

Manual de Formación: Violencia de Género

ABIERTO - GRATUITO - DE CALIDAD



Este manual es de **difusión gratuita**. Su diseño está pensado para facilitar su impresión y tiene ilustraciones para **colorear** con el fin de enriquecer la experiencia del aprendizaje.



Departamento de
GÉNERO Y SALUD



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE

Manual de Formación: Violencia de Género

ABIERTO - GRATUITO - DE CALIDAD



Este manual es de **difusión gratuita**. Su diseño está pensado para facilitar su impresión y tiene ilustraciones para **colorear** con el fin de enriquecer la experiencia del aprendizaje.
Si quieres imprimir el manual te sugerimos iniciar desde esta portada



Departamento de
GÉNERO Y SALUD



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE

Manual de Formación Género y Salud

Descripción general

El manual está editado a partir de las clases del curso “Violencia de género, 2da edición”. Información del curso impartido:

Coordinación: Departamento de Género y Salud, Colegio Médico de Chile A.G

Colaboración: Departamento de Formación, Colegio Médico de Chile A.G

Plataforma: www.campuscolmed.cl

Fecha del curso: Enero a Marzo, 2022

Modalidad: 20 clases (19 clases asincrónicas + 1 clase sincrónica)

Costo: Gratuito.

Duración: 22 horas pedagógicas.

Certificación: Se otorgó certificado de aprobación a quienes cumplieron con los requisitos de aprobación. Compatible con CONISS

Ilustraciones: Dannaé Alvarez

Diseñado: Raisa Silva

Este manual se basa en las transcripciones editadas exclusivamente por integrantes del Departamento de Género y Salud del Colegio Médico quienes poseen alta expertise en materia de género. Éstas ediciones, aprobadas por quienes expusieron, se realizaron a partir de las charlas impartidas en el Curso “*Violencia de género, 2da edición*”, organizado por el Departamento de Género y Salud Nacional del Colegio Médico de Chile con la colaboración del Departamento de Formación de la Orden. Su edición se enmarca con el objetivo de entregar información clara y precisa. A su vez, se tuvo especial cuidado en mantener un lenguaje neutro, inclusivo y amigable dentro de lo posible.

Las opiniones vertidas en cada clase son de exclusiva responsabilidad de quien las emite y no representan necesariamente la postura formal del Colegio Médico de Chile A.G. Sin desmedro de lo anterior, creemos como Departamento de Género y Salud COLMED, en abrir el diálogo respetuoso a temáticas necesarias para seguir construyendo espacios de salud inclusivos y equipos de salud más capacitados en temáticas de género.

- **Ayúdanos a seguir aprendiendo.** ¿Piensas que algún concepto o definición del manual debiese ser definido de otra forma o tienes alguna sugerencia particular? Escríbenos a **generoysalud@colegiomedico.cl**
- **¡Participa!** ¿Sabías que tenemos Departamentos de Género en varias regiones del país? ¿Te gustaría ser parte?
Los mails de contacto se encuentran en: **<https://www.colegiomedico.cl/departamentos-colegio-medico/departamento-de-genero-y-salud/>**
- **Sugerencia de cómo citar este manual:**
Departamento de Género y Salud, Colegio Médico de Chile A.G. Manual del Curso “*Violencia de Género*” 2da edición. Santiago, Chile (2022).

Expositores del Curso

Las siguientes reseñas son resumidas, cada clase contiene más información de cada expositor/a/e

* Libertad Méndez Nuñez (ella)

Médica ginecóloga, U. de Chile y Magíster Salud Pública, U. de Chile. Coordinadora de Médicas Feministas. Vocera de la Asociación de funcionarios y funcionarias de la salud primaria del Servicio Metropolitano Central (AFUSAP de SSMC). Parte de la Red Chilena de Profesionales por el Derecho a Decidir. Mamá de Emiliano y de la perrita “Subersiva”.

* María de los Ángeles García Brahm (ella)

Psicóloga clínica, U. Católica de Chile. Diplomada en Psicoterapia Infanto Parental (CIT-CAV) y en Psicoterapia Sistémica Narrativa Infanto Juvenil, U. de Chile. Formación continua en apego, buen trato, microanálisis y videofeedback, protección de derechos de la infancia e interculturalidad. En el CIT trabaja en atención clínica a niñas, niños y adolescentes, en el área de proyectos y es supervisora del programa de prácticas profesionales.

* Hugo Contreras Gómez (él)

Ingeniero Agrónomo, Magíster en Economía y Magíster en Políticas Públicas, Dr(c) en Ciencias de la Complejidad Social. Profesor de la Facultad de Gobierno e investigador del Centro de Políticas Públicas de la U. del Desarrollo.

* Francia Jamett Pizarro (ella)

Licenciada en Historia, Pontificia U. Católica de Valparaíso. Magíster en Historia USACH. Encargada de Memoria y DDHH del Ministerio de las Culturas, las Artes y el Patrimonio. Ha colaborado además en la Red Chilena contra la Violencia hacia las Mujeres.

* Claudia Dides Castillo (ella)

Socióloga, Magíster en Estudios de Género y Cultura de la U. de Chile, Doctorada Educación y Sociedad, U. de Barcelona. Profesora U. de Stanford, Bing Overseas Program en Santiago de Chile. Académica. Departamento de Gestión y Políticas Públicas. Facultad de Administración y Economía, U. de Santiago de Chile. Miembro capítulo latinoamericano Women in Global Health Chile.

* Paula Soto Reyes (ella)

Terapeuta Ocupacional, Licenciada en Ciencias de la Ocupación Humana y Magíster en Educación en Ciencias de la Salud, U. de Chile. Directora de Igualdad de Género de la Facultad de Medicina de la U. de Chile. Estudiante del Doctorado en DDHH, U. Nacional de Lanús, Argentina. Académica Facultad de Medicina U. de Chile - Profesora Asociada en carrera Docente. Con experiencia en el abordaje de la Sexualidad en Personas con Discapacidad, desde los enfoques de inclusión, derechos y género.

* Andrea von Hoveling Schindler (ella)

Médica ginecóloga, con título Médico Cirujano, U. Católica de Chile, subespecialidad en Ginecología Pediátrica y Adolescente U. de Chile. Miembro del directorio Agrupación Ginecólogas Chile. Miembro activo, Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología (SO-CHOG) y Sociedad de Ginecología Infantil y Adolescente (SOGIA). Se desempeña actualmente en el Hospital El Carmen, Clínica Santa María y U. Finis Terrae.

* Soledad Garcés Ojeda (ella)

Profesora, U. Católica de Chile, especialista en educación y tecnología. Directora de la Fundación para la Convivencia Digital. Profesora, especializada en tecnologías educativas, Master en e-learning. Directora de la Fundación para la Convivencia Digital

* Velia Saldías Hargreaves (ella)

Médica ginecóloga, con título Médico Cirujano, U. de los Andes y especialista en ginecología y obstetricia, U. de Chile. Presidenta del directorio Asociación Ginecólogas Chile. Se desempeña en Hospital San Juan de Dios y Clínica Hospital del Profesor.

*** Elizabeth Muñoz Garate (ella)**

Abogada, U. Católica de Chile, dedicada a la representación de víctimas de delitos violentos en Centro de Apoyo a Víctimas de San Bernardo, asociado a Subsecretaría de Prevención del Delito. Integrante de la Mesa de Violencia Sexual del Depto. Nacional de Género y Salud Colmed Santiago. Diplomada en Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales de la U. de Buenos Aires, con capacitación en Prevención de la Tortura y otros tratos crueles, inhumanos y denigrantes, Fundación Henry Dunant. Actualmente cursando el diplomado en Compliance e Integridad Corporativa, U. Andrés Bello.

*** Nadege Hercule (ella)**

Facilitadora Intercultural de nacionalidad haitiana. Hace 5 años emigró a Chile para empezar una nueva vida. En julio del año 2018 dió su primera lección sobre interculturalidad en el Hospital de Melipilla. En el 2019 en el Hospital de Osorno. Fue instructora en el Centro SIALSCH, Centro que enseña Lengua de Señas e Idiomas. Actualmente trabaja en el hospital de Coronel y CESFAM Victor Manuel Fernandez, Bio Bio.

*** Rocío Toro Bravo (ella)**

Abogada Lic. en Ciencias Jurídicas y Sociales de la U. Austral de Chile. Diplomado en Derecho Laboral Administrativo y Sancionatorio de la U. de Chile. Abogada del Consejo de Defensa del Estado Valdivia (2015-2017), Abogada de Defensoría Laboral de Valdivia (2018-2019), Abogada del Consejo de Defensa del Estado de Santiago (2019). Actualmente cursando Máster en Derecho de Género: Tutela y Jurisdicción de la U. de Jaén, España. Es abogada Jefa de la Unidad de Defensa de Género de FALMED (UDEGEN).

*** Gisela Viveros Moncada (ella)**

Médica General de Zona en etapa de formación, Pediatría U. de Chile. Fundadora Departamento Nacional de Género y Salud, Colegio Médico de Chile A.G. Actualmente secretaria técnica de la Unidad de defensa de Género de FALMED (UDEGEN).

*** Claudia Pascual Grau (ella)**

Antropóloga social, U. De Chile. Cursando magister en intervención social en sociedades del conocimiento en UNIR. Ha impartido clases de perspectiva de género en sindicatos. Evaluadora de Proyectos para el Fondo de las Américas (1999). Estuvo a cargo del Programa de Prevención Consumo Problemático de Alcohol y Drogas de la Dirección de Bienestar Estudiantil de U. de Chile (2006-2008). Consejala por Santiago (2008-2014). Ministra Directora Servicio nacional de la Mujer (SERNAM) (2014-2016). Primera Ministra de la Mujer y la Equidad de Género del Ministerio de la Mujer y la Equidad de género (2016-2018). Actualmente docente de la U. de Santiago de Chile y U. de O'higgins.

*** María José Guzman Oyanedel (ella)**

Estudiante de Medicina de 1er año. U. de Valparaíso. Integrante del Comité permanente de Salud pública (SCOPH) de IFMSA. Directora de Género y Feminismos de la Asociación de Estudiantes de Medicina de Chile (ASEMECH). Coordinadora del ramo de Química del Preuniversitario Solidario de U. Valparaíso, Sede San Felipe.

*** Camilo Muñoz Nuñez (él)**

Trabajador Social, U. Antofagasta. Diplomado en Políticas Sociales, U. de Buenos Aires, Argentina. Diplomado en Interculturalidad Educativa (UNLP, La Plata Argentina), Diplomado en Abuso Sexual Infantil (Ciclos). Experiencia en programas de protección infanto-juvenil de la red Sename, fue Director de PPF Monseñor O.R., Sename. Actualmente en el Hospital Regional de Antofagasta.

*** Gonzalo Rubio Schweizer (él)**

Médico Ginecoobstetra, U. de Santiago de Chile. Jefe de la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva Hospital San José. Asesor en Salud sexual y reproductiva Centro Latinoamericano de Perinatología CLAP/OPS. Integrante Departamento de DDHH y Género Colmed Santiago.

*** Andrea Leslie Lira (ella)**

Médica Psiquiatra de la U. de Chile. Centro de Atención y Reparación para Mujeres Víctimas/-Sobrevivientes de Violencia Sexual (CVS) Metropolitano. Postítulo en Psicoanálisis Relacional y Trauma.

