

INFORME PAÍS: CHILE

ESTADÍSTICAS

Estadísticas de Violencia

Chile no cuenta con estudios nacionales que permitan conocer la prevalencia de la violencia contra la mujer. El Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) ha realizado estudios que establecen la prevalencia de violencia en cuatro regiones del país: Región Metropolitana y IX Región Araucanía¹, en la II Región (Antofagasta) y IV Región (Coquimbo).

Los estudios realizados por SERNAM muestran que la prevalencia de VIF² oscila entre 42,8% en Antofagasta y un 50,3% en la R. Metropolitana. Según tipo de violencia, estos estudios muestran que la violencia psicológica alcanza un valor mínimo de 39,1% en la Región de Antofagasta y un valor máximo de 43,2% en la Región Metropolitana. La menor prevalencia de violencia física, corresponde a la Región de la Araucanía con un 25,3% y la mayor a la R. de Coquimbo, en donde la violencia física alcanza al 32,6%. Estos estudios distinguieron violencia física leve y grave, constatándose que la violencia física grave se presenta con mayor frecuencia que la leve, en especial en las Regiones Metropolitana y de Coquimbo.

	Región Metropolitana	Región de la Araucanía	Región de Coquimbo	Región de Antofagasta
Cifras globales				
Sin Violencia	49.7	53.0	51.6	57.2
Con Violencia	50.3	47.0	48.4	42.8
Subtotal	100.0	100.0	100.0	100.0
Prevalencia según tipo de violencia				
Violencia psicológica	43.2	42.4	41.9	39.1
Violencia física leve	13.1	10.2	13.4	11.1
Violencia física grave	19.0	15.1	19.2	15.7
Violencia sexual	14.9	14.2	16.6	14.2

Fuente: SERNAM, Datos básicos VIF Comparación 4 regiones. Julio, 2005.

Respecto de las denuncias por VIF, cabe señalar que desde el año 2000 al 2005 de manera consistente estas han ido en aumento, con una baja en el año 2006 en que se registra una reducción de un 10,4% en el número de denuncias por violencia intrafamiliar interpuestas por mujeres de 15 años y más. En los años 2007 y 2008 se produce un incremento que iguala la tendencia observada en los años anteriores, tal como se observa en la

¹ SERNAM. Detección y análisis de la prevalencia de la violencia intrafamiliar. Junio, 2002

² Datos extractados de documento de trabajo: SERNAM. Datos básicos VIF Comparación 4 regiones. Julio, 2005

siguiente tabla, construida en base a la información disponible en el Observatorio de Equidad de Género en Salud³.

Número y tasa de denuncias por violencia de mujeres de 15 años y más

Año	Nº denuncias de mujeres de 15 años y mas	Tasa de denuncias por cada 10.000 mujeres de 15 años y más
2000	17.466	31.4
2001	55.517	98.2
2002	62.206	108.2
2003	71.724	122.7
2004	79.497	130.01
2005	80.303	129.02
2006*	71.924	113,60
2007	83.005	128,91
2008	86.165	131,63

Fuente: Observatorio de Equidad de Género en Salud.

* Fuente de datos de los años 2006 a 2008, Carabineros de Chile

Al igual que en el caso de las denuncias por violencia intrafamiliar, los datos aportados por el Observatorio de Equidad de Género en Salud y Carabineros de Chile, permiten observar que las denuncias de adolescentes por violencia sexual (abuso y violación) se han incrementado año a año, lo que daría cuenta de una mayor disposición de las mujeres a denunciar y exigir justicia frente a este tipo de delitos.

Número y tasa de denuncias por violencia sexual de mujeres adolescentes

	Nº de denuncias por violencia sexual de mujeres adolescentes de 14 a 19 años.	Tasa denuncias por violencia sexual por 100.000 mujeres adolescentes de 14 a 19 años.
2002	449	68.3
2003	624	93.1
2004	898	131.3
2005	1.338	185.9
2006*	1.517	210,1
2007	1.865	257,43
2008	2.072	285,05

Fuente: Observatorio de Equidad de Género en Salud.

* Fuente Datos 2006 a 2008, Carabineros de Chile.

Respecto de las muertes de mujeres producto de la violencia, cabe señalar que no hay formas de registro que permitan conocer estas cifras. Las estadísticas de muertes por causas externas no se relacionan con la causa de agresión o autoagresión. Las cifras de femicidios que se conocen se han recopilado a través de estudios de expedientes judiciales y seguimiento de prensa. En el año 2006 SERNAM realizó un seguimiento a través de la prensa, de los asesinatos de mujeres a manos de su pareja, los casos así identificados fueron posteriormente ratificados por el Ministerio Público confirmándose un total de 36 casos de femicidio íntimo ocurridos entre el 1º de enero y el 8 de diciembre de 2006⁴. En el 2007 según información de MINSAL⁵ en contextos de violencia intrafamiliar fueron asesinadas un total de 61 mujeres (femicidios).

³ www.observatoriogenerosalud.cl

⁴ Respuestas Efectivas en Violencia de Género: Materias pendientes. Observatorio de Equidad de Género en Salud. Informe 2006.

⁵ Ministerio de Salud. Guía Clínica VIF, documento borrador 28 abril de 2008.

Dado que la violencia contra las mujeres no es una variable incluida en estudios periódicos, no se dispone de información respecto del número de hogares con violencia intrafamiliar.

Estadísticas de VIH

La epidemia del VIH/ SIDA en Chile comenzó con los primeros 6 casos en el año 1984. Al año siguiente se notifica a la primera mujer en la Región Metropolitana. Hasta el año 2007, se han notificado 18.552⁶ casos acumulados de VIH/SIDA en el país y a diciembre de 2006 han fallecido 5.710 personas.

El VIH/SIDA afecta principalmente a adultos jóvenes entre 20 y 39 años, mayoritariamente de sexo masculino. La principal vía de transmisión es la sexual (90%). Si bien en los hombres las vías de exposición homosexual y bisexual concentran la mayoría de los casos, se aprecia una tendencia constante al aumento de contagio por vía heterosexual.

La tasa acumulada de VIH es de 65,1 por 100.000 habitantes y la tasa acumulada de SIDA es de 54,2 por 100.000 habitantes, siendo la prevalencia en población general de un 0,05%⁷

La tasa de mortalidad experimentó un aumento progresivo hasta el año 2001, que se observó la tasa más alta del período 3,6 por 100.000 habitantes, mientras que en los últimos cuatro años (2002-2006) la mortalidad ha mostrando un descenso sostenido llegando el 2006 a 2,6 por 100.000 habitantes.

Evolución últimos 20 años relación hombre mujer

Para el análisis de la información se ha dividido a los casos notificados con VIH/SIDA en 5 quinquenios.⁸ En todos los quinquenios analizados, el número de casos en hombres supera al de mujeres tanto en VIH como en SIDA. Se observa también que las mujeres aumentaron su proporción en el total de casos hasta el año 1996 (razón hombre: mujer en descenso) estabilizándose en los dos últimos quinquenios en VIH.

QUINQUENIOS	RAZON HOMBRE: MUJER VIH	RAZÓN HOMBRE: MUJER SIDA
1988/1992	6,5	9,8
1993/1997	4,8	8,1
1998/2002	4,2	6,8
2003/2007	3,7	6,0

Se ha producido una estabilización de la razón hombre: mujer en los últimos quinquenios, lo que muestra que es una epidemia que crece en forma similar en ambos sexos.

