientación sexual y/o identidad de género no disponen de base científica y representan una amenaza a la salud y vulneración de los derechos de las personas afectadas. En este sentido, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) recomienda a los Estados realizar las modificaciones necesarias a su legislación y políticas para prohibir procedimientos médicos innecesarios en niños, niñas e intersex, cuando sean realizados sin previo consentimiento, libre e informado, exceptuando aquellos casos de necesidad o riesgo médico.

Las personas trans y género no conforme al transitar de género en algún punto de su vida, y no responder a las categorías normativas del "ser mujer", ni hegemónicas de lo masculino desde lo cisgénero, suelen ser víctimas de la violencia que sufren las mujeres cisgénero, en algún punto de su vida o durante toda su vida. La evidencia científica generada por las organizaciones civiles trans ha demostrado que los esfuerzos desplegados por el Estado suelen ser insuficientes.⁷⁸

Las personas de la diversidad sexo genérica pueden ser víctimas de los mismos tipos de violencias descritos en las secciones anteriores hacia las mujeres, por ello es fundamental emplear la interseccionalidad para comprender las distintas manifestaciones de violencias y opresiones sociales, visibilizando a las mujeres trans, mujeres lesbianas, mujeres bisexuales, mujeres intersexuales, personas no binarias que son percibidas como mujeres, mujeres que además pueden ser niñas, o discapacitadas, etc. ya que simbólicamente la conceptualización de "las mujeres" tiende a omitir la presencia o ignorar la superposición de violencias.

En el caso de personas trans y no binarias que fueron asignadas al género femenino al nacer (trans masculinos, hombres trans y personas trans no binarias), que si realizan su tránsito de género durante su adultez, es muy posible que hayan estado expuestos(as) a sufrir algún tipo de violencias, tales como sexual, acoso, violencia en la pareja, violencia económica, entre otras; durante todo el periodo anterior al tránsito, porque socialmente fueron percibidos(as) como mujeres aunque su identidad de género no fuera está. A la violencia ya mencionada se añade la violencia específica en contra personas de la diversidad sexual y de género, que en este caso se podría manifestar a través de violaciones correctivas, esterilizaciones forzadas, violencia obstétrica, además de situaciones de discriminación explícita en razón a identidad o expresión de género que se puede manifestar a través de agresiones verbales, y físicas que incluso pueden llegar al asesinato que lamentablemente en la actualidad no está tipificado jurídicamente para las personas trans, como en el caso del femicidio que permite aplicar estrategias de prevención y sanción de estos delitos.⁷⁹

⁷⁸ Como lo contrasta la primera encuesta destinadas a personas trans y género no conforme "Encuesta T" (población encuestada 315 personas), que señala, respecto al grado de la discriminación, que un 34% declara haber sufrido una alta y muy alta discriminación durante 5° a 8° básico. Respecto al tipo de violencia más frecuente, un 50% declara que han cuestionado su identidad, mientras que un 39% señala haber sido ignorado/a/e o agredido/a/e verbalmente. (OTD, 2017) "Los compañeros y amigos son quienes más agreden verbalmente y los profesores y directivos son quienes más ignoran y cuestionan la identidad de las personas trans o género no conforme. Por otro lado, un 56% declara haber intentado suicidarse" (OTD, 2017).

⁷⁹ OTDChile, 2021.

Además, en el caso de personas trans y no binarias que fueron asignadas al género femenino al nacer, pero que no tienen una expresión de género masculina hegemónica pueden verse expuestos/as a estos ejes de violencia durante todo su ciclo vital.

En el caso de personas trans y no binarias que fueron asignadas al género masculino al nacer (trans femeninas, mujeres trans y personas no binarias), comienzan a sufrir los primeros episodios de violencia por parte del primer ente socializador (la familia), donde los modelos de crianza “masculina tradicional” se comienzan a impartir desde la primera infancia a través de dinámicas de juego que tienden a reforzar los estereotipos de cómo debe ver, ser y estar desde lo masculino, si bien en la actualidad hay una visión más crítica de las familias en cuanto a estas dinámicas de juego, el constante bombardeo de información mercantilizada en programas de televisión destinados a NNA, continúan reforzando estereotipos como la rudeza para los niños y delicadeza para las niñas (Alexanian, s.f.). Estos estereotipos son introyectados en las familias, quienes, a su vez, en su “rol de protección”, regulan los comportamientos que se escapan a lo femenino y masculino en sus hijos e hijas mediante frases como: “compórtate como niño; las niñas no hacen eso”, esto sumado al estímulo recompensa o castigo, genera factores de riesgo que se van acumulando en el tiempo, acarreando problemas de salud mental que terminan desencadenando en transfobia internalizada (Lamas, 2009).

Las personas trans que se identifican como no binarias y trans femeninas (personas asignadas masculinas al nacer) tienden a ser expulsadas de su hogar a temprana edad, por lo que el trabajo sexual se instala como un modo de supervivencia cuando la persona no es sujeto/a/e de cuidado por ninguna entidad estatal o familiar. A esto se le suma el analfabetismo o baja escolaridad, producto de la deserción o expulsión temprana del sistema educativo, lo que reduce las posibilidades de encontrar trabajos que no estén relacionadas con el trabajo sexual (Cienfuegos Cortes, 2021). En la actualidad las ciencias sociales han podido establecer que la situación laboral de las personas trans y de género no conforme es una de las consecuencias de la violencia de género, tal como lo contrasta el estudio realizado por el Movimiento de liberación Homosexual el cual estableció que el 43,2% de la población encuestada se encuentra cesante y que a su vez el 66,7% de la población trans femenina del mismo estudio refirió haber sido cuestionada en razón de su identidad de género en los espacios laborales.

Pensando en las violencias específicas que pueden sufrir personas de la diversidad sexo genérica, es necesario relevar que el sistema familiar puede ser una red de apoyo, que permite a las personas de diversidad sexual y de género desarrollarse con su identidad y expresión de género, u orientación sexual no normativo. No obstante puede ser, un sistema donde se perpetren las violencias por no cumplir los mandatos sociales con relación al género.

En relación con hombres de la diversidad sexual (hombres gays, bisexuales, entre otros), estos también pueden sufrir violencia por no cumplir los mandatos de la masculinidad hegemónica, que se pueden manifestar a través de crímenes de odio, por verse como sujetos feminizados que no reproducen el orden social en relación con su expresión de género u orientación sexual.

1.3.3 Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes

“Los Estados Parte adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato

negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo. Convención sobre los Derechos del Niño. (Art. 19.1, CDN).

La OMS (1999) señala que el abuso o maltrato infantil se entiende como toda forma de maltrato físico y/o psicológico, abuso sexual o tratamiento negligente o comercial u otra forma de explotación que cause o pueda causar daño a la salud del/a niño/a, a su sobrevivencia o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

La evidencia, demuestra que la violencia en niñas, niños y adolescentes (NNA) genera graves consecuencias en su desarrollo y bienestar, por ejemplo, sufren síntomas depresivos, miedos, alteraciones del sueño, problemas de socialización y de integración en la escuela o deben asumir roles parentales de protección hacia sus hermanos menores o su madre.

Entre quienes han presenciado el asesinato de su madre, la vivencia les ocasiona un enorme trauma y genera situaciones de vulnerabilidad extrema que tienen serios efectos físicos, psicológicos y sociales a largo plazo, y lamentablemente no solo para niños, niñas, adolescentes sobrevivientes, sino también para sus familias y comunidades, por ello es urgente recordar que un porcentaje importante de mujeres víctimas de violencia, son menores de 18 años.

Los diferentes tipos de violencia en este segmento de la población se retroalimentan, superponen y muchas veces son un continuo que repercute y se perpetúa a lo largo de la vida. Reconocer, visibilizar, no justificar, ni tolerar ningún tipo de violencias de género contra las niñas y las adolescentes es el principio para abordar y atender este flagelo. Los niños y niñas sobrevivientes y víctimas de violencia de género requieren asistencia, protección y apoyo especial, necesitan medidas específicas basadas en los principios y disposiciones de las normas de derechos humanos.

Una caracterización de los tipos de violencia que pueden sufrir NNA según el Comité de los Derechos del Niño son: Descuido o trato negligente, Violencia mental, Violencia física, Castigos corporales o físicos, Abuso y explotación sexuales, Tortura y tratos o penas inhumanas o degradantes, Violencia entre niños, Autolesiones, Prácticas perjudiciales, Violencia en los medios de comunicación, Violencia por medio de la tecnología de la información y la comunicación (TIC) o Violaciones de los derechos del NNA en las instituciones y el sistema,⁸⁰ las que pueden agudizarse al interseccionar con otros tipos y manifestaciones de violencia, descritas en el documento.

Es importante destacar que el género y la edad inciden en la expresión y magnitud que alcanza la violencia. Especial atención se debe tener con los fenómenos de revictimización, la mayor vulnerabilidad económica al verse privados de los cuidados y sustento de sus madres, las principales víctimas de trata detectadas son mujeres y niñas, la violencia en línea o digital⁸¹, la violencia en el pololeo, la violencia entre pares y en el ámbito escolar,⁸² o el matrimonio infantil u otras manifestaciones de violencia invisibilizadas o culturalmente aceptadas contra niños, niñas y

⁸⁰ Definiciones, disponibles en:

https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/28508/2/BCN_Leg.Comp.ViolenciaNNA_VF_Abril_2020_pdf.pdf

⁸¹ La violencia en línea puede incluir ciberacoso, que consiste en el envío de mensajes intimidatorios o amenazantes. Sexteo o sexting: Envío de mensajes o fotos de contenido explícito sin contar con la autorización de la persona destinataria. Doxing: Publicación de información privada o identificativa sobre la víctima.

⁸² Los estudiantes varones se ven envueltos mayormente en situaciones de maltrato físico (golpes), mientras que las mujeres practican preferentemente el maltrato social o psicológico (Faúndez y Weinstein, 2012).

adolescentes, que incita como sector salud, a estar atento para detectar, abordar y tratar oportunamente estas prácticas de violencias de género contra niños, niñas y adolescentes como grupo de especial protección.

1.3.4 Mujeres con discapacidad

El Estado adoptará las medidas necesarias para asegurar a las mujeres con discapacidad y a las personas con discapacidad mental, sea por causa psíquica o intelectual, el pleno goce y ejercicio de sus derechos en condiciones de igualdad con las demás (...) Con el fin de garantizar el derecho a la igualdad (...) el Estado establecerá medidas contra la discriminación, las que consistirán en exigencias de accesibilidad, realización de ajustes necesarios y prevención de conductas de acoso. Ley N°20.422, 2010.

Desde la ratificación de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en el año 2008, y la promulgación de la Ley N°20.422, el modelo conceptual para abordar la discapacidad ha transitado desde uno médico o rehabilitador, a uno social o de derechos humanos⁸³. A partir de este cambio de paradigma, la legislación nacional consagra una definición de discapacidad que deja de centrarse en la mera “deficiencia” o diversidad funcional, para relevar que la discapacidad surge cuando una persona, que presenta una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

En Chile, según datos del II Estudio Nacional de la Discapacidad (2015), aproximadamente 2 de cada 3 personas con discapacidad son mujeres. Las mujeres con discapacidad presentan una probabilidad dos o tres veces mayor de experimentar situaciones de violencia en comparación con las mujeres sin discapacidad, ya sea por parte de sus familiares, parejas, cuidadores e instituciones. La comparación con los hombres sin discapacidad, las mujeres con discapacidad tienen una probabilidad tres veces mayor de que sus necesidades de atención sanitaria no sean satisfechas.⁸⁴

⁸³ Modelo médico o rehabilitador: Modelo de tratamiento de la discapacidad que sostiene que las causas de esta son el producto exclusivo de una limitación o enfermedad física, psíquica, mental o sensorial; anomalías patológicas que impiden a la persona realizar aquellas actividades que se consideran normales. Para este modelo, la discapacidad es un problema de la persona, a quien es imprescindible rehabilitar, y el tratamiento de la discapacidad se encuentra encaminado a conseguir la cura, la mejor adaptación de la persona, o un cambio en su conducta. El fin primordial que se persigue desde este paradigma es normalizar a estas personas, aunque ello implique ocultar la diferencia que la discapacidad representa.

Modelo social o de derechos humanos: considera que las causas que originan la discapacidad no son personales, sino que fundamentalmente sociales, situando el “problema” fuera de la persona. No son las limitaciones individuales las raíces del problema, sino las limitaciones de la propia sociedad para prestar servicios adecuados y asegurar que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social. Entonces, las deficiencias y la discapacidad no son más que el resultado de una deficiente construcción social, que crea un entorno incapacitante para aquellas personas que por sus particulares condiciones requieren ciertos apoyos para su desenvolvimiento pleno en la sociedad.

Ambas definiciones fueron extraídas de: Medina, R. (2017). La interdicción por demencia a la luz de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Memoria para optar al Grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de Chile. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/143984>

⁸⁴ Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/women-and-girls-with-disabilities/facts-and-figures>

Se reconoce “la invisibilización de sus necesidades, la negación de la sexualidad en las mujeres con discapacidad, la utilización de mujeres con discapacidad para generar lástima, la dependencia forzada, pues a las mujeres las obligan a ser dependientes; la invisibilización de la diversidad de mujeres con discapacidad; la insensibilización del dolor por las enfermedades por parte de los sistemas médicos; del tráfico de las mujeres con discapacidad.”⁸⁵

Asimismo, algunas razones por las que la violencia se agrava en el caso de mujeres con discapacidad son: la mayor dependencia y miedo a denunciar los abusos, la sensación de impunidad de los agresores, las dificultades de comunicación, la menor credibilidad que se les atribuye o el hastío de hacer denuncias por “victimización secundaria”, producto del tránsito entre las diversas instituciones, y en espacios que no son accesibles y que no incorporan los ajustes necesarios para recibir sus testimonios.

Por esta razón, las mujeres con discapacidad que viven violencia y sobreviven a ella, experimentan una doble condición de vulneración en atención a su género y a la discapacidad propiamente tal, pudiendo incluso sumarse otros factores de riesgo, tales como la edad, la condición socioeconómica, la condición migrante, entre otros. A partir de ello, y bajo el prisma de un enfoque interseccional, se hace aún más necesario identificar esta situación particular cuando las mujeres víctimas de violencia presentan, además discapacidad, o bien la adquieren producto de esa misma violencia. Además, desde un enfoque inclusivo y de derechos humanos, los dispositivos de atención dispuestos por el Estado para brindar atención a mujeres que viven violencia deben concebirse como espacios inclusivos, respetuosos de la diversidad humana y, por ende, ser diseñados o incorporar, según sea el caso, medidas de accesibilidad y ajustes necesarios que permitan acoger a mujeres con discapacidad y permitir el ejercicio de sus derechos, así como incorporar contextos de protección.

A partir de ello, el Estado y el sector de Salud, deben avanzar en la eliminación de las barreras aún persistentes en el ámbito de la salud y que afectan el efectivo ejercicio de derechos por parte de las mujeres con discapacidad, sea esta física, mental o sensorial. Entre estos derechos, pueden destacarse: derecho a un trato digno; a atención preferente para ellas y sus cuidadores/as; a la información; derechos sexuales y reproductivos; derecho al respeto del hogar y de la familia; y derecho a que se adopten medidas de diseño universal, accesibilidad y ajustes necesarios en la atención de salud en todos sus niveles, conforme a lo previsto en el artículo 8 de la Ley N°20.422. Asimismo, el Estado debe propiciar que el reconocimiento y ejercicio de dichos derechos, y en general de todos aquellos que consagra el ordenamiento jurídico, sea en igualdad de condiciones con las demás personas y en ambientes libres de violencia.

1.3.5 Mujeres adultas mayores

“Maltrato: acción u omisión, única o repetida, contra una persona mayor que produce daño a su integridad física, psíquica y moral y que vulnera el goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales, independientemente de que ocurra en una relación de confianza”.
Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, 2017.

⁸⁵ GUÍA DE ATENCIÓN A MUJERES CON DISCAPACIDAD VÍCTIMAS DE VIOLENCIA, Compromiso PMG de Género 2019. Departamento Defensoría de la Inclusión, Servicio Nacional de la Discapacidad, SENADIS, 2019.

El maltrato de las personas de edad es un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona mayor, o la falta de medidas apropiadas para evitar otros daños, que se produce en una relación basada en la confianza. Este tipo de violencia constituye una violación de los derechos humanos e incluye el maltrato físico, sexual, psicológico o emocional; el abuso económico o material; el abandono; la desatención, y el menoscabo grave de la dignidad y la falta de respeto. (OMS, 2021)⁸⁶

El impacto del envejecimiento poblacional, la sobrerrepresentación de mujeres mayores y la invisibilidad de la violencia de género y de otros tipos de violencia hacia las mujeres mayores, hace cada vez más necesario avanzar en la materia. La violencia de género contra las mujeres mayores es uno de los fenómenos menos denunciados, menos atendidos y entendidos por el entorno y los recursos públicos que adolecen de una perspectiva de curso de vida.

Según la OMS (2021) a nivel mundial, se prevé que el número de casos de maltrato a las personas de edad aumente, ya que en muchos países las poblaciones envejecen rápidamente. Se prevé que para el año 2050 la población mundial de personas con 60 años y más se habrá duplicado, pasando de 900 millones en 2015 a aproximadamente 2.000 millones, y que la gran mayoría de las personas de edad vivirá en países de ingresos bajos y medianos. Si la proporción de personas de edad que son víctimas de maltrato se mantiene constante, el número de víctimas aumentará rápidamente debido al envejecimiento de la población y se estima llegará a 320 millones de aquí a 2050.⁸⁷ Además, las mujeres tienen una ventaja de supervivencia sobre los hombres, con una brecha de 4 a 5 años en la esperanza de vida al nacer (2019), por tanto es más probable que las mujeres vivan sin cónyuge durante la última parte de su vida y es más probable, que se ocupen de personas enfermas o discapacitadas dentro de sus grupos sociales.

Los datos en Chile demuestran que medio millón de adultos/as mayores sufren algún tipo de maltrato. Es decir, 1 de cada 5 adultos/as mayores declara sufrir algún tipo de violencia, ya sea física, psicológica, sexual, negligencia o abandono, o abuso económico/patrimonial. Este último, es una violencia característica de este grupo, dado los altos grados de dependencia.⁸⁸

En el caso de la violencia de género hacia las personas mayores, se da la peculiaridad de que, generalmente, es realizada por la pareja con la que han convivido durante años o su familia cercana y por tanto, sienten que esta violencia es parte de sus vidas, lo que hace que muchas no la consideren como tal, lo que dificulta su pesquisa y denuncia. Paralelamente, un porcentaje importante de mujeres adultas mayores son cuidadoras principales de sus parejas y los cambios en el estilo de vida del maltratador y la sobreviviente de violencia, pueden ser factores que influyen para escalar la violencia de género. Estos cambios pueden estar vinculados a la jubilación, depresión, la movilidad limitada, enfermedades físicas y/o mentales, el alcoholismo, y la pobreza económica.⁸⁹

⁸⁶ Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>

⁸⁷ Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>

⁸⁸ Según datos de las atenciones canalizadas por el programa de Buen Trato de SENAMA, durante los meses de marzo, abril y mayo de 2021, se recibieron un total de 3.110 casos y consultas con situaciones de vulneración de derechos a las personas mayores. Esta cifra indica un aumento de un 366% con respecto al mismo periodo de 2019, donde se registraron 848 casos. Del total de atenciones en el mes de mayo se registran 477 casos de maltrato a las personas mayores, principalmente relacionadas a la categoría “situación de emergencia, catástrofe o desastre” que corresponde a situaciones de maltrato en el marco de la contingencia sanitaria que vive el país, seguida por violencia intrafamiliar y derivadas del Poder Judicial.

⁸⁹ Al respecto la OMS 2021 señala “El maltrato a las personas de edad puede conllevar lesiones físicas —desde rasguños y moretones menores a fracturas óseas y lesiones craneales que pueden provocar discapacidades— y secuelas psicológicas graves, a veces de larga

El abordaje de la violencia de género en mujeres mayores requiere un enfoque específico, tanto en lo que respecta a la concienciación desde las víctimas, como a la información sobre derechos, los recursos de protección y apoyo disponibles, sumado a la atención en salud. La orientación por tanto, debe incorporar una perspectiva de edad, adaptándose al público objetivo, a la diversidad cultural y al territorio (ejemplo urbano-rural). Las respuestas serán apropiadas si toman en cuenta las necesidades, las particularidades y la situación en la que se encuentran las mujeres mayores víctimas de violencia de género, las dificultades para obtener apoyo, los sentimientos de vergüenza, culpa y resignación que padecen, y los obstáculos para acceder a los servicios asociados a la violencia.⁹⁰

En el espacio de la intersectorialidad, citamos la Política Integral del Envejecimiento Positivo para Chile 2012 - 2025 del Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, que contempla en el objetivo específico N°8 *el disminuir la prevalencia del maltrato activo o pasivo contra personas mayores y*, el objetivo N°9. *augmentar el acceso a la justicia que tienen las personas mayores como titulares de derechos*, lo que se vincula con las violencias para las mujeres adultas mayores.

1.3.6 Mujeres Migrantes y Refugiadas

“Los Estados parte se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color u origen nacional o étnico, particularmente en (...) letra b) El derecho a la seguridad personal y a la protección del Estado contra todo acto de violencia o atentado contra la integridad personal cometido por funcionarios públicos o por cualquier individuo, grupo o institución.”
(Art. 5, Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, 1965)

Las personas en el mundo están en movimiento, cada vez son más las personas que migran para escapar de la pobreza, conflictos políticos, guerras, desastres naturales o en búsqueda de mejores condiciones y oportunidades de vida.

Según el informe de Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2020), a mitad del año 2020, había 281 millones de personas nacidas en el extranjero o con nacionalidad extranjera, de las cuales, las mujeres representan el 49% del total de migrantes internacionales, pero en América Latina esta cifra asciende a 50,1%, apreciándose una tendencia a la feminización del proceso migratorio. Sin embargo, a nivel mundial, la fuerza de trabajo de personas migrantes se compone de 96 millones de hombres (58%) y 68 millones de mujeres (42%), superando a las mujeres en 28 millones.

En esta cifra incide el hecho que la mujer migrante, debe hacerse cargo de la cadena de cuidados de la familia, y que, su trabajo remunerado está destinado, en el mayoría de los casos, a los servicios domésticos de los hogares de los países de destino, trabajo que en un alto porcentaje, no

duración, en particular depresión y ansiedad. Para las personas de edad, las consecuencias del maltrato pueden ser especialmente graves y la convalecencia más larga. Incluso lesiones relativamente menores pueden provocar daños graves y permanentes o hasta la muerte” Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>

⁹⁰ En “Estudio sobre las mujeres mayores de 65 años víctimas de Violencia de Género”. Por Cruz Roja Española (Aycart, Gende y Malgesini, Monteros y Nebreda) con apoyo de la Universidad Carlos III de Madrid (Gil, Gránea y Romera). Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad, España, página 16, 2019. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2019/pdfs/Estudio_VG_Mayores_65.pdf

está asociado a contrato de trabajo y derechos a cobertura de salud y previsión, perdiendo las mujeres los beneficios asociados a su situación previsional futura y la evolución laboral, que deben disfrutar los trabajadores y trabajadoras, independiente del sector y rubro dónde se desempeñen.

Después del problema de la Trata de Personas entre los años 2016 y 2017 en el mundo, se registraron 40.190 nuevos casos de 147 países y habían sido explotadas en 107 países, donde el 54% eran mujeres adultas y 20% niñas, donde el 30% estaba sujeta al trabajo forzado y el 47% a la explotación sexual.⁹¹

Según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas de Refugiados (ACNUR) al 2020, existían 82,4 millones de personas refugiadas y desplazadas en el mundo, de las cuales, las niñas y las mujeres representan la mitad de esta cifra. Los riesgos a los que se exponen antes, durante y después de la huida, las convierten a menudo, en víctimas de abusos, de violencia sexual y de género; además de los conflictos que las separan de sus familias, teniendo que afrontar en solitario y en el exilio, toda la responsabilidad y el cuidado de la familia.

De acuerdo con datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en la región de América Latina y el Caribe se perdieron 34 millones de empleos, 14 millones a causa de la COVID-19, además de enfrentar otros graves daños, entre los que se encuentran: el aumento de la pobreza y de la pobreza extrema, el crecimiento de la informalidad laboral, la pérdida de seguridad social, el recorte de horas de trabajo y recortes salariales y la consecuente profundización de las desigualdades y retroceso en la creación de trabajo decente. Los grupos más afectados por esta situación y que se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad, son en primer lugar, las mujeres, los jóvenes y las personas trabajadoras migrantes en general.

Tal vulnerabilidad de las trabajadoras y trabajadores migrantes puede afectarse, por factores como la xenofobia, situación migratoria irregular, participación en sectores económicos informales, trabajos temporales, bajos salarios y falta de protección social.

En Chile, según los datos del Departamento de Extranjería y Migración (DEM) del Ministerio del Interior y Seguridad, al 31 de diciembre se estiman 1.492.522 personas migrantes, donde el porcentaje promedio nacional de mujeres es 49%, con variaciones al alza de esta cifra en 11 de las 16 regiones del país. Según la misma fuente, entre el año 2018 y 2019 se aprecia una mayor proporción de hombres que de mujeres, pero con una disminución de la relación de masculinidad, la cual pasó de 106,4 hombres por cada cien mujeres en 2018 a 104,8 hombres por cada cien mujeres en 2019. Este indicador de la feminización del proceso migratorio.⁹²

Con relación al empleo en Chile, de las 728 mil mujeres extranjeras al año 2019, 274 mil se desempeñan en un empleo formal y 113 mil en uno informal. No obstante, producto del impacto de la Covid-19, estas cifras han decrecido en todos los sectores productivos, incluido el empleo informal o el trabajo doméstico no declarado.

Muchas mujeres migrantes emigran para escapar de la violencia sexual y de género, maltratos y prácticas nocivas que ocurren en sus países de origen, tales como el matrimonio infantil o la

⁹¹ Disponible en: https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020_es.pdf

⁹² Disponible en:

https://www.migracionenchile.cl/wp-content/uploads/2021/04/Anuario-2020-MEC-280421-version-final_compressed.pdf

mutilación genital femenina; no obstante, en el país de destino no encuentran la respuesta a sus necesidades, experimentando afecciones a su salud mental producto de la carga emocional de dejar su país de origen, el desconocimiento y choque cultural con el país de destino, donde existen barreras de acceso que se pueden identificar como culturales (e idiomática, en el caso de las personas haitianas), regularidad migratoria donde la falta de permisos de residencia e identificación dificulta todo el proceso de integración e inclusión social al país, y la falta de información de funcionamiento del sistema de salud, desconocimiento de prestaciones de salud y uso de las mismas, dificultades para el acceso a la salud que terminan afectando la salud de ellas y sus familias.