✳ **Fabiola Jaramillo Castell (ella)**

Psiquiatra de Adulto, sexología clínica, Magíster en Salud Pública, doctorada en Economía de la salud con línea de investigación en toma de decisiones y el uso de heurísticos. Actualmente es coordinadora de la red de salud mental especialidad del Servicio del Reloncaví.

✳ **Carlos Güida Leskevicius (él)**

Doctor en Medicina, U. de la República, Uruguay, Coordinador de la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología, Uruguay (2005-2007). Actualmente Profesor Asistente, Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, U. de Chile. Profesor Titular y director del Departamento de Salud Comunitaria, Facultad de Salud y Ciencias Sociales, U. de las Américas. Consultor en organismos de cooperación internacional en masculinidades, género y salud (1995 a la fecha).

✳ **Maria Jesús Abdeladim Maldonado (ella)**

Abogada, U. Diego Portales. Actualmente representante y asesora de víctimas LGBTQIA+ en el Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (MOVILH) y recientemente se desempeñó como abogada en INDH, sede Regional Región de Los Lagos (2020-2021). Ha trabajado en distintos organismos internacionales y nacionales con enfoque territorial tales como Servicio Nacional de Menores del Ministerio de Justicia y DDHH en la Región de Los Lagos (2017), Ministerio de la Mujer y Equidad de Género en la Provincia de Palena (2016), Cárcel de mujeres en San Miguel (2013), Naciones Unidas en Santiago (2011), Corte Interamericana DDHH, Costa Rica (2011). Diplomada en Derechos Sexuales y Reproductivos, Fundación Henry Dunant y en igualdad y no discriminación, U. Buenos Aires.

Elaboradores del Manual

Las siguientes reseñas son de quienes transcribieron y editaron las charlas

* **Francisca Ulloa Cáceres (ella)**

Estudiante de medicina UCSC. Integrante del Depto. de Género y Salud Nacional del Colmed Chile

* **Karla Valenzuela Carvajal (ella)**

Interna de medicina, U. Autónoma. Integrante del Depto. de Género y Salud Nacional del Colmed Chile. Activista en Disidencias en Red.

* **Florencia Venegas Arluciaga (ella)**

Interna de medicina, U. Autónoma. Integrante del Depto. de Género y Salud Nacional, Colmed Chile.

* **Francisca Ortiz Matamala (ella)**

Interna de medicina, U.de Chile. Integrante del Depto. de Género y Salud Nacional, Colmed Chile.

* **Demian Carrera Cruz (ella-elle)**

Licenciada de medicina. Diplomada en violencia de género. Integrante del Depto. de Género y Salud Nacional del Colmed Chile

* **Mónica Cerda Montes (ella)**

Médica Pediatra, subespecialidad adolescencia. Presidenta Residentes Chile. Integrante del Depto. de Género y Salud Nacional, Colmed Chile.

* **Andrea Cortéz López (ella)**

Médica General de Zona, Secretaria Directiva Nacional MGZ. Encargada de Unidad de Género en la Directiva Nacional MGZ.

* **Lucía Carrillo Urra (ella)**

Médica Psiquiatra. Integrante del Depto. de Género, Colmed Araucanía

* **Sofía Karmash García (ella)**

Médica Pediatra. Presidenta Departamento Género, Colmed Araucanía

* **Miguel Nuñez Morales (él)**

Médico becado Psiquiatra infantil U. Valparaíso. Integrante del Depto. de Género y Diversidad, Colmed Valparaíso

* **Catalina Paut Aldunate (ella)**

Médica de Familia. Presidenta del Depto. de Género y diversidad sexual, Colmed Valparaíso

* **Carolina Herrera Santelices (ella)**

Médica Otorrinolaringóloga. Presidenta del Depto. de Género y Salud, Colmed Chile

* **Valentina Pantoja de Prada (ella)**

Médica General de Zona, Integrante del Depto. de Género y Salud Nacional, Colmed Chile.



Palabras iniciales

La violencia de género es un fenómeno frecuente, con profundos efectos en la salud de las víctimas. Sin embargo, aún existen pocos espacios para que profesionales de la salud puedan aproximarse a ésta temática de forma integral.

A pesar de los avances que hemos visto en términos de oportunidades para las mujeres en el mundo laboral y posiciones de poder, sabemos que la discriminación de género persiste de manera transversal en nuestra sociedad. La inequidad salarial, la injusta distribución del trabajo doméstico y de cuidados que existe en nuestros hogares y la violencia de género entre otros, continúan siendo deudas pendientes de nuestra sociedad para con el género femenino y las diversidades sexogenéricas. Por su parte, aún hoy persiste la normalización de la violencia de género en los establecimientos de salud por lo que en respuesta a esto, el 2022 se liberó una nueva versión del curso “Violencia de género: un enfoque integral y reivindicativo”. En

ésta nueva versión se mantuvo la estructura y abordaje original de la primera edición, profundizando temas históricamente esenciales para luego adentrarnos a nuevas temáticas actualizadas como: violencia digital, violencia hacia migrantes, levantamiento de redes desde el activismo y territorios, perspectiva universitaria del acoso sexual, entre otras. De tal manera que ésta nueva versión presenta un valor agregado tanto para quienes han participado de la versión anterior como para quienes acceden por primera vez a ésta.

Creemos que la capacitación es un pilar fundamental para disminuir las brechas de género, estamos felices de poder entregar esta importante herramienta para la educación de la comunidad y en especial a los equipos de Salud.

¡Les invitamos a sumarse al desafío de lograr una atención en salud empática y garante de derechos!

FIRMA

Dra Carolina Herrera Santelices

Presidenta Departamento de Género y Salud, Colegio Médico de Chile A.G

ÍNDICE

MÓDULO 1: Introducción a la violencia de género, tipos y bases estructurales

| | | |
|-----|-------|---|
| 11 | ..... | Clase 1 - Introducción a la violencia de género y bases estructurales /Libertad Méndez Nuñez |
| 31 | ..... | Clase 2 - Violencia intrafamiliar y vicaria /Hugo Contreras Gomez |
| 42 | ..... | Clase 3 - Violencia sexual /Claudia Dides Castillo |
| 53 | ..... | Clase 4 - Violencia y abuso sexual en infancia /M ^a de los Angeles García Brahm |
| 67 | ..... | Clase 5 - Violencia político-sexual /Francia Jamett Pizarro |
| 72 | ..... | Clase 6 - Violencia en centros de salud y abordaje desde las universidades /Paula Soto Reyes |
| 84 | ..... | Clase 7 - Violencia ginecoobstétrica /Velia Saldias Hargreaves y Andrea von Hoveling Schindler |
| 95 | ..... | Clase 8 - Violencia en salud hacia migrantes /Nadege Hercule |
| 100 | ..... | Clase 9 - Violencia digital /Soledad Garcés Ojeda |

MÓDULO 2: Marco Médico-Legal de la violencia de género

| | | |
|-----|-------|---|
| 110 | ..... | Clase 10 - Historia del derecho a la sombra de la violencia /Elizabeth Muñoz Garate |
| 115 | ..... | Clase 11 - Marco jurídico internacional y nacional de la violencia de género /Rocío Toro Bravo |
| 128 | ..... | Clase 12 - Abordaje clínico en personas víctimas de violencia de género /Gisela Viveros Moncada |
| 138 | ..... | Clase 13 - Perspectiva desde los estudiantes /María Jose Guzman Oyanedel |
| 146 | ..... | Clase 14 - Ley IVE y atención médica: deberes como profesional objetor y no objetor /Gonzalo Rubio Schweizer |

MÓDULO 3: Abordaje integral y Herramientas prácticas

| | | |
|-----|-------|--|
| 166 | ..... | Clase 15 - Red de atención institucional a víctimas de género /Claudia Pacual Grau |
| 173 | ..... | Clase 16 - Red de atención territorial a víctimas de violencia de género /Camilo Muñoz Nuñez |
| 179 | ..... | Clase 17 - Atención de urgencia y primera acogida a víctimas de violencia sexual /Andrea Leslie Lira |
| 191 | ..... | Clase 18 - Salud mental: ejercicios guiados como herramientas prácticas de reflexividad /Fabiola Jaramillo Castell |
| 197 | ..... | Clase 19 - Nuevas masculinidades ¿Cómo construirlas? /Carlos Güida Leskevicius |
| 205 | ..... | Clase 20 - Cómo denunciar acoso sexual: pasos, procedimiento, sanciones y acciones comprobadas de prevención /María Jesus Abdeladim Maldonado |

Respuestas

| | | |
|-----|-------|-------------------------------|
| 208 | | Respuestas de los ejercicios. |
|-----|-------|-------------------------------|

Bibliografía

| | | |
|-----|-------|-----------------------------|
| 209 | | Bibliografía de cada clase. |
|-----|-------|-----------------------------|

“Hola! Soy Tina y mis pronombres son ella/la. Soy interna de medicina y te acompañaré en este manual para que el aprendizaje sea más dinámico e interesante”.



Mi nombre es en homenaje a la gran **Ernestina Pérez Barahona**, la segunda mujer en obtener el título de médico cirujano en Chile, ¡solo siete días después que Eloísa Díaz!

Si bien ambas ingresaron a la Escuela de Medicina con una diferencia de dos años, la doctora Pérez en un esfuerzo excepcional comprimió 4 años de estudios en tan sólo 2 alcanzando a la doctora Eloísa Díaz. Ambas amigas habían acordado dar juntas sus exámenes sin embargo, la universidad privilegió que Eloísa fuera la primera, relegando a mi tocaya Ernestina al anonimato histórico.

¡Pero hoy la reconoceremos! Durante su pregrado publicó en la **Revista Médica de Chile**, realizó investigaciones revolucionarias donde desaconsejaba el uso del corsé -prenda muy común en esa época- porque afectaba las costillas y a los órganos internos de las mujeres. También participó activamente en el control de una gran epidemia de **cólera** que asolaba al país. Fue la primera médica chilena en estudiar en el extranjero, viajó a especializarse en ginecología a Alemania. Fue la primera sudamericana en ser aceptada en la **Academia de Medicina de Berlín** con la condición de que se instalara detrás de un biombo en las salas de clases para separarla de los hombres.

Fue galardonada con el **Premio Nobel** de la Paz siendo la segunda mujer en obtener el galardón en Chile luego de su gran amiga **Gabriela Mistral**. Además de la poeta, entre sus amigas se contaban también **Amanda Labarca** y **Elena Caffarena**.

Con todas las barreras de la época ésta porteña participó y fundó varias **organizaciones feministas** que tenían como objetivo fomentar el acceso de las mujeres a la educación y cultura tales como el Círculo de Lectura y el Club de Señoras. Además participó de la **Cruz Roja Chilena**, fue fundadora y primera presidenta del **Consejo Nacional de Mujeres y de la Asociación de Mujeres Universitarias de Chile**.

La doctora Pérez también fue parte del Congreso de Berlín de 1925, donde expuso sobre la importancia de que la **educación sexual** fuera obligatoria en todos los colegios.

Falleció a los 86 años, luego de una vida dedicada a la medicina y la defensa de los derechos y de la salud de las mujeres.

Sin duda su historia y lucha son dignas de conocer.