Vías de Exposición

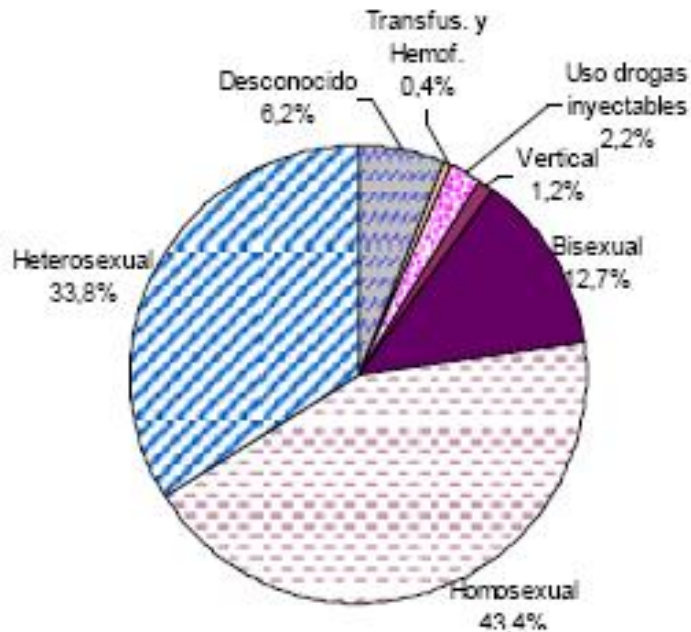
La principal vía de exposición es la sexual (90%), siendo los hombres que tienen sexo con hombres la más declarada con un 43,4%.

⁶ Gobierno de Chile, Ministerio de Salud (2008). Evolución del VIH/SIDA. Chile, 1984-2007. Departamento de Epidemiología. Agosto 2008.

⁷ Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. CHILE Enero 2006-Diciembre 2007. Elaborado Enero 2008. MINSAL. ONUSIDA

⁸ Quinquenios analizados: 1988/1992, 1993/1997, 1998/2002, 2003/2007. Evolución del VIH/SIDA Chile 1984-2007. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud, Agosto de 2008.

Distribución porcentual de casos acumulados de VIH-SIDA por vía de exposición. Chile, 1988 - 2007



Tanto para los casos de VIH y de SIDA se produce un aumento de la exposición por vía heterosexual en el segundo y cuarto quinquenio, siendo el incremento de un 182% y un 64% respectivamente. Así mismo, para los casos de VIH y SIDA las vías de exposición entre hombres y mujeres difieren. Para los hombres la principal vía de exposición es la homosexual. En ellas en cambio, la vía heterosexual es la más declarada y corresponde a 86,1% en los casos de SIDA y a 90,4% en VIH.

Edad

En los casos de VIH como de SIDA las tasas más altas ocurren entre los 20 y 49 años. En los dos primeros quinquenios, los grupos entre los 20 y 29 años, y 30 y 39 años tenían tasas similares, a partir del tercer quinquenio (1998/2002) el grupo entre 30 y 39 años, supera al grupo de edad anterior ocupando el primer lugar.

Al separar los datos de edad por VIH y SIDA, se tiene que en los casos de VIH tanto en hombres como en mujeres, la mayor concentración de casos están entre los 20 y 29 años de edad, un decenio antes que en SIDA. Todos los grupos de edad aumentaron en los quinquenios sus tasas de notificación. El grupo que presenta la tasa de notificación más alta es el de 20 y 29 años.

Etapa diagnóstica en la primera notificación

Del total de casos notificados por VIH/SIDA entre 1988 y 2007 (18.433) ⁹el 54% se notificó en etapa diagnóstica de VIH, mientras que el 46% fue notificado en etapa SIDA.

Se observa que el porcentaje de mujeres que se notifica como VIH, se ha ido incrementado en todos los quinquenios. Del total de mujeres notificadas en el período analizado, el 64,7% está en esta etapa, mientras que los hombres alcanzan al 51,9%, probablemente por la realización del examen en las mujeres durante el embarazo.

VIH/SIDA en las Mujeres¹⁰

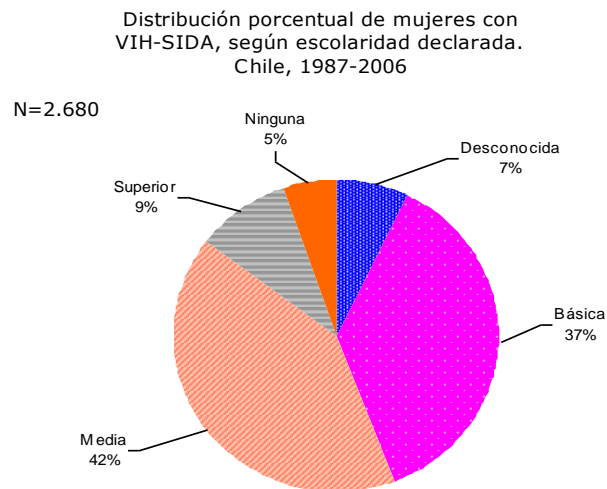
Para el presente análisis, y con el fin de estabilizar los datos, se agruparon los casos en 4 quinquenios desde 1987¹¹: 1987-1991, 1992-1996, 1997-2001, 2002-2006, dejando fuera los 2 casos ocurridos en 1985 y 1986.

El primer caso notificado de una mujer con SIDA fue en 1985. A diciembre de 2006, el número de mujeres con VIH/SIDA alcanzaba a 2.682, falleciendo 565 mujeres por SIDA entre los años 1984 y 2004. El 65% (1.749) de ellas están notificados como VIH y las restantes (931) como SIDA.

En relación a la edad de las mujeres, las tasas más altas de mujeres con VIH/SIDA ocurren entre los 20 y 49 años, que corresponde el período fértil, siendo entre los 20 y 29 años el grupo que concentra las tasa más altas de notificación.

Entre los 20 a 29 años el incremento de mujeres con VIH ha sido mayor, donde la tasa del último quinquenio (2002-2006) es 15 veces mayor a la que este mismo grupo de edad tenía en el primer quinquenio (1987-1991), es decir la epidemia en mujeres está afectando a mujeres cada vez más jóvenes.

Distribución de mujeres con VIH-SIDA por nivel de escolaridad



La mayoría de las mujeres con VIH/SIDA tienen enseñanza media cursada con un 42%, un 37% sólo llegó hasta la enseñanza básica.

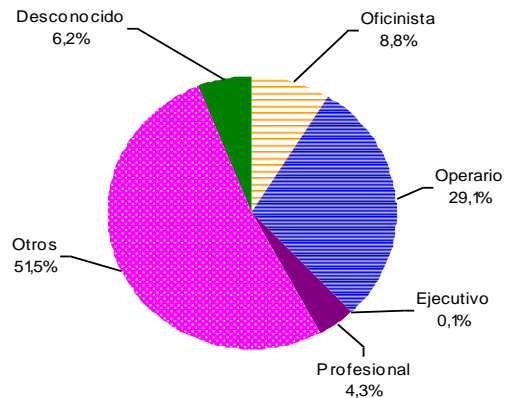
⁹ 145 personas no tienen información sobre la etapa diagnóstica, quedando fuera del análisis de esta variable.

¹⁰ Informe consolidado. Evidencias epidemiológicas, comportamentales y culturales a considerar en el abordaje de acciones preventivas del VIH y las ITS en mujeres. Documento de trabajo. MINSAL. Junio 2007

¹¹ Para el cálculo de tasas de notificación para cada quinquenio se utilizó la población de mujeres a la mitad del período correspondiente: 1989, 1994, 1999 y 2004. Para el cálculo de tasas acumuladas, se utilizó la población de 1997.

Distribución de mujeres con VIH-SIDA por categorías de ocupación

Distribución de mujeres con VIH-SIDA por ocupación declarada. Chile, 1987-2006



En la categoría "otros" se incluye la de dueña de casa, que concentra la mayor cantidad de casos.

POLÍTICAS PÚBLICAS

Políticas Públicas en Violencia

El organismo de gobierno que tiene un rol específico en el diseño de políticas en violencia es el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), organismo que ha incorporado, la temática de violencia intrafamiliar (VIF) en sus prioridades institucionales para el diseño de políticas a favor de la igualdad de oportunidades y derechos. Este compromiso se ha operacionalizado a través de un Programa Nacional específico y de la creación de una Comisión Asesora Interministerial (Decreto Supremo 108, 1992).