Para muchas mujeres que emigran para trabajar y asegurar la supervivencia de sus familias, no es una decisión personal, sino que cumplen con decisiones que toman los familiares cercanos o parientes, especialmente los hombres en la familia. Esto trae en muchos casos, abandonar a su propia familia dejándola a cargo de otros familiares, constituyéndose familias transnacionales, donde la incertidumbre de la reunificación es un proyecto que dura años en concretarse produciendo en ellas, afecciones a la salud mental y física.

En particular, las mujeres en situación migratoria no regularizada tienen menos opciones de empleos, dejándolas endeudadas con los traficantes o “coyotes” (la mayoría hombres) quedando a merced de la sobreexplotación y abuso sexual, enfrentando mayores riesgos de ser víctima de Trata de personas, enfrentar violencia sexual durante el viaje o en sus nuevos lugares de trabajo, en espacios públicos e incluso por sus propios familiares a su llegada. Esta situación, tampoco es ajena a las personas migrantes de disidencias sexuales LGBTQ+, quienes tienen más probabilidades de ser abusadas cuando son detenidas, ya que a menudo enfrentan aislamiento social y mayor riesgo de violencia sexual y de género.

Ser mujer en Chile ya es tener una condición desigual en cuestiones políticas y sociales, ser migrante o refugiada implica la suma de otras discriminaciones, como la percepción – estereotipada – hacia las personas por el color de la piel, representado también por la expresión del colonialismo que nos habita. Ante ello, es primordial reconocer que los procesos migratorios son un fenómeno actual y de larga data en la humanidad, que resulta necesario visibilizar con sus particularidades, y si bien mujeres y niñas obtienen algunas de las medidas para prevenir, sancionar, atender y erradicar la discriminación y la violencia en el ejercicio de sus derechos, queda mucho por avanzar⁹³.

1.3.7 Mujeres de los Pueblos Originarios y Afrodescendientes

“La Convención Belém do Pará exige a los Estados dar especial atención a la “situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón, entre otras, de su raza o de su condición étnica [...]” (art. 9).

Las desigualdades territoriales, étnicas y de género son elementos centrales para poder entender las diversas realidades que enfrentan las mujeres y cómo estas realidades hacen que algunas de ellas corran mayor riesgo de vivir múltiples formas de violencia, debido a una doble o una triple

⁹³ Actualmente, independientemente de la situación migratoria los y las migrantes tienen derecho a acceder a las prestaciones de salud pública en centros de atención primaria. Norma General Técnica Nº 185, del decreto 45, 2016.

discriminación o invisibilización, por el hecho de ser mujer, indígena y habitar en un territorio rural.

En Chile, la población potencial perteneciente a pueblos indígenas según el último Censo alcanza un 12,8% y corresponde a 2.185.732 personas distribuidas en todo el territorio nacional, datos del Censo de Población y Vivienda 2017, desarrollado por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (CENSO 2017). En Chile, la Ley 19.253 (1993), reconoce 9 pueblos indígenas: Kawésqar, Atacameño, Aimara, Colla, Diaguita, Mapuche, Quechua, Rapa Nui, Yámana (yagán), y recientemente en proceso de reconocimiento del pueblo Selk'nam que pasó al Senado para su tramitación.⁹⁴

El Estado de Chile se encuentra en deuda con las mujeres indígenas y afrodescendientes en materia de prevención y tratamiento de la violencia hacia la mujer. Por ejemplo, en términos concretos no se elabora información desagregada por etnicidad y ruralidad, con relación a la violencia contra la mujer, por lo que se carece de información cuantitativa sobre la magnitud y las características de la violencia que enfrentan estos grupos de mujeres⁹⁵.

El Convenio N°169 de la OIT, compromete a los Estados en el reconocimiento de los pueblos indígenas como sujetos de derecho colectivo, lo que otorga a las sociedades indígenas y tribales, una característica distintiva. Sumado a lo anterior, las culturas indígenas sufrieron un proceso de descolonización, que las afecta hasta el presente ya que el acceso a la justicia implica, por una parte, el acceso a la justicia del Estado y por otra, el reconocimiento de las normas de justicia indígena, sobre la condición que ambos sistemas son del todo compatibles con ciertos derechos humanos internacionalmente reconocidos.

Dentro de las dificultades o problemas que viven las mujeres de pueblos originarios se puede señalar:

- i) La invisibilización de la multiculturalidad de las intervenciones que realiza el Estado para abordar la violencia contra las mujeres ya están definidas desde una lógica enfocada en mujeres urbanas y no desde las mujeres indígenas rurales, en su diversidad,
- ii) La naturalización del fenómeno de la violencia,
- iii) la homogenización de las realidades de las mujeres y el tratamiento del problema como vivencias similares para todas,
- iv) la falta de políticas pertinentes y focalizadas hacia las distintas situaciones que las mujeres indígenas enfrentan y,
- iv) la precaria inclusión de las mujeres indígenas en la definición de los marcos normativos, políticas y programas determina que estas se muestren desde una visión monocultural de la violencia.

Un estudio realizado por Contreras (2017) en la Región de La Araucanía muestra una importante prevalencia de fenómenos de violencia, señalando que pese a que el Estado viene desarrollando

⁹⁴ Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/ANEXO-07-2022.pdf>

⁹⁵ Violencia hacia las mujeres rurales e indígenas rurales: invisibles y marginadas INDH (2018)

Disponible en: <https://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/1173/Cap1.pdf?sequence=14>

políticas para prevenir y erradicar la violencia intrafamiliar, estas políticas no son capaces de llegar a la ruralidad más profunda, como tampoco lo hace en términos de pertinencia cultural y comunicacional, por lo que difícilmente cumplen con los criterios de disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad por las comunidades mapuche, en específico.

Desde otra mirada, “en un estudio cualitativo realizado en Panguipulli para SERNAMEG, analizó la experiencia de mujeres mapuche víctimas de violencia por parte de sus parejas (también mapuche) de zonas rurales y en territorios mapuche. De acuerdo con el estudio se destacan dos de los factores que constituyen características de contexto que hacen complejo el abordar la violencia y que probablemente estén presentes en otras mujeres mapuche que viven o han vivido la violencia. Estos son:

Aislamiento: *Dada la condición de ruralidad en las zonas que estas mujeres habitan, se presenta un aislamiento geográfico, aumentando la posibilidad de ocurrencia de hechos de violencia sin intervención de terceros que ayuden a la víctima y sin que sea posible aplicar las medidas cautelares que las mujeres hayan pedido contra los agresores. La otra arista relacionada con el aislamiento es la carencia de redes de apoyo de las mujeres. En los casos analizados, todas las mujeres sufrieron o sufren el aislamiento social, lo que las vuelve más vulnerables.*

Arraigo: *En la cosmovisión mapuche, se le ha asignado un valor emocional-cultural al territorio; se le considera como un constructor de identidad y adquiere gran relevancia el sentido de pertenencia a algún lugar. En este sentido, para las mujeres mapuche verse fuera de él genera un sentimiento de desamparo y vulnerabilidad aún mayor que la situación que vive con su pareja agresora”⁹⁶.*

El Ministerio de Salud ha mantenido desde el año 1996 una línea técnica de salud y pueblos indígenas, cuya finalidad ha sido contribuir a la Equidad, propiciando mejorar la situación de salud de los pueblos, a través de la incorporación del enfoque intercultural en el desarrollo e implementación de políticas, programas, normas y de un modelo de atención de salud con pertinencia cultural, de acuerdo con la realidad de cada pueblo y territorio. Al respecto el MINSAL reconoce que los pueblos indígenas, portan sus culturas propias y poseen un vasto conocimiento sobre los ecosistemas territoriales, base fundamental de sus sistemas médicos, por lo tanto, se hace imprescindible considerar las prácticas médicas ancestrales como factor protector, de reforzamiento y complementarias a las medidas propias de medicina alopática.

1.4 Trabajadoras de la salud y violencias de género

La violencia y el acoso en el mundo del trabajo refieren a un amplio rango de conductas y prácticas inaceptables, o amenazas, ya sean en un hecho único o repetido, que tienen por objeto, ocasionan o pueden provocar daños físicos, psicológicos, sexuales o económicos, e incluyen violencia y acoso por motivos de género. El término acoso y violencia de género, se refiere a la violencia y el acoso dirigidos a personas por su sexo o género, o que afectan a personas de un sexo o género en particular de manera desproporcionada e incluye el acoso sexual (Convenio 190, OIT – no ratificado)

⁹⁶ “Violencia hacia las mujeres rurales e indígenas rurales: invisibles y marginadas” INDH (2018)
Disponble en: <https://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/1173/Cap1.pdf?sequence=14>

En el pasado, la violencia entre parejas, exparejas o cónyuges no era motivo de preocupación para el mundo del trabajo. A modo de ejemplo, expertos y expertas señalan que “la violencia doméstica ya no puede ser considerada por las empresas, como una cuestión secreta, con poco o ningún efecto en el lugar de trabajo”, ya que “la violencia doméstica desborda hacia los lugares de trabajo (...) por lo que tiene que incorporarse a toda tipología completa de la violencia en el trabajo”⁹⁷.

En términos globales, el conocimiento sobre la violencia de las mujeres en el trabajo es escaso, no obstante, en los últimos años se constata que los problemas de salud mental constituyen la principal fuente de carga de enfermedad⁹⁸, concentrándose en la población trabajadora, licencias médicas asociadas a salud mental, como demuestran los datos de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO).⁹⁹

Un estudio denominado “Modelo Integral de Intervención de la Violencia en el Trabajo”,¹⁰⁰ constata que en Chile el determinante género es un factor de riesgo hacia la violencia laboral, en particular hacia las mujeres, lo que radicaría en la diferencia de poder presente en los ambientes laborales y que también provienen desde el lugar que se ocupa en el espacio social, es decir, la raza, la etnia, el nivel socioeconómico o la clase social, entre otras. Por ello, las desigualdades sociales y de género en el mundo del trabajo son dimensiones que se deben atender pues en la sociedad el poder está distribuido asimétricamente.¹⁰¹

Las mujeres reportan una mayor intensidad de violencia laboral y reconocen que la violencia se expresa habitualmente (1 de cada 4 mujeres expuesta a violencia, señala que sucede varias veces por semana / prácticamente a diario, versus un 16% de los hombres). Al observar el auto reporte de violencia laboral, las mujeres doblan en prevalencia a los hombres, 8% versus 4%. Por otro lado, más mujeres perciben vivir una situación de vulnerabilidad laboral, definida como “temor a perder el empleo” o “que sus condiciones laborales empeoren” (40% de mujeres versus, 34% de hombres). Esta vulnerabilidad laboral se asocia significativamente con la exposición a violencia, ya que un 53% de mujeres y un 48% de hombres, que perciben esta vulnerabilidad laboral, han estado expuestos a violencia.¹⁰²

El estudio mencionado, evidencia que la violencia en el trabajo puede manifestarse a través de violencia física, sexual o psicológica, y en Chile la de tipo psicológica, es la predominante. También es relevante, que la población trabajadora con mayor exposición a la violencia laboral ocupa trabajos en el sector de servicios, lo que implica ejecutar tareas de atención a usuarios/público; mayor exposición a exigencias emocionales y, donde se constata una alta participación femenina,

⁹⁷ Mollica y Danehower, 2014); (Bowie, 2002 en OIT 2016. p. 7-8).

⁹⁸ Según el estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible realizado en Chile el 2007, un 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte (AVISA) están determinados por las condiciones neuropsiquiátricas, ocupando el primer lugar de las causas.

⁹⁹ Estadísticas de licencias médicas y subsidio por incapacidad laboral. Fondo Nacional de Salud, Superintendencia de Salud, Superintendencia de Seguridad Social, 2019.

¹⁰⁰ Ansoleaga, Ensignia, Villarroel, Campos, Ahumada. “Proyecto de Investigación 2019-2020 de la Superintendencia de Seguridad Social”, financiado por ACHS, IST, MUSEG, ISL (Santiago, 2021).

Disponible en:

<https://www.achs.cl/portal/fucyt/Documents/Proyectos/Ansoleaga-Informe-Final-Proy-Modelo-de-intervencion-Violencia-en-el-Trabajo-080621.pdf>

¹⁰¹ “Violencia Laboral, aportes para el reconocimiento, prevención e intervención”. Título del proyecto: Proyecto de investigación conjunto entre OAL.

Disponible en: <https://pepet.udp.cl/wp-content/uploads/2021/06/Gui%CC%81a-Violencia-Laboral-31052021-1.pdf>

¹⁰² Prevalencia, formas de manifestación y factores facilitadores de la violencia en el trabajo y sus efectos en la salud mental de población asalariada en Chile, considerando desigualdades ocupacionales y de género”, proyecto Fondecyt N° 1170239.

es lo que se presenta en los cuatro sectores de la investigación: educación, salud, gobierno y comercio.

Por otro lado, se ha demostrado que la Violencia de Género tiene efectos en la asistencia al trabajo de las mujeres afectadas, en el cumplimiento de sus funciones y en mantener su trabajo. Otras consecuencias dañinas de la violencia se asocian a problemas de salud, costes económicos para quienes la experimentan¹⁰³ y el abandono de sus puestos de trabajo¹⁰⁴.

En nuestro país, un estudio basado en encuestas a mujeres viviendo relaciones de violencia intrafamiliar informó que entre las mujeres que trabajan o trabajaron fuera de la casa, el 63,1% indicó que la violencia tuvo impacto en su trabajo, un 40,9% tuvo que ausentarse del trabajo o no ir un día entero; 34,3% tuvo que pedir permiso para irse antes; 30,3% dejó de producir o vender productos; 23,6% rechazó o limitó su asistencia a una capacitación; 20,2% cambió de lugar de trabajo, 14,2% rechazó promociones.¹⁰⁵

En 2019 la Organización Internacional del Trabajo promulgó un convenio global en contra de la violencia y el acoso en el trabajo, el Convenio OIT 190¹⁰⁶, e instó a los países miembros a adherir y tomar las medidas necesarias para combatirla.

Por su parte, el Ministerio de Salud desde el año 2018, ha comenzado a abordar este problema a través de la elaboración e implementación de las *Orientaciones Técnicas para la elaboración de Pautas Locales para el abordaje de trabajadoras del Sector Salud víctimas de violencia de pareja*, con el fin de brindar atenciones efectivas y de calidad a víctimas o sobrevivientes de violencia y entregar apoyos y cuidados, tanto personales como en el entorno directo.

1.5 Masculinidades y violencias de género

“Toda sociedad tiene una concepción sobre las características que deben tener hombres y mujeres, las cuales varían según la cultura y el paso del tiempo, incorporándose en las subjetividades de las personas. Sin embargo, es posible identificar ciertos elementos que resultan transversales. Estos se basan en un sistema de oposiciones homólogas, todas estas en apariencia, “naturales”, que describen “lo masculino” en oposición a “lo femenino”, entendiendo este último como débil, irracional y sensible”
(Bourdieu, 2000; Connell, 1995).

El hecho de cristalizar a las mujeres en un lugar de víctima y al hombre en un lugar de victimario, y con ello pretender generar cambios en las relaciones de género sin modificar la determinación social en salud, sin aportar desde las nuevas configuraciones vinculares, es insuficiente y estéril sino se consideran estos componentes, que deben ser comprendidos y observados, para la prevención y erradicación de las violencias de género, dada la matriz sociocultural que la sustenta

¹⁰³ Se ha estimado que las trabajadoras de Vietnam que sufren violencia de pareja ganan un 35% menos que las trabajadoras que no experimentan este tipo de violencia (ONU-Mujeres, 2012). En Estados Unidos, las personas que fueron objeto de graves actos de violencia de pareja perdieron un total de casi 8 millones de días de trabajo remunerado, es decir, el equivalente de más de 32.000 puestos de trabajo a tiempo completo, y cerca de 5,6 millones de días de productividad en los hogares (OIT, 2016).

¹⁰⁴ Un estudio realizado en Italia reveló que el 16% de los trabajadores renunciaron a su trabajo después de haber sido blanco de actos de violencia. El mismo estudio estableció que las mujeres eran dos veces más propensas que los hombres a renunciar (idem op.cit).

¹⁰⁵ Violencia contra las mujeres en el ámbito laboral: un reto colectivo Documento para discusión en la Reunión de alto nivel sobre violencia en el lugar de trabajo (Ginebra, 2016) María José Chamorro, OIT.

Disponible en: <https://www.svri.org/sites/defau.lt/files/attachments/2017-01-11/2%20Maria%20Jose.pdf>

¹⁰⁶ Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_711719.pdf

(desigualdad, discriminación, brechas y normas que relativizan la violencia y estereotipos). Es posible modificar el fenómeno, si se abordan las causas estructurales, a través de su habilitación e integración en tanto sujetos asociados a una transformación en las relaciones sociales, espacios donde se ven confrontadas a masculinidades hegemónicas y las nuevas masculinidades tradicionales.

Se puede hacer la distinción entre las masculinidades hegemónicas y las nuevas masculinidades. “Las masculinidades hegemónicas se caracterizan por tratarse de varones con poco contacto con las propias emociones, con escasa empatía con la pareja, hijos e hijas, que culpabilizan a otras personas de las dificultades o defectos propios y que solucionan problemas/dificultades con violencia, entre otras características. Encarnar una masculinidad hegemónica también suele implicar tener conductas de riesgo como la conducción temeraria de automóviles, el consumo problemático de sustancias psicoactivas (alcohol y otras drogas) o la adicción al trabajo. Estos aspectos que caracterizan a la masculinidad hegemónica no necesariamente están presentes todos juntos ni en su máxima expresión, sino que son elementos asociados a ella, que la mayor parte de las veces se evidencian como rasgos que emergen coyunturalmente, variando en frecuencia e intensidad. También existen otras formas de ser varón, que se identifican con las llamadas nuevas masculinidades, que caracterizan a varones que se responsabilizan de sus afectos, sus problemas vinculares, que vivencian la paternidad a partir del cuidado, el apego y el amor, que resuelven las dificultades sin violencia y son personas equitativas y cuidadosas con los demás. Entre ambas modalidades existen varones que encarnan aspectos de ambas a la vez, con características predominantes de una u otra indistintamente”¹⁰⁷

Estas conceptualizaciones nos muestran dos direcciones, relevando que existen diferentes formas de masculinidad, pues se dan múltiples contextos de organización social, cultural y política, incluso en un determinado espacio. No obstante, también existen diversas formas de masculinidad por las variadas formas de apropiación de los códigos culturales por parte de los individuos, reparando que no todas son igualmente aprobadas o, por lo menos, deseadas y legitimadas. Por lo que existen varones sobrevivientes a la violencia de género, perpetrada por otro/os hombre/s, que viven las mismas manifestaciones y consecuencias de la violencia.

La socialización masculina, desde la niñez y durante todo el curso de vida, se basa en estereotipos de género, donde la violencia está presente de manera directa o solapada. Los signos de debilidad o timidez son despreciados o reconvenidos, ya que no comulgan con una masculinidad tradicional que promueve la fuerza y la rudeza como dispositivos subyacentes. Es por ello por lo que la violencia es un factor consustancial al hombre (...). Por lo tanto, resulta necesario que las políticas públicas y programas consideren sus especificidades. (MenEngage, 2014)

Los varones también sufren impactos negativos visibles y sutiles frente a la violencia que ellos mismos ejercen hacia sus (ex) parejas, hijos e hijas. Diversos autores de estudios de varones y masculinidades plantean que los varones se ven afectados fuertemente por el ejercicio de sus propias violencias¹⁰⁸

¹⁰⁷ Recomendaciones para el abordaje de la salud sexual y salud reproductiva de los varones entre 20 y 65 años en el primer nivel de atención. Ministerio Salud Uruguay. (2020) Disponible en:

<https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/Guia%20SSYSR%20del%20Varon%20Final%2020%20de%20Enero%20de%202020.pdf>

¹⁰⁸ De Keijzer, 1997; Kaufman, 1999; Ramírez, 2000.

Algunas consecuencias e impactos negativos de la violencia que ejercen los varones sobre sí mismos, de manera directa o indirecta, pueden ser;

- i) No compartir ni convivir por un lapso prolongado con sus hijos e hijas.
- ii) Suicidarse como consecuencia de un homicidio a pareja, hijos e hijas.
- iii) Alteraciones funcionales agudas y crónicas, orgánicas y psicológicas sobre sí mismos.
- iv) Algunos varones generan un malestar significativo como consecuencia del daño que ejercieron por haber violado los Derechos Humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos de otras personas.
- v) Algunos varones generan un perjuicio a su propia salud física y mental en la vivencia de su sexualidad que la aleja de una posible recuperación y de una vida saludable sin violencia.
- vi) Alteraciones funcionales orgánicas agudas y crónicas sobre sus hijos, como depresión, trastornos de aprendizaje, hiperactividad, vulnerabilidad frente al abuso sexual y el bullying, alcoholismo y conductas sexuales riesgosas durante la adolescencia.
- vii) Impactos de la violencia de género sobre sus hijos e hijas, directa e indirectamente, aunque no la presencian, porque los impactos les llegan a través de la pareja y del mismo ejecutor de la violencia.
- viii) Los varones pueden sufrir impactos directos en los casos de embarazos imprevistos, e indirectos vinculados a efectos en su salud que repercute en la salud de su pareja y eventualmente en la del hijo/a.
- l) Existen también consecuencias económicas”¹⁰⁹

Además, los varones pueden ser sobrevivientes de la violencia en su propia infancia, vinculado esto a la violación y otras formas de coacción sexual contra otros hombres y niños varones, los que tienen lugar en diversos entornos, incluidos hogares, lugares de trabajo, escuelas, calles, instituciones militares y prisiones. Lamentablemente, la violencia sexual contra los hombres es un área de estudio descuidada y muy sensible¹¹⁰, donde el sector Salud debe abordar en su compleja dimensión asociada a la atención integral de estos casos.

Por ello se hace imprescindible pensar, diseñar y consensuar políticas para la erradicación de las violencias de género, integrando la participación social de los grupos que abordan el campo de estudios en masculinidades.

Al respecto el Sector Salud requiere:

- Promover y ampliar el acceso a programas de orientación, derivación y referencia para hombres ejecutores de violencia de género, considerando las diferencias de las masculinidades.
- Reforzar la Promoción y prevención de las violencias de género, en los espacios comunitarios.
- Mejorar el acceso a los Planes y programas de salud sexual y reproductiva para hombres, incluyendo recomendaciones de diagnóstico y tratamiento de ITS.

¹⁰⁹ Disponible en: <https://uruguay.unfpa.org/es/Recomendaciones-para-el-abordaje-de-la-SSYR-de-varones>

¹¹⁰ Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/20184_violenciassexual.pdf

- Crear programas de acompañamiento para hombres que ejercen violencia basada en el género, que cuestionen las bases de su masculinidad hegemónica, demostrando que sus comportamientos violentos no son incontrolables y que sus actitudes basadas en creencias y experiencias sexistas pueden ser modificadas, lo que implica desnaturalizar con él la violencia, sin justificar.

II. MODELO ECOLÓGICO PARA ERRADICAR LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO

Con la finalidad de reconocer la complejidad y diversidad de ámbitos que acompañan al fenómeno de la Violencia de Género, se presenta la perspectiva ecosistémica que invita al ejercicio de racionalizar e integrar el fenómeno de la violencia desde un pensamiento no exclusivamente lineal y a su vez, al considerar una combinación de diversas teorías que involucran un fenómeno complejo y multicausal, resulta adecuado al abordar problemas con una mirada pluriteórica y multidisciplinaria.

El Modelo Ecológico descrito por Bronfenbrenner (1987)¹¹¹ busca organizar articuladamente la realidad social, familiar y cultural, de modo que distintos subsistemas -de manera dinámica, recíproca y permanente- plasmen la importancia del contexto y la percepción de la realidad en Salud.

Esta perspectiva parte del supuesto que una persona está inmersa en una multiplicidad de niveles relacionales: individual, familiar, comunitario y social, donde se producen distintas expresiones y dinámicas de violencia/s, proporcionando un marco comprensivo del fenómeno. En particular, en lo referido al Modelo propuesto por la Oficina Regional para América Central del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH) y la Oficina Regional para las Américas y el Caribe de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres)¹¹², se ordena en cuatro niveles, donde interactúan los factores que

¹¹¹ “La ecología del desarrollo humano: Experimentos de la naturaleza y el diseño”, Urie Bronfenbrenner, 1979. Versión en inglés. Disponible en: <https://khoerulanwarbk.files.wordpress.com/2015/08/urie-bronfenbrenner-the-ecology-of-human-developopboks-z1.pdf>

¹¹² Este modelo ha sido utilizado en algunos informes y estudios realizados por las entidades del sistema de las Naciones Unidas y de la OEA. Entre otros, por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el “Informe mundial sobre violencia y salud” (2002); en el Estudio multicéntrico “Sobre la salud de las mujeres y la violencia contra las mujeres” (2004); y en el “Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer” (2006), del Secretario General de las Naciones Unidas. El modelo ecológico feminista utiliza cuatro niveles o esferas de análisis que se corresponden con los que incorpora el modelo ecológico de análisis de la violencia que ha adoptado la OPS (2011), Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias, OMS y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Edición en

influyen en el comportamiento de las personas, aumentando/disminuyendo las probabilidades que se transformen en víctimas o victimarios de actos violentos.

A. Macrosistema (Nivel Sociedad)

Nivel integrado por prácticas que sustentan que la violencia contra las mujeres es una forma legítima de relación, fundadas en relaciones de poder desiguales y opresivas entre hombres, mujeres y personas de la diversidad de género, donde se aprueba el uso de la fuerza y la violencia para la resolución de conflictos, el abuso de poder, la subordinación y la discriminación¹¹³

Algunos factores que facilitan o perpetúan la violencia contra las mujeres y personas de las diversidades de género:

- ✓ Normas y creencias que conceden al hombre el “cuidado” y/o “protección” sobre las mujeres, lo que involucra la noción de propiedad y cosificación de la mujer.
- ✓ La construcción sociocultural del “amor romántico”, como pauta de relación amorosa que justifica la subordinación y dominación de lo masculino sobre la mujer.
- ✓ La masculinidad está asociada a la autoridad, lo público, el honor, la agresión, la fuerza y la dominación.
- ✓ Desestimación de aportes y capacidades de mujeres y niñas, invalidando condiciones y talentos para el pleno ejercicio de sus autonomías (física, económica y social-política).¹¹⁴

B. Mesosistema (Nivel de la Comunidad)

Comprende los entornos próximos de convivencia e interrelaciones de dos o más ambientes que concurren en una persona, tales como las redes de vecinos/as, compañeros/a de trabajo o referentes externos a la familia.

Algunos factores del nivel (relacional “no íntimo”) que inciden, facilitan o perpetúan la violencia contra las mujeres son:

- ✓ Dominación y subordinación económica masculina.
- ✓ Validación de la violencia como una forma para resolver problemas interpersonales, comunitarios o laborales.
- ✓ Lo masculino como el eje central de la organización comunitaria y/o familiar.