MÓDULO I

**Introducción a la violencia de género, bases
estructurales y tipos**

/CLASE 1 - Introducción a la violencia de género y bases estructurales

* **Libertad Méndez Nuñez**, Médica Cirujana Universidad de Chile. Especialista En Obstetricia Y Ginecología. Egresada Magister Salud Pública. Coordinadora Médicas Feministas
Contacto: @ginecologafeminista

Conceptos a tratar

Abordaremos las estructuras del poder, la similitud con la violencia y estructura patriarcal además de enumerar los tipos de violencia de género que se conocen a modo de introducción.

Les doy la bienvenida a este curso de Violencia de Género del Colegio Médico de Chile A.G en su segunda edición. En esta clase vamos a hablar de conceptos generales con respecto a violencias de género: veremos las estructuras de poder y su relación con el género, entenderemos qué significa el enfoque de género, la interseccionalidad, los determinantes sociales y comprenderemos por qué las mujeres tenemos riesgos distintos. Además, nos adentraremos inicialmente en lo que es violencia de género con enfoque en derechos humanos, con algunas propuestas que apuntan a lo que viene más adelante en el curso donde se van a profundizar estos conceptos.

HOJA DE RUTA

- Conceptos generales
- Estructuras de poder: Género
- Enfoque de género
- Interseccionalidad
- Determinantes sociales
- Género como determinante social
- Violencia de género
- Enfoque de Derechos Humanos
- Desafíos

• CONCEPTOS GENERALES

Iniciamos con conceptos generales para ponernos de acuerdo en lo que estamos entendiendo. Por ejemplo, la diapositiva dice que el **feminismo** es un movimiento social y de filosofía política basado en la justicia entre hombres y mujeres¹. El **poder** es tener expedita la facultad o potencia para hacer algo y tener la facilidad, tiempo o lugar de hacer algo. **Violencia** es el uso de la fuerza para conseguir un fin, especialmente para dominar a alguien o imponer algo, daño intencional o imposición de una situación. En la diapositiva también aparece la definición de la sigla de **LGBTIQ+** y la definición **de machismo, hegemonía, patriarcado, subjetividad, disidencia sexual y heteronorma**, que son conceptos que quedarán en las imágenes del power point.

¹Nota de quién edita: esta definición está dada por la Real Academia Española y es para introducirnos en la temática. Existen sin embargo otras definiciones al concepto feminismo

Feminismo



Movimiento social y filosofía política basado en la justicia entre hombres y mujeres.

Poder



Tener expedita la facultad o potencia de hacer algo. Tener facilidad, tiempo o lugar de hacer algo.

Violencia



Uso de la fuerza para coseguir un fin, especialmente para dominar a alguien o imponer algo. Daño intencional o imponer una situación.

LGBTQIA+



Sigla para: Lesbianas, Gats, personas Trans, Bisexuales, Queer, Intersexuales, Asexuales.

Machismo



Ciertas conductas, comportamientos y creencias que promueven, reproducen y refuerzan diversas formas discriminatorias contra las mujeres.

Hegemonía



Superioridad absoluta de algo por sobre otra cosa.

Patriarcado



Sistema social que pone los privilegios de los hombres por encima de las mujeres y otras subjetividades.

Subjetividad



Construcción que hace la persona de sí misma tomando en cuenta elementos históricos, sociales y de contexto.

Disidencia sexual



Todas aquellas subjetividades que se reconocen en la comunidad LGBTQIA+.

Heteronorma



Imposición sexual de las relaciones sexoafectivas heterosexuales por sobre otros tipos de relaciones.

• ESTRUCTURAS DE PODER

Ahora, para hablar de las **estructuras de poder**, vamos a partir con la definición de **género** que constituye un sistema conceptual en cuanto a las conductas esperadas según nuestro sexo y se entiende como una categoría de análisis de la realidad social e histórica que surge para comprender la desigualdad y jerarquización entre las personas. También engloba un conjunto de ideas, creencias, representaciones y atribuciones sociales construidas en cada cultura. Entonces, tomando como base la diferencia sexual efectivamente también pasa que no es igual en todas las culturas el cómo se entiende esta categoría de análisis.

Género cómo determinante social. A través de lo que significa el género, entenderemos este sistema donde se ven las diferencias que se ha construido en relación a la dominación y subordinación, es decir, de profunda desigualdad entre los beneficios, acceso a recursos, a derechos y oportunidades. También podemos hablar de conceptos no binarios que pueden incluirse, pero para fines didácticos voy a hablar de hombres y mujeres, y por consiguiente de violencia hacia las mujeres, pero sabemos que incluye también a la diversidad sexual.

Estructuras de poder

Es una categoría de análisis de la realidad social e histórica, que surge para comprender la desigualdad y jerarquización entre hombres y mujeres.

¿Qué es el género?



Constituye un sistema conceptual en cuanto a las conductas esperadas según nuestro sexo.

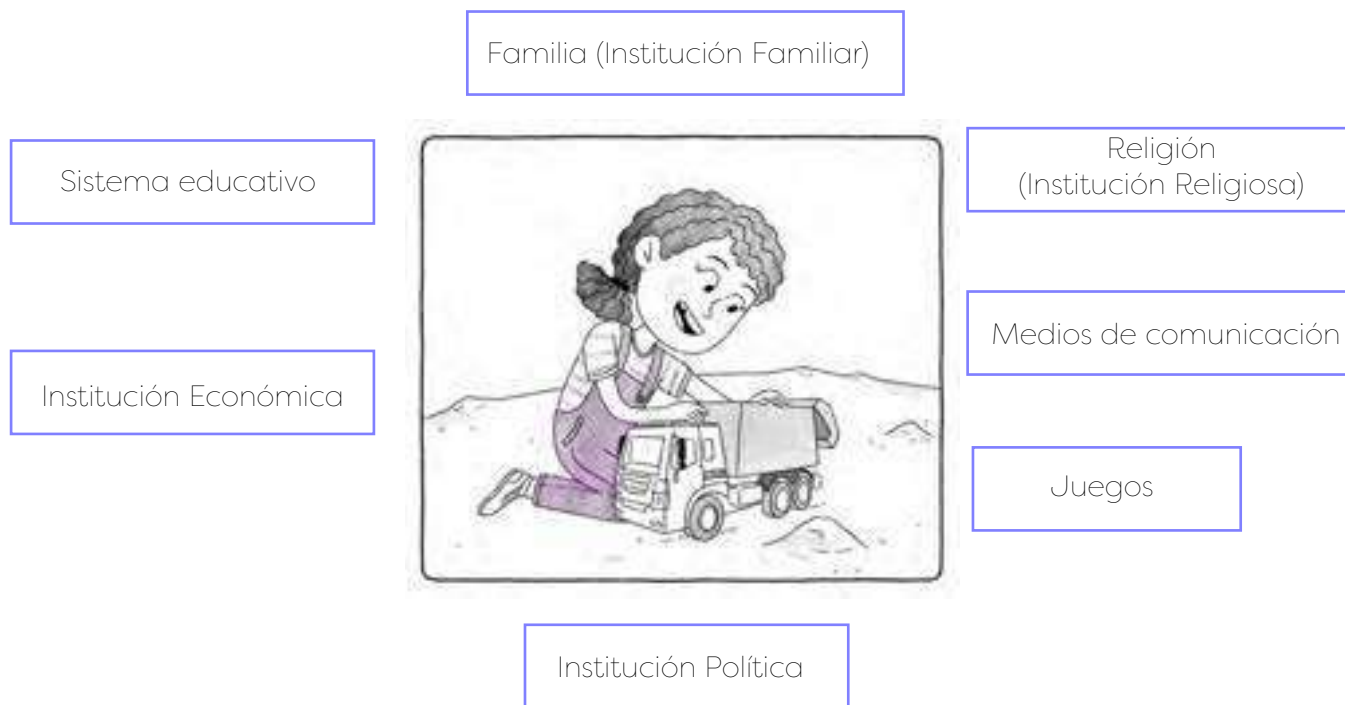
Conjunto de ideas, creencias, representaciones y atribuciones sociales construidas en cada cultura tomando como base la diferencia sexual.



Como ejemplo, acá vemos una caricatura donde dice “*qué pensará de mí si le digo que quiero jugar con sus juguetes*”. Y ambos, el niño y la niña, están ahí jugando con los juguetes que aparentemente “les corresponde”. Sin embargo cómo reflexión inicial hay que comprender que los autos o las muñecas no deberían tener asignación de género, se deberían poder compartir los juguetes, pero definitivamente hay un conjunto de ideas y creencias asociadas a la genitalidad, entendida cómo **estereotipos de género**. En esto colaboran las instituciones desde la institución familiar , política religiosa etc...y va a determinar los comportamientos infantiles.

Estructuras de poder

GÉNERO COMO CONSTRUCCIÓN SOCIAL



El **sistema sexo / género** es un elemento constitutivo de las relaciones sociales, las cuales se basan en las diferencias percibidas entre los sexos, es una forma primaria de las relaciones simbólicas de poder, nos dice básicamente que vamos a tener una diferencia en el poder, es decir, en la capacidad de hacer o no hacer algo en base a la genitalidad. En cada cultura hay ciertas instituciones y formas de organización, en éstas formas culturales vamos a ver estas diferencias y éstas van a colaborar para la construcción social de cómo entendemos el género, la familia, religión, los medios de comunicación, juegos, la institución política, la institución económica y el sistema educativo.

Estructuras de poder

BASES ESTRUCTURALES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

¿QUÉ ES EL SISTEMA SEXO/GÉNERO?

Es sobre este sistema de diferencias que se construyen relaciones de subordinación y dominación entre hombres y mujeres, generando desigualdades en los beneficios, acceso a recursos, derechos y oportunidades entre los sexos.

“Es un elemento constitutivo de las relaciones sociales, las cuales se basan en las diferencias percibidas entre los sexos. Es una forma primaria de las relaciones simbólicas de poder”.

Joan Scott (1941)

Por su parte, los **roles de género**. Son básicamente “los deberes sociales impuestos a cada persona de acuerdo a su género asignado al nacer”, en otras palabras lo que se espera que hagas de acuerdo a tu género preestablecido por la sociedad. Con respecto a los estereotipos de género tienen que ver con el encasillar a ciertos grupos que van a dar contenido a lo que significa su rol. Los **prejuicios de género** es el juicio social y personal basado en los estereotipos de género.

Por tanto, los roles de género estereotipados generan mayores niveles de sobrecarga y estrés en las personas. Por éstos roles de género la vida de las mujeres es afectada de acuerdo a su vida reproductiva, condiciona a su vez el acceso a la educación, al trabajo, determina la dimensión económica y las decisiones de vida que se toman. Por su parte otro ejemplo real es que los hombres mueren más que las mujeres por causas externas en accidentes ya que, a causa de los roles de género, hay exigencias a un ideal de comportamiento masculino de ser fuertes, arriesgados y con bloqueo de emociones. Todo esto va a llevar que se genere en ellos estrés, más incapacidad de gestionar los propios sentimientos, y por lo tanto, más relaciones de daño y violencia.

Está además la idea social estereotipada de la mujer como madre -en razón de su género- es decir, la idea preconcebida de lo que es ser “buena madre”. El estereotipo es que debe ser abnegada, dejarlo todo para cuidar, estar 24/7 pendiente etc... por tanto, el prejuicio generalmente es “ah!, esta mujer está trabajando, entonces no está 24/7 en la casa, no es una buena madre”. El último ejemplo de estereotipo de género, al menos en mi generación en la adolescencia, es cuando se tilda de ganador al hombre que está con muchas mujeres pero una mujer que está con muchos hombres es mal vista, en el fondo es denostada por una actitud que a los hombres les premian. Vemos entonces que éstos roles, prejuicios y estereotipos abarcan mucho más porque condicionan la vida social, laboral y la educación. Condicionan todo.