Para el período 2000-2010 entre los objetivos del Plan de Igualdad de Oportunidades, se contempla "Asegurar el derecho a la integridad física, psicológica y sexual de las mujeres y las niñas", y "Prevenir la violencia contra las mujeres y entregar servicios para el apoyo a las víctimas". SERNAM cuenta actualmente con 52 Centros de Atención de la Mujer que atienden situaciones de violencia leve y menos grave y con 25 Casas de Acogida en 13 regiones del país, las que otorgan protección temporal a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar grave, derivadas desde las Fiscalías (Ministerio Público).

El programa de los Centros de Atención de la Mujer se propone como *objetivo "Contribuir en el ámbito local, a reducir la violencia intrafamiliar, especialmente la que se produce en las relaciones de pareja, mediante la implementación de un modelo de intervención integral con énfasis en la desnaturalización de la violencia y la detección e interrupción temprana del fenómeno"*¹².

¹² SERNAM: Orientaciones técnicas del modelo de intervención de los centros de la mujer. SERNAM. 2008.

La intervención de estos Centros se dirige principalmente a la atención de mujeres mayores de 18 años que sufran violencia doméstica menos grave, en cualquiera de sus manifestaciones (violencia física, psicológica, sexual, económica), y que ingresan al servicio por demanda espontánea o derivadas desde otra institución. El propósito de la intervención es contener, proteger y equilibrar emocionalmente a las mujeres que requieren ayuda para enfrentar situaciones de violencia en la pareja, fortaleciendo procesos en los que las mujeres puedan acceder y reconocer recursos propios y de su entorno asumiendo un rol activo en la superación del problema.

Además de la línea de atención a mujeres que viven violencia, los Centros de Atención de la Mujer implementan otras líneas de trabajo que incluyen la prevención primaria y secundaria, la capacitación y el trabajo intersectorialidad y con redes.

En el año 2007 SERNAM implementa las Casas de Acogida destinadas a brindar protección, atención reparatoria y apoyo en la generación y elaboración de nuevos proyectos de vida a las mujeres que se encuentran en situación de riesgo vital y que han denunciado violencia grave.

El modelo de atención de las Casas de Acogida considera (i) Primer Apoyo (contención e intervención en crisis), (ii) Diagnóstico Psicosocial, (iii) Elaboración de Plan de Intervención Integral específico para cada usuaria, (iv) Proceso de Reparación de la Mujer Víctima de Violencia Intrafamiliar el que se inicia en la casa de acogida y continúa a su egreso en el Centro de la Mujer, y que considera atención psicosocial individual y grupal, asesoría y patrocinio legal; atención social (fortalecimiento y/o creación de redes primarias de protección de las usuarias derivación y/o interconsulta a los servicios de salud para la mujer y sus hija/os, cuando corresponda; desarrollo de la empleabilidad. a través de la habilitación laboral, tanto en nivelación de estudios como en capacitación; coordinación Intersectorial con instituciones públicas y privadas la que tiene por objetivo activar todas las redes necesarias y requeridas para que, tanto durante su estadía en la Casa de Acogida como al momento del egreso se de continuidad protección, reparación y reinserción¹³.

Por su parte el Ministerio de Salud a través de Resolución exenta N° 276 del 16 mayo de 2008, aprueba una política de salud en violencia de género, la cual integra algunos de los programas y acciones que este ministerio ya venía desarrollando en materia de violencia intrafamiliar. Esta política considera como elementos centrales:

- Instalación de la detección sistemática y primera respuesta a la violencia de género.
- Instalación del Programa de Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Violencia hacia la Mujer en todos los establecimientos de Atención Primaria.
- Aplicación de los indicadores de riesgo vital (peligro de homicidio o lesiones graves) para implementación de procedimientos de protección que permitan evitar nuevos eventos de violencia y el femicidio, en coordinación con Carabineros, Ministerio Público y SERNAM.
- Colaboración con la administración de la Justicia.
- Implementación y monitoreo de la aplicación de las “Normas y Guía Clínica para la Atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual” vigentes.
- Instalación de Protocolos y/o Programas para la atención especializada que requieren las mujeres que sufren los daños más frecuentes producidos por la violencia de género (salud mental y psiquiatría, traumatología, odontología, ginecología, cirugía, oftalmología) en la perspectiva de incorporarlos al AUGE (Garantías Explícitas de Salud).

Respecto de su implementación cabe señalar que a la fecha el Programa de Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Violencia hacia la Mujer aun no se ha instalado en todos los establecimientos de atención primaria existentes en el país, ni tampoco la detección sistemática y primera respuesta a mujeres que viven violencia de género. Este procedimiento se está aplicando en algunos de los servicios de atención primaria que cuentan

¹³ SERNAM. Anexo 3 Orientaciones Técnicas Casas de Acogida. S/fecha.

con el programa de violencia y más recientemente, en un programa piloto dirigido a la detección, primera atención de VIF y tratamiento de algunos tipos de lesiones en mujeres de 15 años y más, consultantes en servicios de urgencia de los hospitales de la Región Metropolitana.

En específico el “Programa piloto para la atención integral de lesiones físicas producto de violencia intrafamiliar” implementado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la División de Gestión de la Red Asistencial del Ministerio de Salud, en ocho servicios de urgencia de la Región Metropolitana, considera la implementación de tamizaje¹⁴ para detectar situaciones de violencia, primera atención en VIF (acogida, orientación) y el tratamiento de traumatismo de piezas dentarias, lesiones ginecológicas, traumatológicas y oftalmológicas.

Respecto de la detección de violencia y la primera respuesta a mujeres que viven VIF cabe señalar que durante el transcurso de los meses de marzo a agosto de 2008 el Ministerio de Salud con apoyo de otros organismos del estado, cooperación técnica internacional y sociedad civil ha trabajado en la elaboración de la “Guía Clínica Violencia Intrafamiliar en personas Adultas”, la cual se someterá a la discusión y aprobación del Consejo responsable de decidir las prestaciones que son cubiertas a través del sistema de Garantías Explícitas de Salud (GES).

Respecto de otros servicios proporcionados por el Ministerio de Salud, cabe señalar que en los hospitales e inicialmente en convenio con el Ministerio Público se han instalado Salas de Primera Acogida para Personas Víctimas de Violencia Sexual, con el objetivo de entregar una atención que evite la re-victimización y facilite los procedimientos judiciales. En la actualidad se encontrarían en funcionamiento 13 salas a nivel del país¹⁵.

Políticas Públicas en VIH/SIDA

No existe un programa de prevención y atención del VIH/SIDA en mujeres, ni tampoco de violencia contra las mujeres y el VIH. Las políticas públicas en VIH/SIDA, tanto de prevención como de atención abordan una serie de grupos, donde están incluidas las mujeres. En relación a las acciones dirigidas hacia las mujeres se ha priorizado por la detección del VIH en embarazadas para prevenir la transmisión vertical, la que gracias al acceso de drogas antirretrovirales, se ha reducido al 1.5%¹⁶.

En el ámbito de la prevención

Las estrategias de prevención del VIH/SIDA desarrolladas por el gobierno chileno, han estado a cargo del Ministerio de Salud, a través de la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA).

La Estrategia Global de Prevención del VIH y las ITS de la Comisión Nacional del SIDA¹⁷, se ha planteado el objetivo central de *“incrementar cambios de comportamientos individuales y sociales que disminuyan la transmisión del VIH - ITS y la discriminación con las personas que viven con el virus”*. Las estrategias priorizadas han sido:

¹⁴ El test de tamizaje que se aplicará a toda mujer de 15 años y más consultante en los servicios de atención de urgencia de los hospitales de la Región Metropolitana, considera la realización de las siguientes cuatro preguntas: (1) ¿Su pareja o alguien importante para usted le ha causado daño emocional o psicológico en forma repetida? ¿Sucede actualmente?, (2) ¿Su pareja o alguien importante para usted le ha causado daño físico grave al menos una vez, o le ha hecho agresiones menores en forma reiterada? ¿Sucede actualmente?, (3) ¿Alguna vez en su vida ha sido obligada a tener relaciones o contacto sexual? ¿Sucede actualmente?, (4) Hoy, en su casa, ¿piensa usted que podría sufrir alguna de las situaciones nombradas?.

¹⁵ Política de Salud en Violencia de Género.