C. Microsistema (Nivel Familia)

español, págs. 19 y ss. Para más información ver OACNUDH y ONU Mujeres (2014). Modelo de protocolo latinoamericano de investigación de las muertes violentas de mujeres por razones de género (femicidio/feminicidio) Pp. 40 - 43. Disponible en: <http://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2014/8/modelo-de-protocolo-latinoamericano#view>

¹¹³ Delphy, C. (1995, citado en OACNUDH y ONU Mujeres, 2014, p. 38) “sustentado ideológicamente en preceptos androcéntricos - mirada masculina del universo - que legitiman prácticas de violencia contra la mujer, basadas en los roles atribuidos como “naturales” y “biológicos” de unos y otras, y en el discurso de superioridad masculina que busca, a su vez, controlarlas y mantenerlas dentro del modelo que el patriarcado ha querido imponerles: el de la mujer sumisa, madre, hija o esposa” (OACNUDH y ONU Mujeres, 2014, p. 38)

¹¹⁴ En Manual Curso 7° versión, “Herramientas para el abordaje de la violencia de género”. SERNAMEG – Universidad de Concepción, 2021.

En este nivel se consideran las relaciones más directas y cercanas, como la familia, sus costumbres y tradiciones, amigos/as cercanos/as o la red primaria de apoyo, ambientes (muchos de ellos inflexibles y autoritarios), donde se emplea o tolera la violencia como una forma habitual de relación.

Algunos factores en el nivel (relacional “íntimo”) que inciden, facilitan o perpetúan la violencia contra las mujeres son:

- ✓ La organización jerárquica de la familia en torno al varón.
- ✓ La dominación económica masculina, refuerza la idea de inferioridad y dependencia de la mujer ante el proveedor.
- ✓ El conflicto familiar y cómo se comunican las divergencias al interior de la familia.

D. Microsocial (Nivel Individual)

Se refiere al individuo, considerando que en la misma persona coexisten variados ámbitos que la influyen y determinan, lo que Brofenbrenner englobó en cuatro dimensiones: cognitiva, conductual, psicodinámica e interaccional.

Algunos de los factores del nivel que inciden, facilitan o perpetúan la violencia contra la mujer, son:

- ✓ Comportamientos violentos o de auto desvalorización.
- ✓ Historias personales y de relaciones familiares (aislamiento social, baja autoestima, carencias emocionales, experiencias de violencia en la infancia, entre otros)
- ✓ Situaciones de crisis individuales o conductas adictivas (tales como abuso de alcohol o drogas)

En síntesis, la utilización del Modelo Ecológico permite comprender y explicar el fenómeno de la violencia desde una perspectiva más amplia. Por ejemplo, evidencia que la violencia se genera y se reproduce, por lo que resulta necesario analizar sus distintos niveles (ambientes), donde es posible encontrar variables que influyen y sostienen el sistema patriarcal. Por ello, los factores relacionales y abusivos que inciden facilitan o perpetúan la violencia contra las mujeres, deben problematizarse, desaprenderse y erradicarse, en cada uno de estos niveles.

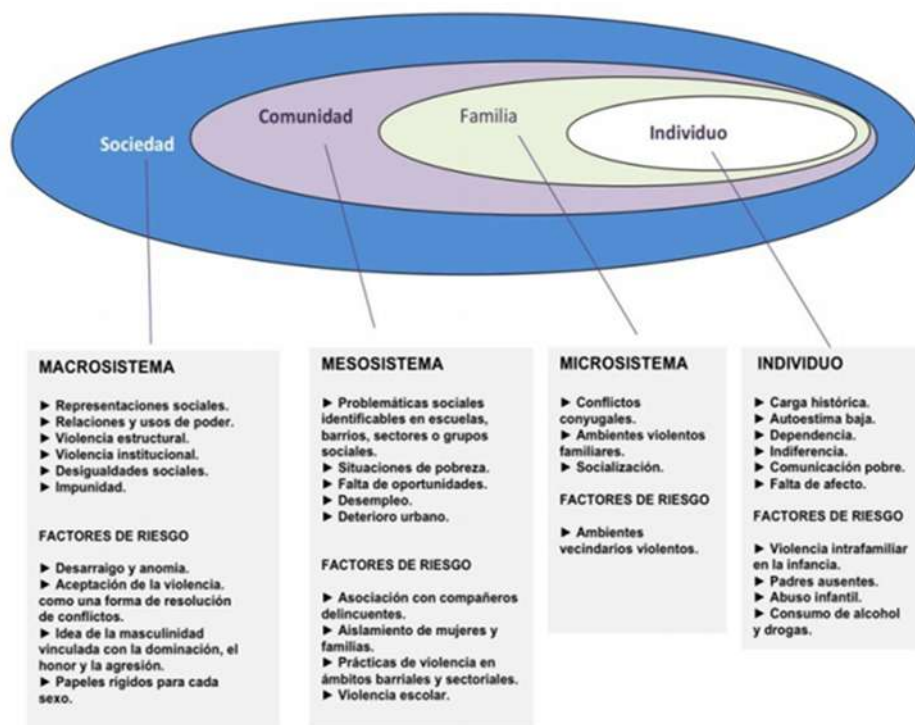


Figura 1. Representación gráfica de las características principales de cada nivel en el ecosistema relacional y de los concomitantes factores de riesgos. Figura tomada de Olivares Ferreto & Incháustegui Romero (2009, p. 18).

III. MARCO REGULATORIO

3.1 Marco Internacional

El sistema internacional de protección de derechos humanos se encuentra conformado por diversas Declaraciones y Tratados, Convenciones y Convenios que protegen una gran variedad de derechos. Varios instrumentos regulan y mandatan al Estado en el marco de los derechos de igualdad entre hombres y mujeres, no discriminación y una vida libre de violencia contra las mujeres. Muchos poseen un carácter vinculante los que, ratificados por Chile, resultan exigibles. El compromiso internacional es que posean un correlato con las leyes nacionales.

A partir de la Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948, los Estados se comprometen con el derecho a la vida, a la libertad y seguridad, e igualdad y, es hasta 1993, que la Organización de las Naciones Unidas y sus Estados miembros reconocen los derechos de las mujeres como derechos humanos, en el marco de la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos de Viena (1993b). En esta se emitió una Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, en que se considera urgente la *“aplicación universal a la mujer de los derechos y principios relativos a la igualdad, seguridad, libertad, integridad y dignidad de todos los seres humanos”* y definió la violencia contra las mujeres como *“todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”* (Art.1°).

LISTADO DE INSTRUMENTOS INTERNACIONALES

Los instrumentos internacionales¹¹⁵, en materia de violencia contra las mujeres y niñas y no discriminación, son los siguientes;

1) Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) No Vinculante¹¹⁶.

Es el primer documento que ofrece un plan de acción global para la libertad, igualdad, dignidad, de todas las personas en todos los lugares, preservando los derechos y libertades que merecen protección universal. Como antecedente a relatar, cuando la Asamblea de las Naciones Unidas publica la Declaración en 1948, solicita a todos los Estados miembros que el texto fuera "distribuido, expuesto, leído y comentado en las escuelas y otros establecimientos de enseñanza, sin distinción fundada en la condición política de los países o de los territorios", brindando a la población el horizonte ético de los Derechos Humanos, en que, *“todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”*.

2) Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984) Ratificada¹¹⁷ en el año 1999.

¹¹⁵ Fuente: Elaboración propia. Adaptación de Manual Curso 7° versión, “Herramientas para el abordaje de la violencia de género”.

SERNAMG – Universidad de Concepción, 2021

¹¹⁶ En el plano general del derecho internacional, se acostumbra a dividir en (i) acuerdos que “vinculantes” que se rigen por el derecho, ya sea el derecho internacional (tratados) o el derecho interno (contratos) y (ii) acuerdos no son vinculantes (“compromisos políticos”), para los cuales el derecho no es fuente de fuerza normativa.

¹¹⁷ En este documento se entiende por “ratificado”, aquel instrumento internacional que Chile reconoce, y supone algún grado acuerdo celebrado, cada uno especifica expresamente el tipo de alcance que tiene en su fuerza normativa.

Acuerdo que busca condenar a aquellas personas que recurran o hayan utilizado la tortura, que se entiende como *“todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia”*.

3) Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1979) Ratificada en 1989.

Conocida como la Carta Magna de los Derechos de las Mujeres o CEDAW por sus siglas en inglés (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women), es el instrumento vinculante que declara la igualdad de derechos de hombres y mujeres, lucha contra la discriminación de la mujer, protege los derechos de las niñas para preservar su dignidad y bienestar y alienta todas las políticas públicas para que pueda ofrecer oportunidades de igualdad. En su Artículo N°1 señala que *“la expresión “discriminación contra la mujer” denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera”*.

Es relevante señalar que el Comité de Seguimiento de la CEDAW ha generado dos importantes Recomendaciones Generales, en el marco de la relación de efectos entre violencia y la discriminación contra la mujer: i) Recomendación General N°19, “La Violencia contra la Mujer” (Comité CEDAW, 1992); y ii) Recomendación General N°35, “Sobre la violencia por razón de género contra la mujer” (Comité CEDAW, 2017).

4) Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993) No Vinculante.

Primer instrumento internacional que describe la violencia contra las mujeres como *“todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”*. Estipula que la violencia contra la mujer es una violación de los derechos humanos y manifiesta una preocupación especial por algunos grupos de mujeres vulnerables a la violencia, como pueblos originarios, las migrantes, refugiadas, en situación de calle, quienes habitan en zonas rurales o remotas, detenidas o recluidas en instituciones, las discapacitadas, las niñas, las mujeres mayores y quienes se encuentran en contextos de conflicto armado.

5) Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (1994) (Belém do Pará) Ratificada en 1996.

Instrumento internacional, adoptado por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, que protege y establece el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Reconoce explícitamente que la violencia contra la mujer *“constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades”*, que *“es una ofensa a la dignidad humana y una*

manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres” y además, “trasciende todos los sectores de la sociedad independientemente de su clase, raza o grupo étnico, nivel de ingresos, cultura, nivel educacional, edad o religión y afecta negativamente sus propias bases”.

Este instrumento interamericano expone elementos concretos para trabajar por la erradicación de la violencia. Define la violencia, en su Artículo 1, como *“cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”.*

Incluye la violencia física, sexual y psicológica que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual; que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, dondequiera que ocurra (Art.2°).

La Convención reconoce que la violencia contra las mujeres se produce en todos los ámbitos en que éstas desarrollan su vida, reconoce tres (3) tipos de violencia, la física, la sexual y la violencia psicológica y visibiliza tres (3) ámbitos donde se manifiesta la violencia, i) en la vida privada, ii) en la vida pública, incluyendo el lugar de trabajo, instituciones educativas, establecimientos de salud, entre otros y, iii) la perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes. Declara los Derechos que reconoce y protege la Convención y contiene aquellas obligaciones que los Estados se comprometieron a cumplir, como el estándar de debida diligencia, todo ello en el marco de los actos de violencia cometidos contra las mujeres.

Es importante señalar que la Convención Belém do Pará definió y afirmó el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, relevando el vínculo entre la violencia y el goce de todos los demás derechos.

6) Convención de los Derechos del Niño y la Niña (1989) Ratificada en 1990.

Esta Convención entiende por niña y niño a *“todo ser humano menor de 18 años, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”.* Obliga a los Estados a respetar los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes, señalando que *“adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”* (Art. N°3)

7) Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional y sus Protocolos Contra el Tráfico ilícito de Migrantes por Tierra, Mar y Aire y, Para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, especialmente Mujeres y Niños (2000). Ratificada en 2004.

Este instrumento internacional de violencia contra las mujeres está dado en el marco de la feminización de la trata de personas, substancialmente de la trata con fines de explotación sexual. La Convención incluye: el Protocolo contra el Tráfico Ilícito de Migrantes por Tierra, Mar y Aire; el

Protocolo contra la fabricación y tráfico ilícito de armas de fuego, sus piezas y componentes y municiones y, el Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, especialmente mujeres y niños/as, donde en este último, no sólo se alude a las víctimas de trata de personas en el ámbito internacional (personas en situación migratoria regular o irregular) sino también, aplica a víctimas de trata dentro de un mismo país, con especial atención de mujeres, niñas y niños por tratarse de personas mayormente expuestas y vulnerables a este delito.

8) Principios de Yogyakarta (2006) No Vinculante.

Instrumento internacional que traza 29 principios legales sobre la orientación sexual y la identidad de género, identificando derechos específicos como el derecho a la no discriminación, derecho a la seguridad humana y personal, derechos económicos, sociales y culturales, derecho a la expresión, entre otros, además plantea las obligaciones y deberes que corresponden a los Estados en la materia, cuyo objeto es garantizar que las personas LGBTI ejerzan y disfruten sus derechos humanos. Posteriormente en el año 2017, se adoptaron unos nuevos Principios de Yogyakarta más 10 (YP+10) que incluyeron la expresión de género y las características sexuales como categorías de protección, estableciendo nuevas obligaciones para los Estados y nuevas recomendaciones. Algunos de estos derechos son: el derecho a la protección del Estado frente a la violencia y la discriminación, el derecho al reconocimiento legal, el derecho a la verdad sobre las violaciones de los derechos humanos y el derecho a la integridad corporal y mental.

9) Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) Ratificada en 2008.

Esta Convención reconoce que la Discapacidad es un concepto que evoluciona, que resulta de la interacción entre personas con “deficiencias” y las barreras de actitud y entorno, las que soslayan su participación plena y efectiva en la sociedad, en condiciones de igualdad con los demás. Señala que las mujeres y niñas con discapacidad están expuestas a un mayor riesgo de violencia, lesiones o abuso, abandono o trato negligente, de malos tratos o explotación, dentro y fuera del hogar, así que obliga a la protección mental y física de las personas con discapacidad.

10) Declaración sobre el Femicidio (2008) No Vinculante.

El Comité de Expertas/os del *Mecanismo de Seguimiento de la Implementación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer*, “Convención de Belém do Pará” (ME-SECVI) es el primer mecanismo intergubernamental de seguimiento de un tratado de derechos de la mujer en el mundo, elaboró una Declaración sobre el Femicidio, donde señala que los femicidios son la manifestación más grave de discriminación y violencia contra las mujeres y realiza una serie de recomendaciones a los Estados parte, entre las cuales está “*Legislar o fortalecer la legislación existente respecto a la autonomía de las mujeres, sus derechos y libertades (...), contar con bancos de datos, investigaciones y estadísticas que permitan conocer la magnitud de la problemática de femicidio*”, entre otras.

11) Declaración de Pachuca “Fortalecer los esfuerzos de prevención de la violencia contra las mujeres” (2014) No Vinculante.

Esta Declaración emitida por su Comité de Expertas y Mecanismo de Seguimiento de la Implementación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (MESECVI) recomienda a los Estados, visibilizar las manifestaciones de violencia contra las mujeres y la interrelación entre ellas; fortalecer el enfoque en la prevención primaria de la violencia contra las niñas y mujeres como parte de una respuesta integral multisectorial; luchar

contra la cultura de impunidad en contra de mujeres y niñas y contra la utilización de estereotipos discriminatorios y el sexismo en los medios de comunicación, focalizando el actuar preventivo en tres ámbitos: legislativo y políticas públicas, educación y comunicación.

12) Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1999) ratificado 2019.

El Protocolo Facultativo es un texto complementario a la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, que establece mecanismos de denuncia e investigación de la Convención CEDAW, por medio de los cuales los Estados Parte, otorgan competencia al Comité para conocer denuncias de personas o investigar “violaciones graves o sistemáticas” con el objeto de que los derechos reconocidos en la Convención sean respetados. Las Recomendaciones no son estrictamente vinculantes, pero se establece que “El Estado Parte dará la debida consideración a las opiniones del Comité, así como a sus Recomendaciones si las hubiere, y enviará al Comité -en un plazo de seis meses- una respuesta por escrito, especialmente información sobre toda medida que se hubiera adoptado en función de las opiniones y recomendaciones del Comité”.

13) Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015) ratificada en 2017.

Su objeto es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad.

14) Convenio N°169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (1989), ratificado en 2008.

Plantea el derecho a la autodeterminación de los pueblos y, dentro de éste, el derecho de las mujeres indígenas a una vida libre de violencia. Este instrumento es un avance para resolver la aparente contradicción, entre el derecho a la autonomía de los pueblos y el reconocimiento del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia y cumplimiento de los estándares establecidos para su garantía en el sistema normativo de protección de los derechos humanos de las mujeres.

15) Convención Internacional de Protección de los derechos de los trabajadores migratorios y sus familiares (1990) ratificada el 2005

Resguarda el acceso en condiciones de igualdad de trato de las personas migrantes y sus familias respecto a las personas nacionales del Estado de que se trate.

3.2 Marco Nacional

Chile cuenta con una legislación sobre prevención y sanción de la violencia intrafamiliar. La primera Ley sobre Violencia intrafamiliar es la Ley N°19.325 promulgada el año 1994¹¹⁸, por una iniciativa parlamentaria que recogió las propuestas de la sociedad civil. En la medida en que esta Ley releva el hecho de que las mujeres son las principales afectadas, instala por primera vez en Chile, la responsabilidad del Estado respecto a este tipo de violencia, caracterizándose como una práctica abusiva inaceptable para la sociedad chilena y abriendo paso a la comprensión de su relación con las desigualdades de género. Esta Ley no definía un tipo penal y, por ello la violencia intrafamiliar sólo constituía una “falta” a ser sancionada por la Justicia Civil (aún no existían los Tribunales de Familia).

Tras un proceso de evaluación de diez años de aplicación de la mencionada Ley 19.325 y acogiendo las críticas de la sociedad civil y de los propios tribunales de justicia, esta Ley fue revisada y sustituida en el año 2005, por la Ley N°20.066¹¹⁹, actualmente en vigencia.

La Ley N°20.066 define “Violencia intrafamiliar”¹²⁰ en su Art. 5°: *“Será constitutivo de violencia intrafamiliar todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica de 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 en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive, del ofensor o de su cónyuge o de su actual conviviente. También habrá violencia intrafamiliar cuando la conducta referida en el inciso precedente ocurra entre los padres de un hijo común, o recaiga sobre persona menor de edad o discapacitada que se encuentre bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar.”*

Esta Ley introduce la tipificación del delito de “maltrato habitual”, es decir cuando hay un ejercicio habitual de la violencia física o psicológica en contra de las personas protegidas por esta Ley (mujeres, niños/as o adultos/as mayores), se sanciona con la pena de presidio menor en su grado mínimo a medio, salvo que el hecho sea constitutivo de un delito de mayor gravedad (como en el caso de violencia física con resultado de lesiones), caso en el cual se aplicará solo la pena asignada por la Ley a éste. Para determinar si hay habitualidad, el tribunal considera la cantidad de veces que se han producido los hechos de violencia y la proximidad temporal entre éstos, independientemente que la violencia se haya ejercido sobre la misma o diferente persona.¹²¹

El 4 de marzo del año 2020 entra en vigor la Ley N°21.212 que modifica el Código Penal, el Código Procesal Penal y la Ley N°18.216 que establece penas sustitutivas a las penas privativas de libertad, con relación al delito de femicidio¹²². Esta Ley redefine el delito de femicidio, entendiéndose por tal: “El hombre que matare a una mujer que es o ha sido su cónyuge o conviviente, o con quien tiene o ha tenido un hijo en común, será sancionado con la pena de presidio mayor en su grado máximo a presidio perpetuo calificado. La misma pena se impondrá al

¹¹⁸ Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=30692>

¹¹⁹ Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=242648>

¹²⁰ El lenguaje común ha utilizado la noción “violencia doméstica” para referirse a la violencia contra la mujer. El proyecto de Ley original hablaba de “violencia doméstica” para focalizarse en la violencia ejercida hacia la mujer en el ámbito privado, pero la negociación política en el Parlamento chileno determinó que su objeto fuera la “violencia intrafamiliar”, incorporó a todos los miembros de la familia y el parentesco sanguíneo. En muchos países se sigue utilizando el término “violencia doméstica” como denominación amplia de violencia contra la mujer en el contexto doméstico.

¹²¹ Artículo 14, Ley N°20.066.

¹²² La información de la Ley 21.212. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1143040>

hombre que matare a una mujer debido a tener o haber tenido con ella una relación de pareja de carácter sentimental o sexual sin convivencia".

Es Relevante señalar que Chile presenta importantes avances en materia legislativa referida a la no violencia contra las mujeres, acceso a la justicia, igualdad de derechos entre hombres y mujeres y no discriminación, violencia contra las mujeres comprendida en el marco de los Derechos Humanos, considerando la relación entre la discriminación y desigualdad de derechos de las mujeres y violencia de género.

LISTADO DE LEYES NACIONALES VINCULADAS A VIOLENCIAS, MUJER Y GÉNERO¹²³

1) Ley N°19.035 (1994) Ley de Violencia Intrafamiliar actualmente no se encuentra vigente, fue el primer espacio legislativo relacionado con la violencia intrafamiliar, entendida como un problema de interés público, estableciendo un procedimiento judicial y sus respectivas sanciones.

2) Ley N°19.585 (1998) Ley de Filiación, es la legislación que refiere al reconocimiento a la igualdad de derechos de las niñas y niños nacidos en Chile, independientemente si sus progenitores se encuentran casados.

3) Ley N°19.591 (1998) Modifica el Código del Trabajo en materia de Protección a la Maternidad, establece que ningún empleador o empleadora puede condicionar la contratación de mujeres, su permanencia, renovación contractual, promoción o movilidad en el empleo, en relación con la existencia (o ausencia) de embarazo, impidiendo la solicitud de certificados o exámenes.

4) Ley N°19.611 (1999) Establece Igualdad Jurídica entre hombres y mujeres, corresponde a una Reforma Constitucional del "Artículo N°1 de la Constitución de la República de Chile", donde se incluye a hombres y mujeres.

5) Ley N°19.617 (1999) Modifica el Código Penal, el Código de Procedimiento Penal y Otros Cuerpos legales en materias relativas al delito de violación, corresponde a una serie de cambios a la regulación de los delitos sexuales en la legislación, tales como:

- i) Trata los "crímenes y delitos contra el orden de las familias, contra la moralidad pública y contra la integridad sexual", antiguamente describía solo al orden de las familias, moralidad pública e incluía delitos sexuales.
- ii) Ampliación del delito de violación de solo vaginal, a otras formas.
- iii) Se tipifica la violación conyugal.
- iv) Se despenaliza la sodomía entre adultos, sancionándose solo respecto de menores.
- v) Los abusos deshonestos pasan a llamarse "acciones sexuales abusivas".
- vi) Un juez o jueza puede estimar las pruebas según "la sana crítica" (entendida como las mínimas reglas de racionalidad y lógica), quedando así menos regulado que antes en esta materia.
- vii) Se elimina el careo entre la víctima y el agresor.

¹²³ Fuente: Elaboración propia. Adaptación de Manual Curso 7° versión, "Herramientas para el abordaje de la violencia de género". SERNAMG – Universidad de Concepción, 2021.

viii) Se faculta a otros establecimientos de salud, aparte del Servicio Médico Legal, para poder acreditar el daño físico y/o psicológico de la víctima lo que promueve evitar demoras en las pericias.

6) Ley N°19.688 (2000) Derecho de estudiantes embarazadas o madres lactantes para acceder a establecimientos educativos, normativa que prohíbe que el embarazo y la maternidad constituyan una traba para el acceso y permanencia en establecimientos educativos, otorgando facilidades académicas para ello.

7) Ley N°19.947 (2004) Ley de Matrimonio Civil regula las rupturas matrimoniales, exponiendo la forma de cómo iniciar una demanda de divorcio y sus condiciones, que buscan proteger a las hijas e hijos y al cónyuge en mayor vulnerabilidad.

8) Ley N°20.005 (2005) Ley de Acoso Sexual en el Trabajo, modifica el Código del Trabajo. Normativa que tipifica y sanciona el acoso sexual en el ámbito laboral, el que afecta mayoritariamente a las mujeres, creando un sistema de denuncia para ello (Empleador/a - Inspección del Trabajo - Tribunales Laborales)

9) Ley N°20.047 (2005) Ley de Postnatal Masculino, reconoce a los padres el derecho a contar con días libres y pagados por el nacimiento o adopción de sus hijos e hijas.

10) Ley N°20.066 (2005) Ley sobre Violencia Intrafamiliar, legislación que tiene por objeto prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar y otorgar protección a las víctimas, creando el delito de maltrato habitual, que incluye distintos tipos de maltrato, como el psicológico.

11) Ley N°20.166 (2007), Ley que extiende el derecho de las madres trabajadoras a amamantar a sus hijos aun cuando no exista Sala Cuna, garantiza el derecho de las madres trabajadoras a disponer de al menos 1 hora diaria para alimentar a sus hijos/as menores de 2 años, incluso si no existe sala cuna en su espacio laboral.

12) Ley N°20.255 (2008) Ley que Establece Reforma Previsional, crea un sistema de pensiones solidarias de vejez e invalidez, en adelante, "sistema solidario", incorporando medidas que igualaron derechos y deberes entre hombres y mujeres respecto del sistema de pensiones, con objeto de disminuir esta brecha de género que afectaba a las mujeres.

13) Ley N°20.279 (2008) Ley de Reajuste Monto del Ingreso Mínimo mensual, normativa que reconoce y establece el monto mensual de ingreso mínimo para las trabajadoras de casa particular.

14) Ley N°20.348 (2009) Ley que resguarda el derecho a la Igualdad en las Remuneraciones, obliga al empleador o empleadora a dar cumplimiento al principio de igualdad de remuneraciones, considerando como discriminatorias las diferencias en las remuneraciones por el mismo trabajo, realizado por hombres y mujeres.

15) Ley N°20.399 (2009) Ley que otorga derecho a Sala Cuna al Trabajador, establece y permite que los padres que asumen la custodia o cuidado personal de sus hijos menores de dos años puedan contar con sala cuna pagada por sus empleadores para sus hijas/os menores de dos años.

16) Ley N°20.418 (2010) Ley que Fija Normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en materia de Regulación de la Fertilidad, normativa que resguarda el ejercicio del derecho a información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, en un espacio de confidencialidad y privacidad de las personas; e impone obligaciones al Estado en cuanto a su garantía y acceso, con el fin de prevenir el embarazo adolescente, infecciones de transmisión sexual y consecuencias de actos asociados a la violencia sexual.

17) Ley N°20.480 (2010) Ley que crea la figura del Femicidio, modifica el Código Penal y la Ley N°20.066, sobre Violencia Intrafamiliar, creando la figura de Femicidio. Ley que define femicidio íntimo de la pareja, es decir, que es consumado por el cónyuge o conviviente o los excónyuges o ex convivientes de la mujer. Antes de su entrada en vigor, si el o la cónyuge o conviviente, conociendo las relaciones que le ligaban, eran autores/as del asesinato de su pareja, se les sancionaba como autores/as de parricidio. Con entrada en vigor de esta Ley, si la víctima es o ha sido la cónyuge o conviviente, el delito se denominará femicidio, y su sanción es la misma que el parricidio (15 años y 1 día a presidio perpetuo calificado).