VIOLENCIA DE GÉNERO

Es un problema de salud pública

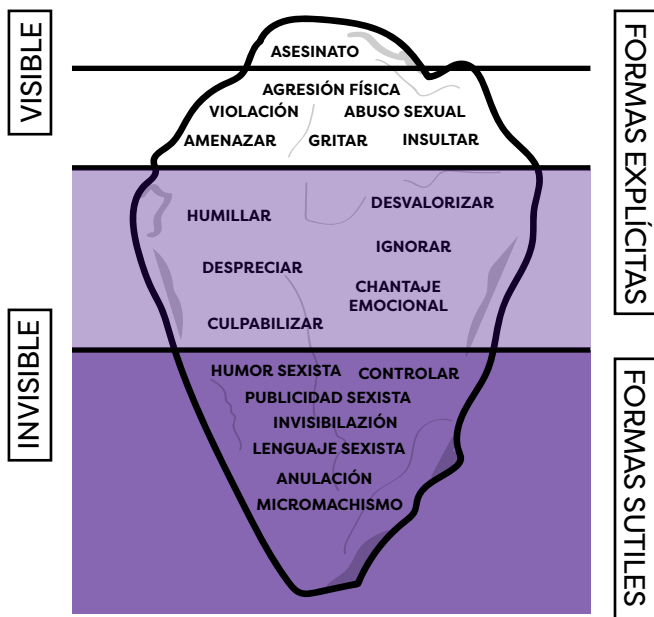


Se encuentra arraigada en las desigualdades de género y en los desequilibrios de poder entre mujeres y hombres

La violencia contra la mujer se vincula en forma directa con el ejercicio del poder históricamente desigual entre mujeres y hombres

La violencia contra la mujer impide que las mujeres gocen de sus derechos humanos y libertades fundamentales, como los derechos a la vida y la seguridad personal, al más alto nivel posible de salud física y mental, a la educación, el trabajo y a la vivienda, así como a la participación en la vida pública. (Naciones Unidas, 2006)

VIOLENCIA DE GÉNERO



Y vemos también cómo la violencia de género tiene un iceberg. Existen formas de violencia más obvias y terribles, pero que parten con formas mucho más sutiles e invisibilizadas, como el micromachismo, la anulación, el lenguaje sexista, etc. Luego existen formas más explícitas, pero no tan visibles, como culpabilizar, el chantaje emocional, ignorar etc y luego se da paso a violencias más visibles como amenazar, gritar, insulta y finalmente, el peor de todos, el asesinato.

Tenemos algunos ejemplos de estos tipos de violencia de género que se puede expresar de distintas formas.

VIOLENCIA DE GÉNERO

EJEMPLOS

Violencia Física

- Empujones
- Zamarreos
- Golpes, etc.

Violencia Sexual:

- Negarse a usar preservativo
- Caricias o besos no deseados
- Sexo sin consentimiento

Violencia Psicológica:

- Gritos, humillaciones, manipulaciones,
- Chantaje

Violencia Económica:

- No tener acceso a dinero o tarjetas
- Tener que dar cuenta de los gastos
- No participar en las decisiones económicas del hogar

Violencia Simbólica

- Refuerzo de los estereotipos
- Machismo

Violencia Gineco-Obstétrica:

- Trato deshumanizado
- Abuso de medicalización
- Patologización de procesos naturales
- Negación de acceso o imposición de un método anticonceptivo

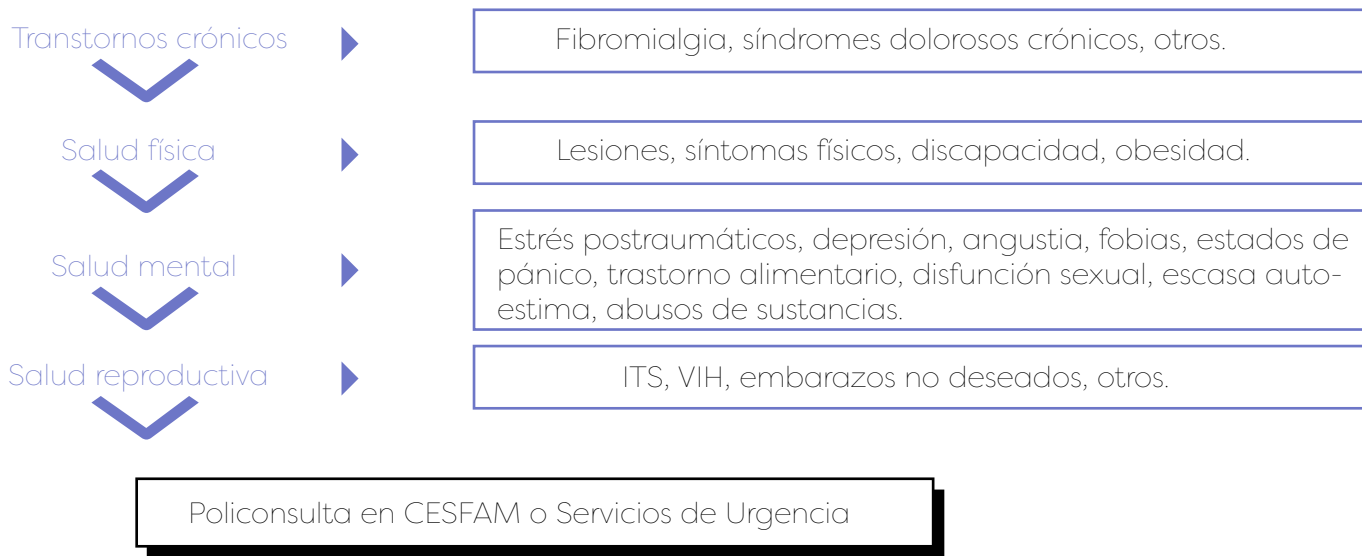
Ámbitos:

Pareja, familiar, social, comunitarios, estatal

Todo lo que hemos conversado tiene efectos en la salud. Como decíamos, ésto es una muestra de las desigualdades injustas que generan mayor enfermedad sólo por pertenecer a un género, en éste caso, ser mujer. Vamos a tener trastornos crónicos y con ello mayor sobrecarga al sistema de salud.

VIOLENCIA DE GÉNERO

EFFECTOS EN LA SALUD



También hay mitos con respecto a la violencia de género, lo menciono porque de todas formas hay que discutir sobre ellos y si contribuyen a estereotipos dañinos.

MITOS

<< La violencia contra las mujeres consiste sólo en el abuso físico >>

<< La violencia es una momentánea pérdida de control >>

<< La violencia contra las mujeres ocurre sólo en familias de escasos recursos >>

<< El alcohol y las drogas son las causantes de la violencia >>

<< La violencia contra las mujeres es producto de algún tipo de enfermedad mental >>

<< Las consecuencias de la violencia son iguales cuando la ejerce un hombre que una mujer >>

Sabemos que hay muchas más, por ejemplo cuando dicen que las denuncias son para llamar la atención o las mismas denuncias se cuestionan, el no detallar algunas lesiones en la consulta o la causa de lo que ocasionó una lesión. Nos hemos rodeado de estos mitos porque han sido parte de la cultura, por eso ahora estamos aprendiendo, para cambiarlo. Es por esto que también existen acuerdos internacionales para erradicar la violencia de género, como la Declaración de Naciones

Unidas sobre las reglas que dan esperanzas a la mujer. La Convención sobre la eliminación de toda forma indigna contra las mujeres. La convención Interamericana para erradicar la violencia contra las mujeres de Belén quiero destacar de éstas la de Belén; debe entenderse por violencia contra la mujer (lee diapo entera, luego azul y al final CEDAW).

ACUERDOS INTERNACIONALES PARA ERRADICAR LA VIOLENCIA DE GÉNERO



Declaración de las Naciones Unidas sobre la Erradicación de la Violencia Contra la Mujer (1993)

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación Contra las Mujeres CEDAW (1989)

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y erradicar la Violencia Contra las Mujeres, Belém do Pará (1996)

● ENFOQUE DE GÉNERO

El **enfoque de género** es una forma de aproximarse a los roles de género y sus estereotipos para cuestionarlos. Nos va a permitir evidenciar esta desigualdad que se establece sobre la base. La incorporación de este enfoque es fundamental para comprender la violencia contra la mujer y sus consecuencias, poder reconocer las desigualdades y actuar para transformarlas, comprende necesariamente la detección de la cultura patriarcal y machista que justifican las desigualdades, discriminación y subordinación de la mujer que, además, nos sitúa en una posición social de inferiores y dependencia respecto de los hombres, tanto en lo económico, social, cultural y emocional.

- Es una forma de aproximarse a las diferencias entre las condiciones y necesidades de las mujeres y los hombres
- Hace visible de la relación social y poder, desigualdad entre ambos y la cuestiona.
- La desigualdad se establece sobre la base de patrones culturales e históricos que instalan y justifican la subordinación de las mujeres.

● INTERSECCIONALIDAD

Entonces, llegamos a esto que se llama la interseccionalidad, que es el fenómeno por el cual cada individuo sufre opresión u ostenta privilegio en base a su pertenencia a múltiples categorías sociales.

Es el fenómeno por el cual cada individuo sufre opresión y ostenta privilegio en base a su pertenencia a múltiples categorías sociales.
(Crenshaw, 1989)



Trata la forma en que el patriarcado, el racismo, el clasismo, y otros sistemas de opresión crean desigualdades básicas.



Permite diferenciar cómo proceden en las mujeres o colectivos las diversas categorías de privilegio/discriminación.

Esto significa que no somos seres aislados desde solamente una condición (cómo el género) sino que tenemos otras categorías de análisis y otras formas en la que nos relacionamos con el mundo donde nos determina el grupo al cual pertenezcamos, si va a ser una opresión o un privilegio, entonces trata la forma en que el patriarcado, el racismo, el clasismo y otros sistemas de opresión crean desigualdad básicas. La **interseccionalidad** permite diferenciar cómo proceden las diversas categorías de privilegio versus discriminación.

INTERSECCIONALIDAD



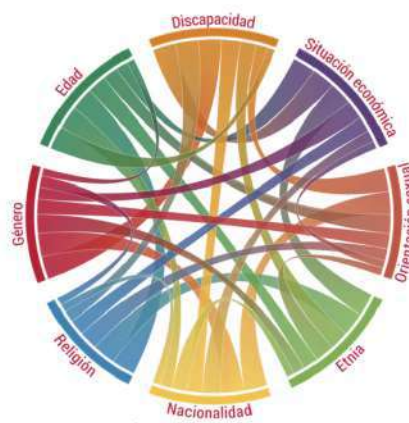
Se entiende la violencia de género, cruzada con otros tipos de discriminaciones que pueden acentuar o profundizar sus repercusiones.



Está vinculada a los enfoques de ciclo vital/grupos etarios, diversidad sexual e interculturalidad.



Las condiciones de vida de una persona se interpretan teniendo en cuenta la combinación sexo/género, clase social, nacionalidad, raza/color de piel, religión lengua, discapacidad, edad/generaciones, entre otras.