¹⁶ Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS, Chile Enero de 2006-Diciembre 2007. Versión final, MINSAL, ONUSIDA. Enero de 2008.

¹⁷ Idem

- Participación: Involucramiento de grupos y actores sociales en la construcción de respuestas y de ciudadanía
- Intersectorialidad: Potenciación de diferentes enfoques, capacidades y recursos
- Descentralización: Transferencia de herramientas técnicas y recursos financieros

La Política de Prevención del VIH/SIDA y las ITS se basa en cuatro elementos:

- a) Se fundamenta en investigaciones disponibles para la toma de decisiones y se actualiza para responder con pertinencia a la epidemiología del VIH y ITS, internacional y nacional.
- b) Responde a compromisos internacionales suscritos por nuestro país vinculados al tema, tales como los compromisos asumidos en la Asamblea General Extraordinaria de Naciones Unidas sobre SIDA (UNGASS), Metas Milenio y el Proyecto Fondo Global Chile.
- c) Se enmarca en el contexto institucional del Sector Salud (Ministerio de Salud) y sus áreas de desarrollo, metas y compromisos. Se aplica en el contexto de la actual Reforma de Salud, los Objetivos Sanitarios definidos al 2010 y en el marco del Modelo de Determinantes de la Salud; entre otros.
- d) Se concibe, diseña, implementa y actualiza en el marco de Principios Éticos Orientadores; centrales para el desarrollo de la Política. Entre los más relevantes, podemos señalar: el Derecho a la vida; el Respeto a los valores y creencias de las personas; el Derecho a la decisión en conciencia libre e informada; el Respeto por la dignidad de las personas; el Derecho a la privacidad y confidencialidad; El Derecho a la No discriminación: a la Solidaridad y el Derecho a acceder a técnicas y recursos disponibles y científicamente comprobados como efectivos.

Dos son los ejes en que se intenta intervenir para prevenir el VIH/SIDA: la gestión de riesgo y la vulnerabilidad de las personas, CONASIDA señala que la gestión de riesgo está determinada “ por el conjunto de fenómenos emocionales e intelectuales involucrados en la toma de decisiones de las personas y en la implementación de estrategias de autocuidado.” Mientras que la vulnerabilidad se refiere “a la situación personal de un individuo determinada por el insuficiente control sobre el propio riesgo de adquirir el VIH/SIDA o por los problemas de acceso a una atención adecuada”¹⁸.

La Estrategia Nacional de Prevención, en lo particular, se ha implementado a través de acciones con objetivos específicos, desarrollados en 4 niveles simultáneamente, que complementan y potencian su quehacer; y que están dirigidos de manera global a facilitar procesos progresivos de cambio en los comportamientos, actitudes y conocimientos de las personas, grupos y sociedad:

- **Nivel individual** cuyo objetivo es el apoyo personalizado a la gestión del riesgo individual y la entrega de información y orientación personalizada, a través de la consejería directa y telefónica.
- **Nivel grupal comunitario**, cuyos objetivos son socializar aprendizajes en prevención y gestión del riesgo entre pares, y promover ambientes sociales valoradores de la prevención; a través de proyectos con poblaciones más vulnerables y proyectos intersectoriales.

Para efectos del trabajo preventivo de CONASIDA, se ha definido como Población Vulnerable Prioritaria (PVP) a los hombres que tienen sexo con hombres, poblaciones transgénero, trabajadoras sexuales, personas privadas de libertad. Las mujeres, las y los jóvenes, personas pertenecientes a etnias, migrantes son definidas como Población Vulnerable Emergente (PVE).

- **Nivel masivo:** donde el objetivo central es mantener el alerta social y la percepción de riesgo de la población. En este nivel se encuentran las campañas de comunicación social, eventos o actividades dirigidas a un público masivo y heterogéneo, y el trabajo con comunicadores y con los medios de

¹⁸ Ministerio de Salud, CONASIDA. Estrategias de Prevención. Área de Prevención, Santiago 2004.

comunicación.

A la fecha se han realizado 9 campañas comunicacionales. En algunas de ellas los mensajes se han dirigido a las mujeres. Para 2008 estaba planificada la primera campaña de comunicación social dirigida en su totalidad a las mujeres, la que fue suspendida por la crisis de los casos de personas no notificadas como VIH+, siendo asignados sus fondos para una campaña de comunicación social en relación al examen y consejería.

- **Nivel intersectorial:** con el objetivo de sensibilizar e incorporar colaborativa y articuladamente a otros sectores de gobierno, ampliando la responsabilidad social frente al VIH/SIDA y las ITS. Las acciones en este nivel se desprenden de los convenios de trabajo con intersectores, tales como INJUV, SERNAM, Gendarmería y MINEDUC.

En el último tiempo se han incorporado los Planes Regionales Intersectoriales (PRI), cuyas actividades se vinculan con los cuatro niveles de acción antes señalados. Los PRI buscan la consolidación de procesos descentralizados, intersectoriales y participativos que posibiliten la integración y articulación en el nivel local.

En este marco, se considera que el género es un eje transversal cuya incorporación se considera en todos los niveles, enfatizando una gestión de riesgo pertinente a la realidad de género y que considere los elementos de vulnerabilidad que le son propios, de acuerdo a las acciones propias de cada nivel. Es así como la categoría de género debiera estar presente en las acciones de nivel individual, grupal comunitario, masivo e intersectorial.

En el ámbito de la atención en salud

El área de Atención Integral de la Comisión Nacional del SIDA tiene el objetivo estratégico de disminuir la transmisión del VIH/SIDA y las ITS y la discriminación a las Personas que viven con VIH en nuestro país.

El modelo considera una visión integral del ser humano en sus condiciones biológicas, psicológicas y sociales, incorporando los avances científicos. Es implementado a nivel local por los equipos profesionales de atención a personas que viven con VIH en los 33 centros de atención de país, en coordinación con organizaciones e instituciones que trabajan en el tema.

Estrategias para la Atención Integral a personas que viven con VIH¹⁹:

- Prevención de la Transmisión Vertical (de madre a hijo/a) del VIH y las ETS.
- Atención profesional en salud en Centros dependientes de los Servicios de Salud Pública.
- Evaluación periódica de la situación inmunológica y virológica de cada persona que vive con VIH y es atendida en el Sistema de Salud pública.
- Tratamientos Antirretrovirales, según disponibilidad y protocolo técnico actualizado.
- Prevención y tratamiento de Infecciones Oportunistas.
- Apoyo a la Adherencia a tratamientos y controles clínicos.
- Apoyo psicosocial.
- Fomento de la Participación Social de las Personas que viven con VIH.

Con respecto a este último aspecto en el período de enero de 2006 a diciembre de 2007, se han desarrollado 7 iniciativas regionales para apoyar la participación social y liderazgo de mujeres que viven con VIH en Salud Sexual y Reproductiva y Derechos²⁰.

¹⁹ “Estrategia de Atención Integral a personas que viven con VIH/SIDA”. Área de Atención Integral, CONSIDA

²⁰ “Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS”. Chile Enero de 2006-Diciembre 2007. Versión final, MINSAL, ONUSIDA. Enero de 2008.

Acceso a la terapia antirretroviral (TAR)

En el año 1993 se inicia la terapia antirretroviral (TAR) con una droga (monoterapia), posteriormente con dos drogas (biterapia). En el año 1999 se comienzan a distribuir en el Sistema Público de Salud las TAR de alta eficacia (terapias con tres drogas) y en el año 2001 se inicia un programa de acceso expandido a TAR que logra un 100% de cobertura hacia fines del año 2003.

Chile está en una situación privilegiada en comparación con muchos otros países de la región en el acceso a tratamiento antirretroviral con una cobertura que llega al 100% en adultos, niños y embarazadas VIH+ beneficiarios del sistema público. Esto porque el año 2005 se integró a las Garantías Explícitas en Salud (GES) el tratamiento antirretroviral asegurando cobertura, oportunidad y protección financiera a las personas diagnosticadas.