18) Ley N°20.507 (2011) Ley que tipifica los Delitos de Tráfico Ilícito de Migrantes y Trata de Personas y establece normas para su prevención y más efectiva persecución criminal, incorpora al Código Penal diversos tipos penales destinados a sancionar el tráfico ilícito de migrantes y la trata de personas con fines de explotación sexual, laboral, servidumbre y extracción de órganos, entre otros, donde se introducen modificaciones en ámbitos del ordenamiento jurídico.

19) Ley N°20.545 (2011) Ley que modifica las normas sobre Protección a la Maternidad e incorpora el permiso Postnatal Parental, establece la extensión del postnatal; fija el permiso postnatal parental de 12 semanas y la extensión de cobertura a mujeres no protegidas por el régimen de subsidio por incapacidad laboral.

20) Ley N°20.526 (2011) Ley que sanciona el acoso sexual de menores, la pornografía infantil virtual y la posesión de material pornográfico infantil, legislación que modifica distintos cuerpos legales respecto al acoso sexual, la entrega o exhibición de actos, imágenes o grabaciones con significación sexual de niñas y niños menores de 14 años (grooming)¹²⁴

21) Ley N°20.607 (2012) Ley que Modifica el Código del Trabajo sancionando las prácticas de acoso laboral, que incorpora la figura del acoso laboral (mobbing)¹²⁵ entendiéndose como un acto contrario a la dignidad de las personas, estableciendo las sanciones a quienes lo cometen.

22) Ley N°20.609 (2012) Ley que Establece Medidas contra la Discriminación, conocida como “Ley Zamudio”, instaura un mecanismo judicial al cometerse un acto de discriminación arbitraria u omisión discriminatoria, el cual se debería interponer en Tribunales de Letras o Civiles por las personas afectadas, con el objeto de obtener la debida protección judicial. La discriminación

¹²⁴ Práctica de ciberacoso sexual en la que un adulto engaña a un menor de edad con fines sexuales.

¹²⁵ Conducta abusiva consciente y premeditada, realizada de forma sistemática y repetitiva, que atenta contra la dignidad o la integridad psicológica o física de un/a trabajador/a.

arbitraria se define como “toda distinción, exclusión o restricción que carezca de justificación razonable, efectuada por agentes del Estado o particulares, que cause privación, perturbación o amenaza en el ejercicio legítimo de los derechos fundamentales establecidos en la Constitución Política de la República o en los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Chile y que se encuentren vigentes”

23) Ley N°20.584 (2012) Ley que Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en Salud, normativa que reglamenta derechos y deberes, entre los que se encuentran, el derecho al trato digno y no discriminatorio, a la información, al acompañamiento familiar o espiritual, entre otras que es aplicable a cualquier tipo de prestador de atenciones de salud, sea público o privado.

24) Ley N°20.820 (2015) Ley que crea el Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género, y modifica normas legales. Indica que la creación del Ministerio busca diseñar, coordinar y evaluar políticas, planes y programas que promuevan la equidad de género y la igualdad de derechos y procuren eliminar todas las formas de discriminación contra las mujeres. Además, reformula el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) por el Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género, conocido como SERNAMEG.

25) Ley N°20.830 (2015) Crea el Acuerdo de Unión Civil. Legislación que reconoce el derecho a conformar una familia y brinda protección a derechos de las personas que conviven, sean de igual o distinto sexo, para que puedan tener derecho de acceso a la salud, previsión, herencia y a otros beneficios sociales.

26) Ley N°20.840 (2015) Sustituye el Sistema Electoral Binominal por uno de carácter proporcional, inclusivo y fortalece la representatividad del Congreso Nacional, legislación cuya finalidad es reducir la desigualdad en el voto, representar la multiplicidad de las corrientes políticas e incentivar la inclusión y participación de las mujeres. Se establece un mínimo del 40% y un máximo del 60% de mujeres y de hombres en las candidaturas a cargos partidarios internos y de elección popular, sanciones y un incentivo económico a los partidos en función de las mujeres candidatas que resulten electas y aumento del reembolso por voto obtenido por las candidatas, independientemente sean o no electas.

27) Ley N°20.968 (2016) Tipifica Delitos de Tortura y Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes. La que es muy relevante, ya que introduce estas conductas como delitos al Código Penal, es decir en la justicia ordinaria y que reconoce la violación como una forma de tortura, y en el caso que esta concurra agrava el delito. Lo anterior, considerando que muchas veces precisamente, la forma a través de la cual se constituye o agrava la tortura en el caso de las mujeres, es la violencia sexual, con la finalidad de que nuestro país pueda dar cumplimiento a los compromisos contraídos en virtud de los tratados internacionales que se encuentren vigentes en esta materia y para alcanzar los estándares exigidos por dichos instrumentos.

28) Ley N°21.013 (2017), tipifica un nuevo delito de maltrato y aumenta la protección de personas en situación especial. Normativa que modifica el Código Penal, cuyo objeto es sancionar penalmente el maltrato corporal relevante de personas con déficit corporal o físico, como los menores de 18 años, adultos mayores y personas con discapacidad. i) Crea dos delitos nuevos, maltrato corporal relevante y trato degradante, ii) Aumenta la pena por agredir a un y una menor

de 18 años, adulto/a mayor o a una persona en situación de discapacidad, iii) Establece nuevas penas accesorias y crea una nueva sección del Registro General de Condenas y iv) si califica como maltrato habitual, elimina su revisión por dos sedes judiciales.

29) Ley N°21.030 (2017) Ley que Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. La normativa establece como casuales específicas: cuando la mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida; cuando el feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente; o cuando el embarazo sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación. En caso de menores de 14 años podrá realizarse hasta las 14 semanas de gestación. Asimismo, se establece el derecho a un programa de acompañamiento, tanto en el proceso de discernimiento, como durante el período siguiente a la toma de decisión, que comprende el tiempo anterior y posterior al parto o a la interrupción del embarazo, según sea el caso.

30) Ley N°21.057 (2018) Ley que Regula entrevistas grabadas en video y otras medidas de resguardo a menores de edad, víctimas de delitos sexuales; normativa que tiene por objeto evitar la victimización secundaria, para evitar toda consecuencia negativa que puedan sufrir niños, niñas y adolescentes con ocasión de su interacción, en calidad de víctimas, con las personas o instituciones que intervienen en etapas de denuncia, investigación y juzgamiento. Regula la realización de la entrevista investigativa video grabada y de la declaración judicial de víctimas de delitos sexuales o delitos violentos.

31) Ley N°21.120 (2018) Ley que reconoce y da Protección al Derecho a la Identidad de Género. Señala que toda persona tiene derecho a ser reconocida e identificada conforme a su identidad de género, una vez realizada la rectificación que regula esta Ley, en los instrumentos públicos y privados que acrediten su identidad respecto del nombre y sexo, en conformidad con lo dispuesto en esta Ley.

32) Ley N°21.160 (2019). Ley que declara imprescriptibles los delitos sexuales contra menores de edad. Establece que para las personas que han sido víctimas de delitos sexuales, se podrá denunciar e iniciar un proceso penal en cualquier tiempo desde que éste haya ocurrido. Facilitando la Justicia así en los casos que las personas estuvieron impedidas de denunciar los abusos sexuales cometidos en su contra, por su corta edad u otras circunstancias y que no lo hicieron posible en dicho momento.

33) Norma General Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual (2016) del Ministerio de Salud, con resolución exenta N°3849 del 30 de agosto 2016.

34) Ley N°21.153 (2019) Ley que modifica el Código Penal para Tipificar el delito de Acoso Sexual en los Espacios Públicos. Normativa que introduce modificaciones al Código Penal, comprendiendo los siguientes puntos i) Se sancionará como delito, al que en lugares públicos o de libre acceso al público y que por cualquier medio capte, grabe, filme o fotografíe imágenes, videos, o cualquier registro audiovisual de los genitales u otra parte íntima del cuerpo de otras personas con fines de significación sexual y sin su consentimiento, ii) Se sancionará también como delito cuando se cometan actos de significación sexual que afecten las partes íntimas de las personas, por medio de sorpresa u otra maniobra que no suponga el consentimiento de la víctima y, iii) Se

sancionará como falta penal, el acoso sexual en lugares públicos o de libre acceso público, que consiste en actos de significación sexual capaces de provocar una situación objetivamente intimidatoria, hostil o humillante, sin mediar el consentimiento de la víctima. Pueden ser actos verbales o gestos, o por medio de conductas consistentes en acercamientos o persecuciones, o actos de exhibicionismo obsceno o de contenido sexual explícito.

35) Ley N°21.212 (2020) Modifica el Código Penal, el Código Procesal Penal, y la Ley N°18.216 en materia de tipificación del Femicidio. Conocida como “Ley Gabriela”, es la nueva Ley de Femicidio que lo reconoce como un delito de género contra las mujeres y crea un tipo penal, fuera del artículo del parricidio, que alude a las relaciones de familia. Se establece un nuevo artículo que se puede entender como íntimo, que es cuando un hombre mata a una mujer, que es o ha sido su cónyuge o conviviente, pero amplía a quienes son o han sido los padres de hijos/as en común, y a quien matare a una mujer debido a tener o haber tenido con ella una relación de pareja de carácter sentimental o sexual sin convivencia, incluyendo los actuales o ex “pololos”. Además, incorpora los femicidios no íntimos, es decir donde no es necesario tener una relación de pareja o hijos/as en común, señalando que también será femicidio, cuando un hombre mate a una mujer debido a su género.

36) Ley N° 21.369 (2021) Regula el Acoso Sexual, la Violencia y la Discriminación de Género en el ámbito de la Educación Superior. El objetivo de la presente ley es promover políticas integrales orientadas a prevenir, investigar, sancionar y erradicar el acoso sexual, la violencia y la discriminación de género, y proteger y reparar a las víctimas en el ámbito de la educación superior, con la finalidad de establecer ambientes seguros y libres para todas las personas que se relacionen en las referidas comunidades académicas, con prescindencia de su sexo, género, identidad y orientación sexual.

IV. ANTECEDENTES

4.1 Hitos institucionales del Ministerio de Salud en el abordaje de la violencia contra las mujeres.

Desde el año 1994, cuando se promulga la Ley N°19.325 de Violencia Intrafamiliar (Ley VIF) el Sector Salud ha acumulado saberes y experiencias en el desarrollo e implementación de modelos e intervenciones para el abordaje de la violencia contra la mujer, ya que la Ley VIF entregó una responsabilidad significativa al Sector, entregando a los Centros Comunitarios de Salud Mental - COSAM- la atención psicológica a las víctimas de Violencia, mujeres y hombres, derivados desde los Tribunales de Justicia en sede Civil.

Con la finalidad de apoyar el quehacer de los y las profesionales de la salud y disponer de una adecuada respuesta, el Ministerio de Salud desarrolla una serie de orientaciones técnicas y acciones de capacitación para abordar la violencia intrafamiliar y la violencia sexual. Es así como durante el año 1998, se entregan las primeras “Orientaciones para la Atención de Víctimas de Violencia”, a través de un conjunto de manuales, guías clínicas y programas para la detección, prevención y atención integral en el curso de vida, especialmente centrados en la Atención Primaria de Salud y realizando derivaciones al nivel de especialidad, según diagnóstico. También, se implementaron acciones y actividades preventivas como la entrega de información y la realización de talleres psicoeducativos a la comunidad.

Posteriormente en el año 2004, la entrada en vigor de la Ley N°19.968, crea los Tribunales de Familia y la promulgación de la nueva Ley N°20.066 de Violencia Intrafamiliar -que modifica la Ley N°19.325- instalando el delito de ‘maltrato habitual’ en el Código Penal¹²⁶; reitera el rol del Sector Salud, en el tratamiento de víctimas y victimarios.

En este mismo período, el Ministerio de Salud establece un convenio con el Ministerio Público para la disposición de las *Salas de Primera Acogida para Personas Víctimas de Violencia Sexual*, para contar con espacios de atención apropiados y conforme a los derechos de las personas que son víctimas de violencia sexual e intrafamiliar en los Servicios de Urgencia, generales, pediátricos y gineco-obstétricos¹²⁷.

¹²⁶ Entendido como ejercicio habitual de la violencia física o psicológica en contra de las personas protegidas por esta ley (mujeres, niños/as o adultos/as mayores) Se sanciona con la pena de presidio menor en su grado mínimo, salvo que el hecho sea constitutivo de un delito de mayor gravedad (como en el caso de violencia física con resultado de lesiones), caso en el cual se aplica sólo la pena asignada por la ley a este delito. La ley anterior no definía un tipo penal y por ello, la violencia intrafamiliar solo constituía una “falta”, a ser sancionada por la Justicia Civil (aún no existían los Tribunales de Familia).

¹²⁷ Cabe recordar que en 1998 Chile ratifica la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará, aprobada en 1994 por la Asamblea General de la OEA). En el año 1999 la Ley N°19.617 modifica el Código Penal en la tipificación de ciertos delitos sexuales incluyendo violación, violación conyugal, estupro, incesto, abuso sexual de menores y pornografía con menores, y en el año 2003 la Ley N°19.874 facilita la denuncia en caso de atentados sexuales y permite una mejor investigación del delito.

En el año 2008, el Ministerio de Salud pública la Política de Salud para la Violencia de Género, elaborada y redactada por un grupo de profesionales de la Subsecretaría de Redes y la Subsecretaría de Salud Pública, sobre la base de un documento denominado “Elementos a considerar en una política integral de salud para la intervención en la violencia contra las mujeres (2008 -2010)” del *Consejo Consultivo de Género y Salud de las mujeres* con aportes de *Comisiones Regionales de Género* y un importante número de profesionales de la salud a lo largo del país.

Dicha Política ha guiado los esfuerzos del Ministerio de Salud durante estos años, cuyo enfoque ha estado centrado en la prevención y su meta en la disminución de la incidencia y prevalencia de daños y secuelas de la violencia de género, en las mujeres de todas las edades.

Sin duda, desde la publicación de la Política, el tema de violencia intrafamiliar y género cobra relevancia en el sector. Al respecto, algunos de los principales avances en la materia han sido:

- La aplicación de normas y protocolos en la atención de mujeres víctimas de violencia de género y su actualización periódica.
- La capacitación del personal de salud (profesionales, técnicos y administrativos) en aspectos éticos, conceptuales, epidemiológicos y legales del problema y en la atención de mujeres víctimas de violencia de género.
- La instalación del registro, procesamiento y difusión de datos de personas atendidas por violencia de género y acciones en el ámbito de la promoción, destacando el trabajo intersectorial que se realiza en la Subcomisión de Estadísticas de Género, coordinada por el INE y el Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, donde se pone a disposición un conjunto de indicadores de género priorizados que se producen en los distintos ministerios, entre ellos el MINSAL.¹²⁸
- La promoción y apoyo de estudios para mejorar permanentemente la Política y su implementación, a través del Fondo de Investigación en Salud y de las funciones propias del Ministerio (compra de servicios para la evaluación externa de acceso, efectividad e impacto de las acciones).¹²⁹
- Incorporación de preguntas/consultas para la detección y pesquisa de casos de Violencia intrafamiliar en instrumentos del MINSAL.¹³⁰

Es importante destacar la incorporación de la temática de Violencia en la construcción de la Estrategia Nacional de Salud, como parte de los Objetivos Sanitarios de la Década 2021-2030, ella considera los lineamientos provenientes de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, donde los Estados Miembros han convenido generar esfuerzos para alcanzarlos al 2030. Dado que la salud ocupa un lugar fundamental, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha

¹²⁸ Disponible en: <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/genero/indicadores-subcomision-de-estadisticas-de-genero>.

¹²⁹ Más información en:

<https://www.conicyt.cl/fondef/lineas-de-programa/instrumentos-vigentes/concurso-nacional-de-proyectos-de-investigacion-y-desarrollo-en-salud-fonis/>

¹³⁰ A saber, i) Evaluación Psicosocial Abreviada en el control prenatal de Chile Crece Contigo, ii) Programa de Salud Mental Integral de APS, iii) Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor y iv) Control del Joven Sano, del Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. En el Programa Chile Crece Contigo, a partir de la Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA), se realizan en el control prenatal Visitas Domiciliarias Integrales como acciones preventivas a Gestantes en Riesgo Psicosocial. El Programa de Salud Mental resuelve, en el nivel secundario y de especialidad ambulatoria, derivaciones a tratamiento desde el nivel primario de atención para intervenciones de mayor complejidad, de acuerdo con la programación de prestaciones de los Servicios de Salud para el año. En el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) se incorporaron preguntas sobre maltrato y violencia intrafamiliar y también en el Control del Joven Sano (Ficha CLAP) del Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.

desarrollado la Agenda de Salud Sostenible para Las Américas 2018-2030, entregando recomendaciones atinentes a la realidad del continente.

En razón a ello, los Objetivos Sanitarios de la Década incorporan principios rectores como el asegurar los derechos en salud, alcanzar la cobertura universal y reducir las inequidades en salud. Desde el Ministerio de Salud, en su compromiso por mejorar la situación de salud de la población, se ha planteado al 2030:

1. Mejorar la salud y bienestar de la población.
2. Disminuir las inequidades.
3. Asegurar la calidad de la atención en salud.
4. Avanzar hacia la construcción de comunidades y entornos saludables.

Bajo este marco de referencia, se establecieron 7 Ejes Estratégicos, los cuales abarcan una diversidad de temas que fueron establecidos de acuerdo con criterios de selección y priorización previamente definidos y en específico el Cuarto Eje se denomina “Enfermedades Crónicas no transmisibles y Violencia” donde la Violencia de Género es parte fundamental de esta construcción¹³¹.

Otro antecedente es la creación en el año 2013 de la Unidad de Violencia Intrafamiliar en la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) en el Ministerio de Salud, para abordar y dar cumplimiento a los requerimientos de la Estrategia Nacional de Salud, tanto a nivel nacional como regional.

El mismo año, el Ministerio de Salud comenzó a participar en diversas Mesas intersectoriales como: la Red de Asistencia a Víctimas (RAV), coordinada por la Subsecretaría de Prevención del Delito, Mesa Intersectorial contra la Trata de Personas (MITP), cuya Secretaría Ejecutiva está en el Ministerio del Interior y Seguridad Pública. De igual forma se incorporó a referentes de las SEREMI de Salud a nivel regional lo que permitió fortalecer el trabajo intersectorial a nivel local, símil del establecido a nivel nacional.

En el año 2015, se comienza un trabajo intersectorial liderado por la Secretaría Ejecutiva del Consejo Nacional de la Infancia, que plantea la necesidad de fortalecer las entonces llamadas “Salas Tutuzelas”¹³² a un formato denominado “Unidad Clínico Forense”, instancia de articulación de la red de servicios de atención a víctimas, de apoyo social y psicológico, que fuese la puerta de entrada para las personas afectadas por violencia sexual a lo largo del país en coordinación con el Servicio Médico Legal y el Ministerio Público, la que contaría con equipos clínicos de atención directa sensibilizados y capacitados en estas temáticas¹³³. Además de médicos y médicas peritos

¹³¹ Guía metodológica para orientar el trabajo de las mesas técnicas. Departamento Estrategia Nacional de Salud. pág. 4. MINSAL (2021).

¹³² Son salas de primera acogida, que tienen su origen en el modelo sudafricano de salas de atención a víctimas de delitos sexuales, llamadas Thuthuzela Care Centres, proyecto que busca coordinar el trabajo de policías, fiscales y personal médico en lo relativo a la atención de víctimas de delitos sexuales y en la persecución de tales delitos. Thuthuzela significa en lengua nativa acogida o consuelo. Más información al respecto: http://www.unicef.org/southafrica/hiv_aids_998.html.

¹³³ Las UCFH son espacios físicos en los Servicios de Urgencia de los Hospitales que generan las condiciones necesarias para brindar una atención prioritaria, no victimizante y de calidad a las personas que han experimentado un delito sexual, que permiten articular de forma efectiva y eficiente los procedimientos médicos y judiciales que se requieren para intervenir en esta problemática. Allí, también se realizan peritajes con profesionales altamente calificados. Para ello ha impulsado la formación de médicos peritos en Sexología Forense que acuden a estas Unidades.

forenses sexológicos acreditados y certificados por el Ministerio de Salud y el Instituto Carlos Ivar (Servicio Médico Legal)

Asimismo, en el año 2015, se crea la Unidad de Género Ministerial, mediante Resolución Exenta N°136, dependiente del Gabinete de la entonces Ministra de Salud, doctora Carmen Castillo Taucher.

Una de las primeras tareas de la Unidad fue levantar información sobre la vigencia de la Política de Salud en Violencia de Género, existente desde el año 2008 y distintos programas y prestaciones asociados a su abordaje, tanto a nivel de Atención Primaria como de Especialidad. De esa revisión y posterior análisis, se constató el permanente trabajo y desarrollo de acciones y actividades asociadas a Violencia, a nivel de Promoción y de Prevención, incluyendo actividades de gestión, capacitación y otras, internas e intersectoriales, en el nivel territorial y local, no obstante, no se contaba con un marco orientador compartido a lo largo del país.

Considerando los resultados de ese diagnóstico, mediante el Decreto N°78/2015, el Ministerio de Salud creó la Comisión Ministerial de Salud y Violencia de Género para asesorar a la Ministra en la actualización de la Política en Salud en Violencia de Género y para coordinar la temática de Violencia al interior del Ministerio de Salud, a modo de avanzar en una respuesta de salud eficaz frente al problema de la violencia de género.

Su mandato incluyó la necesidad de asumir los cambios sociales y culturales, tanto en lo conceptual como de políticas públicas, desde la violencia contra la mujer centrada en el espacio afectivo-doméstico, hacia las orientaciones de la OPS/OMS de integrar la violencia de género a lo largo del ciclo de vida y no referida exclusivamente a las mujeres; revisar la legislación nacional vigente aplicable en la materia; coordinar el trabajo intra e intersectorial que se realice en violencia de género; y velar por el cumplimiento del Compromiso Ministerial de Género y Salud 2014-2018: *Contribuir a la disminución de la violencia de género a lo largo del ciclo de vida.*

Asimismo, esta Comisión partió de la premisa de que, para abordar el problema de incidencia en violencia de género, es fundamental reconocer que la atención por violencia no es de exclusivo dominio ni responsabilidad de la Red de Salud Mental, como había sido trabajada por años en el Ministerio de Salud, sino que requiere de una atención integral transversal de todos los programas y servicios del Sector Salud. También, sostiene que la disminución de la prevalencia de la violencia requiere una visión de prevención a través de la educación, pesquisa e intervención temprana por parte de los equipos de Atención Primaria y no solo limitarse a servicios de atención en urgencia después de que haya ocurrido el daño.

En el año 2016, se publica el Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020, documento complementario al texto original de la Estrategia Nacional de Salud 2011- 2020, cuyo Eje Estratégico de *Enfermedades no transmisibles, violencia y discapacidad* incorporó como Objetivo de Impacto: Disminuir la violencia a lo largo del ciclo de vida; con lineamientos específicos para la Programación Operativa Anual de cada Secretaría Regional Ministerial y de los

Servicios de Salud, referidos a la prevención, detección temprana y atención a las víctimas de violencia de género.

Avanzando en el tiempo, es importante mencionar la promulgación de la Ley 21.030/2017, que despenalizó la Interrupción Voluntaria del Embarazo en 3 causales (Ley IVE) que entró en vigencia en marzo de 2018. Desde esa fecha se ha avanzado en su implementación en la red asistencial, destacando la apertura de un tablero de reportería periódica de los casos constituidos desde la implementación de la Ley y hasta la fecha, disponible en el sitio web del Departamento de Estadísticas e Información en Salud¹³⁴, donde puede ser consultado por la ciudadanía.

También en línea con la información y participación en salud, se han puesto a disposición documentos asociados a la Ley IVE en diferentes idiomas, para facilitar la comunicación con personas migrantes y pueblos originarios.

En tanto con relación al trabajo del abordaje de Violencia de Género en las Trabajadoras de la Salud, se emite la primera versión de la “Orientación Técnica para la elaboración de Pautas Locales de atención de trabajadores del sector salud víctimas de violencia de pareja”, mediante Resolución Exenta N°345/ 2018, mediante el cual se reconoce a la violencia acontecida en una relación de pareja como un problema social, que impide el ejercicio pleno y goce de sus derechos.

Otros documentos relevantes asociados a la temática de las violencias de género son:

El Ord. 2374, que presenta las “Orientaciones para el Abordaje de la Violencia de Género detectada en atenciones de salud en contexto de pandemia 2020”.

La oficialización del “Procedimiento de Maltrato, Acoso Laboral y Acoso Sexual”, mediante Resolución Exenta N° 370, del 20 de abril de 2021.

Más recientemente, el 2 de agosto de 2021 mediante Decreto Exento N°41, se oficializa la “Norma Técnica y Administrativa de Monitoreo y Vigilancia de la Indicación de Cesárea”

4.2 Magnitud del Problema

La magnitud del problema de la violencia contra las mujeres, niñas y personas de la diversidad se evidencia en las cifras, aun cuando resulta complejo cuantificarla para conocer su real dimensión y sus consecuencias. No obstante, las estadísticas existentes no estarían dando cuenta de toda la extensión del fenómeno, a pesar de la mayor disponibilidad de datos que se observa en los últimos años.

Una de las expresiones más habituales de la violencia que se ejerce sobre las mujeres ocurre en su entorno más cercano y la ejercen sobre ellas sus parejas (cónyuges, convivientes, novios actuales o anteriores) mediante malos tratos, golpes, amenazas, agresión verbal, encierro o confinamiento

¹³⁴ DEIS - MINSAL. Disponible en:

https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F382105c8-521f-4356-b1b8-6bad21ba8b08§ionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false

doméstico, ejercicio de la fuerza en las relaciones sexuales, amenazas de muerte y homicidios; sin embargo, muchos de ellos no aparecen en las cifras oficiales.

ONU Mujeres, realiza un levantamiento y sistematización de datos de mujeres y niñas que experimentan violencia a nivel mundial, donde se constata que es un crimen común, pero escasamente denunciado, según las cifras disponibles sobre la incidencia de la violencia de pareja para, al menos, 106 países¹³⁵, algunos datos destacados a considerar se exponen en los siguientes puntos.