Se entiende que la violencia de género es cruzada con otros tipos de discriminaciones que puedan acentuar o profundizar sus repercusiones. Está vinculada a los enfoques de ciclo vital, a los grupos etarios, diversidad sexual e interculturalidad, es decir, a miradas mucho más amplias y va a incorporar las condiciones de vida de una persona su etnia, la religión, la lengua, la discapacidad, la edad entre otras. Estas distintas formas se entrelazan. Sabemos que no da lo mismo ser una persona musulmana de raza negra a una musulmana lesbiana, existe un espectro de condiciones y características que debemos ver desde la interseccionalidad.

● DETERMINANTES SOCIALES

Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, entonces vamos a ver cuáles son las categorías de análisis que van a afectar la salud de las personas. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, por lo tanto, también están fuertemente determinados por los sistemas políticos, económicos y de seguridad social del país y da cuenta de la presencia o ausencia de oportunidades para desarrollar las potencialidades de salud a lo largo de la vida de cada persona y comunidad.

¿Qué son los Determinantes Sociales?

“Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”

Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local

Da cuenta de la presencia o ausencia de oportunidades para desarrollar las potencialidades de salud, a lo largo de la vida de cada persona y comunidad



Roles de Género

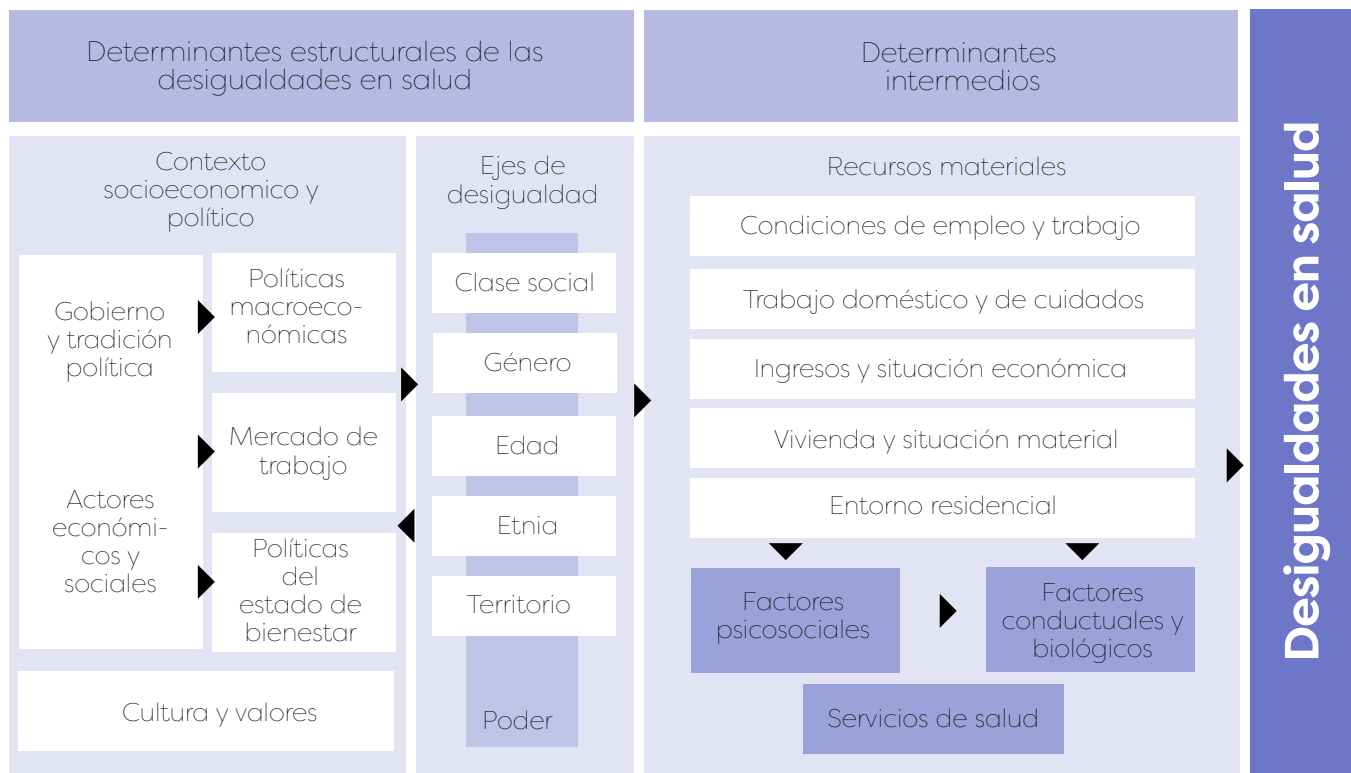
- ✓ Funciones y/o actividades específicas diferenciadas para hombres y mujeres, asignadas social y culturalmente por el hecho de nacer hombres o mujeres.
- ✓ Modelos organizados de comportamientos que se desprende de la posición determinada de la persona según su sexo.

Estereotipos

- ✓ Alude a aquellas imágenes o representaciones que están en el imaginario colectivo de una sociedad o grupos sociales respecto de un grupo, actividad o en el caso de estereotipos de género, de lo que significa ser hombre o mujer.

Prejuicios

- ✓ Juicio o valoración negativa basada en estereotipos de género, respecto de mandatos sociales que espera y norma una sociedad sobre lo que es ser mujer u hombre.



Acá vemos un cuadro resumen que muestra los determinantes sociales de la salud según la comisión de determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Efectivamente dentro de los **determinantes estructurales** de las desigualdades en salud el contexto socioeconómico y político y en los ejes de desigualdad aparece: clase social, género, edad, etnia y territorio. También, cada uno de éstos va a definir la cantidad o la forma en que se va a ejercer el poder. Por su parte, están los **determinantes intermedios** donde están los factores psicosociales, conductuales, biológicos, y

los que van a determinar los servicios de salud, generando todos estos en conjunto desigualdades en salud. Por lo tanto, los determinantes sociales de la salud repercuten directamente en ella, permitiendo predecir la mayor proporción. Finalmente, estos factores de análisis nos van a permitir predecir la justicia / injusticia del estado de salud en una población, son desigualdades evitables y van a estructurar. Quiero aclarar que dentro del concepto de **inequidad en salud** lo más importante es que son diferencias que son evitables, pueden cambiar el índice de desarrollo humano.

Repercuten directamente en la salud.

Permiten predecir la mayor proporción de la varianza del estado de salud (inequidad sanitaria).

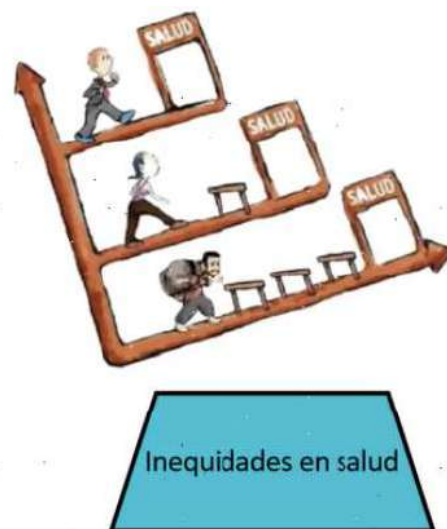
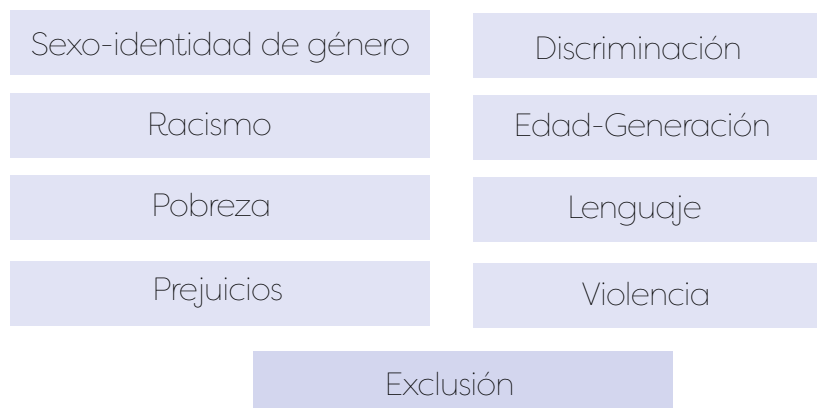
Estructuran los comportamientos relacionados con la salud.

Interactúan mutuamente en la generación de desigualdades e inequidades en salud

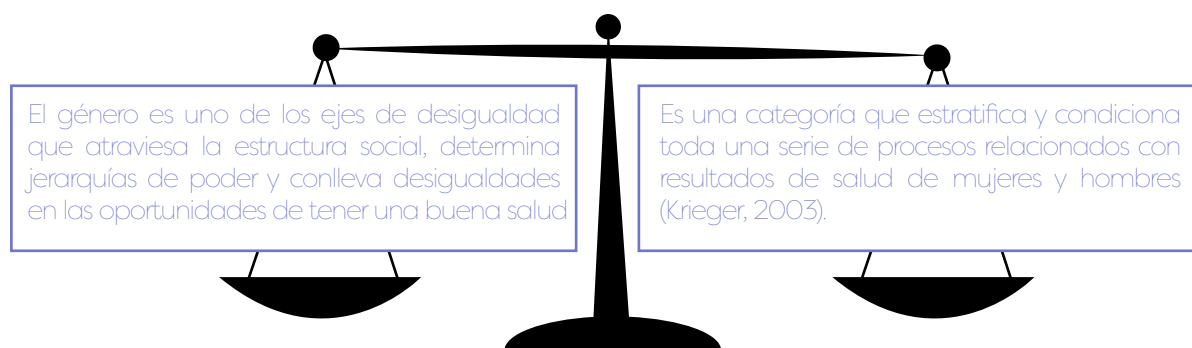
El concepto de inequidad en salud se refiere a todas aquellas diferencias en salud que son evitables, y no considera aquellas diferencias inherentes a las personas.

Por lo tanto, son inequidades posibles de revertir a través de políticas públicas y estrategias, teniendo un foco en aquellos grupos de personas que ven su salud afectada negativamente por las determinantes sociales.

Contexto social desfavorable



Estas inequidades se dan en este contexto social desfavorable, donde vamos a ver que sexo -identidad de género pueden condicionar: racismo, pobreza, prejuicios, discriminación, edad-generación, lenguaje (saber el idioma o la forma de expresarse), violencia (ser un actor violento o violentado) que nos lleva a la **exclusión social**, lo que hace más difícil o se pone más "cuesta arriba" el poder llegar a un estado de bienestar, al cual aspiramos cuando hablamos de salud.



Entonces, el género se puede evaluar desde varias aristas. Cuando conversamos de género decimos que es uno de los ejes de la desigualdad², por su parte, desde el punto de vista de la interseccionalidad el género es una categoría que estratifica y condiciona.

¿Entonces por qué se determina que según el género viviríamos menos o tendríamos más o menos enfermedades? Hay varias explicaciones que tienen que ver con el envejecimiento y su relación con el género, los roles de género y las tareas reproductivas y de cuidados que son las labores de cuidado de la familia.

²Nota de quién edita: Se sugiere recordar el cuadro de la OMS

GÉNERO COMO DETERMINANTE SOCIAL DE LA SALUD

TAREAS REPRODUCTIVAS Y DEL CUIDADO



Son las labores de cuidado de la familia y la tareas del hogar las que desde siempre se han postulado como propias o naturales a la mujer.