El año 2005 (decreto 170) se incorporó a GES el tratamiento antirretroviral y el año 2006 (decreto 228) se agregó el tratamiento en la prevención vertical a embarazadas. Con respecto a esta última, se logró la meta del objetivo sanitario, (bajo el 5%) por la alta cobertura de acceso a control prenatal, la adecuada oportunidad de ingreso al protocolo farmacológico de prevención y por la alta atención profesional de atención de los partos.

Este importante avance en el acceso universal al tratamiento ha producido la reducción de la tasa de mortalidad por esta causa, al aumento de la sobrevivencia y disminución de las enfermedades oportunistas.

LEGISLACIÓN

Legislación en Violencia

En Chile la legislación vigente se refiere a violencia intrafamiliar y no a la violencia contra la mujer. La Ley N° 20.066, promulgada en octubre de 2005 tiene como objeto prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar y otorgar protección a las víctimas de la misma, señalando que es deber del Estado adoptar las medidas conducentes para garantizar la vida, integridad personal y seguridad de los miembros de la familia.

La nueva ley de violencia incorpora el delito de "maltrato habitual" referido al ejercicio habitual de violencia física o psíquica de un miembro de la familia sobre otro; establece la obligación del Registro Civil e Identificación de llevar un registro de las personas que hayan sido condenadas por violencia intrafamiliar; faculta al Servicio Nacional de la Mujer para representar a la víctima cuando los actos de VIF constituyan delito e incluye algunos elementos de política integral, según se establece en su artículo 3° que señala que el Estado adoptará políticas orientadas a prevenir la violencia, especialmente contra mujeres y niños, y a prestar asistencia a las víctimas, incluyendo la adopción de medidas para dar cumplimiento a lo señalado en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos del Niño y demás instrumentos internacionales suscritos por el Estado de Chile; estableciendo que corresponderá a SERNAM proponer al Presidente de la República las políticas públicas para el cumplimiento de los objetivos de la ley, formulando en colaboración con organismos públicos y privados pertinentes un plan anual de acción.

Por su parte la Ley N°19.617 sobre Delitos Sexuales (1999), modificó el Código Penal, el Código de Procedimiento Penal, la Ley sobre Medidas Alternativas a las Privativas de Libertad y el Decreto Ley sobre Libertad Condicional, y se dirige a proteger como bien jurídico la libertad sexual de las personas. Esta ley reconoce el delito de violación y abuso sexual marital y contempla medidas de protección especial dirigidas a cautelar la integridad emocional y física de las víctimas, como también la vigilancia y prohibición para el agresor de acercarse al domicilio, trabajo o colegio de la víctima y en caso de convivencia la obligación de abandonar el hogar común.

Finalmente la Ley N° 20.005 promulgada en marzo de 2005, tipifica y sanciona el acoso sexual e incluye modificaciones en el Código del Trabajo.

Legislación en VIH

En Diciembre de 2001 se aprueba una legislación integral sobre VIH/SIDA, la Ley N° 19.779 que “Establece norma relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas”.

La ley reconoce los derechos de las personas VIH positivas y que viven con SIDA y prohíbe expresamente la discriminación (art 1), a la vez que explicita el deber del Estado de velar por la atención de salud de estas personas (art 6). Señala que el Estado es responsable de desarrollar las políticas para controlar la extensión de la pandemia y disminuir su impacto psicológico, económico y social en la población. El Ministerio de Salud es el encargado de la dirección y orientación técnica de las políticas públicas en la materia.

En su artículo 2 señala “estas políticas deberán elaborarse, ejecutarse y evaluarse en forma intersectorial, con la participación de la comunidad con el objeto de establecer políticas específicas para los diversos grupos de la población, y en especial para aquellos de mayor vulnerabilidad como las mujeres y los niños”²¹.

En su artículo 5, la Ley establece la confidencialidad y voluntariedad del examen para detectar VIH y la firma de un consentimiento informado por parte de la persona. Estableciendo que el resultado debe entregarse en forma personal y reservada, con consejería pre y post examen.

La ley también señala, en su artículo 7° que no podrá condicionarse la contratación de trabajadores, tanto en el sector público como privado, ni la permanencia ni renovación de sus empleos, ni su promoción a los resultados del examen para la detección del VIH, como tampoco exigir para dichos fines la realización del mencionado examen.

Tanto para las violaciones a las estipulaciones del artículo 5° como del 7°, la ley establece multas como sanciones.

Esta ley no establece responsabilidades penales por la eventual transmisión del VIH como es la tendencia actual en algunos países.

Ley 19.966 Garantías Explícitas en Salud (GES)

Establece una serie de garantías en salud para diversas patologías graves que afectan la salud de la población entre las cuales se agregó al VIH/SIDA, estableciéndose garantías en relación a: acceso, calidad, oportunidad y protección financiera.

Garantías de acceso

Tratamiento:

El plan AUGE garantiza el acceso a tratamiento antirretroviral tanto a adultos como a niños. También se garantiza el acceso a tratamiento para la prevención de Transmisión Vertical a todas las mujeres embarazadas, con cobertura del 100%.

Exámenes:

En el contexto del plan AUGE se garantiza el acceso a la realización de exámenes específicos que permitan un mayor conocimiento de la situación de salud en que se encuentra la persona, que a su vez permita adecuada oportunidad para el inicio de tratamiento en caso de requerirse, conocer su efectividad y cambio de esquema en caso de ser necesario. Los exámenes a los que se garantiza el acceso son Carga Viral, recuento de linfocitos CD4 y genotipificación.

Acceso a la Prevención de la transmisión vertical

- Oferta del Test de Elisa a las Embarazadas, a partir del 2° control, con consejería y consentimiento informado por escrito.

²¹ Texto Ley N° 19.779. Ley en prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana, publicada en el Diario Oficial de 14 de Diciembre de 2001.

- Oferta de Test Rápido en parto a embarazadas que no se hayan realizado el Test de Elisa, con consejería y consentimiento informado.
- Inicio de TAR a partir de semana 24 de gestación o al momento del diagnóstico, si ocurriera después.
- Cambio de TAR en embarazadas que se encuentran en tratamiento, dentro de 3 días desde aprobación por Subsecretaría de Salud Pública.

Garantía de Oportunidad

Garantiza el inicio de tratamiento precoz y el cambio precoz de TAR con medicinas de primera y segunda línea respectivamente a los 7 días de indicado por médico tratante. Así también garantiza el inicio del tratamiento no precoz y el cambio de la TAR, con medicinas de primera y; segunda o tercera línea respectivamente a los 7 días de desde que recibe aprobación de Subsecretaría de Salud Pública.

Garantía de Protección Financiera

Establece el 100% de cobertura para beneficiarios/ias del sistema público de salud en: terapias antirretrovirales, exámenes Carga Viral, Recuento Linfocitos CD4 y genotipificación, profilaxis y tratamiento de enfermedades oportunistas, fármacos para tratamiento de enfermedades oportunistas. Para beneficiarios/as del sistema privado de salud, establece un co-pago del 20% en la TAR y exámenes.

Garantía de Calidad

Se garantiza la calidad de las prestaciones en salud dirigidas a las personas que viven con VIH, particularmente en lo referido al acceso a TAR. En base a los estudios y evidencia científica disponible se han diseñado diversos esquemas de TARV, contenidos en la Guía Clínica de Atención a PVVIH, donde se definen las combinaciones de fármacos, dosis y alternativas disponibles en razón de la efectividad alcanzada, tolerancia y condiciones específicas que representa cada caso.

PROTOSCOLOS DE ATENCIÓN

Protocolos de Atención en Violencia

En 1998 se elabora el “Manual de Apoyo Técnico para las Intervenciones en Salud en Violencia Intrafamiliar, constituyéndose en el primer instrumento dirigido a entregar orientaciones desde la autoridad de salud en esta materia.

En el año 2004 se elaboran la “Guía Clínica para la Atención Primaria: Violencia Intrafamiliar, Detección, Diagnóstico y Tratamiento” y el “Manual para Atención Primaria: Intervención Psicosocial de grupo para el Tratamiento de la VIF”, ambos instrumentos apoyan la implementación del Programa de Atención Integral para Mujeres que viven Violencia Intrafamiliar en establecimientos de Atención Primaria, puesto en ejecución ese mismo año.