A escala mundial, el 35% de las mujeres ha experimentado alguna vez violencia física o sexual por parte de una pareja íntima, o violencia sexual perpetrada por una persona distinta de su pareja. Estos datos no incluyen el acoso sexual. Algunos estudios nacionales muestran que la proporción puede llegar al 70% de las mujeres, y que las tasas de depresión, abortos e infección por VIH son más altas en las mujeres que han experimentado este tipo de violencia frente a las que no la han sufrido¹³⁶

Cada día en el mundo, 137 mujeres son asesinadas por miembros de su propia familia. Se calcula que, de las 87.000 mujeres asesinadas intencionalmente en 2017 más de la mitad (50.000) murieron a manos de sus familiares o parejas íntimas.¹³⁷

Menos del 40% de las mujeres que experimentan violencia buscan algún tipo de ayuda. En la mayoría de los países para los que existen datos disponibles sobre esta cuestión se constata que, entre las mujeres que buscan ayuda, la mayoría acude a familiares y amistades. Muy pocas recurren a instituciones formales, como la policía o los servicios de salud. Menos del 10% de quienes buscan ayuda acuden a la policía.¹³⁸

A nivel mundial, las mujeres adultas representan cerca de la mitad (49%) de las víctimas de trata de personas detectadas. Las mujeres y niñas representan conjuntamente un 72%, y las niñas suponen más de tres cuartas partes de las víctimas infantiles de la trata. La trata de mujeres y niñas se realiza, en la mayoría de los casos, con fines de explotación sexual.¹³⁹

Al menos 200 millones de mujeres y niñas de 15 a 49 años han sido sometidas a la mutilación genital femenina en los 31 países en los que se concentra esta práctica. La mitad de estos países se encuentran en África Occidental. Todavía hay países en los que la mutilación genital femenina es prácticamente universal: la han sufrido al menos 9 de cada 10 niñas y mujeres de 15 a 49 años.¹⁴⁰

Quince millones de niñas adolescentes de 15 a 19 años han experimentado relaciones sexuales forzadas en todo el mundo. En la inmensa mayoría de los países, las adolescentes son el grupo con

¹³⁵ Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures#notes>

¹³⁶ OMS (Organización Mundial de la Salud), Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Escuela de higiene y medicina tropical de Londres y South African Medical Research Council (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*, pág. 2. Puede obtenerse información sobre países individuales en la base de datos mundial de ONU Mujeres sobre la violencia contra la mujer.

¹³⁷ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2019). “*Global Study on Homicide 2019*”, pág. 10.

¹³⁸ Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (2015). “*The World’s Women 2015, Trends and Statistics*”, pág. 159.

¹³⁹ UNODC (2018). “*Global Report on Trafficking in Persons*”, págs. 25 - 28.

¹⁴⁰ Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Estadística (2020). “*Achieve gender equality and empower all women and girls*”.

mayor riesgo de verse forzadas a mantener relaciones sexuales (u otro tipo de actos sexuales) por parte de su esposo, pareja o novio actual o anterior. De acuerdo con los datos disponibles para 30 países, tan sólo un 1 por ciento de ellas ha pedido alguna vez ayuda profesional.¹⁴¹

En la Unión Europea, una de cada diez mujeres denuncia haber experimentado ciberacoso desde los 15 años. Esto incluye la recepción de correos electrónicos o mensajes SMS no deseados, ofensivos y sexualmente explícitos, así como contactos ofensivos o inapropiados en redes sociales. El riesgo más elevado se registra entre las jóvenes de 18 a 29 años.¹⁴²

Respecto a la violencia contra personas de la diversidad de género, se constata la invisibilización del problema a nivel mundial, no existen cifras completas, ni sistematizadas, incluso en la mayoría de los países se identifica a la persona sobreviviente o víctima con un género distinto. Un esfuerzo en este sentido es el Informe realizado por Observatorio de Personas Trans Asesinadas (TMM)¹⁴³, vinculado a personas trans y de género diverso. En la versión 2020 del Informe del Observatorio, sus cifras relativas señalan que 350 personas trans y género-diversas fueron asesinadas, un 6% más que en 2019; el 98% de aquellas personas asesinadas eran mujeres trans o personas trans femeninas en el mundo, el 82% de los asesinatos registrados ocurrieron en América Central o del Sur. En Estados Unidos las personas racializadas alcanzan un 79% de las 28 personas asesinadas, en Europa el 50% de las personas trans asesinadas, eran migrantes. Finalmente concluyen que los datos recogidos muestran una tendencia incremental gradual en los asesinatos a personas trans y género-diversas, entre el año 2008 al 2020.¹⁴⁴

Finalmente, y con relación al impacto de la pandemia de COVID-19 y sobre la violencia de género, se constata un aumento en el número de llamadas a las líneas telefónicas de asistencia que incluso se ha quintuplicado en algunos países como consecuencia del incremento de las tasas de violencia de pareja, pues la restricción de movimiento, el aislamiento social y la inseguridad económica elevan la vulnerabilidad de las mujeres a la violencia en el ámbito privado.¹⁴⁵

4.2.1 Situación epidemiológica en Chile

En la medición de la violencia contra las mujeres, es importante considerar que los eventos que se registran no dan cuenta de la magnitud total de los hechos de violencia que efectivamente se producen. Sin embargo, a continuación, se exponen algunas de las cifras actualmente disponibles que permiten dimensionar y caracterizar la problemática de la violencia contra las mujeres en Chile.

A) Datos de femicidio

“...muerte violenta de mujeres por razones de género ya sea que tenga lugar dentro de la familia, unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal; en la comunidad, por parte de cualquier persona, o que

¹⁴¹ UNICEF (2017). *A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents*, págs. 73 - 82.

¹⁴² Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2014). *“Violence against women: an EU-wide survey”*, pág. 104.

¹⁴³ Organización no gubernamental, donde colaboran alrededor de 25 organizaciones, investigadores y numerosos activistas trans provenientes de más de 100 países.

¹⁴⁴ Disponible en: <https://transrespect.org/es/tmm-update-tdor-2020/>

¹⁴⁵ ONU Mujeres (2020). Intensificación de los esfuerzos para eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas: Informe del Secretario General (2020), pág. 4.

sea perpetrada o tolerada por el Estado y sus agentes, por acción u omisión". Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI).

El femicidio es una de las manifestaciones más graves de la violencia de género. La Organización Mundial de Salud en el "Informe mundial sobre la violencia y la salud" del año 2002 evidenció que las muertes de mujeres cometidas por sus parejas actuales o pasajeras serían entre el 40% y 70%, mientras que sólo un 5% de los asesinatos de hombres se debe a ataques de sus parejas.

El año 2009 se establece un mecanismo de coordinación interinstitucional denominado "Circuito Intersectorial de Femicidio" que, entre otros objetivos, busca garantizar la protección y atención integral a las víctimas indirectas de femicidio y sus familiares, así como el registro e información de esta manifestación de violencia contra las mujeres. Según la actual legislación chilena (Ley N°21.212/2020) el femicidio "es el asesinato de una mujer ejecutado por quien es o ha sido su cónyuge o conviviente, o con quien tiene o ha tenido un hijo en común, en razón de tener o haber tenido con ella una relación de pareja de carácter sentimental o sexual sin convivencia". Al 15 de octubre de 2021, en Chile se registran 28 femicidios consumados y 126 femicidios frustrados.

FEMICIDIOS CONSUMADOS, DISTRIBUCIÓN REGIONAL

Región	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
XV Arica y Parinacota	0	0	0	0	0	2	1
I Tarapacá	0	0	0	0	1	1	0
II Antofagasta	1	2	3	1	0	3	1
III Atacama	0	3	0	0	1	0	2
IV Coquimbo	0	1	0	3	1	0	1
V Valparaíso	2	5	2	2	4	6	8
RM Metropolitana	19	13	16	16	14	14	9
VI O'Higgins	1	4	1	5	2	4	6
VII Maule	3	3	1	4	4	1	4
XVI Ñuble	0	0	0	0	0	2	1
VIII Bío Bío	7	4	6	5	4	2	3
IX Araucanía	1	6	2	2	6	0	2
XIV Los Ríos	2	0	1	1	4	2	3
X Los Lagos	3	3	2	2	1	8	1
XI Aysén	0	1	0	3	0	0	1
XII Magallanes	1	0	0	0	0	1	0
Total	40	45	34	44	42	46	43

Fuente; Elaboración propia, SERNAMEG (https://www.sernameg.gob.cl/?page_id=27084)

El número de femicidios íntimos de pareja de los últimos años es un grave problema que rodea los 40 casos anuales consumados, lo que implica que, en promedio, cada semana y media una mujer es asesinada en manos de su pareja o expareja.

FEMICIDIOS FRUSTRADOS, DISTRIBUCIÓN REGIONAL

Región	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
XV Arica y Parinacota	2	4	2	3	1	8	8
I Tarapacá	4	6	10	6	4	4	6
II Antofagasta	4	7	11	8	5	4	6
III Atacama	0	5	4	3	4	2	3
IV Coquimbo	12	10	3	4	6	6	11

V Valparaíso	14	10	13	13	14	9	10
RM Metropolitana	32	22	34	24	30	25	42
VI O'Higgins	5	8	6	12	11	11	8
VII Maule	6	3	10	6	9	6	4
XVI Ñuble	0	0	0	0	0	3	5
VIII Bio Bío	9	10	15	14	8	5	10
IX Araucanía	1	5	3	7	10	9	15
XIV Los Ríos	3	6	4	1	3	7	10
X Los Lagos	7	10	10	11	10	6	9
XI Aysén	2	3	1	1	0	3	0
XII Magallanes	2	3	3	2	5	1	4
Total	103	112	129	115	121	109	151

Fuente; Elaboración propia, SERNAMEG (https://www.sernameg.gob.cl/?page_id=27084)

B) Datos de denuncias y casos policiales por Violencia Intrafamiliar

Los primeros informes realizados en Chile para cuantificar la magnitud del fenómeno de la violencia intrafamiliar (VIF), datan de la década del 80 y se refieren a la sistematización de denuncias de violencia intrafamiliar realizadas en Carabineros de Chile.

Denuncias por Violencia Intrafamiliar (VIF) en Carabineros entre los años 2011 y 2016												
	Año 2011		Año 2012		Año 2013		Año 2014		Año 2015		Año 2016	
Víctimas	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mujer	96.841	79,3%	89.249	78,9%	87.203	79,2%	81.866	78,7%	75.391	78,0%	72.672	77,7%
Hombre	16.608	13,6%	15.759	13,9%	15.367	14,0%	14.914	14,3%	13.923	14,4%	13.345	14,3%
Niño/as	5.624	4,6%	5.212	4,6%	4.842	4,4%	4.504	4,3%	4.453	4,6%	4.334	4,6%
Personas mayores	2.118	1,7%	2.047	1,8%	1.936	1,8%	1.949	1,9%	2.030	2,1%	1.952	2,1%
N° Clasificadas	888	0,7%	873	0,8%	809	0,7%	823	0,8%	853	0,9%	1.229	1,3%
Totales	122.079	100%	113.140	100%	110.157	100%	104.056	100%	96.650	100%	93.532	100%

Fuente: Unidad en Violencia contra las Mujeres de SERNAMEG 2021, en base a datos del Centro de Estudios y Análisis del Delito (CEAD) del Ministerio del Interior.

En el cuadro anterior se consignan las denuncias por VIF en Carabineros entre los años 2011 y 2016, y se puede apreciar que las principales víctimas son mujeres, alcanzando casi el 80% de las denuncias, luego denuncias con víctima hombre y marginalmente, sin desagregar por sexo, encontramos las denuncias de violencia contra niños, niñas y personas mayores.

Además de las denuncias, otro frecuente indicador para la cuantificación de la violencia es el número de casos policiales. Éstos incluyen las denuncias (realizadas en Carabineros o en la PDI) más los casos de aprehendidos/as en flagrancia, denominados como delitos conocidos por la policía.

En el siguiente cuadro se presentan los casos policiales por delitos tipificados como violencia intrafamiliar, registrados entre los años 2015 y 2020.

CASOS POLICIALES VÍCTIMAS DE VIF - CEAD 2015 - 2020								
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total	% Promedio
Mujer	96.710	92.367	90.952	87.721	94.439	90.087	552.276	79,8%
Hombre	23.545	22.500	22.577	22.447	24.996	23.326	139.391	20,2%
Total	120.255	114.867	113.529	110.168	119.435	113.413	691.667	100%

Un dato muy relevante que incorporan los datos del CEAD, es la identificación de quiénes son victimarios. En este sentido se puede confirmar que en la violencia doméstica contra las mujeres hay una direccionalidad de género en las víctimas, pero también en los agresores. Es decir, la mayoría de las víctimas de VIF son mujeres, quienes son agredidas mayoritariamente por hombres. Es decir, se confirma una doble direccionalidad.

C) Violencias de Género y pandemia por COVID-19

La Organización de las Naciones Unidas (ONU Mujeres) en marco con el aumento de las presiones económicas, sociales y el miedo, ha constatado el repunte global de la violencia doméstica y contra las mujeres, específicamente señaló que “el confinamiento aviva la tensión y estrés generados por preocupaciones relacionadas con la seguridad, la salud y el dinero. Asimismo, refuerza el aislamiento de las mujeres que tienen compañeros violentos, separándolas de las personas y los recursos que mejor pueden ayudarlas. Es la situación perfecta para ejercer un comportamiento controlador y violento en el hogar” (...) “con múltiples efectos en el bienestar de las mujeres, su salud sexual y reproductiva, su salud mental y su capacidad de liderar la recuperación de nuestras sociedades y economías, y de participar en ella.”¹⁴⁶

Las líneas de atención telefónica para la violencia doméstica anuncian un importante “incremento de llamadas” en busca de ayuda, al respecto:

Un estudio efectuado por MIPP, “Instituto Milenio para el estudio de Imperfecciones de Mercado y Políticas Públicas”¹⁴⁷, examinó los registros asociados al número de llamadas al Fono Familia #149 de Carabineros de Chile, donde se evidencia un aumento de 43,8% a nivel nacional (entre enero a septiembre 2020) registrando un total de 24.806 llamadas solicitando ayuda por casos de violencia intrafamiliar. Llama la atención el mayor incremento del fenómeno en las comunas en cuarentena.¹⁴⁸

Respecto al Fono de Ayuda para la Mujer #1455 de SERNAMEG, a nivel nacional las llamadas telefónicas aumentaron en 149%, registrándose un total de 126.645 el año 2020. Del total de llamados recibidos, un 50% correspondió a derivaciones a instituciones gubernamentales y otro 32,5% (39.647) corresponden a pedidos de auxilio por situaciones de violencia. De este grupo de llamadas asociadas a agresiones, un 52% fue por violencia grave, un 38,8% a un inicio de violencia y un 5% por violencia vital (con riesgo de muerte). La mayor cantidad de llamadas telefónicas al dispositivo del SERNAMEG se registraron en mayo (16.775) y septiembre (14.746) del año 2020.

Por su parte las denuncias formales, entendiéndose aquellas denuncias presentadas ante policías o el Ministerio Público por violencia intrafamiliar, según la investigación del Instituto MIPP, ellas disminuyeron en un 9,6% (entre enero y septiembre de 2020) en comparación a igual periodo del

¹⁴⁶ Disponible en:

<https://www.unwomen.org/es/news/stories/2020/4/statement-ed-phumzile-violence-against-women-during-pandemic>

¹⁴⁷ Instituto MIPP, centro académico que desarrolla y difunde conocimientos en Economía y campos relacionados, iniciativa conjunta financiada por la Universidad de Chile, la Pontificia Universidad Católica de Chile y la Universidad Diego Portales.

¹⁴⁸ Disponible en:

<https://www.mipp.cl/miradas/2021/03/11/violencia-contra-la-mujer-en-la-cuarentena-denuncias-bajaron-96-y-llamadas-de-auxilio-aumentaron-438/>

año 2019. El mínimo de denuncias se registró en abril con 5.985. Por otro lado, el fin del confinamiento presenta una leve tendencia a los mismos índices pre-cuarentena. Según la/los investigadora/es esto sugiere que algunas mujeres esperaron a salir del encierro para denunciar.¹⁴⁹

Según los datos del Centro de Estudios y Análisis del Delito (CEAD) de la Subsecretaría de Prevención del Delito, Carabineros y la PDI, registraron 32.541 denuncias por violencia intrafamiliar entre el segundo y tercer trimestre del año 2020, siendo 2.000 menos en comparación al año 2019 (mismo periodo). No obstante, en el último trimestre (octubre a diciembre de 2020) las denuncias aumentaron un 7% (19.622) en comparación al mismo periodo del año 2019.

Por último, también expresado por la investigación del Instituto MIPP, un indicador del ingreso de mujeres a los Centros de Acogida de SERNAMEG, identificó un aumento de 1 o 2 personas por día a nivel regional, lo que fue aumentado a medida que avanzaban las cuarentenas, llegando a 469 mujeres en mayo de 2020 en todo el país. Cuando comenzaron a bajar las cuarentenas, la cantidad de mujeres en residencias retornó a los números anteriores a la pandemia, llegando a 299 en octubre.¹⁵⁰

D) Datos de IV Encuesta Nacional de Violencia contra la Mujer en el Ámbito Intrafamiliar y Otros Espacios (ENVIF -VCM)

Los resultados de esta encuesta fueron presentados a principios de septiembre de 2020 por la Ministra de la Mujer y la Equidad de Género y la Subsecretaría de Prevención del Delito¹⁵¹. Su objetivo es obtener información relevante sobre la magnitud y características de la violencia de género que afecta a mujeres de zonas urbanas a nivel nacional y regional, que permita orientar las políticas de prevención y control en estas materias. Sus resultados revelaron que 2 de cada 5 mujeres entre 15 y 65 años (41,4%) señalan que han sido víctimas de violencia alguna vez en su vida, lo que representa un aumento estadísticamente significativo con respecto a la medición realizada el año 2017, que arrojó un 38,2%.

Al comparar las mediciones de 2017 y 2020, se mantienen los indicadores de violencia general (21% a 21,7%) y violencia psicológica (20,2% para ambas mediciones), mientras que la violencia física disminuye (4,4% a 3,7%) y la violencia sexual presenta un aumento (2,1% a 2,8%).

El indicador de Denuncia de la encuesta 2020 presenta una baja respecto a la medición de 2017: la denuncia por violencia psicológica pasa de 22,8% a 19%; la denuncia por violencia física pasa de 36,5% a 29% y la denuncia por violencia sexual pasa de 23% a 16,3%. Este hallazgo representa uno de los aspectos más preocupantes de los resultados de este estudio, ya que esta disminución podría estar implicando un aumento de la “cifra negra”, entendida como aquellos casos de personas afectadas que no denuncian.

¹⁴⁹ Disponible en:

<https://www.mipp.cl/miradas/2021/03/11/violencia-contr-la-mujer-en-la-cuarentena-denuncias-bajaron-96-y-llamadas-de-auxilio-aumentaron-438/>

¹⁵⁰ Disponible en; <https://www.mipp.cl/miradas/2021/03/11/violencia-contr-la-mujer-en-la-cuarentena-denuncias-bajaron-96-y-llamadas-de-auxilio-aumentaron-438/>

¹⁵¹ Encuesta a cargo de la Subsecretaría de Prevención del Delito, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

Respecto de la ocurrencia de violencia en el espacio público, al comparar ambas mediciones se observa un aumento tanto en su prevalencia a lo largo de la vida (de 25% a 46,9%) como al indagar sobre el último año (de 8,1% a 17,9%), lo que podría estar evidenciando la toma de conciencia, por parte de las mujeres, respecto a los actos de violencia de los que han sido víctimas. Existen varias posibles explicaciones que se pueden barajar a modo de hipótesis, tales como: la desnaturalización del fenómeno en términos del imaginario colectivo, mientras que otras explicaciones que se configuran en la misma línea, dicen relación con las reivindicaciones de los derechos de las mujeres en escenarios cada vez más visibles, entre otros elementos de análisis.

En espacios públicos, las expresiones de violencia más observados son: la ofendió o denigró con frases o palabras obscenas de tipo sexual por ser mujer (36,6%), hizo que sintiera miedo de sufrir un ataque o abuso sexual (23,3%) y tocó su cuerpo sin su consentimiento (20,6%).

El 17,8% de las mujeres declara haber sufrido violencia en el ámbito laboral alguna vez en su vida. Las principales “expresiones de violencia en el trabajo” mencionadas, fueron: la ignoró, la ofendió, menospreció, subestimó o denigró por ser mujer (13,0%), le hizo insinuaciones o propuestas de tipo sexual a cambio de mejoras en el trabajo (7,7%), tomó represalias contra ella por haberse negado a sus pretensiones (3,3%).

E) Datos de violencias contra niñas, niños y adolescentes (NNA)

La “Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales”, desarrollada para el Ministerio del Interior y Seguridad Pública, en su versión 2013, señala la prevalencia (vida)¹⁵² de violencia general, según NNA resultado un 75,1% declara haber sido víctima de violencia o maltrato alguna vez en su vida, por al menos uno de los padres o quienes cumplen su rol, siendo la violencia psicológica el tipo de violencia más recurrente, con un 69,5%¹⁵³, física leve con 52,8% y física grave, con un 25,4%, lo que denota la alta prevalencia de violencias para este grupo de la población.



Fuente: Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales, versión 2012

¹⁵² Prevalencia Vida = asociado/ocurrido “alguna vez en la vida”. Prevalencia Año = asociado/ocurrido “alguna vez en el año (actual)”

¹⁵³ Disponible en: http://www.dsp.gov.cl/filesapp/Presentacion%20VIF_adimark_final.pdf

Según la misma encuesta, en relación con la prevalencia de abuso sexual en la población escolar, el 7,3% de los niños y niñas encuestados declararon haber sido tocados o acariciados sexualmente contra su voluntad, o haber sido obligados a tocar sexualmente o a realizar alguna actividad de contenido sexual, siendo el promedio de edad en la cual ocurre el primer abuso sexual de 10,5 años. El 50,1% se concentra entre los 10 y 13 años. Respecto a los agresores de delitos sexuales a los niños y niñas, el 87,3% fue un hombre y el 39,9% declara que el último abuso fue realizado por algún familiar.

Al mirar la violencia contra NNA desde el femicidio, se encuentran los casos donde fueron víctimas colaterales por la muerte de su madre o directas, porque presenciaron los hechos, salieron lesionados/as o asesinados/as, o bien en el caso de niñas y adolescentes porque fueron a quienes el agresor enfocó la violencia. Al respecto, algunos datos, que entrega el “Registro del Circuito Intersectorial de Femicidio”.¹⁵⁴

NNA víctimas colaterales de femicidio según parentesco

Variable	Categorías	Femicidios Consumados		Femicidios Frustrados		Total	
Relación de parentesco	Hijo/a sólo de la víctima	13	25,5%	92	49,7%	105	44,5%
	Hijo/a común	24	47,1%	59	31,9%	83	35,2%
	Hijo/a sólo del agresor	12	23,5%	32	17,3%	44	18,6%
	Hermano/a	-	-	1	0,5%	1	0,4%
	Otro	2	3,9%	1	0,5%	3	1,3%
TOTAL		51	100%	185	100%	236	100%

Informe Anual de Femicidio 2019- Circuito Intersectorial de Femicidio en base a Datos SRAV

NNA lesionadas/os o asesinadas/os por conexión en los casos de femicidios

Femicidios Consumados	Si	6	11,8%	Lesionados	1
	No	45	88,2%	Asesinados	1
	TOTAL	51 (100%)			
Femicidios Frustrados	Si	20	10,8%	Lesionados	1
	No	165	89,2%	Asesinados	1
	TOTAL	185 (100%)			

Informe Anual de Femicidio 2019- Circuito Intersectorial de Femicidio en base a Datos SRAV

Por su parte, en la “Encuesta Nacional de Violencia en el Ámbito Escolar (ENVAE) en su versión 2014”¹⁵⁵, también desarrollada para el Ministerio del Interior y Seguridad Pública, con el objetivo de contar con información sobre niveles de violencia escolar en establecimientos educacionales del país, realizada en estudiantes de 7° básico a 4° medio. Se aprecia frente a la consulta si alguien del establecimiento te ha agredido, dos o tres veces en el año o más; el 22,3% responde afirmativamente, donde un 26,2% corresponde a varones y un 18,7% a mujeres.

Respecto al tipo de agresión, señalan las y los estudiantes que el 23,1% fue agresión verbal, 20,2% agresión física, 20,1% agresión social y un 9,9% todos los tipos de agresión.¹⁵⁶

¹⁵⁴ En Informe Anual de Femicidio 2019- Circuito Intersectorial de Femicidio en base a Datos SRAV.

¹⁵⁵ Disponible en: <http://www.dsp.gov.cl/media/2016/11/Presentaci%C3%B3n-ENVAE.pdf>

¹⁵⁶ Agresión verbal: Insultos o garabatos, burlas o descalificaciones, amenazas u hostigamiento. Agresión física: Peleas físicas, tirar objetos contundentes, empujones mal intencionados. Agresión social: Rumores mal intencionados, ignorar o no tomar en cuenta, aislar o dejar apartado.

Por último, respecto a las agresiones según “el medio” en la tipología agresiones verbales, el 54,1% fue por “redes sociales” y el 45,9% fueron “cara a cara”. Respecto a la tipología agresiones sociales, el 57,5% fue por “redes sociales” y el 42,5% “cara a cara”

F) Datos de violencias contra personas mayores

A nivel internacional se sugiere que alrededor de 2,7% de las personas mayores reporta maltrato físico, 19,4% maltrato psicológico, 0,7% abuso sexual, y 3,8% abuso patrimonial, siendo relevante resaltar que las tasas de reporte de maltrato son menores que la real prevalencia por la falta de denuncias de estos actos (Choo et al., 2013). Sin embargo, durante los últimos años, en Chile, el Servicio Nacional de Adulto Mayor, SENAMA, ha desarrollado estudios orientados a conocer el fenómeno del maltrato hacia las personas mayores en nuestro país. Durante el año 2012, se realizó el Estudio de prevalencia del maltrato en las personas mayores, en la región de Valparaíso, (Senama, 2013) a partir del cual se establece que el maltrato psicológico es el que presenta mayor prevalencia entre las personas mayores con 35% de los encuestados. Incluso, en personas mayores dependientes, esta cifra alcanza 52,7%, seguido de negligencia (9,2%), abuso patrimonial (8,3%), maltrato físico (5,6%) y abuso sexual (5%) Este estudio identifica además que las personas mayores dependientes sufren mayor maltrato en comparación con el total de la población de este grupo, excepto maltrato físico y abuso sexual, que presentan cifras mayores en la población general de adultos mayores.¹⁵⁷

Desde el año 2009, SENAMA registra cifras relacionadas con Violencia Intrafamiliar contra personas mayores, emanadas de casos, consultas, derivaciones de Tribunales o Fiscalía, correspondiente a los años 2014 a 2017.¹⁵⁸ A continuación se presenta el siguiente cuadro:

CIFRAS DE VIF CONTRA PERSONAS MAYORES	2014	2015	2016	2017
CASOS	1.066	1.441	1.328	624
CONSULTAS	1.144	776	576	550
DERIVADOS DE TRIBUNALES O FISCALÍA	505	349	465	416
TOTALES	2.715	2.566	2.369	1.590

Fuente: Cuadro Senama. Extraído del Manual Curso 7° versión, “Herramientas para el abordaje de la violencia de género”. SERNAMEG – Universidad de Concepción, 2021

Por otro lado, según datos de las atenciones canalizadas por el programa de Buen Trato de SENAMA, durante los meses de marzo, abril y mayo del 2021, se recibieron un total de 3.110 casos

¹⁵⁷ Abusleme, María Teresa y Caballero, Máximo (Editores/as) (2014). Maltrato a las Personas Mayores en Chile: Haciendo visible lo invisible. Santiago: Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor.

Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Maltrato-las-personas-mayores-Chile_Haciendo-visible-lo-invisible-2014.pdf

¹⁵⁸ Cuadro extraído Manual Curso Universidad de Concepción a partir de los INFORMES ESTADÍSTICA NACIONAL SOBRE CONSULTAS Y CASOS DE MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES AÑOS 2014 AL 2017. Sistema de Gestión de Datos (SGD) - SENAMA. Santiago: Documento no publicado.

y consultas con situaciones de vulneración de derechos a las personas mayores. Esta cifra indica un aumento de un 366% con respecto al mismo periodo de 2019, donde se registraron 848 casos.¹⁵⁹

G) Datos de violencia sexual

La investigación sobre la Respuesta del Estado de Chile a casos de embarazo producto de la violencia sexual, realizada por el Centro de Derechos Humanos de la Universidad Diego Portales en 2015 - 2016, indica que la revisión de la información disponible por institución pública en esta manifestación de violencia contra las mujeres muestra una realidad alarmante por su extensión y confirma la alta prevalencia que la violencia sexual tiene en niñas y adolescentes, de todos los sectores sociales¹⁶⁰.

Las denuncias realizadas en la PDI por delitos sexuales aumentan cada año y solo en el año 2019, alcanzaron a 7.027, respecto de las cuales un 83% corresponden a personas de sexo femenino, tanto adultas como niñas o adolescentes y el 17% de estas víctimas son de sexo masculino.¹⁶¹

Las estadísticas en materia de denuncias recibidas por la PDI evidencian que la violencia sexual, predominantemente es ejercida en contra de niños, niñas y adolescentes (NNA). En los últimos años más del 50% ha afectado a NNA, como se puede apreciar en la tabla adjunta elaborada por el Departamento de Estadísticas Policiales - DESTAPOL - PDI.

TOTAL DENUNCIAS POR VIOLENCIA SEXUAL, EN UNIDADES PDI, AÑOS 2017-2019

	Femenino 2017	Femenino 2018	Femenino 2019	Masculino 2017	Masculino 2018	Masculino 2019
ABUSO SEXUAL	2.401	3.412	4.002	537	794	879
VIOLACIÓN	832	1.005	1.403	138	202	250
OTROS DELITOS SEXUALES	324	359	402	58	90	91
Total	3.557	4.776	5.807	733	1.086	1.220

Fuente: Elaboración propia datos DESTAPOL- PDI.

TOTAL DENUNCIAS A NIVEL NACIONAL DESAGREGADAS POR GÉNERO 2019

Total Víctimas Mujeres 2019	5.807
Total Víctimas Hombres 2019	1.220
TOTAL	7.027

Fuente: Elaboración propia datos DESTAPOL- PDI.

¹⁵⁹ Disponible <http://www.mgob.cl/portal/ver?id=13688-25>
maltrato-a-las
¹⁶⁰ En Informe

Disponible <http://derechoshumanos.udp.cl/cms/wp-content/uploads/2020/12/informeDDHH2019.pdf>

¹⁶¹ Informe institucional PDI. Boletín N° 13.688-25, "Modifica diversos cuerpos legales para mejorar las garantías procesales, proteger los derechos de las víctimas de los delitos sexuales, y evitar su revictimización". Septiembre, 2020.

nsultas-sobre-

Victimas por rango etario	2017	2018	2019
NNA	2.630	3.133	3.554
ADULTOS	1.660	2.729	3.473

Fuente: Elaboración propia datos DESTAPOL- PDI.

La Jefatura Nacional Contra Delitos Sexuales de la Policía de Investigaciones, ha realizado un seguimiento de los últimos cinco años del comportamiento de este fenómeno delictual que afecta gravemente la libertad sexual de personas adultas, como así mismo la indemnidad y dignidad de niños, niñas y adolescentes. Estos delitos han experimentado una variación porcentual al alza de un 101%, toda vez que durante los últimos 5 años (2015-2019), solo en la PDI el año 2015 se recibieron 3.489 denuncias y el año 2019 se recepcionaron 7.027 denuncias por violencia sexual a nivel nacional.¹⁶²

Otros datos relacionados con la violencia sexual evidencian que:

- De las causas ingresadas por violación al Ministerio Público, las niñas representan 87,4% de las víctimas menores de 14 años y, las jóvenes y mujeres adultas, 92,5% de las víctimas mayores de 14 años.
- De los peritajes totales realizados por violación, abusos deshonestos u otro delito sexual, el Servicio Médico Legal (SML) reportó que 78,5% correspondió a niñas y adolescentes de sexo femenino.
- Al SENAME ingresaron 43.292 niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato (89%) y abuso sexual (21%), y que, en este último caso, 55,8% correspondió a niñas menores de 14 años y 28,8% a adolescentes mujeres entre 14 y 17 años.
- De las denuncias recibidas por el delito de violación en Carabineros de Chile, 88% son mujeres y, de éstas 84% son niñas y adolescentes que en 62% de los casos sufrieron la agresión sexual dentro del hogar.

La violencia sexual contra mujeres, niñas y adolescentes tiene consecuencias nefastas afectando su salud física y reproductiva, incrementando el riesgo de morbilidad y mortalidad materna e infantil y por transmisión de ITS (infecciones de transmisión sexual). Además, puede generar embarazos de alto riesgo y problemas relacionados con el embarazo, como el aborto inseguro. Este tipo de violencia repercute también en consecuencias psicológicas como la falta de autonomía, miedo, angustia, depresión, estrés postraumático, ansiedad y un mayor riesgo de suicidio. La violencia sexual también implica consecuencias sociales y económicas sobre el conjunto de la sociedad, ya que desgasta la seguridad física en las esferas públicas, provoca pérdida de educación, estigmatización de las mujeres, pérdida de empleos, menor productividad, y en general conlleva a costos de corto y largo plazo asociados.¹⁶³

H) Datos de acoso sexual

¹⁶² INFORME INSTITUCIONAL POLICÍA DE INVESTIGACIONES DE CHILE. Boletín N° 13.688-25, "Modifica diversos cuerpos legales para mejorar las garantías procesales, proteger los derechos de las víctimas de los delitos sexuales, y evitar su revictimización". 2020.

¹⁶³ Informe Corporación Miles Chile, 2016, p. 149.

La Tercera Encuesta Nacional de Victimización por VIF y Delitos Sexuales, al consultar acerca de la violencia contra las mujeres en el ámbito o contexto laboral, arrojó los siguientes resultados:

El 9,6% de las mujeres encuestadas ha sufrido violencia en el contexto laboral a lo largo de su vida; y el 2,2% en el último año. Dicha violencia es principalmente sexual, ya que los ítems consultados, salvo si “la han agredido físicamente” y si “la ignoró, ofendió, menospreció, subestimó o denigró por ser mujer”, refieren a conductas de acoso o abuso sexual. Las manifestaciones de violencia con mayor prevalencia fueron: “le hizo insinuaciones o propuestas de tipo sexual a cambio de mejoras en el trabajo”, “tomó represalias contra usted por haberse negado a sus pretensiones”; y “tocó su cuerpo sin su consentimiento”.

Esa prevalencia parece subestimada en comparación con las estadísticas internacionales. Por ejemplo, según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), entre un 40% y un 50% de las mujeres de la Unión Europea sufrió alguna forma de acoso sexual en el ámbito laboral.

I) Datos de personas LGBTIQ+

Datos asociados a violencias y discriminaciones de la población LGBTIQ+ en nuestro país, son escasos. La información que se presenta corresponde al “*XIX Informe Anual de Derechos Humanos de la Diversidad Sexual y de Género en Chile (Hechos 2020)*” que efectúa el Movimiento de Integración y Liberación Homosexual, MOVILH, publicado en marzo de 2021.

Estos informes se realizan desde el año 2002 y en ellos se encuentran datos cualitativos y cuantitativos sobre la discriminación que afecta a lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex (LGBTI) en Chile, entre otras materias asociadas a los derechos humanos de este segmento de la población, los que se han convertido en los textos más consultados sobre diversidad sexual en Chile.

Específicamente en los informes señala que desde el año 2018 en adelante, los casos denuncias por discriminación experimentan un aumento, no solo atribuido al incremento de las denuncias gracias al mayor empoderamiento de las víctimas respecto a sus derechos, sino también porque hay un aumento del fenómeno de la discriminación (en particular cuando se registran avances proderecho LGBTIQ+ contra los cuales los opositores a la igualdad se movilizan con fuerza, violencia y sistematicidad).

A nivel nacional los atropellos aumentaron un 14,7% en 2020, llegando a 1.266, la cifra más alta conocida hasta ahora y que concentra el 22,9% del total de abusos ocurridos en 19 años. Las vulneraciones a los derechos corresponden a 6 asesinatos; 132 agresiones físicas o verbales perpetradas por civiles; 16 abusos policiales; 110 casos de discriminación laboral y 33 de tipo educacional; 60 movilizaciones o campañas de odio; 379 episodios de marginación institucional; 64 exclusiones en el espacio público o privado; 253 casos de homo/transfobia comunitaria (familia, “amigos/as”, vecinos/as), 209 discursos que incitan a la violencia y 4 hechos homo/transfóbicos en la cultura, medios o espectáculos. Entre las categorías de discriminación con más abusos y que resultan más preocupantes se encuentran las “declaraciones homo/transfobias” que aumentaron un 208%, seguidas por la “marginación” en los espacios públicos o privados (+106,4%), las “movilizaciones homo/transfobias” (+93,5%), las “agresiones físicas o verbales

perpetradas por civiles” (+80,8%), “la discriminación comunitaria (+51,4%), la discriminación laboral (+50%) y los asesinatos (+20%).¹⁶⁴

Un total de 62 instituciones y 832 personas fueron victimarios/as de los 1.266 abusos contra la población LGBTIQ+ cometidos en 2020¹⁶⁵.

En cuanto a la distribución geográfica, la mayor concentración y número de casos se registró en Valparaíso con el 38,4% del total nacional, seguida por la región Metropolitana (23,93%), Bío Bío (3%), Coquimbo (1,65%), Maule (1,5%), Antofagasta (1,42%), Araucanía (1,42%), Los Lagos (1,26%), O’Higgins (1,02%), Atacama (0,63%), Ñuble (0,63%), Los Ríos (0,63%), Tarapacá (0,39%), Aysén (0,23%), Magallanes (0,71%) y Arica (0,07%).

En tanto, las redes sociales, y en menor medida los medios de comunicación acumularon el 26,21% del total de casos a nivel nacional. En la Región Metropolitana aumentaron en un 32,3% los casos o denuncias por discriminación, luego Los Lagos (33,3%), Tarapacá (25%), Maule (26,6%), Bío Bío (22,5%), Araucanía (20%), O’Higgins (18,1%), Coquimbo (16,6%), Atacama (14,2%) y Antofagasta (12,5%). En las redes sociales hubo un incremento del 301,1%. Por otro lado, en Arica mermaron un 90% las denuncias por homofobia o transfobia, seguida de Aysén (-40%), Valparaíso (-28,7%) y Los Ríos (-20%). Finalmente, Magallanes y Ñuble mantuvieron el número de casos del año precedente.

Del total de abusos conocidos en 2020, el 26% afectó a gays, el 15% a lesbianas y el 11% a trans (76 mujeres y 59 hombres), mientras que el 48% perjudicó a la población LGBTIQ+ como conjunto. En comparación al año precedente, la discriminación a gays aumentó un 78,4%; a trans un 46,8% y a lesbianas un 8,28%, mientras que los abusos contra la población LGBTIQ+ como conjunto mermaron un 6,26%. Al considerar el total de 5.506 denuncias o abusos conocidos entre los años 2002 y 2020, el 49,5% afectó a la población LGBTIQ+ como conjunto, el 20,3% a gays, el 15,9% a trans y el 14,3% a lesbianas.¹⁶⁶

4.2.2 Datos por Atenciones de salud

Según datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del MINSAL, el año 2019 ingresaron 7.808 personas víctimas de violencia de género a atención de Salud Mental Atención Primaria / Especialidad, de las cuales 6.499 fueron mujeres (83,23%).

En el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, componente de salud del Subsistema Chile Crece Contigo, se realizan Visitas Domiciliarias Integrales a Gestantes con tres o más factores de riesgo psicosocial como acciones preventivas. El 2,9%¹⁶⁷ de las gestantes presenta el factor de riesgo de violencia de género, de acuerdo con la Pauta de Riesgo Psicosocial, Pauta EPsA (Evaluación Psicosocial Abreviada a gestantes) aplicada en el primer control prenatal. De esta forma, de julio a diciembre de 2019, se realizaron un total de 2.356 visitas domiciliarias integrales a 1.227 gestantes con tres o más riesgos biopsicosociales, de las cuales 515 indicaron factor de riesgo por violencia de género.

¹⁶⁴ Disponible en: <https://www.movilh.cl/wp-content/uploads/2021/03/XIX-Informe-Anual-DDHH-MOVILH.pdf>

¹⁶⁵ Disponible en: <https://www.movilh.cl/wp-content/uploads/2021/03/Ranking-homofobia-instituciones-2020.pdf>

¹⁶⁶ Disponible en: <https://www.movilh.cl/wp-content/uploads/2021/03/XIX-Informe-Anual-DDHH-MOVILH.pdf>

¹⁶⁷ Información extraída del Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo de Chile Crece Contigo

Entre los meses de julio y diciembre de 2019, se otorgaron 12.408 atenciones en Servicios de Urgencia a personas víctimas de violencia intrafamiliar.

En el mismo período se registró un total de 1.426 atenciones a víctimas de violencia sexual en las Salas de Acogida existentes en todas las regiones del país.

4.2.3 Costos y consecuencias de las Violencias de Género en Chile

Las violencias contra las mujeres, niñas y personas de la diversidad sexual imponen costos sociales y económicos considerables, que resulta complejo y difícil de cuantificar tanto a nivel internacional como en nuestro país.

Sin embargo, se identifica que existen costos directos para los servicios de salud¹⁶⁸, para la justicia penal, Tribunales de Familia y otros servicios sociales, y también, costos indirectos para las víctimas/sobrevivientes, sus familias, hijos/as, empleadores y la sociedad en general, provocando impactos psicosociales hasta en la productividad económica, que merman las capacidades individuales y colectivas¹⁶⁹.

En general se observa que las personas sobrevivientes de la violencia de pareja, expareja o sexual presenta más problemas de salud, se generan costos de atención elevados, subvalorados y acuden con mayor frecuencia a los servicios hospitalarios o de urgencia¹⁷⁰. La mayor parte de estas atenciones (consultas, procedimientos, hospitalizaciones, laboratorio, entre otras) ingresan como atenciones generales y no siempre se identifican como violencia de género.

En el ámbito de salud mental, la estructura descentralizada del sistema de atención (servicios de salud, municipios) dificulta el cálculo de costos del número de mujeres, niñas o personas de la diversidad, que utilizan parcial o totalmente la canasta de prestaciones de atención en salud mental, asociada a la violencia de género, en su ámbito de violencia intrafamiliar. No obstante, es posible obtener una aproximación mediante la observación de la destinación de recursos presupuestarios del Ministerio de Salud a programas de prevención y atención en violencia intrafamiliar, a través del programa de salud mental en el nivel primario y en especialidad, y también a través del Programa Chile Crece Contigo y de las atenciones de Servicios de Urgencia, que anualmente involucra inversiones del orden de los M\$1.000.000 de pesos anuales.

¹⁶⁸ La mayor parte de las prácticas violentas relacionadas a la violencia de género no son mortales; tienen como consecuencia lesiones, trastornos mentales y reproductivos, enfermedades de transmisión sexual y otros problemas que afectan principalmente a las mujeres, y que pueden implicar discapacidades físicas o mentales permanentes.

¹⁶⁹ Respecto a costos indirectos, pueden mencionarse el endeudamiento, cambio de casa, pérdida de bienes o herencia, cambio de colegio de hijos/as, tratamientos médicos y de salud mental para sus hijos/as, afectación en posibilidades de capacitación o ascensos en el ámbito laboral.

¹⁷⁰ Chile, dispone de datos parciales en materia de costos asociados a la violencia contra las mujeres, algunas investigaciones y estudios son: "Impacto socioeconómico de la violencia doméstica contra la mujer en Chile y Nicaragua" (2013) del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). "Costos económicos del delito en Chile" (2015) del Ministerio del Interior.

"Valorización de las Prestaciones de Salud por Violencia basadas en Género en el Espacio Intrafamiliar" (2006) por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Ministerio de Salud y SERNAM (2006).

"Impacto de la Violencia Doméstica en el Trabajo Asalariado de las Mujeres" (2005) por la Corporación Domos.

"Estimación del costo de la Violencia Hacia las Mujeres en el Contexto Intrafamiliar" (2010) Domos / SERNAMEG.

	Año 2018 (*)	Año 2019 (*)
Primer Semestre	\$986.617.278	\$973.612.803
Segundo Semestre	\$891.395.374	\$467.134.882
Total Anual	\$1.878.012.652	\$1.440.747.685

Fuente: Elaboración propia (*) Valores referenciales (en años pre-pandemia)

Finalmente, es importante destacar que se realiza anualmente una inversión en capacitación en Violencia de Género para los funcionarios y las funcionarias de la salud, que anualmente supera los M\$100.000 de pesos¹⁷¹

V. POLÍTICA PARA EL ABORDAJE DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO

¹⁷¹ Valor aproximado.

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud¹⁷² precisa que la violencia se puede prevenir; existen ejemplos de resultados exitosos en el mundo, desde las acciones individuales y comunitarias en pequeña escala hasta las iniciativas nacionales de política y legislativas. Señala que la salud pública se ocupa de prevenir los problemas de salud, ampliando y mejorando la atención y la seguridad de todas las poblaciones.

Por otra parte, las inequidades y desigualdades en salud se expresan como barreras en el acceso a la atención y a los recursos, como la calidad de la atención, el financiamiento e incluso la participación en la producción y en las decisiones, lo cual impacta limitando las oportunidades de gozar de un estado de salud pleno en los ámbitos psicosociales, en este caso vinculado al problema y consecuencias de la violencia de género, especialmente en mujeres, niñas y personas de la diversidad sexo genéricas, así como en las familias y comunidades.

Es por ello que la presente Política busca contribuir, desde el sistema de Salud, a la erradicación y a una vida libre de las violencias de género, abordando el actual problema de salud pública, con una mirada que reconoce la interseccionalidad de la violencia y la discriminación, especialmente en lo que respecta a las mujeres más desfavorecidas, como las mujeres con discapacidad, mujeres de la diversidad sexo-genéricas y personas no binarias, mujeres migrantes, mujeres de pueblos indígenas y afrodescendientes, niñas y adultas mayores.

Se requiere profundizar aquellos ámbitos de promoción y prevención que colaboren a la identificación y modificación de aquellas pautas culturales discriminatorias que impiden la igualdad y el goce efectivo de este derecho humano, así como disponer de una atención y respuesta adecuada a sobrevivientes y víctimas por razones de violencia de género y sus familias, contando con servicios de apoyo adecuados, para su recuperación y rehabilitación integral, a través de la profundización de la gestión y desarrollo intra e interinstitucional.

La siguiente Política es un marco para establecer, y posteriormente actualizar, las estrategias, los planes, programas, metas y acciones pertinentes para abordar integralmente la erradicación de las violencias de género, desde el sector Salud.

Visión

Que todas las mujeres, niñas, adolescentes y personas de la diversidad sexo-genérica que habitan Chile -independiente de su etnia, raza, edad, creencias, situaciones de discapacidad, condición económica o social, territorios y nacionalidades- gocen de una vida libre de violencia y/o discriminación basada en el género, en todos los espacios públicos y privados, desde los enfoques de Salud Pública, Derechos Humanos y Género.

5.1 ¿A quiénes se dirige esta Política?

¹⁷² OPS/OMS, 2002. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf

1. Esta Política va dirigida a **toda la población** y la sociedad en su conjunto, desde la mirada de la promoción del goce de un estado de salud pleno en los ámbitos psicosociales y prevención de las violencias de género, debido al carácter estructural y cultural de las mismas, desde el Sector Salud.
2. Esta Política va dirigida a quienes forman parte del **Sistema de Salud**, propiciando espacios de trabajo libres de violencia y/o discriminación, para así encaminarse hacia el logro de una igualdad sustantiva, teniendo como meta la erradicación de las violencias de género. Se pretende así reafirmar el rol de garantes de derechos y servidores públicos, entregando las herramientas y habilidades necesarias para brindar la más adecuada atención, cuidados y prestación de servicios de apoyo.
3. Esta Política va dirigida a personas **Sobrevivientes, Víctimas y sus Familias**, de acuerdo con la lógica de niveles de atención en salud que dan respuesta a la historia natural del problema de las Violencias de Género.



Fuente: Elaboración propia.

5.2 Objetivo General

Que en los planes, programas, orientaciones, normas y prestaciones de los distintos niveles del sistema de salud, se diseñen, implementen y sustenten estrategias para la promoción, prevención, atención, provisión de servicios de apoyo, recuperación y rehabilitación integral de las personas sobrevivientes, víctimas y sus familias, así como personas en situaciones de riesgo de ocurrencia de sufrir violencias por razones de género.

5.3 Objetivos específicos

- ✓ Fortalecer las redes de atención de salud en y entre los distintos niveles de complejidad para prevenir, detectar, orientar, derivar, atender, proteger, reparar y rehabilitar en forma oportuna y pertinente a las personas sobrevivientes y víctimas de violencia de género, y a las personas que la ejercen.
- ✓ Fortalecer la articulación y coordinación intersectorial e intrasectorial para prevenir, detectar, atender, proteger, reparar y rehabilitar a las personas sobrevivientes y víctimas de violencia de género, para responder oportunamente a sus necesidades específicas.
- ✓ Generar y sostener estrategias de capacitación, formación continua y sistematización dirigida a los equipos de salud, en las líneas de promoción, prevención, atención, recuperación y rehabilitación a quienes han sido sobrevivientes y víctimas de las violencias de género, con el compromiso de que ninguna forma de violencia de género será ejercida por integrantes de los equipos de salud.
- ✓ Generar estrategias de participación ciudadana y comunitaria para la promoción, prevención y fortalecimiento de una Red contra la violencia de género, en los territorios, garantizando la participación equitativa de mujeres y niñas, en la adopción de decisiones sobre la recuperación, así como en el diseño y ejecución de los programas de erradicación de las violencias de género.
- ✓ Fortalecer el quehacer de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y Servicios de Salud con recursos y condiciones laborales suficientes que favorezcan el abordaje de las violencias de género.
- ✓ Generar metas e indicadores que permitan medir, monitorear y evaluar el cumplimiento de los planes, programas, estrategias y acciones vinculadas a esta Política, con mecanismos efectivos de vigilancia y rendición de cuentas.
- ✓ Prevenir las violencias de género desde el enfoque promocional de estilos de convivencia saludables, enfatizando el trabajo comunitario.
- ✓ Contribuir a la disponibilidad de servicios de apoyo adecuados, en particular en los servicios de rehabilitación, para las personas sobrevivientes, víctimas y sus familias, que han estado sometidas a violencias de género, particularmente para los grupos más desfavorecidos e invisibilizados.
- ✓ Procurar el acceso adecuado a los servicios de interrupción voluntaria del embarazo en condiciones seguras y a servicios de atención posterior al aborto, así como al apoyo psicológico en el caso de las mujeres y las adolescentes que hayan sido víctimas de violencia sexual y garantizar el acceso permanente a los anticonceptivos para la prevención de los embarazos no deseados.

5.4 Enfoques de la Política de Salud para el abordaje de las Violencias de Género.

El concepto de Salud que adopta la Organización Mundial de la Salud (OMS) dice, "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de afecciones o enfermedades"¹⁷³.

Un enfoque es una perspectiva, un punto de vista, que permite analizar una situación determinada. En términos generales, la Política de Salud para el abordaje de las Violencias de Género considera los siguientes tres enfoques como sustento: **Salud Pública** y Determinantes Sociales, el enfoque de **Género** y el Enfoque de **Derechos Humanos**, integrando además las perspectivas de Interculturalidad, Curso de Vida, para la Inclusión, Intersectorialidad y la Interseccionalidad.

5.4.1 Enfoque de Salud Pública

La Salud Pública, para la presente Política se entenderá como la respuesta organizada, que incorpora diversas ópticas de intervención, cuya finalidad es influir en la historia natural de una enfermedad o problema social a través de las estrategias de promoción, prevención, curación y rehabilitación, de manera de contribuir en diferentes momentos a la disminución de la ocurrencia del daño y mejorar o mantener el más alto nivel posible de salud y bienestar de la población.

Para un adecuado desarrollo e implementación del enfoque de Salud Pública, la colaboración activa de un conjunto de disciplinas es central. Las disciplinas médico-biológicas, la epidemiología y las miradas provenientes de las ciencias sociales, colaboran sinérgicamente para analizar el objeto de estudio dado por procesos de salud/enfermedad y sus determinantes, referidos a un nivel de agregación poblacional determinado.

Además, la Salud Pública contribuye al conocimiento a través de la investigación y aplicación de las ciencias poblacionales y sociales a los problemas de salud tanto en individuos como en poblaciones. Proporciona información, promueve y se nutre de la investigación, contribuyendo al adiestramiento y obtención de las destrezas necesarias para mejorar la efectividad y la prestación de servicios médicos y de salud.

Específicamente el enfoque de Salud Pública para el abordaje de las Violencias de Género utiliza un marco basado en los factores de riesgo en los ámbitos de los determinantes sociales. Como modelo, distingue un primer nivel de determinantes estructurales, que se encuentran dados por la posición social de una persona, así como sus contextos (sociales, políticos, económicos y culturales); un segundo nivel de determinantes intermedios, dados por las relaciones de vulnerabilidades diferenciadas y en el trato de las condiciones materiales en que viven las personas, familias y comunidades (por ejemplo, los servicios de Salud son un determinante intermedio) y por último, los determinantes denominados, próximos que apuntan a los factores de riesgo individuales, tales como las morbilidades, la edad, la etnia, el sexo, entre otros¹⁷⁴.

5.4.1.1 Determinantes Sociales

¹⁷³ Constitución Organización Mundial de la Salud (OMS) Disponible en:

<https://www.who.int/es/about/governance/constitution#:~:text=La%20salud%20es%20un%20estado,o%20condici%C3%B3n%20econ%C3%B3mica%20o%20social.>

¹⁷⁴ Las categorías como el sexo o el género pueden ser también determinantes estructurales, cuando se traducen en una desventaja social o en el acceso y utilización de los servicios de salud.

Los factores determinantes o condicionantes son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y que tienen consecuencias sobre su salud.¹⁷⁵ Incluye las circunstancias sociopolíticas, ambientales, económicas y culturales que las afectan (como el acceso a agua potable, vivienda, trabajo y atención en centros de salud, entre otros). Tienen impacto directo o indirecto en la salud de las personas y comunidades, cuyas causas relacionadas con inequidades, discriminaciones, desigualdades, pueden ser evitadas o, al menos identificadas y controladas.