Cuidado: acción de ayudar a una persona dependiente, sea un niño, adulto mayor, enfermo ocasional o crónico, en el desarrollo y en el bienestar en su vida cotidiana. (Karina Batthyány)

La función reproductiva de nuevos trabajadores, la crianza y el trabajo doméstico se encuentran en la base de esta pirámide que nos margina, sin ningún tipo de reconocimiento social ni económico. (Silvia Federici)

Esta frase: “*menos mal tuve una hija para que me cuide*” quizás la reconocen en sus mismas historias o en sus familias. Es importante entender el cuidado como un trabajo para quitarle la dimensión afectiva vinculada y efectivamente la labor de cuidado se nos asigna a nosotras. Estos prejuicios y estereotipos generan más exigencia, alto nivel de estrés y sobrecarga que empeora la salud de quién ejerce los ³cuidados.



³Nota de quién edita: Se sugiere evaluar el concepto de “Síndrome del cuidador”

ACUERDOS INTERNACIONALES PARA ERRADICAR LA VIOLENCIA DE GÉNERO



Debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta basada en su género que cause muerte, daño o sufrimiento físico, psicológico o sexual, tanto en el ámbito público como privado. Convención de Belem do Pará 1994, artículo 1



“Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado” (Art. 3)

“La violencia contra la mujer constituye una violación a los DD.HH. y libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades”

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, 19914, (CBDP)

“La violencia contra la mujer es una forma de discriminación que impide gravemente que goce de derechos y libertades en pie de igualdad del hombre” (Recomendación N° 19 (1992))

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CETFDCCM o CEDAW. 1979)

- Firmado y ratificado
- Aderido
- Estado no reconocido que apoya el tratado
- Sólo firmado
- No firmado



Acá tenemos algunos de los tratados que se han firmado cómo el tratado universal de Derechos Humanos o la Convencion contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL



| | |
|---|---|
| Declaración Universal de Derechos Humanos | Diciembre de 1948 No Vinculante |
| Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes | Diciembre de 1948 Ratificada en 1999 |
| Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer | Diciembre de 1979 Ratificada en 1989 |
| Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer | Diciembre de 1993 No Vinculante |
| Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer | Junio 1994 Ratificada en 1996 |

En la constitución actual, que está en proceso de cambio, en el artículo 5 dice que es deber de los órganos del Estado respetar y promover los derechos garantizados por esta Constitución, así como por los tratados internacionales. El Estado de Chile tiene el deber de respetar, proteger, garantizar y promover los instrumentos de carácter vinculante. Esto lo considero importante porque es parte de lo que viene y espero del nuevo Chile con la nueva Constitución, que efectivamente nos permita contar con nuestros derechos, que sean respetados, que no se impida el acceso.

Constitución Política de Chile Artículo 5.

(inc. 2°)

El ejercicio de la soberanía reconoce como limitación el respeto a los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana. **Es deber de los órganos del Estado respetar y promover tales derechos, garantizados por esta Constitución, así como por los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes.**

MARCO JURÍDICO CHILENO



Los instrumentos de carácter vinculante, es decir, Tratados, Convenciones y Convenios, ratificados por Chile, son exigibles para nuestro Estado, lo que significa que tienen el valor de una Ley y deben traducirse en las Leyes Nacionales.

EL ESTADO DE CHILE, COMO ESTADO MIEMBRO DEL SISTEMA INTERNACIONAL DE DERECHOS HUMANOS TIENE EL DEBER DE:

RESPETAR

No impedir ni limitar el acceso o realización de derechos,



PROTEGER

Cuidar que ni personas ni organismos priven a nadie del acceso a los derechos.



GARANTIZAR

Generar condiciones para el ejercicio y protección de los derechos



PROMOVER

Difundir los derechos para que la ciudadanía pueda ejercerlos y exigir su cumplimiento

GÉNERO COMO DETERMINANTE SOCIAL DE LA SALUD



“MENOS MAL TUVE UNA HIJA PARA QUE ME CUIDE”

Es importante entender el cuidado como un trabajo para, entre otras cosas, quitarle la dimensión afectiva vinculada al amor que pareciera conllevar naturalmente.

Como si el amor correspondiese a una forma de pago, ocultando la explotación

Se entendió como amor de madre o abuela, pero en realidad es una trabajadora del hogar que no recibe sueldo.

Hoy es imposible no ver la explotación y esclavitud en una trabajadora que realiza una labor de por vida sin sueldo ni descanso.



Los **derechos humanos** son los derechos que tenemos básicamente por existir como seres humanos, son inherentes. Varían desde los más fundamentales como el derecho a la vida hasta los que dan valor a nuestra vida como los derechos a la alimentación, a la educación, el trabajo, la salud y a la libertad. El núcleo de este enfoque es eliminar todas formas de discriminación y transformar a las personas en sujetos de derecho. Vamos a pasar de ser meros receptores de acciones o recursos a titulares de derechos que tienen garantías exigibles

Cómo respondemos al nacer mujer a estas diferencias y desigualdades evitables, pero que siguen existiendo y que además nos rodean, cómo enfrentamos la rabia, cómo enfrentamos la injusticia y las consecuencias además de la violencia de género o de las consecuencias de la desigualdad. Una propuesta es justamente considerarnos personas, aplicar el enfoque de derechos humanos, además del enfoque de género y la interseccionalidad, incorporando la salud feminista sin actitudes machistas o asimetrías de poder, tenemos que utilizar estos enfoques para garantizar nuestros derechos y respetarlos desde el Estado y las personas.

Los derechos humanos son los derechos que tenemos básicamente por existir como seres humanos

No están garantizados por ningún estado.

Varían desde los más fundamentales - el derecho a la vida - hasta los que dan valor a nuestra vida, como los derechos a la alimentación, a la educación, al trabajo, a la salud y a la libertad.

Estos derechos universales son inherentes a todos nosotros, con independencia de la nacionalidad, género, origen étnico o nacional, color, religión, idioma o cualquier otra condición.

El núcleo del enfoque de derechos es eliminar toda forma de discriminación (TODAS LAS PERSONAS)

Establecer acciones para superar inequidades.

Enfoque de Derechos transforma a los sujetos de derechos, de meros receptores de acciones o recursos, a titulares de derechos que tienen garantías exigibles.

Derecho a la salud, implica el ejercicio de otros Derechos - Incluido el Derecho a la No discriminación.

Se corresponde con la afirmación de la dignidad de las personas frente al Estado.

La sociedad contemporánea reconoce que todos los seres humanos, por el solo hecho de serlo, tiene derechos frente al Estado.

Derechos que éste tiene el deber de respetar garantizar a fin de responder a su plena realización.



VIOLENCIA DE GÉNERO



NOS ROBAN TODO, MENOS LA RABIA

El patriarcado es juez que nos juzga por nacer. Nacer con vulva o sin ella, nacer desidente en el más y menos amplio de los sentidos, nos enlaza funestamente a la brutalidad. Todo lo que el patriarcado toca lo convierte en brutalidad. Y nosotras sabemos que pueden seguir inventando formas aún más crueles de matarnos.

Lo supo Ámbar Cornejo, en Villa Alemana. Tenía 16 años y la pareja de su madre, Hugo Bustamante, la violó, asesinó, descuartizó y enterró debajo de la casa, un hombre que antes había asesinado a otra mujer y a su hijo. Sin embargo, la justicia lo liberó 17 años antes de que cumpliera esa primera condena.

(Quemar el miedo. Colectivo Las Tesis. 2021)

En relación a esto, les dejo un extracto de **Quemar el Miedo** del colectivo **Las Tesis** “Nos roban todo, menos la rabia”, la frase “el patriarcado es un juez” también es parte de este capítulo. Por eso tenemos que cambiar, no solamente desde la rabia y el enfrentamiento, sino también desde un enfoque de construcción, el enfoque de derechos humanos.

Lo sabemos todas las mujeres del mundo, porque no caminamos tranquilas por las calles. Porque si nos violan, nos apuntan como culpables.

Porque los sistemas de justicia son inoperantes y las precarias medidas de protección que ofrecen frente a un agresor nunca son suficientes.

Porque es mentira que nos protegen.

Porque es mentira que nos quieren vivas. Lo vemos cuando rechazan la educación sexual integral.

Lo vemos cuando rechazan el cambio sociocultural y político que necesitamos para abolir las opresiones y violencia de género.

(Quemar el miedo. Colectivas Las Tesis. 2021)

Como desafíos al futuro tenemos: evitar estereotipos y juicios, fortalecer el enfoque de género, educación en DDHH, trabajo de las conductas machistas y reparación.

DESAFIOS



Evitar estereotipos y juicios de género
Educación sexual integral desde la primera infancia



Fortalecer el enfoque de género con mirada interseccional en programas y políticas públicas
Comprender el género como determinante social de salud



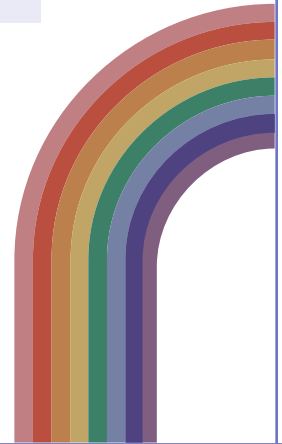
Educación y formación en derechos para todas las personas
Derechos sexuales y reproductivos garantizados
Crianzas compartidas y deseadas



Trabajo permanente de desaprender conductas machistas
Nuevas formas de relacionarnos, aprendizaje constante



Reparación y cuidados para recuperar y mantener la salud mental
Articulación comunitarias de redes de apoyo y creación
Recuperación de espacios para vivir en entornos libres de violencia



Como mensaje final es fundamental la **educación sexual integral** desde la primera infancia, para que puedan crecer más libres, más sanas, más abiertas de mente, entender simplemente que las personas somos todas distintas, aprender a cómo funciona nuestro cuerpo y prevenir la violencia machista, detectar conductas violentas, prevenir el abuso sexual infantil y más. El llamado es a ser agentes de cambio, desde las políticas públicas hasta nuestra vida personal. Por eso “*Antes que un cuarto propio, un cuerpo propio*”⁴ Esto tiene que ver también con el derecho a la vivienda, ya que hay factores que fomentan la violencia y el hacinamiento suele ser uno de ellos. Finalmente, antes que un cuarto propio, un cuerpo propio, como dice Margarita Pisano. Muchas gracias.



⁴Nota de quién edita: “Un cuarto propio es un ensayo escrito por la feminista Virginia Woolf basado en una serie de conferencias que la autora desarrolló en 1928. La alusión a tener un cuarto propio es el simbolismo de poseer un espacio propio de reflexión, creatividad y ocio, sobretodo para el desarrollo de las mujeres, A su vez, es un llamamiento a la independencia económica y social y a la licencia poética y libertad personal para crear arte.

REPASA LO APRENDIDO

Escoge la opción verdadera y revisa tu respuesta al final del manual

1. Se define como estereotipo de género

- A. Juicio o valoración negativa basada en estereotipos de género
- B. Opresión cultural de parte de clases sociales altas
- C. Representación de lo que significa ser hombre o mujer

2. Con respecto a enfoque de género, seleccione la correcta

- A. Su incorporación es importante para comprender la violencia contra la mujer
- B. Elementos de la cultura no justifican las desigualdades entre hombre y mujer
- C. No es posible situar en una posición de dependencia de las mujeres

3. Son bases estructurales de la violencia hacia la mujer:

- A. Exigencias a un ideal de comportamiento.
- B. Roles de género flexibles
- C. Violencia intrafamiliar

/CLASE 2 - Violencia intrafamiliar y vicaria

* **Hugo Contreras Gómez**, Ingeniero Agrónomo, Magíster en Economía y Magíster en políticas públicas, Dr (c) en Ciencias de la Complejidad Social. Profesor de la Facultad de Gobierno e investigador del Centro de Políticas Públicas de la U. del Desarrollo.