También en el año 2004 se elaboran las “Normas y Guía Clínica para la atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual”.

Protocolos en VIH

Protocolo para la prevención de la transmisión vertical del VIH

En 1996 se implementa formalmente el protocolo ACTG 076, con financiamiento estatal y cobertura completa para la prevención de la transmisión vertical del VIH. El que disminuye la probabilidad de que los hijos(as) de mujeres que viven con VIH adquieran este virus durante el embarazo, el parto o la lactancia (que en estos

casos se sugiere suspender). La aplicación de este protocolo completo, iniciado antes de la semana 14 de embarazo, ha demostrado disminuir la transmisión de un 30% a un 2,6%, en nuestro país.

El año 2005, en el mes de Agosto se establece la norma para la prevención de la transmisión vertical del VIH. El objetivo principal del protocolo que propone la norma, es reducir la transmisión vertical a un 1%. La meta se plantea lograr mediante 4 grandes áreas de acción²², estas son:

- Detección universal de la infección por VIH en las embarazadas
- Reducción de la carga viral de la madre a niveles indetectables
- Reducción de la exposición del recién nacido a través de los fluidos (sangre, líquido amniótico, secreciones)
- Eliminación e la exposición al virus del recién nacido a través de la leche materna

Las actividades más importantes para la prevención vertical del VIH establecidas en la norma son:

DURANTE EL EMBARAZO

- Detección precoz de la infección, test Elisa antes de las 20 semanas
- Realización del test en forma voluntaria y confidencial, con consentimiento informado por escrito y consejería
- En los casos positivos, TAR durante el embarazo y exámenes de carga viral

DURANTE EL PARTO

- Test rápido en aquellas mujeres sin pesquisa previa
- TAR a la madre, antes del parto
- Cesárea programada a las 38 semanas (parto vaginal solo casos especiales: con trabajo de parto iniciado y carga viral menor a 1.000 copias/ml)
- Supresión de la lactancia materna

RECIEN NACIDO Y LACTANTE

- Lactancia artificial, supresión de la lactancia materna
- Diagnóstico de VIH y confirmación diagnóstica con examen PCR
- TAR de prevención a partir de las 8 a 12 horas de recién nacido

De acuerdo a un estudio reciente de CONSASIDA de evaluación de la norma de prevención de la transmisión vertical del VIH²³ para el año 2006 existe solo un 55% de mujeres embarazadas que se han hecho el test de VIH, por lo tanto un 45% de las embarazadas no ha accedido al examen y por ende al protocolo de prevención, brecha que no puede ser real y se explicaría por un registro deficitario a juicio de las investigadoras.

El estudio encontró que la aplicación del protocolo de prevención está centrado en la prevención de la infección del recién nacido, ya que tanto en la consejería pre test “no se incluye un mensaje explícito respecto del beneficio y de la necesidad de protección de la mujer, resultando una importante oportunidad perdida para la educación del autocuidado, la prevención de conductas de riesgo”²⁴.

Otro de los resultados que llama la atención es que habría un nivel de acuerdo en las opiniones tanto de las usuarias como de las profesionales de la salud de todos los niveles estudiados, que el consentimiento informado no es necesario y que más bien debiera hacerse el examen obligatorio a las embarazadas dentro de la batería de exámenes de rutina que le hacen durante el embarazo.

El documento “Garantías Explícitas de Salud (GES). Guía Clínica Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. VIH/SIDA (2005)” se complementa con la “Guía Clínica para la atención de personas adultas que viven con

²² “Evaluación del acceso y calidad de la aplicación de la Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH en las mujeres embarazadas de Chile”. MINSAL / UNICEF, Julio de 2008.

²³ Idem

²⁴ Idem, pág 143.

VIH/SIDA". La primera Guía dice relación con las garantías en salud que el estado chileno asegura a las personas que viven con VIH/SIDA y la prevención de la transmisión vertical del VIH, detallando el acceso a tratamiento de las personas que viven con VIH y SIDA, criterios de inclusión, esquemas de tratamiento, cambios de esquemas de tratamiento, exámenes, garantías de oportunidad, calidad y protección financiera. La segunda Guía es previa y establece el tipo de drogas existentes en Chile, establecimientos donde se atienden las personas y servicios psicosociales que ofrece el Modelo de Atención Integral.

ESTADO DEL ARTE

Cabe señalar que no hay estudios que se propongan levantar información sobre los vínculos en ambas epidemias, por lo que en este apartado se recogen algunos antecedentes aportados por estudios más o menos recientes que han levantado información que podría ser útil para los fines de este proyecto.

a) Estudio "Mujeres chilenas viviendo con VIH/SIDA, ¿Derechos Sexuales y Reproductivos?," VIVO POSITIVO, FLACSO y Universidad ARCIS, 2004²⁵.

Este estudio entrega un primer antecedente de la ligazón entre la Violencia y el VIH. El estudio se realizó con una muestra de 100 mujeres que viven con VIH/SIDA de 8 regiones del país, aplicando una encuesta que incluyó tres preguntas dirigidas a identificar experiencias de violencia en el transcurso de la vida, (pregunta 28), etapa de la vida en que vivió alguna forma de violencia (pregunta 29) y presencia de violencia en su relación de pareja actual (pregunta 47).

Los resultados del estudio muestran que un 77% de las mujeres que viven con VIH/SIDA han sufrido violencia en el transcurso de sus vidas. De ellas, un 92,2% reporta maltrato psicológico; 74% maltrato físico, 39% abuso sexual y 33,8% violación.

Respecto al responsable del maltrato, este estudio concluye que en el 30% de los casos en que las mujeres reportan Abuso Sexual este fue cometido por su pareja, otro 30% señala haber sido abusada por un familiar que no es el padre ni la pareja y un 16,7% indicó haber sido abusada por su padre.

En los casos de violación el mayor porcentaje se concentra en la pareja, en un 34,6% de los casos, en un 26,9% este delito fue cometido por un familiar, en el 23,1% por un desconocido o no familiar, y en un 11,5 % por el padre.

En cuanto a la presencia de violencia en su actual relación de pareja, las cifras disminuyen drásticamente, ya que un 82,5% declara que no ha vivido situaciones de violencia en su relación de pareja actual. Entre las mujeres que actualmente viven violencia con sus parejas, un 100% reporta violencia psicológica y un 27,3% violencia física.

b) Estudio cualitativo "Puertas adentro. Mujeres, vulnerabilidades y riesgos frente al VIH/SIDA", investigación del MINSAL ejecutada por FLACSO, 2006²⁶.

En relación a factores de riesgo y vulnerabilidad en las experiencias de las mujeres dueñas de casa y trabajadoras de casa particular, en este estudio se identifican comportamientos y situaciones que contribuyen a aumentar su exposición al riesgo, en la cual uno de ellos es la violencia en la pareja.

La pareja se constituye como espacio de vulnerabilidad por la dependencia económica, como por la violencia en todas sus formas. Menos generalizada que la violencia psicológica fue el reconocimiento de la violencia

²⁵ Francisco Vidal, Marina Carrasco, Rodrigo Pascal. Mujeres chilenas viviendo con VIH/SIDA: ¿Derechos sexuales y reproductivos?. FLACSO-Chile, Universidad ARCIS, VIVO POSITIVO, 2004.

²⁶ "Puertas adentro. Mujeres, Vulnerabilidades y riesgos frente al VIH/SIDA", investigación del MINSAL ejecutada por FLACSO, 2006.

física. La mayoría de las mujeres señaló haber vivido violencia psicológica y física ella, los hijos/as y entre cónyuges también. Mayoritariamente se reconoce la violencia psicológica de parte de sus parejas.

Se menciona la violencia física, pero menos frecuente que la psicológica, como episodios, donde algunas de ellas se han involucrado activamente.

Ambos grupos de mujeres declaran que la “dinámica” que adquiere el primer evento de violencia física en la pareja y la “actitud” que tome la mujer para enfrentarlo y resolverlo, parece ser un elemento “fundante” para la erradicación o persistencia de los episodios de violencia a futuro.