El modelo de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es explicativo-interpretativo del proceso salud/enfermedad, es decir no pretende sólo buscar la causalidad, sino también visibilizar y explicar las inequidades en salud y calidad de vida, así como orientar las soluciones a las mismas¹⁷⁶. El género es un importante determinante social en salud, que intersecta a otros determinantes, como raza/color, edad, clase social, identidad de género, origen territorial, creencia religiosa, entre otras, e impacta diferencialmente a las personas, de acuerdo con la construcción sociocultural dominante. Este ordenamiento social, produce efectos concretos en las vidas de mujeres, hombres y personas de la diversidad sexo genérica, impactando en las oportunidades de desarrollo, acceso a bienes y recursos. En definitiva, afecta en las condiciones de bienestar de las personas. Estas inequidades y desigualdades se expresan en salud como barreras en el acceso a la atención y a recursos, como la calidad de la atención, el financiamiento e incluso en la participación en la producción y en las decisiones de salud, y puede incidir limitando las oportunidades de gozar de un estado de salud pleno en los ámbitos psicosociales.

En términos simplificados, el determinante social de género influye en tres grandes ámbitos en la salud y el bienestar de las personas, a saber:

- En su interacción con otros determinantes sociales y estructurales;
- En las conductas y prácticas en la esfera de la salud en función del género;
- En la respuesta del sistema de salud en función del género.

5.4.2. Enfoque de Género

El Género, como construcción social, es un determinante estructural de la salud, ya que jerarquiza a las personas en sus roles y comportamientos. Éste se intersecta a su vez con otros ejes de inequidades: identidad de género, orientación sexual, clase social, etnia, raza, etc. La suma de lo anterior es de relevancia en el ámbito de la salud ya que condiciona las oportunidades de gozar de un estado de salud pleno en los espacios biopsicosociales. El entendimiento de esto permite la aplicación de políticas públicas que reconozcan e intervengan de manera favorable y positiva en la mejora de la salud de la población¹⁷⁷.

El enfoque de género es una categoría de análisis de la realidad social e histórica, cuyo objetivo es comprender y cuestionar la desigualdad y jerarquización que se establece entre hombres y

¹⁷⁵ Definición extraída con fecha 06.09.19. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

¹⁷⁶ Recordemos que, en el año 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, con el objeto de influir, a través de políticas y programas, sobre aquellos determinantes que fomentan la equidad sanitaria; mitigar las desigualdades y la injusticia social que de forma directa o indirecta tiene un impacto sobre la salud y calidad de vida de las personas.

¹⁷⁷ Manual de Formación Género y Salud. Colegio Médico (2018).

Disponible en: http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/03/Manual_Genero_Final.pdf

mujeres, las relaciones de poder, que devela una relación establecida sobre la base de patrones sociales, culturales e históricos que instalan y justifican la desigualdad, discriminación y subordinación de lo femenino, situándola en una posición de inferioridad y dependencia respecto a lo masculino, tanto económica, social, cultural y emocional.

Específicamente, el enfoque de género es una forma de acercarse a la realidad que supone considerar sistemáticamente las diferencias entre las condiciones, situaciones y necesidades de las mujeres, personas de la diversidad sexo-genéricas y también de los hombres en tanto diferencial, evidenciando los estereotipos y discriminaciones que se esconden en la aparente “normalidad” o “naturalidad” de mensajes y modelos.

Así, el enfoque de género se transforma en un lente que permite mirar los matices de las identidades de género, más allá de los antagónicos blancos y negros, para adentrarnos en los arcoíris de las masculinidades y de las feminidades. Cuestionar los modelos hegemónicos, ejercer nuestros derechos humanos, por un lado, y por otro, explicitar los daños que implica reducir las posibilidades de existencia humana a categorías rígidas, socialmente establecidas y por eso mismo posibles y necesarias de cuestionar, para finalmente modificarlas, ya que el género determina una desigual exposición y vulnerabilidad a diferentes enfermedades.

Esta perspectiva permite identificar y analizar las diferencias sociales y culturales experimentadas por mujeres, varones y diversas identidades de género, y el impacto que estas construcciones tienen en su relación con la salud (causa y efectos). Así, mientras el sexo biológico puede indicar diferentes factores de riesgo o la necesidad de otro tratamiento frente a una misma patología, la identidad de género puede determinar diferentes posibilidades de acceso a la atención sanitaria, la adherencia a tratamientos o el impacto de los determinantes sociales y económicos de la salud.

Por último, prácticas machistas -es decir basadas en una ideología que engloba el conjunto de actitudes, conductas, creencias y prácticas sociales destinadas a promover la superioridad del hombre sobre la mujer- tanto en el lenguaje como en acciones concretas, son develadas constantemente, muchas de ellas por ignorancia o desconocimiento, no obstante ello se ha traducido en discriminaciones en algunos establecimientos de salud, por ejemplo al segmento de la población de la diversidad sexo-genérica. Así es que, entre los principales daños a raíz de estos modelos hegemónicos, se encuentran las violencias de género.

5.4.3 Enfoque de Derechos Humanos

El enfoque basado en los Derechos Humanos es “un marco conceptual del proceso de desarrollo humano que desde el punto de vista normativo está basado en las normas internacionales de derechos humanos y, desde el punto de vista operativo está orientado a la promoción y protección de los derechos humanos. Con este enfoque se trata de integrar los valores, principios y normas del sistema internacional de derechos humanos en los planes, políticas y procesos de desarrollo” (ACNUDH, 2006).

Este enfoque es la base para que todas las personas puedan gozar de un nivel de salud que les permita desarrollarse en sociedad y experimentar el mayor bienestar posible, favoreciendo su calidad de vida y la de los demás. Incorpora en todo momento y lugar, los estándares de los Derechos Humanos, tanto en el análisis, implementación, ejecución y evaluación de políticas públicas, planes, programas, proyectos, servicios, atenciones y cualquier tipo de intervención en el sector, en un contexto de respeto, promoción y protección a los derechos humanos individuales y colectivos de las personas, como sujeto/as y titulares de derechos, convirtiéndose en un lente que nos permite visibilizar y cuestionar los modelos hegemónicos del ser mujer y del ser hombre, de la feminidad y de la masculinidad, para aprender y ejercer los valores, actitudes y defensa de los Derechos Humanos.

Se centra en los grupos de población que son objeto de una mayor marginación, exclusión y discriminación¹⁷⁸. A menudo, este enfoque requiere de un análisis de las diferentes formas de discriminación y de los desequilibrios de poder a fin de garantizar que las intervenciones lleguen a los segmentos más marginados de la población.¹⁷⁹ Asimismo, exige la participación de la población en las decisiones que afectan al ejercicio efectivo de los derechos humanos de todas las personas.

La relación entre Salud y Derechos Humanos reconoce ciertos presupuestos, que la OMS describe en tres grandes ámbitos:

1. “La violación o la desatención de los derechos humanos puede tener graves consecuencias para la salud;”¹⁸⁰
2. Las políticas y los programas sanitarios pueden promover los derechos humanos o violarlos, según la manera en que se formulen o se apliquen;
3. La vulnerabilidad a la “mala salud” se puede reducir adoptando medidas para respetar, proteger y cumplir los derechos humanos”.

El contenido normativo vinculado a los derechos en relación con la salud es amplio y en constante actualización, los que se describen en una multiplicidad de instrumentos de Derechos Humanos, tanto a nivel internacional como nacional.

La OMS (2002)¹⁸¹, plantea ciertos elementos relevantes a considerar en la relación entre Salud y Derechos Humanos, a saber;

- 1) Vinculados a violaciones que perjudican la salud, entre otros:
 - Prácticas tradicionales nocivas: se adoptarán “medidas eficaces y apropiadas (...) para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños”
 - Tortura, “nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes (...) sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos”

¹⁷⁸ Grupos de especial preocupación, que corresponde a personas y comunidades que, por motivos culturales, históricos, geográficos, étnicos u otra índole, requieren que el Estado brinde medidas para su inclusión y/o desarrollo, gracias a la disposición y vigencia de marcos normativos para ello: Mujeres, Personas de la Diversidad de Género, Personas con Discapacidad (física, mental), Personas Migrantes y Refugiadas, Personas Privadas de Libertad, Pueblos Indígenas, Niños, Niñas y Adolescentes y Personas Adultas Mayores.

¹⁷⁹ Los gobiernos y las políticas de Estado tienen tres niveles de obligación: respetar, proteger y hacer cumplir cada derecho. Respetar un derecho significa abstenerse de interferir en el disfrute de ese derecho. Proteger un derecho significa evitar que otras partes interfieran en el disfrute de ese derecho. Hacer cumplir un derecho significa adoptar medidas activas para poner en práctica leyes, políticas y procedimientos, incluida la asignación de recursos, que permitan a las personas disfrutar de sus derechos.

¹⁸⁰ Mann J, Gostin L, Gruskin S, Brennan T, Lazzarini Z y Fineberg HV. Health and Human Rights. Health and Human Rights: An International Journal, Vol. 1, No. 1, 1994

¹⁸¹ En “Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, N°1” OMS, 2002.

- Violencia contra niños y niñas: “todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño (a) contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual.
- 2) Vinculados a promoción/violación derechos humanos, entre otros;
 - Participación, el derecho a una participación “activa, libre y significativa”.
 - Información, asociado a la “libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole”
 - Intimidad, “nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada”
 - 3) Vinculados a la reducción de vulnerabilidad en la perspectiva de protección de derechos, entre otros;
 - Nivel de vida, “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”
 - Educación, “en particular a conocer los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños (as), las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, y a recibir apoyo para aplicar esos conocimientos”
 - Progreso científico, “derecho de toda persona a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones”
 - Derecho a una vida libre de violencia, “constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales y limita total o especialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades”

Un aspecto relevante a la Política de Salud para el abordaje de la violencia de género está descrito en la Observación general Nº14 respecto al “Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (2000), donde se establecen cuatro criterios sobre los cuales se puede evaluar el “respeto del derecho a la salud”¹⁸² esto desde la asistencialidad que se deben considerar:

Disponibilidad. Número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.

Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todo/as, sin discriminación alguna. La accesibilidad presenta cuatro subdimensiones; *No discriminación*; *Accesibilidad física*; *Accesibilidad económica* (asequibilidad) y *Acceso a la información*.

Aceptabilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de las éticas médicas, culturalmente apropiadas y sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas.

Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad

5.4.4 Perspectivas transversales para el abordaje de las Violencias de Género en Salud

¹⁸² Cabe mencionar respecto a la percepción de los derechos más vulnerados en el país, fue el “Derecho a la salud”, (con 20,7%) el derecho más vulnerado, según la IV Encuesta Nacional de Derechos Humanos, 2018.

A) Interculturalidad

Chile es un país diverso, tiene una conformación sociocultural heterogénea, cuyas manifestaciones en los distintos ámbitos del quehacer humano, incluida Salud, han demandado al Estado el reconocimiento de dicha diversidad cultural garantizada en cuanto a derechos, tanto en instrumentos legales nacionales (como la Ley indígena 19.253 o Ley N°21.120 de Identidad de Género) e internacionales (Convenio 169 OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales).

La interculturalidad no es algo nuevo en Chile, la mayor visibilización de estos últimos años procede de la ampliación de procesos migratorios, las reivindicaciones de pueblos originarios y afrodescendientes, la incidencia de movimientos sociales asociados a demandas feministas y disidencia de género, lo que colabora en interpelarnos respecto a la diversidad.

Los conceptos de multiculturalidad e interculturalidad se tienden a equiparar, no obstante, tienen diferencias, tanto de contexto como de contenido.

La interculturalidad busca dar cuenta de la interacción o encuentro entre dos o más grupos culturales en un territorio, donde el énfasis está en el diálogo y en la interacción mutua. (Reyna, 2007). Por tanto, la interculturalidad no es la simple coexistencia de grupos culturales (o multiculturalidad) sino una apuesta por la convivencia entre ellos, basada en el respeto y el intercambio en un plano relacional de igualdad e inclusión.

La interculturalidad busca desarrollar una interacción entre personas, conocimientos y prácticas culturalmente diferentes (Walsh & Viaña, 2010) a partir de la demanda a los Estados, para que sus acciones y políticas, consideren e incorporen los derechos culturales y políticos, y los elementos de la diversidad y pertinencia cultural.

Es por ello crucial -para el abordaje de la violencia contra las mujeres y niñas y personas de la diversidad- repensar procesos de convivencia, favorecer un clima de respeto y buen trato, conocer y reconocer la cultura de origen de quienes viven y ejercen violencia, lo que permite enfrentar los elementos que perpetúan la violencia facilitando el trabajo en su erradicación en un marco de derechos humanos y perspectiva de género.

B) Curso de Vida

Este enfoque se hace cargo de cómo los eventos históricos y cambios económicos, demográficos, sociales y culturales, configuran las vidas individuales y agregados poblacionales -cohortes o generaciones- buscando articularse con las políticas, planes y programas dirigidos a la protección de la salud de las personas a lo largo de todo su ciclo vital, entendiendo las particularidades de cada etapa, la relación entre éstas y la importancia de la transgeneracionalidad en los resultados en salud de las poblaciones e individuos. Esto implica considerar al ser humano desde la etapa de gestación, recién nacido, lactante, preescolar, escolar, preadolescente, adolescente, joven, adulto, adulto mayor o senescente.

C) Inclusión

Perspectiva que se basa en el respeto a las diversidades de todas las personas, colectividades, sus orígenes y contextos, buscando eliminar barreras de acceso a la atención y a brindar mejores condiciones de salud y mayores niveles de calidad de vida, considerando aquellas que se encuentran en situación de especial vulnerabilidad, desprotección, exclusión o discriminación.

Este enfoque obliga a relevar -por ejemplo- que hay establecimientos y servicios de salud inaccesibles para las personas con discapacidad. Asimismo, las prestaciones de salud y la realización de exámenes no siempre contemplan la adopción de ajustes necesarios que puedan requerir las personas con discapacidad para acceder a dichas prestaciones y exámenes en igualdad de condiciones con las demás personas. Así, entre las barreras a las que se enfrentan las personas con discapacidad figuran los espacios de salud inaccesibles, las barreras de comunicación, la falta de formación de los profesionales y las barreras financieras¹⁸³.

La Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada por el Estado de Chile en el año 2008, reconoce la mayor vulnerabilidad de las mujeres y niñas con discapacidad en diversos ámbitos. Por su parte, el artículo 9 de la Ley N°20.422, dispone que el Estado debe adoptar las medidas necesarias para asegurar a las mujeres con discapacidad el pleno goce y ejercicio de sus derechos en condiciones de igualdad con las demás, en especial lo referente a su dignidad, el derecho a constituir y ser parte de una familia, su sexualidad y salud reproductiva. Asimismo, el Estado debe adoptar las medidas necesarias para evitar las situaciones de violencia, abuso y discriminación de que puedan ser víctimas las mujeres y niñas con discapacidad, debido a su situación de especial vulnerabilidad.

D) Intersectorialidad

La intersectorialidad implica que diversos sectores de manera articulada atiendan necesidades sociales o prevengan problemas complejos. Busca que la coordinación interinstitucional de diversas organizaciones y sectores responsables de implementar una política o programa determinado, no ocasionen redundancias o inconsistencias y a su vez, debe promover alianzas virtuosas con otros sectores públicos, privados y de la sociedad civil. La intersectorialidad promueve interpelaciones, cambios, nuevos modos de hacer política y nuevas formas de gestión en una amplia gama de Ministerios, Servicios y Sectores públicos, por un lado, incorporando desde la formulación de políticas, planes y programas hasta su evaluación los enfoques de derechos humanos, de género, de interseccionalidad e interculturalidad, y por otro lado, aunando voluntades políticas y criterios técnicos, tomando en cuenta la multiplicidad de instituciones que intervienen en el ámbito nacional, regional y local, en este caso, para favorecer una mayor integralidad y pertinencia en las estrategias y acciones del continuo para la erradicación de la violencia contra las mujeres, niñas y personas de la diversidad.

E) Interseccionalidad

El enfoque de Interseccionalidad, en términos generales, se entiende como aquel análisis que observa y comprende cómo interactúan en una persona o colectivo, diferentes categorías de privilegio/discriminación, permitiendo relevar desigualdades, causas y consecuencias estructurales

¹⁸³ Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>

y dinámicas, que surgen de la interacción de estas condiciones. Se define como un “sistema complejo de estructuras de opresión que son múltiples y simultáneas”¹⁸⁴

Este enfoque subraya que -variables como el género, etnia, la clase u orientación sexual, así como otras categorías sociales- lejos de ser “naturales” o “biológicas”, son construidas y están interrelacionadas. Centra su atención en el impacto que tiene en la vida de las personas la variedad de ubicaciones sociales y estructuras de poder que interactúan en múltiples niveles.

En el contexto de la salud, este enfoque puede visibilizar cómo la política impacta en el mantenimiento o transformación de las estructuras de discriminación tales como el racismo, sexismo y clasismo.¹⁸⁵

El enfoque de interseccionalidad permite visibilizar la diversidad de alcances, vivencias y consecuencias de la violencia contra las mujeres, así como los discursos que la legitiman y justifican. Por su parte, si la identidad es vista como resultado de una intersección permanente de discursos y normatividades, podemos concebir que una mujer en una sociedad determinada simultáneamente puede ser joven indígena, pobre, discriminada y sobreviviente de violencia.

Por otra parte, en cumplimiento de sus obligaciones jurídicas internacionales, los Estados deben considerar que la discriminación afecta a las mujeres (y personas de la diversidad de género) de distinta manera en función de la posición que ocupan en categorías sociales, económicas y culturales, lo que las impacta de tal forma, que imposibilita el pleno goce en condiciones de igualdad, de los derechos humanos universales que les conciernen.

También, el análisis de la interseccionalidad permite relevar aspectos de discriminación y desigualdad dentro del propio género, donde en muchas ocasiones, se trata o atiende de manera homogénea a todas las mujeres, olvidando la multiplicidad de formas de discriminación que actúan en el contexto de la violencia contra las mujeres.

Es importante destacar que la multiplicidad de formas de violencia contra las mujeres y personas de la diversidad de género se produce en la interrelación de sus diferentes tipos de discriminación, lo que hace indispensable considerar estrategias múltiples, intersectoriales e integrales, programas concretos y actuaciones tendientes a eliminar todas las formas de violencia.

5.5 Principios

¹⁸⁴ Muñoz Cabrera, 2011.

¹⁸⁵ Hankivsky, O. et al, s/a.

Los principios rectores de esta política revierten los parámetros éticos para el despliegue de las intervenciones dirigidas hacia las personas, así como también prevenir, detectar y tratar las diferentes formas de violencia y reducir las consecuencias de la violencia de género en la salud de quienes la padecen. Las directrices para la implementación de esta Política se sustentan en los siguientes Principios:

5.5.1 Igualdad y no discriminación

En el derecho internacional de los Derechos Humanos, se explicita que los seres humanos son iguales en dignidad, deben ser tratados con respeto y consideración, sin discriminación alguna, hacia una persona o colectividad por motivaciones religiosas, diferencias culturales, sociales, económicas, políticas, de sexo, de diversidad de género, raciales, geográficas, de edad, por su condición física o mental, entre otras.

La Convención Internacional para eliminar todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW) subraya que la discriminación viola los principios de la igualdad de derechos y del respeto de la dignidad humana. Según el artículo 1 de la Convención, la expresión "discriminación contra la mujer" denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera. La Convención afirma positivamente el principio de igualdad, artículo 3, solicitando a los Estados Parte que tomen "todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer, con el objeto de garantizar el ejercicio y el goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el hombre."¹⁸⁶

De igual manera, la Observación General N°18 de las Naciones Unidas sobre "No discriminación" señala que no puede existir una distinción, exclusión, restricción o preferencia que menoscabe el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.¹⁸⁷

5.5.2 Respeto por la autonomía progresiva

La estrategia Mundial de la Salud 2016 - 2030 señala que "todas las mujeres, niños, niñas y adolescentes tienen derecho a hacer elecciones bien fundamentadas sobre su salud y a buscar y recibir los servicios que desean y necesitan."¹⁸⁸ Esto implica directamente la concepción de las personas como activas y con capacidad de decidir, lo que no se ve modificado por haber sido víctima de violencia de género. Reconocemos y promovemos la autonomía y participación de las personas que viven o han vivido violencia en la definición de sus necesidades.¹⁸⁹ y de que éstas estarán condicionadas por sus características personales, su historia y condiciones de vida.

¹⁸⁶ Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>

¹⁸⁷ ONU, 1989, p.1.

¹⁸⁸ OMS 2015, p. 38.

¹⁸⁹ En relación con los requerimientos o demandas que pueden hacer al sector salud.

Profundizando en la materia, se entiende la autonomía progresiva como la capacidad de los niños, niñas y adolescentes de ejercer sus derechos a medida que se desarrollan mental y físicamente. Al comienzo necesitan que las personas adultas velen por el cumplimiento de sus derechos, pero a medida que crecen, los niños, niñas y adolescentes serán capaces de ejercer con mayor ímpetu sus derechos¹⁹⁰. Es así como el derecho a la participación y al acceso respetuoso de las infancias y adolescencias trans y género no conforme a las prestaciones que requieran, son parte de este principio.

Las personas víctimas de violencia de género requieren consejería para ejercer su autonomía, más no necesitan ser sustituidas en el ejercicio de esta. Al personal de salud no le compete tomar decisiones por la persona, sino que es la misma persona quien deberá tomar sus propias decisiones con apoyo del personal de salud.¹⁹¹

Es por ello por lo que en esta política el concepto de sobreviviente hace referencia a una persona que ha sufrido un daño o perjuicio a causa de un suceso, en este caso debido a la violencia basada en el género. No se refiere a una persona que, por aquel daño, pierda o vea menoscabada su capacidad de ejercer su voluntad, decidir o consentir procedimientos clínicos u otro tipo de intervenciones.

5.5.3 Equidad

Los servicios y los cursos de acción que emerjan de esta política deben establecerse vigilando que no exista exclusión o segregación negativa en el acceso a la salud. La identidad y expresión de género, origen social, étnico, edad, orientación sexual, estado civil, ideas religiosas o políticas, condición física o psicológica u otras categorías sospechosas de discriminación, deberán ser tratados como factores de discriminación positiva para la priorización en la atención y nunca constituirán motivos que impidan o dificulten el acceso. Esto debe concebirse bajo el parámetro ético de la justicia social.

5.5.4 Integralidad

La cartera de servicios a ofrecer deberá contener acciones tendientes a la promoción de relaciones igualitarias y de buen trato; realizar pesquisa y detección de las violencias de género, acciones de Acogida y Acciones de Apoyo Integral¹⁹², o primera respuesta, además de brindar atención, tratamiento y recuperación a las personas que viven situaciones de violencia. Todo ello contemplando un diseño multidisciplinario que aborde la entrega de información sobre recursos disponibles, la atención de salud oportuna según las necesidades específicas de cada persona, acompañamiento, formación dirigida al desarrollo personal (a través de la capacitación) y derivación asistida a otras instituciones o servicios sociales.

¹⁹⁰ Disponible en: https://www.defensorianinez.cl/preguntas_frecuentes/que-se-entiende-por-autonomia-progresiva/

¹⁹¹ En el caso de niñas y niños víctimas de violencia sexual, por ejemplo, el/la adulto/a responsable, o bien, el funcionario/a de salud deberá interponer denuncia ante la sospecha o ante el relato. art.175 CPP.

¹⁹² Las Acciones de Apoyo Integral se identifican con la “Primera Respuesta” detalladas en la página N° 30 de la *Norma General Técnica para Atención a Víctimas de Violencia Sexual*, del año 2016. Sin embargo, se ha optado por ocupar la noción de Acciones de Apoyo Integral, para evitar que la noción de “Primera Respuesta” sea confundida con acciones preventivas primarias, es decir, con aquellas que van en la línea de eliminar los factores que podrían causar el problema, en este caso, que se presentan para evitar la vulneración.

5.5.5 Territorialidad y descentralización

La implementación de esta Política deberá considerar las particularidades locales, tanto de organizaciones de apoyo, servicios sociales disponibles, contacto con otras instituciones, mesas técnicas en funcionamiento y estrategias para fortalecer la articulación territorial necesaria para resolver las necesidades de las víctimas/sobrevivientes de violencia de género.

5.5.6 Participación comunitaria y ciudadana

En la elaboración de planes y programas que emerjan de esta política, se deberá integrar a la Sociedad Civil, Asociaciones Gremiales, Agrupaciones de Familiares y/o de Víctimas/Sobrevivientes de violencia de género en cada territorio. De la misma manera, las acciones de difusión, evaluación e implementación de esta Política deberán incorporar a todas las personas involucradas y especialmente a las niñas, niños, adolescentes, jóvenes, mujeres y adultas mayores, en la implementación de la política pública. Ello implica la consulta y la integración de su opinión en el proceso de respuesta. Se promoverá así, la realización de consultas y encuentros participativos con las y los sujetos para atender sus consideraciones específicas, así como encuestas o evaluaciones.

5.5.7. Exigibilidad y responsabilización

El principio de materialización de los derechos se denomina exigibilidad e implica el requerimiento, ejercicio y promoción de los valores o derechos fundamentales del ser humano, correspondiéndole al Estado el rol de garante, siendo responsable de proteger, promover, respetar y restituir los derechos fundamentales, cuando correspondiere. Se trata de un espacio a profundizar asociado a los mecanismos de denuncia apropiados en presencia de actos y manifestaciones de violencia de género, incluyendo procedimientos para su prevención, investigación y sanción, de los cuales se espera estén integrados en los diversos dispositivos sanitarios y documentos programáticos.

5.6 Ámbitos Operativos y de Gestión

Desde el punto de vista operacional, la Política de Salud para el abordaje de las Violencias de Género, está orientada a la Promoción y Protección de los Derechos Humanos, de Género y el enfoque de Salud Pública, considerando en todo momento el Continuo de Prevención, Atención, Protección y Reparación. Desde el punto de vista operativo es también relevante, identificar a los titulares de derechos y aquello a lo que tienen derecho, y a los titulares de deberes y las obligaciones que les incumben, procurando fortalecer las capacidades de los titulares de derechos para reivindicar éstos (empoderamiento) y de los titulares de deberes para cumplir sus obligaciones.