Contacto: hcontrerasg@udd.cl

Conceptos a tratar

Comprenderemos la violencia intrafamiliar como violencia multidimensional, entendiendo desde la agresión no solo física, sino también psicológica, social, económica etc... a cualquier integrante de la familia. El exponente profundizará la línea de estudios realizados por él a través de CIPER: "Cuándo y dónde ocurre la Violencia Intrafamiliar contra la mujer en la Región Metropolitana; y qué puede pasar durante la cuarentena" y su columna: "Femicidios y Violencia Intrafamiliar contra la mujer".

La **violencia intrafamiliar** (VIF) es un fenómeno muy relevante que ha tomado mucha importancia en los últimos años a nivel mundial. En el caso de Chile éste fenómeno no ha estado exento; es más, se ha observado un aumento de los casos: En el año 2018 se registraron 86.445 casos de violencia contra la mujer y 92.896 en el año 2019, es decir, hubo un aumento de un 7,5%.

Existen ciertos factores sociales y culturales que inciden en la violencia contra la mujer dentro de las relaciones interpersonales y en el grupo familiar, por ejemplo: Actitudes machistas de la pareja y comportamientos controladores de la pareja hacia su quehacer. Existen también factores protectores de la violencia contra la mujer como la educación y empleo que determinan autonomía y por tanto una independencia económica de la pareja.

En Chile, el servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género identifica y define **cuatro tipos de violencias:**

1. Física
2. Psicológica
3. Sexual
4. Económica

Al mismo tiempo, las estadísticas de la violencia contra la mujer se han enfocado en la familia, bajo el concepto de violencia intrafamiliar. En el contexto doméstico de la familia es una violencia física o psicológica que puede ser ejercida por cualquier integrante del grupo familiar.

Existen varios tipos de violencia intrafamiliar (VIF)

- Violencia intrafamiliar contra la mujer
- Violencia intrafamiliar contra el hombre
- Violencia intrafamiliar contra niños, niñas, niños y adolescentes
- Violencia intrafamiliar contra personas mayores

• FUENTES DE ESTUDIO ESTADISTICO

Las estadísticas que se van a presentar a continuación son parte de la caracterización de un contexto ecológico, así como temporal y espacial de la violencia intrafamiliar específicamente de violencia contra la mujer, en cuanto a la frecuencia en que ocurren. La fuente de información principal en la cual se basó este estudio es el **Centro de Estudios y Análisis del Delito (CEAD)**, en este portal se pueden extraer diferentes estadísticas de casos según tipo de delito⁵, unidad territorial, género de víctima y victimario. Al mismo tiempo entrega información respecto a la tasa o frecuencia del delito⁵. La información que se puede obtener del CEAD, también se puede obtener a través de estudios y encuestas.

Otras fuentes del estudio fueron las estadísticas de la **Subsecretaría de Prevención del delito** pero estas son a nivel de casos policiales que corresponden a la suma de las denuncias más las detenciones, no necesariamente a un proceso judicial iniciado. Además están la **Fiscalía de Chile** y la **Sala CEAD**, siendo esta última una sala de análisis del delito a nivel local, es más que nada un lugar donde se debe ir directamente a solicitar información de manera presencial.

La infografía presenta el logo de 'SALA CEAD' con el subtítulo 'SALA DE ANÁLISIS DEL DELITO A NIVEL LOCAL'. El mensaje principal es 'Más información es más seguridad PARA TU COMUNA'. Se detallan tres aspectos: 'QUÉ ES SALA CEAD', 'OBJETIVO' y 'EQUIPAMIENTO'. El texto describe su alineación con el Plan Nacional de Seguridad Pública, su objetivo de facilitar el acceso a información delictual y su ubicación en dependencias de la Subsecretaría de Prevención del Delito.

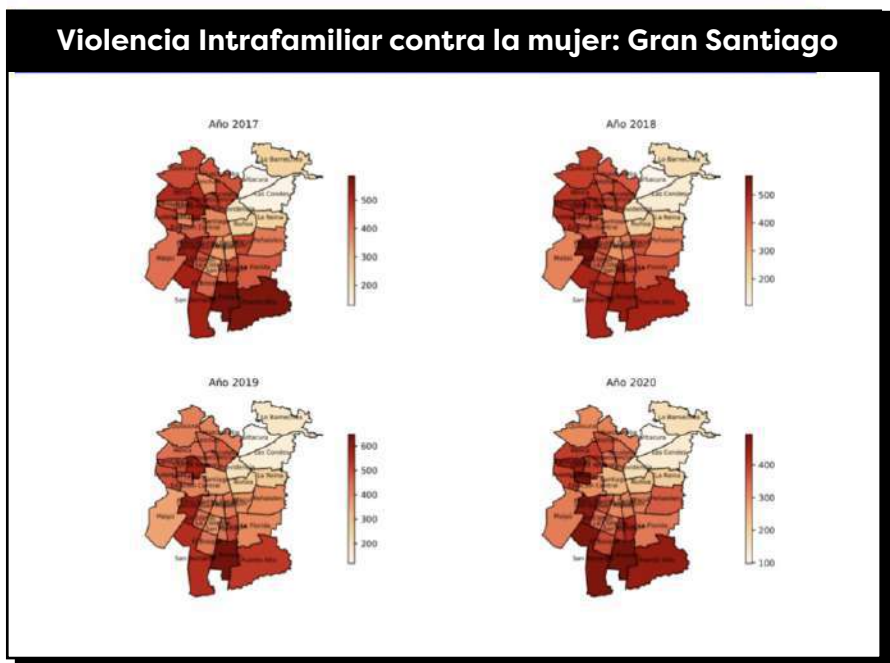
| QUÉ ES SALA CEAD | OBJETIVO | EQUIPAMIENTO |
|---|---|---|
| En línea con lo dispuesto por el Plan Nacional de Seguridad Pública y Prevención de la Violencia y el Delito "Seguridad para Todos", la Subsecretaría de Prevención del Delito ha implementado una Sala de Análisis destinada a ofrecer información delictual a nivel local de manera puntual y oportuna. Fuente: Plan Nacional de Seguridad Pública y Prevención de la Violencia y el Delito | El objetivo de esta Sala es facilitar el acceso de organismos públicos y privados sin fines de lucro, a información delictual válida, actualizada y pertinente. La Sala, coordinada por profesionales del CEAD | La Sala CEAD para el análisis del delito a nivel local se encuentra en dependencias de la Subsecretaría de Prevención del Delito y está equipado con: |

La información disponible en la sala CEAD no está en la web, hay que solicitar hora para ir a trabajar en el lugar. Esta información es muy importante ya que los casos que se pueden encontrar acá son casos policiales geocalizados y con información del día y hora de ocurrencia. El dato agregado que se puede obtener en la sala CEAD es la diferencia entre violencia física y/o psicológica así cómo de si es una lesión leve, grave o gravísima. De este modo hay una diferenciación mayor y más específica del VIF.

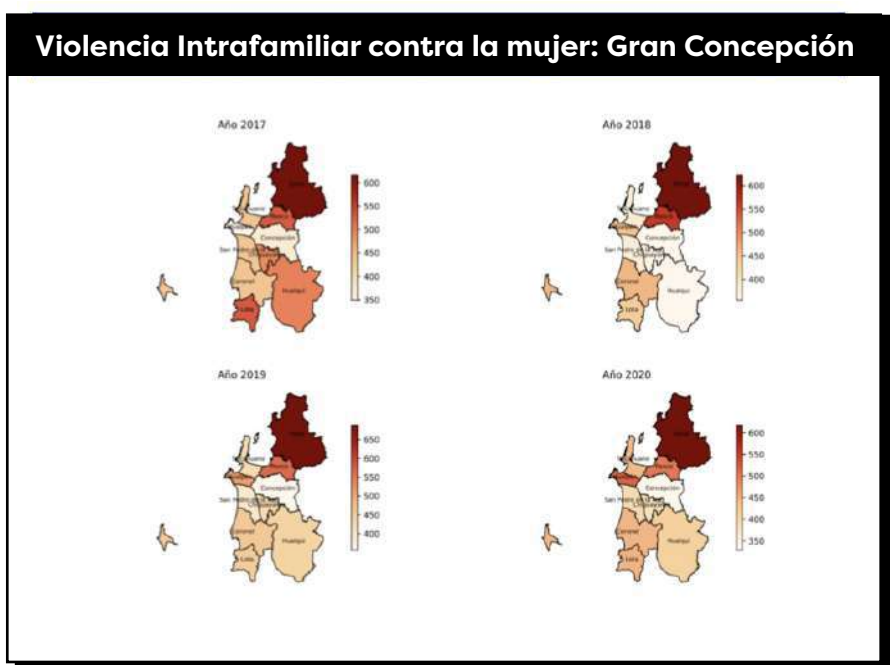
⁵**Frecuencia** es la cantidad de casos de violencia intrafamiliar mientras que la **Tasa** es la cantidad de casos de violencia intrafamiliar por unidad territorial dividida con cierta cantidad de habitantes.