La violencia sexual es naturalizada como parte de los deberes conyugales de parte de las mujeres cuando ellas nos tienen “ganas”, siendo subestimada, asignándoles una valoración neutra y no necesariamente negativa.

De acuerdo a este estudio, otros comportamientos y situaciones que contribuyen a aumentar su exposición al riesgo son:

- El ordenamiento cultural que coloca a las mujeres en una situación de subordinación frente al hombre, orden de género, junto a su situación de pobreza y escasez, tanto económica como social y cultural.
- Aspectos críticos en el ámbito de la sexualidad: satisfacción sexual, comunicación con la pareja y prácticas de infidelidad.
- Escaso conocimiento sobre el VIH/SIDA.
- Escasa percepción del riesgo a contraer ETS y VIH/SIDA.
- Escasa utilización del condón y la negociación de su uso.

El estudio también señala algunos caminos potenciales para la prevención:

- La importancia que tienen los hijos/as para las mujeres a partir de lo cual revelan interés y preocupación por el tema como una oportunidad para la prevención.
- La importancia de la información y la voz autorizada de los profesionales de la salud.
- La importancia de campañas comunicacionales.
- La importancia de las conversaciones sobre sexualidad y VIH/SIDA.
- La importancia de generar estrategias preventivas con los hombres.
- La importancia de los recursos que entrega a las mujeres la participación social.

ACCIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

Acciones en Violencia

La sociedad civil y en específico el movimiento de salud de las mujeres y organizaciones feministas han tenido un rol fundamental en el posicionamiento de la violencia contra las mujeres como un problema público y un problema de derechos humanos, exigiendo al Estado una respuesta conforme a los compromisos suscritos por el país a nivel internacional. Las acciones realizadas son de variado tipo como campañas, movilizaciones, trabajo de sensibilización en el nivel local, regional y nacional, como también a través de la generación de conocimiento, diseño de propuestas de intervención y abogacía dirigida a incidir en el desarrollo y evaluación de la legislación y políticas públicas dirigidas a su enfrentamiento, incluyendo el monitoreo de políticas públicas.

Cabe señalar que la promulgación de la primera Ley de violencia (Nº19.325) en el año 1994 tuvo como antecedente una amplia movilización de las organizaciones de mujeres y el desarrollo de propuestas dirigidas a lograr una legislación que permitiera sancionar la violencia contra las mujeres, lo cual encontró serios obstáculos, prueba de ello es que la ley que se promulgó se refiere solo a violencia intrafamiliar, la que se reconoce como falta y no como delito. En los años siguientes las organizaciones ciudadanas de mujeres desarrollaron iniciativas tendientes a documentar las limitaciones que tuvo la aplicación de esta ley, lo que finalmente llevó a su reemplazo por la Ley 20.066 actualmente vigente, la que también tiene como objeto la violencia intrafamiliar, pero incluye el delito de maltrato habitual y algunas orientaciones que podrían dar lugar

a la generación de políticas más adecuadas para responder a este problema. Esta ley esta siendo objeto de monitoreo y ya se han hecho públicas las limitaciones que muestra en orden a garantizar el acceso a justicia por parte de las mujeres que denuncian violencia como en la eficacia de las medidas de protección que contempla, entre otros aspectos.

Desde las ONG se han desarrollado investigaciones dirigidas a conocer la prevalencia de la violencia en comunas, como a conocer percepciones respecto de violencia y evaluar la respuesta pública²⁷. Un trabajo muy importante en este ámbito fue el desarrollado por La Morada en orden a hacer visibles los asesinatos de mujeres como expresión más brutal de la violencia de género, para ello investigó en los archivos judiciales y la prensa, llegando a establecer la existencia de 84 femicidios entre los años 2001-2002, de los cuales 28 correspondían a femicidio íntimo, es decir, asesinatos perpetrados por un hombre con quien la víctima tuvo una relación íntima, familiar, de convivencia u otras afines, y que fueron consumados habitualmente después de reiteradas agresiones y amenazas de muerte²⁸. Los resultados de esta investigación fueron ampliamente difundidos y el movimiento de mujeres logró posicionar el femicidio como la expresión más brutal de la violencia contra las mujeres. En los años posteriores las organizaciones de la sociedad civil han continuado haciendo seguimiento a estos hechos y actualmente el femicidio es un problema visible para el sector salud, para SERNAM y para los medios de comunicación. No obstante, aun no se operan cambios en los sistemas de registros de tal forma de tener estadísticas confiables y reconocer la violencia como una causa de las muertes por razones externas.

Una de las consecuencias que ha sido posible observar producto de las limitaciones que presenta la actual legislación y su aplicación por parte de los Tribunales de Familia y Fiscalías, es que la institucionalidad vigente no ha sido capaz de sancionar y proteger efectivamente la vida de las mujeres que denuncian la violencia. La constatación de muertes de mujeres que habían denunciado e incluso que tenían medidas de protección, posibilitó la ejecución de un proyecto piloto por parte de la Red Chilena Contra la Violencia Doméstica y Sexual, realizado en conjunto con Carabineros de Chile, organismo que recepciona la mayoría de las denuncias, dirigido a modificar el parte denuncia de modo que este sea un instrumento útil para la evaluación de la gravedad de la situación denunciada, del riesgo de femicidio y consecuentemente, un alerta para acelerar los procedimientos destinados a la protección de las mujeres. En el 2007 este parte se había implementado solo en algunas de las prefecturas de la Región Metropolitana y se requería del acuerdo del Ministerio Público para su implantación a nivel de país.

Muchas de las organizaciones que integran la Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual han sido pioneras en el desarrollo de servicios dirigidos a la atención de mujeres que viven violencia, siendo precursoras en la creación de Casas de Refugio para mujeres en situación de riesgo de vital a causa de la violencia.

En el ámbito del diseño y evaluación de modelos de intervención en violencia, desde la sociedad civil se han desarrollado experiencias patrocinadas por la cooperación internacional y coordinadas con los servicios de salud en orden a implementar modelos para la atención de la violencia en el nivel primario de atención (2003) y más recientemente en el año 2007, el Centro Clínico y de Investigación Corporación La Morada con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas ejecuta el "Proyecto Modelo de Atención Nivel Secundario en Violencia hacia la Mujer", los que constituyen un insumo importante para el diseño de programas y políticas públicas en materia de violencia.

En el año 2004 se crea el Observatorio de Equidad de Género en Salud, un instrumento de la sociedad civil dirigido a ejercer seguimiento y evaluación de las públicas en salud y que fue desarrollado con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, en el marco del proyecto Género, Equidad y Reforma de Salud en Chile (segunda fase). En el año 2005 se instala el Observatorio Regional de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuches, Región de La Araucanía el cual se constituye en un espacio de

²⁷ Algunos de las publicaciones que dan cuenta de estos estudios e investigaciones son: "Violencia Sexual Conyugal y oferta pública de servicios para su atención", Fundación EPES (2001); "Femicidios en la Araucanía. Develando la violencia extrema contra las mujeres", Centro de las Mujeres Temuco (2003); "Carencias que duelen. Servicios para mujeres y niñas afectadas por violencia sexual en Chile". Carolyn Bain y M. Angélica Yañez Arce compiladoras. (2002); "Violencia sexual conyugal, estereotipos de género y orientaciones para la prevención", Fundación EPES (2005), "Estudio comparado sobre violencia intrafamiliar en 6 comunas de la provincia de Cautín", Corporación de Servicios y Asesoría técnica y de Desarrollo de Mujeres Mapuche "Aukiñko Zomo" (2008).

²⁸ Corporación La Morada y Naciones Unidas en Chile, 2004. "Femicidio en Chile".

análisis, reflexión y seguimiento de las inequidades de género que vivencian las mujeres mapuches y no mapuches de la región.