5.6.1 Continuo de Prevención, Atención, Protección y Reparación¹⁹³

Dada la experiencia del sector salud, y para transitar hacia un Modelo de Abordaje Sistémico de la Violencia contra las mujeres, niñas y personas de la diversidad de género en nuestro territorio, es imprescindible que planes, programas, actividades, normas y orientaciones conformen un continuo de prevención, atención, protección y reparación en materia de violencia de género, promoviendo e implementando estrategias y acciones para fortalecer las autonomías de las mujeres y personas sobrevivientes, considerando:

- **Prevención Primaria:** relacionada con intervenciones que se implementan antes de la ocurrencia de las manifestaciones de violencia. Busca anticiparse, abordando sus causas e implicancias, para evitarla, “exige que se cambien las actitudes y se cuestionen los estereotipos existentes en la sociedad y que se preste asistencia a las comunidades que procuran poner fin a la aceptación de la violencia contra las mujeres. También requiere el empoderamiento político y económico de las mujeres, para superar su posición subordinada en la sociedad” (Naciones Unidas, 2006). Ello implica un trabajo en pro de las autonomías y el empoderamiento de las mujeres, escuelas de formación para dirigentes gremiales y locales para el liderazgo preventivo en materia de violencia contra las mujeres y personas de la diversidad, el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, entre otras acciones intersectoriales. Un ejemplo de estrategia de intervención es la educación en formas de relación dialogantes, que fortalezcan una comunicación empática y la comprensión del “otro/a/e” como “otro/a/e”.
- **Prevención Secundaria:** relacionada con acciones y programas de prevención ante nuevas situaciones, que buscan reducir el daño inmediato tras un caso de violencia. Brindando una respuesta oportuna, eficaz, pertinente, diligente, de calidad e integral (entendida como la línea psicosocioeducacional y jurídica) después de que haya ocurrido algún hecho. Por ejemplo, las líneas telefónicas de asesorías o atención a sobrevivientes o los Centros de la Mujer del SERNAMEG. Un ejemplo de estrategia de intervención es la pesquisa precoz y/o la búsqueda activa de factores de riesgo de Violencias, antes de la ocurrencia de estas.
- **Prevención Terciaria:** relacionada con la atención, apoyo y acompañamiento a largo plazo a las personas que hayan sufrido actos de violencia con el fin de evitar la “cronificación” de la violencia

¹⁹³ Fuente, adaptación Manual Curso 7° versión, “Herramientas para el abordaje de la violencia de género”. SERNAMEG – Universidad de Concepción, 2021.

e intentando avanzar en los procesos de reparación, así como en la prevención de casos de violencia extrema como los femicidios.

Por tanto, se requiere la implementación de estrategias y acciones de Promoción y educación en derechos humanos y la eliminación de los estereotipos de género en la educación y la comunicación, abordando las diversas manifestaciones de la violencia, promoviendo el trabajo de masculinidades con hombres.

Por otro lado, las estrategias y acciones de Atención deben incluir espacios de atención integral centrados en las víctimas/sobrevivientes a la violencia de género; desarrollar programas de empleo y vivienda asistida; garantizar el acceso a servicios de atención inicial, de crisis o de emergencia oportunos (que otorguen acogida inmediata, denuncia de los derechos vulnerados y la activación de redes de apoyo); elaborar protocolos de atención integral multisectoriales; dar atención integral a hijos e hijas de víctimas y sobrevivientes; y constituir redes de apoyo multisectoriales, institucionales y comunitarias, para actuar frente a la pérdida de las autonomías a causa de la violencia vivida (CEPAL, 2014, p. 62 y SERNAMEG, 2017).

Asimismo, cuando las atenciones inmediatas arrojan evaluaciones de riesgo y violencia de carácter grave se asumen en este Modelo estrategias y acciones de Protección para la provisión de medidas pertinentes y planes de emergencia, desplegando actuaciones jurídicas y policiales eficaces y la disposición de los servicios necesarios para detener y responder a las formas más extremas de violencia contra las mujeres, como aquellas que dañan y ponen en peligro la vida de la mujer, niña o adolescente y de cualquier manifestación que atente contra su integridad.

Junto al adoptar medidas que garanticen la protección legal a víctimas y sobrevivientes así como la disponibilidad de órdenes de protección eficaces y la debida diligencia de los procesos jurídicos, policiales e investigativos, los organismos internacionales plantean la necesidad de promover el endurecimiento de las sanciones a los agresores; implementar programas de intervención/reeducación para hombres que ejercen violencia; crear o fortalecer unidades especializadas o procedimientos judiciales especializados; articular la labor de la policía y los equipos fiscales, por ejemplo, a través de protocolos intersectoriales, todo lo anterior para avanzar hacia la protección y sanción efectiva.

En relación con este continuo, se busca contribuir progresivamente a la reparación, entendida como el inicio a la recuperación de la autonomía física de las personas sobrevivientes, en un primer orden y del fortalecimiento de las autonomías económica y social-política, en segundo orden. Ello incluye implementar iniciativas tendientes a la reparación de los derechos vulnerados y los daños morales (y no sólo físicos, psicológicos y/o económicos) de víctimas y sobrevivientes; poner en práctica medidas intersectoriales orientadas al logro del empoderamiento económico; brindar asistencia psicológica, jurídica, social y económica a víctimas y sobrevivientes; priorizar el acceso a salud, vivienda, medicamentos, educación u otros requerimientos; e implementar medidas para la reintegración social y laboral de víctimas y sobrevivientes.

Avanzar hacia este Modelo de Abordaje Integral de la Violencia contra las Mujeres y las Niñas, implica entenderlo como parte de una respuesta integral multisectorial (OEA, CIM y MESECVI, 2014) y multidireccional a las necesidades y diversas realidades de las mujeres, niñas y personas

de la diversidad, complementando y articulando las estrategias y acciones, para propiciar cambios y asegurando su derecho a una vida libre de violencia.

De acuerdo a las líneas estratégicas del plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer promovido por la OPS, se espera que los sistemas de salud sean proactivos en la interacción y coordinación con las otras instituciones que actúan en protección y apoyo de las mujeres, como las policías, sector justicia, los servicios sociales, educación, los mecanismos de igualdad de género o de empoderamiento de la mujer y considerar también la protección infantil, dado que la exposición a la que se enfrentan los/as niños/as cuando sus madres son violentadas/agredidas está asociado a una gama de consecuencias negativas, entre ellas un mayor riesgo de vivir violencia en la edad adulta. Por lo tanto, todas las coordinaciones deben requerir de los esfuerzos de todos/as los/as funcionarios/as públicos para articular los mecanismos que permitan coordinar, de manera ética y segura, los servicios para las mujeres, personas de la diversidad sexo genérica y los niños y niñas expuestos a situaciones de violencia.

En Chile, el Ministerio de Salud a través de sus Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) y Servicios de Salud se ocupa de la implementación de las estrategias gubernamentales y de la articulación, gestión y desarrollo de las acciones necesarias para ocuparse de la salud de la población. Cada Servicio de Salud establece coordinaciones intersectoriales con otros Servicios, y con otras instituciones públicas o privadas que correspondan, a fin de resolver adecuadamente los distintos requerimientos de las personas. Específicamente, en materia de violencia contra las mujeres, existen instancias de coordinación y colaboración con el Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género y el Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género con el propósito de generar una respuesta articulada para el abordaje de la violencia contra las mujeres.

5.6.2. Capacitación continua y formación permanente

Los Estados deben promover condiciones mínimas que cauteleen y resguarden la dignidad de todas las personas, en virtud de afianzar el respeto por los derechos y libertades sin ningún tipo de discriminación. El acceso a la educación y capacitación continua es una estrategia promotora en este sentido.

La capacitación continua y formación permanente, ha demostrado ser una estrategia efectiva y eficiente para el trabajo asociado a la temática de Violencia de Género, particularmente al interior del Sistema de Salud. La educación como marco ético permite avanzar hacia la comprensión, implementación y regulación de relaciones humanas sociales de reconocimiento y de respeto a la dignidad humana.

5.6.3. Garantías de no repetición, reparación y memoria

Se entienden como un conjunto de mecanismos que buscan garantizar los derechos de víctimas y sobrevivientes a la verdad, la justicia, la reparación y la no repetición, lo que promueve la consolidación, cohesión social e inclusión a nivel nacional y local, además de promover el estado de derecho de acuerdo con la normativa internacional de derechos humanos.

5.6.4. Estrategias de transversalidad del Enfoque de Género

Se trata de estrategias para hacer de los problemas y experiencias de las mujeres, los hombres y personas de la diversidad, una dimensión integral del diseño, la ejecución, la vigilancia y la evaluación de las políticas y programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de tal manera que no se perpetúe la desigualdad. El objetivo principal es avanzar hacia la igualdad de género, lo que puede incluir iniciativas afirmativas dirigidas a las mujeres, hombres y las personas de la diversidad sexo genéricas.

La Política define como un eje prioritario el enfoque de igualdad, estableciendo directrices para la corrección de posibles desventajas de las acciones de salud de grupos más vulnerables a la exposición a la violencia a causa del género (mujeres, personas trans y personas intersex) desde la infancia a la vejez. Además, busca reducir las barreras que enfrentan las personas para acceder a cuidados de salud adecuados y pertinentes.

5.6.5 Empoderamiento

Se refiere a la toma de control por parte de las mujeres, los hombres y personas de la diversidad sobre sus vidas, Comprendiéndola como la capacidad de distinguir opciones, tomar decisiones y ponerlas en práctica. Se trata de un proceso, pero es también un resultado; es colectivo y al mismo tiempo individual. El empoderamiento de las mujeres es esencial para el cambio cultural. Otros no pueden dar poder a las mujeres, solo las mujeres pueden empoderarse a sí mismas. Sin embargo, las instituciones pueden apoyar los procesos de empoderamiento, tanto en el plano individual como en el colectivo. (OPS, 2009, p. 11)

5.6.6 Intrasectorialidad

Implica establecer estrategias para la colaboración interna entre las distintas áreas del Sector Salud con competencia en la materia, para colaborar en la prevención y abordaje integral de las Violencias de Género.

5.6.7 Participación y diálogo Estado-Sociedad Civil

La Participación ciudadana en tanto sociedad civil organizada, permite construir políticas públicas para prevenir y erradicar la violencia de género, desde las propuestas y en diálogo con el Estado, lo que permite que la Sociedad Civil amplíe la incidencia colectiva colaborando, retroalimentando y mejorando la agenda pública de derechos. Una efectiva participación requiere que sean incorporadas las necesidades e intereses estratégicos y particulares de las personas sobrevivientes y víctimas, según su condición social, cultural y económica, tanto en el diseño/rediseño, implementación, seguimiento y evaluación de la presente Política.

5.6.8 Sistema de información, registro y transparencia.

Avanzar hacia un sistema de información institucional que permita contar con datos confiables, de fuentes primarias interconectadas que contribuyan a generar sistemas e información en común con oportunidad y calidad. Esto contempla distintos ámbitos relacionados con la violencia basada

en género, con especial atención a la población o grupos de especial protección, que corresponde a personas y comunidades que, por motivos culturales, históricos, geográficos, étnicos u otra índole, forman parte de los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad. Derecho a la información, difusión permanente y transparencia

La transparencia y una cultura de rendición de cuentas son elementos esenciales de la democracia y de la participación, siendo condiciones para su ejercicio, siempre en el marco del resguardo de la confidencialidad de los datos personales.

Cada uno de estos ámbitos, contribuyen al acceso oportuno e informado de las personas y comunidades a las políticas, programas, atenciones y servicios.

PALABRAS FINALES

Las violencias de género como problema de Salud Pública se las aborda desde diversas estrategias y experiencias desarrolladas a la luz de la legislación nacional e internacional, muchas de las cuales se han podido plasmar en planificaciones, mecanismos y programas de intervención. Es destacable que Chile cuenta con un diverso y actualizado marco normativo -ciertamente perfectible- y en cuya implementación se viene trabajando con ahínco.

Es importante avanzar en la mejora de los niveles de transversalización y articulación intersectorial para lograr reducir la prevalencia de las diferentes manifestaciones de las violencias basadas en el género que afectan especialmente a las mujeres, personas de la diversidad sexo-genéricas y sus familias.

El fenómeno de las violencias es un proceso dinámico por lo que requiere de constante revisión y evaluación, de forma de construir políticas públicas adecuadas y pertinentes. Es preciso identificar y confluir en un entendimiento y comprensión del fenómeno de las Violencias de Género a partir de conceptos que establezcan con mayor claridad los cimientos conceptuales sobre los que estamos entendiendo las violencias, de manera de establecer las bases para un diálogo entre Estado y ciudadanía, que debe ser permanente y fecundo. Las líneas directrices plasmadas en este documento pretenden generar acercamientos más asertivos a este complejo problema social, del cual sólo podemos liberarnos con intervenciones efectivas asentadas en bases conceptuales firmes, en acuerdos sociales y fundamentos cimentados en los derechos humanos fundamentales.

En esa línea, el Ministerio de Salud, representado por el Departamento de Derechos Humanos y Género, entiende que el ejercicio de su rol de Rectoría implica definir la orientación general relativa a las violencias de género desde el Sector Salud, abriendo su abordaje desde los enfoques de Salud Pública, Derechos Humanos y Género, con una mirada de interculturalidad e interseccionalidad indispensables para dirigir eficazmente las intervenciones desde este Sector.

Los cambios que se requieren precisan combinar intervenciones en el campo de la prevención y la educación, los servicios de protección e instrumentos legales. En lo que respecta a Salud, corresponde brindar acciones de promoción y prevención que contribuyan a derribar y desarmar aquellas pautas culturales discriminatorias arraigadas en un marco de relaciones de género que jerarquiza y produce desigualdad, lo que está profundamente enraizado en las percepciones e imaginarios de la población.

Además, al Sector Salud le corresponde disponer de una atención y respuesta adecuada a sobrevivientes, víctimas y sus familias, contando con servicios de apoyo adecuados, para su recuperación y rehabilitación integral, a través de la profundización de la gestión y desarrollo intra e interinstitucional.

La acción del Estado debe ser proyectada de manera unitaria y coherente para modificar estereotipos y normas de género hegemónicas que se encuentran en la base de nuestra sociedad. Con este documento, esperamos brindar un marco y una línea directriz que contribuya a la erradicación de todas las formas de violencias basadas en género en nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID. (2012). United States strategy to prevent and respond to gender-based violence globally. Washington D.C.: USAID. Traducción de la Unidad de Género Ministerial, MINSAL.
- Álvarez-Dardet, S., Pérez, J., & Lorence, B. (2013). La violencia de pareja contra la mujer en España: cuantificación y caracterización del problema, las víctimas, los agresores y el contexto social y profesional. *Psychosocial Intervention*, 41-53.
- Amoroso, I. y Fernández, G. (2014). Violencia de género y sistema de salud. Un análisis de la intervención hospitalaria. Limitaciones en la detección, reconocimiento efectivo y el abordaje desde el segundo nivel de atención, Artículos seleccionados, Año 4 - Nro. 8 - Revista "Debate Público. Reflexión de Trabajo Social". Buenos Aires, Argentina
- Bowie, V. (2002). Defining violence at work: a new typology, en Gill, M. y otros (directores de la publicación), *Violence at Work: Causes, Patterns and Prevention* (Portland, Willan Publishing).
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Cambridge, Harvard University Press. (Trad. Cast.: *La ecología del desarrollo humano*, Barcelona, Paidós, 1987).
- CEPAL. (1996). Violencia de género: un problema de derechos humanos. Obtenido de <https://www.cepal.org/mujer/noticias/paginas/3/27403/violenciadegenero.pdf>
- Chamorro, M. J. (2016). Violencia contra las mujeres en el ámbito laboral: un reto colectivo. Basada en el Documento para discusión en la Reunión de alto nivel sobre violencia en el lugar de trabajo. Ginebra, 3-6 octubre.
- Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. (2011). *Modelo Ecológico para una vida libre de violencia de género*. México.
- Declaración de Beijing. (1994). IV Conferencia Mundial sobre las mujeres. Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social. N. 3 (oct. 1995). ISSN 1133-0473, pp. 221-226
- De Keijzer, B. (1997). El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva. México
- Federación Internacional de Planificación de la Familia, región del hemisferio occidental. (1992). *Lineamientos para el diagnóstico y tratamiento de la violencia doméstica*. México.
- Foro Internacional de Mujeres Indígenas FIMI (2006). Mairinlwanka Raya: Mujeres Indígenas Confrontan la Violencia. Informe complementario al estudio sobre violencia contra las mujeres del Secretario General de las Naciones Unidas.
- Generalitat Valenciana Conselleria de Sanitat. (2005). Jornadas sobre Violencia de Género en el ámbito hospitalario, ponencias de octubre y noviembre.
- George, A. (2003). Accountability in Health Services, Transforming relationships and contexts. Working Paper Series. Vol. 13 N°1. Harvard Center for Population and Development Studies, Harvard School of Public Health.
- Hankivsky, O., Grace, D., Hunting, G., & Ferlatte, O. (s/a). *Introduction: Why Intersectionality Matters for Health Equity and Policy Analysis* https://www.researchgate.net/profile/Olivier_Ferlatte/publication/279294061_Introduction_Why_Intersectionality_Matters_for_Health_Equity_and_Policy_Analysis/links/583876ce08ae3a74b49d173b/Introduction-Why-Intersectionality-Matters-for-Health-Equity-and-Po.
- Heise, L. (1994). Violencia contra la mujer. La cara oculta de la salud, Washington, Programa Mujer, Salud y Desarrollo-Organización Panamericana de la Salud (OPM).
- Jojoa-Tobar, E. et al. (2019). Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud* [online]. Vol.51, n.2, pp.135-146. ISSN 0121-0807. <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>.
- Ley N° 19.253. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 5 de octubre de 1993.
- Ley N° 19.325. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 27 de agosto de 1994.
- Ley N° 19.617. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 12 de julio de 1999.
- Ley N° 20.005. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 18 de marzo de 2005.
- Ley N° 20.066. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 07 de octubre de 2005.
- Ley N° 19.968. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 30 de agosto de 2004.
- Ley N° 20.480. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 18 de diciembre de 2010.
- Ley N° 20.507. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 8 de abril de 2011.

- Ley N° 20.609. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 24 de julio de 2012.
- Ley N° 20.584 Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 01 de octubre de 2012.
- Ley N° 21.212. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 04 de marzo de 2020.
- López, A. et. Al. (2010) Estudio nacional sobre respuesta institucional del Sistema de salud frente a la violencia contra las mujeres. MYSU y OPS. Montevideo.
- MenEngage (2014). Declaración de Delhi y llamado a la acción: Hombres y niños por la justicia de género. India.
- Ministerio del Interior (2010). Intendencia regional de Atacama. Protocolo de atención para casos de violencia intrafamiliar. Copiapó, Pág. 3 -6.
- Ministerio de Salud (2011). Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011 – 2020.
- Ministerio de Salud. (2016). Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020. Disponible en: [Plan Nacional de Salud 2016.pdf \(minsal.cl\)](#)
- Ministerio de Salud. (2018). Orientaciones Técnicas para la elaboración de Pautas Locales para el abordaje de trabajadoras del Sector Salud víctimas de violencia de pareja.
- Ministerio de Salud. (2020). Orientaciones para la coordinación de la respuesta sectorial en el abordaje de la violencia de género en el contexto de la pandemia por COVID-19. Ordinario N° 2734 del 13 de julio.
- Mollica, K. y Danehower, C. (2014). Domestic violence and the workplace: The employer's legal responsibilities, in Journal of Management and Marketing Research, vol. 17, págs. 1-11.
- Muñoz Cabrera, P. (2011). Violencias Interseccionales. Debates Feministas y Marcos Teóricos en el tema de Pobreza y Violencia contra las Mujeres en Latinoamérica. CAWN, Honduras.
- Organización de Estados Americanos OEA. (1994). Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, Convención de Belém do Pará. Belem do Pará, Brasil.
- Organización de Estados Americanos OEA. (2013). Convención interamericana contra toda forma de discriminación e intolerancia (A-69). Disponible en: [OEA :: SAJ :: Departamento de Derecho Internacional :: Tratados Multilaterales Interamericanos \(oas.org\)](#)
- Organización de Estados Americanos OEA. (2015). Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Violencia contra Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex en América. Disponible en: [ViolenciaPersonasLGBTI.pdf \(oas.org\)](#)
- Organización Internacional del Trabajo OIT (1989). Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. 27 de junio. Ratificado por Chile el año 2008.
- Organización Internacional del Trabajo OIT (2016). Informe final: Reunión de expertos sobre la violencia contra las mujeres y los hombres en el mundo del trabajo. Oficina Internacional del Trabajo, Departamento de Condiciones de Trabajo e Igualdad, Ginebra, 3-6 de octubre.
- Organización Mundial de la Salud OMS (1996). Asamblea Mundial de la Salud, 49a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 20-25 de mayo: actas resumidas e informes de las comisiones. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/203897>
- Organización Mundial de la Salud OMS (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) Sobrevivir, prosperar, transformar.
- Organización Mundial de la Salud OMS-OPS (2015). La Violencia contra la mujer. Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer. 54° Consejo Directivo, 67° Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington.
- Organización Mundial de la Salud. (2016a). Plan de Acción Mundial: Los sistemas de salud enfrentan la violencia contra las mujeres y las niñas. Disponible en: [OMS | Plan de acción mundial: los sistemas de salud enfrentan la violencia contra las mujeres y las niñas \(who.int\)](#)
- Organización Mundial de la Salud. (2016b) Proyecto de declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: garantizar la salud y el bienestar sostenibles para todos. Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Shanghai, 21-24 de noviembre.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Género y Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Organización de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre.
- Organización de las Naciones Unidas. (1979). Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Adoptada el 8 de diciembre. <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>

- Organización de las Naciones Unidas. (1989). No discriminación: 10/11/89.CCPR OBSERVACION GENERAL 18, 37º período de sesiones.
- Organización de las Naciones Unidas. (1993a). Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas 48/104 del 20 de diciembre.
- Organización de las Naciones Unidas. (1993b). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución 48/104 de la Asamblea General, 20 de diciembre.
- Organización de las Naciones Unidas. (1994). Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo.
- Organización de las Naciones Unidas. (2006a). Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 13 de diciembre.
- Naciones Unidas (2006). Poner fin a la violencia contra la mujer: De las palabras a los hechos, Estudio del Secretario General. Ginebra: Naciones Unidas.
- ONU-Mujeres. (2012). (Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres). Estimating the costs of domestic violence against women in Viet Nam (Hanoi).
- Onufer, S. y Muntarbhorn, V. (2007). Principios de Yogyakarta, principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género.
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). Resolución A/RES/70/1 Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, 25 de noviembre. [edición electrónica] <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/1>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). La violencia contra las mujeres. Responde el sector salud. Washington D.C.
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). Política de Igualdad de Género. Washington.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). “Curas” para una Enfermedad que no existe. Disponible en: [“CURAR” UNA ENFERMEDAD QUE NO EXISTE \(paho.org\)](http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sistema-de-salud&alias=123-violencia-de-genero-en-chile-informe-monografico-2007-2012&Itemid=1145)
- Organización Panamericana de la Salud (2013a). Informe Monográfico 2007-2012. Violencia de Género en Chile. http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sistema-de-salud&alias=123-violencia-de-genero-en-chile-informe-monografico-2007-2012&Itemid=1145
- Organización Panamericana de la Salud. (2013b). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la salud. Washington, DC.
- Organización Panamericana de la Salud (2015). Estrategia y plan de acción sobre violencia contra la mujer. Disponible en: [OPS/OMS Chile - Estrategia y Plan de Acción sobre Violencia contra la Mujer \(paho.org\)](http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sistema-de-salud&alias=123-violencia-de-genero-en-chile-informe-monografico-2007-2012&Itemid=1145)
- Provoste, P. (2007). Estudio Violencia contra la Mujer en la pareja: respuestas de la Salud Pública en Santiago de Chile, CEPAL, Unidad Mujer y Desarrollo, serie 85, abril.
- Servicio Civil. (2015). Orientaciones Para la Elaboración de un Procedimiento de Denuncia y Sanción del Maltrato, Acoso Laboral y Sexual, Santiago de Chile.
- Subsecretaría de Derechos Humanos. (2017). Plan Nacional de Derechos Humanos 2018-2021. Ministerio de Justicia.
- UN Women. (2016). Typology on training for gender equality. UN Women Training Centre.
- Walsh C. y Viaña J. (2010). Construyendo Interculturalidad Crítica. Lima- Perú
- World Professional Association for Transgender Health WPATH. (2012). Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género. Disponible en: www.wpath.org

ANEXO N°1: HITOS Y DOCUMENTOS MINISTERIALES EN SALUD Y VIOLENCIA DE GÉNERO (1996-2020)

- Evaluación de acciones de servicios de salud en violencia intrafamiliar. Área Derechos Humanos, Salud y Violencia. Unidad de Salud Mental (1996)
- Guía para la detección y respuesta al maltrato físico y abuso sexual en niños y adolescentes en los servicios de urgencia. División de Salud de las Personas, Unidad de Salud Mental. (1998)
- Manual de Apoyo Técnico para las Acciones de Salud en Violencia Intrafamiliar. (1998) Derechos Humanos, Salud y Violencia. División Programas de la Salud, Departamento Programas de las Personas, Unidad de Salud Mental (1998).
- Programa de Atención Integral para Mujeres que viven Violencia Intrafamiliar (VIF) en Establecimientos de Atención Primaria. (2004)
- Normas y Guía Clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual (2004)
- Como contribuir a prevenir y controlar la violencia. División Gestión Red Asistencial, Programa Intersectorial de Violencia (2004)
- Convenio con el Ministerio Público: "Salas de Primera Acogida para Personas Víctimas de Violencia Sexual" en Servicios de Urgencia generales, pediátricos y gineco-obstétricos. (2005)
- Orientaciones Técnicas para la Atención Primaria: Violencia Intrafamiliar. Detección, Diagnóstico y Tratamiento (2005)
- Guía clínica para la Atención Primaria: Violencia Familiar. Detección, diagnóstico y tratamiento (2005)
- Manual para la Atención Primaria: Intervención Psicosocial de Grupo para la Atención de Mujeres que viven Violencia Intrafamiliar. Programa de Diagnóstico e Intervención Integral a Mujeres afectadas por Violencia Intrafamiliar. (2005)
- Política de salud y violencia de género (2008)
- Guía Clínica para la atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de Abuso Sexual (2011)
- Guía clínica para la detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores. UNICEF y MINSAL (2013)
- Situación actual del suicidio adolescente en Chile, con perspectiva de género (2013) Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (2013)
- Orientaciones técnicas para la detección y primera respuesta en Maltrato de Personas Adultas Mayores (2014)
- Creación de la Unidad de Género Ministerial (2015)
- Creación de la Comisión Ministerial de Salud y Violencia de Género (2015)
- Norma General Técnica para la atención de víctimas de violencia sexual (2016)
- Orientaciones Técnicas para la detección, atención y primera respuesta en salud a personas víctimas de trata, tráfico ilícito de migrantes y explotación sexual y comercial de niños, niñas y adolescentes. (2018)
- Ley 21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales (2018)
- Orientaciones Técnicas de Acogida y Acompañamiento Psicosocial en el Marco de la Ley 21.030 (2018)

- Norma técnica de acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030 (2018)
- Orientaciones Técnicas para la elaboración de pautas locales para el abordaje integral de trabajadoras del sector salud víctimas de violencia de pareja (2018)
- Creación del Departamento de Derechos Humanos y Género (2020)
- Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002