El Observatorio de Equidad de Género en Salud ha seleccionado ocho campos de observación entre los que se encuentra el de componentes específicos de la situación de salud, en el cual la sociedad civil ha priorizado la violencia de género, en sus expresiones de violencia sexual y violencia doméstica. Para cada uno de los campos de observación y componentes específicos, se han definido indicadores que permiten el monitoreo de las políticas públicas en función de evaluar su avance en la incorporación de acciones y mecanismos orientados a la equidad de género en salud. (Figura a continuación).

OBSERVATORIO DE EQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD CAMPOS DE OBSERVACIÓN Y COMPONENTES ESPECÍFICOS DE LA SITUACIÓN DE SALUD



El Observatorio ha cumplido un rol central en la difusión de información y de las propuestas de la sociedad civil para abordar la violencia contra las mujeres, la salud sexual y reproductiva, la salud mental, los daños en la salud producto del trabajo, así como en los otros campos de observación, los que en su conjunto permiten mostrar las inequidades existentes en el ámbito de la salud. Específicamente en el ámbito de la violencia de género, los informes 2005 y 2006 fueron divulgando evidencia acerca de las limitaciones existentes en su abordaje relevando la necesidad de una política nacional integral e intersectorial dirigida a abordar el problema, un resultado de este esfuerzo es que en el 2007 algunas de las propuestas surgidas desde la sociedad civil fueron incorporadas en la actual política de salud en violencia de género del Ministerio de Salud.

La movilización y sensibilización ha sido un trabajo permanente de las organizaciones que integran la Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual. Es así que en el año 2005 y 2007 se realizan marchas nocturnas dirigidas a denunciar la violencia y el femicidio. En el 2008 la campaña está enfatizando la denuncia de la violencia sexual, señalándose en el lanzamiento de la campaña que *“En los 42 femicidios ocurridos en 2008, al menos 15 mujeres habían denunciado ante los organismos competentes la violencia que sufrían por parte de sus parejas. A 6 de ellas se les había otorgado una medida cautelar que prohibía el acercamiento del agresor a la mujer. BASTA de impunidad. El FEMICIDIO es expresión extrema de violencia contra las mujeres,*

*resultado de la descalificación, el maltrato, el abuso y la violencia sexual como formas de poder sobre las mujeres*²⁹.

Acciones de la sociedad civil en VIH

Acciones de alcance comunitario o masivo sobre la temática

En el ámbito de acciones de la sociedad civil de alcance comunitario están las acciones desarrolladas por la Red Comunal El Bosque de Acción en VIH/SIDA, una red de organizaciones de mujeres con trabajo en salud, de la cual EPES forma parte y que desarrolla su trabajo en la comuna de El Bosque, en la ciudad de Santiago. La Red Comunal ha realizado numerosas actividades de capacitación como talleres y jornadas, dirigidas a la prevención del VIH entre mujeres pobladoras, en un contexto de derechos en salud. Las actividades también han considerado la participación en las capacitaciones de trabajadores de salud de los 5 Centros de Salud de la comuna El Bosque.

En los años 1995 y 1996, la Red Comunal junto a EPES implementaron dos jornadas masivas con más de 200 mujeres cada una en la comuna de el Bosque, la segunda de ella vinculaba la pandemia del VIH/SIDA con la violencia contra las mujeres

En los últimos años, la Red ha desarrollado talleres y jornadas educativas sobre prevención de VIH/SIDA, considerando la violencia como un factor de riesgo para la adquisición del VIH entre mujeres pobladoras.

Durante los años 90, el Foro Abierto de Derechos Sexuales y Reproductivos, una red nacional de organizaciones, instituciones y mujeres activistas por los DDSS y RR, realizó campañas nacionales, investigación y materiales educativos sobre la problemática de SIDA y Mujer en todo el país. En la actualidad, esta Red está muy debilitada por la falta de recursos.

Desde la sociedad civil también se han conformado organizaciones y redes que agrupan a personas que viven con VIH, los que desarrollan acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria. En el caso de VIVO POSITIVO una de las organizaciones con alcance nacional, su trabajo de prevención se articula con CONASIDA y con los servicios de salud responsables de la provisión de los tratamientos antirretrovirales, asumiendo un rol fundamental en la formación de consejeros, los que brindan apoyo a las personas viviendo con VIH, tanto en los servicios de salud donde la consejería entre pares ha sido incorporada a la estrategia de intervención del sector salud, como también, en las sedes de que dispone esta institución, en donde la consejería se extiende a familiares y amigos proporcionando información, contención y orientación.

Esta organización cuenta con un área mujer responsable de velar por la transversalización del enfoque de género en todas las líneas y áreas de trabajo de VIVO POSITIVO. Sus acciones específicas se dirigen a la capacitación de las mujeres y agrupaciones miembros en Derechos Sexuales y Reproductivos, género, sexualidad, liderazgo y participación ciudadana; a la generación de espacios de encuentro de las Mujeres Viviendo con VIH/SIDA; a la implementación de estrategias de control ciudadano en la temática de derechos sexuales y reproductivos; al desarrollo de actividades de promoción del condón femenino para su incorporación como política pública; al establecimiento de alianzas con el movimiento de salud de las mujeres y otras expresiones asociativas de las mujeres. También es de su responsabilidad la representación en Chile del Movimiento Latinoamericano y del Caribe de Mujeres Positivas (MLCM+).

Otra organización con una amplia red de asociados es el Movimiento Unificado de Minorías Sexuales (MUMS) que se constituye en torno al objetivo de luchar por una transformación cultural y jurídica que sea reflejo del respeto a la diversidad y la no discriminación para una ciudadanía plena. Esta organización cuenta con un Centro de Apoyo y Consejería entre pares y con apoyo de profesionales, atendiendo consultas relacionadas con los procesos de construcción y aceptación de la identidad sexual y en temas de salud y prevención. En el ámbito de la prevención su trabajo se orienta a promover la salud integral en la población gay, lesbica y trans; generando instancias de discusión y debate en torno a las políticas de salud pública y coordinando talleres de capacitación dirigidos a las distintas identidades homolésbicotrans.

²⁹ Red Chilena Contra la Violencia Doméstica y Sexual. Convocatoria ¡Cuidado! El machismo mata. 2008.

ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTO

Asignación presupuestaria en Violencia

No se encuentra disponible la información referida a asignaciones presupuestarias destinadas al abordaje de la violencia contra las mujeres, no obstante, es posible presumir que los montos asignados por el Ministerio de Salud, como por SERNAM han ido aumentando conforme se han implementado nuevos servicios.

Asignación presupuestaria en VIH/SIDA en mujeres

En el año 2007 el 12,8% del presupuesto destinado al Programa Nacional de Prevención y control del VIH/SIDA-ITS corresponde a aportes del Fondo Global y un 87,2% corresponde a aporte fiscal. El aporte nacional en el año 2007 alcanzó a US\$ 30.380.374 (M\$15.900.784 de pesos), mientras que el aporte del Fondo Global corresponde a US\$4.475.265 (M\$18.243.093)³⁰.

De acuerdo a un estudio de tendencias del gasto en VIH/SIDA, las mujeres embarazadas han sido definidas como uno de los 12 grupos meta o población vulnerable,³¹ hacia quienes está dirigido el gasto, representando en el 2004 un 5,1% del gasto en VIH/SIDA por grupo meta, ocupando el 4º lugar después de las personas que viven con VIH, las personas que viven con SIDA y población general.³² En el año 1999, las mujeres embarazadas también ocupaban el 4º lugar con un porcentaje del gasto por grupo meta de un 14,5%. A pesar de que los recursos han aumentado en general, la mayor concentración del gasto se ha producido en las personas que viven con VIH para solventar sus tratamientos.

³⁰ Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS. Chile, op cit, pag.25

³¹ Los otros grupos meta son: personas que viven con VIH, personas que viven con SIDA, niños en riesgo de transmisión vertical, niños y jóvenes en riesgo, hombres que tienen sexo con hombres, donantes de sangre, personal de salud, población militar, población probada de libertad, población general y trabajadores de comercio sexual.

³² “Estudio de Tendencias del gasto en VIH/SIDA Chile 1999-2004”, CONASIDA, MINSAL. Diciembre de 2007.