• **DISTRIBUCIÓN DE VIF CONTRA LA MUJER SEGÚN TERRITORIO (FUENTE: ESTADÍSTICA CEAD)**

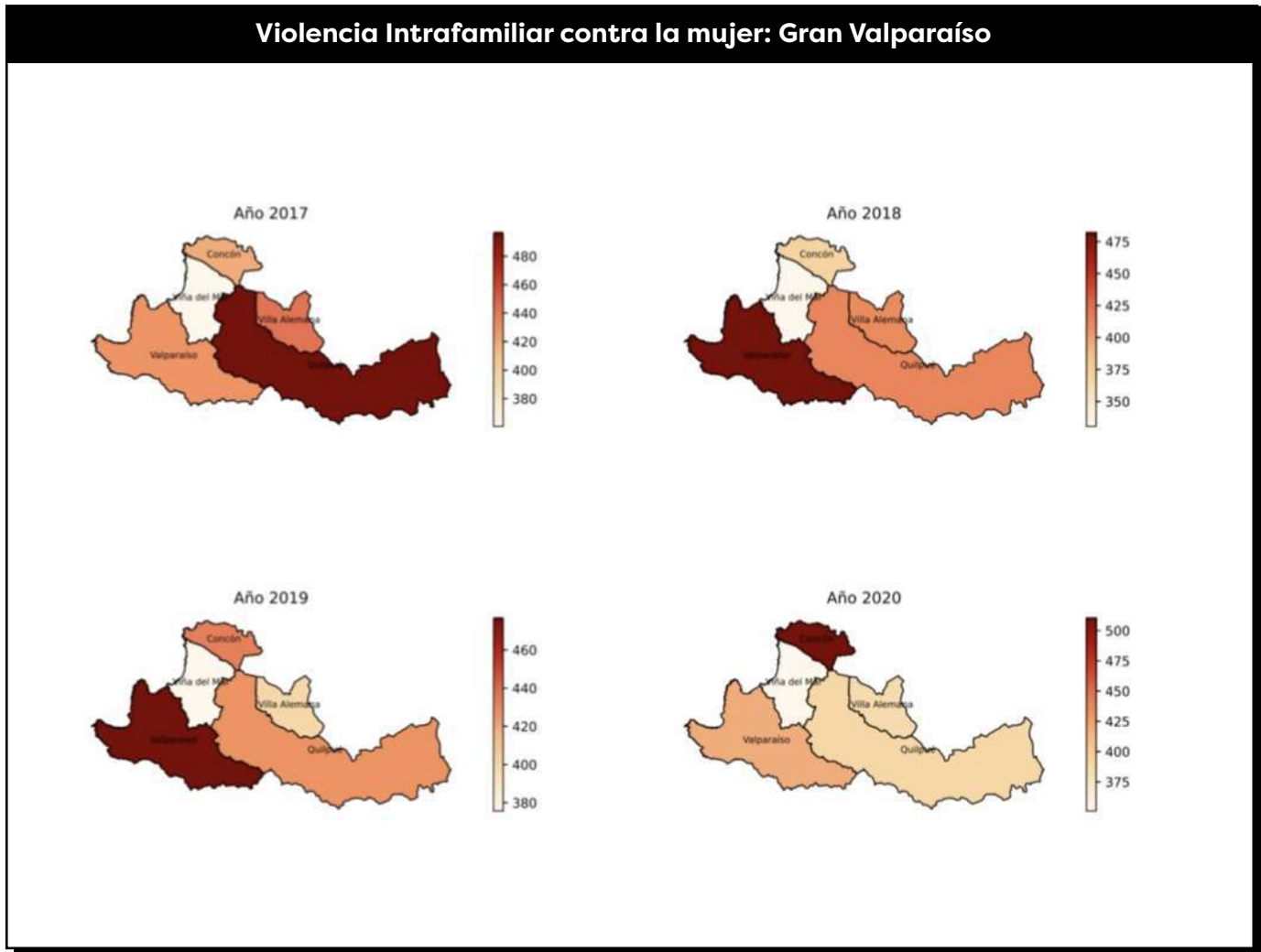
En la siguiente imagen se visualiza la distribución territorial a nivel de comuna santiaguina de los casos policiales de VIF contra la mujer generados a partir de las estadísticas del CEAD. En este caso muestra la tasa de casos de VIF contra la mujer por cada 100.000 habitantes. Se puede apreciar a grandes rasgos que hay una mayor concentración de violencia desde 2017 al 2020 en la zona sur poniente de Santiago. La zona oriente conformada por Providencia, Vitacura, Lo Barnechea, Las Condes y La Reina presentan una tasa de violencia contra la mujer más baja aunque no está exenta de ella. Con esto se podría especular que hay una relación entre la violencia contra la mujer y el nivel socioeconómico en Santiago de Chile.



Acá se ve la misma información en Concepción, donde impresiona que hay una comuna que concentra la mayor tasa de VIF contra la mujer: Tomé.



En el caso de Valparaíso hubo gran variabilidad respecto a la comuna y la presencia de VIF, por ende en esta región pareciera que VIF contra las mujeres no está asociado a un patrón socioeconómico a diferencia de lo que se ve en Santiago.



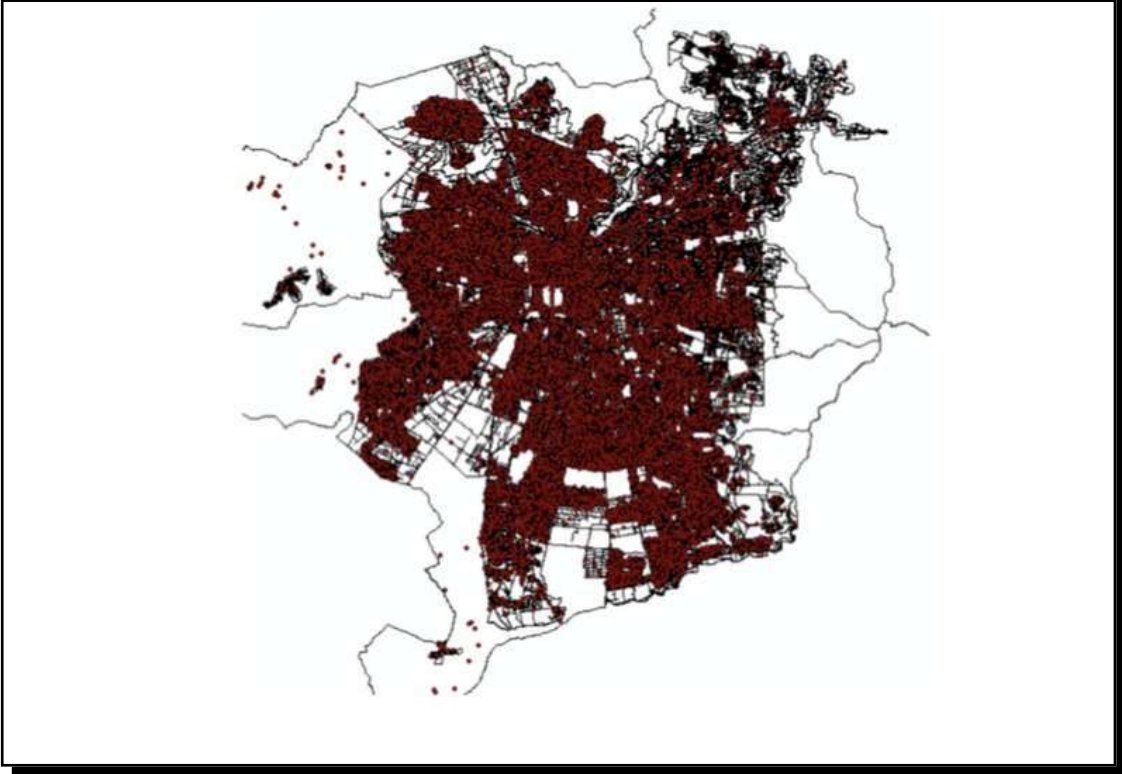
• **Distribución según violencia intrafamiliar física vs psicológica (Fuente: Sala CEAD)**

Contar con información desagregada o más específica de los casos de Violencia Intrafamiliar contra la mujer (VIF) nos permite:

- Estudiar la VIF más allá de una unidad político administrativa (comuna).
- Estudiar la VIF por tipo de violencia.
- Asociar la VIF a una unidad territorial más específica.
- Asociar la VIF a características socioeconómicas de cada unidad territorial.
- Asociar la VIF a una unidad temporal específica (hora, día y mes).
- Focalizar el estudio de la VIF y las intervenciones asociadas a ella.

Volviendo a la capital chilena esta lámina se muestra cómo está distribuido en todo el territorio los casos de violencia intrafamiliar contra la mujer

Casos de Violencia Intrafamiliar contra la mujer



La siguiente imagen representa la distribución de los casos de violencia entre el año 2013 y 2018. El patrón es casi el mismo en cuanto a violencia física y psicológica. Se ve un aumento en lo que es el caso de violencia física en el año 2017 y 2018, respecto a la psicológica.

Casos de VIF

| Año | Física | Psicológica | Total |
|-------|--------|-------------|---------|
| 2013 | 10,151 | 11,878 | 22,029 |
| 2014 | 9,607 | 11,086 | 20,693 |
| 2015 | 10,481 | 11,637 | 22,118 |
| 2016 | 9,969 | 11,256 | 21,225 |
| 2017 | 10,237 | 10,513 | 20,750 |
| 2018 | 10,532 | 9,807 | 20,339 |
| Total | 60,977 | 66,177 | 127,154 |

| Año | Física | Psicológica | Total |
|-------|--------|-------------|-------|
| 2013 | 46.08 | 53.92 | 100 |
| 2014 | 46.43 | 53.57 | 100 |
| 2015 | 47.39 | 52.61 | 100 |
| 2016 | 46.97 | 53.03 | 100 |
| 2017 | 49.33 | 50.67 | 100 |
| 2018 | 51.78 | 48.22 | 100 |
| Total | 47.96 | 52.04 | 100 |

● **¿Existen diferencias en la presentación de VIF contra las mujeres con respecto a días y horarios? (Fuente: Sala CEAD)**

Primero hay que considerar que el Horario laboral comprende los días hábiles de lunes a viernes entre las 8:00 am y las 18:00 pm. Mientras que el Horario no laboral es de Lunes a viernes entre las 18:00 hrs y las 8:00 am más los sábados y domingos todo el día.

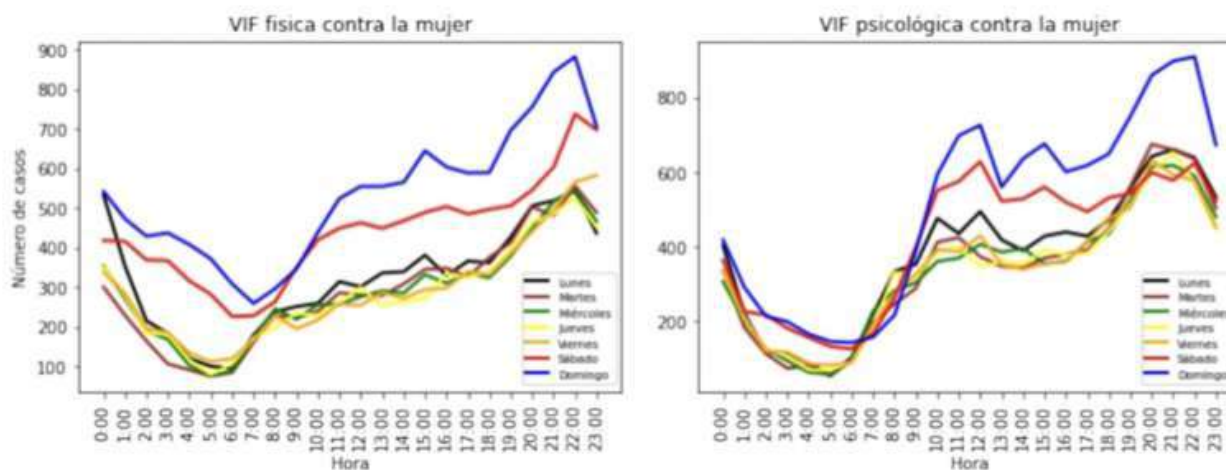
Lo que más llama la atención es cómo aumentan los casos de violencia contra la mujer en horario no laboral. Los días sábado y domingo, es mayor la probabilidad que la mujer se encuentre con su agresor.

Frecuencia (%) de casos de VIF contra la mujer por día

| Horario | Día | Física | Psicológica | Total |
|------------|-----------|--------|-------------|-------|
| Laboral | Lunes | 22,2 | 22,5 | 22,3 |
| | Martes | 20,3 | 19,3 | 19,8 |
| | Miércoles | 19,8 | 19,5 | 19,6 |
| | Jueves | 19,1 | 19,3 | 19,2 |
| | Viernes | 18,6 | 19,5 | 19,1 |
| No laboral | Lunes | 10,6 | 11,3 | 11,0 |
| | Martes | 9,5 | 10,6 | 10,0 |
| | Miércoles | 9,6 | 10,3 | 9,9 |
| | Jueves | 9,6 | 10,3 | 9,9 |
| | Viernes | 10,2 | 10,4 | 10,3 |
| | Sábado | 22,8 | 21,2 | 22,0 |
| | Domingo | 27,8 | 25,9 | 26,8 |

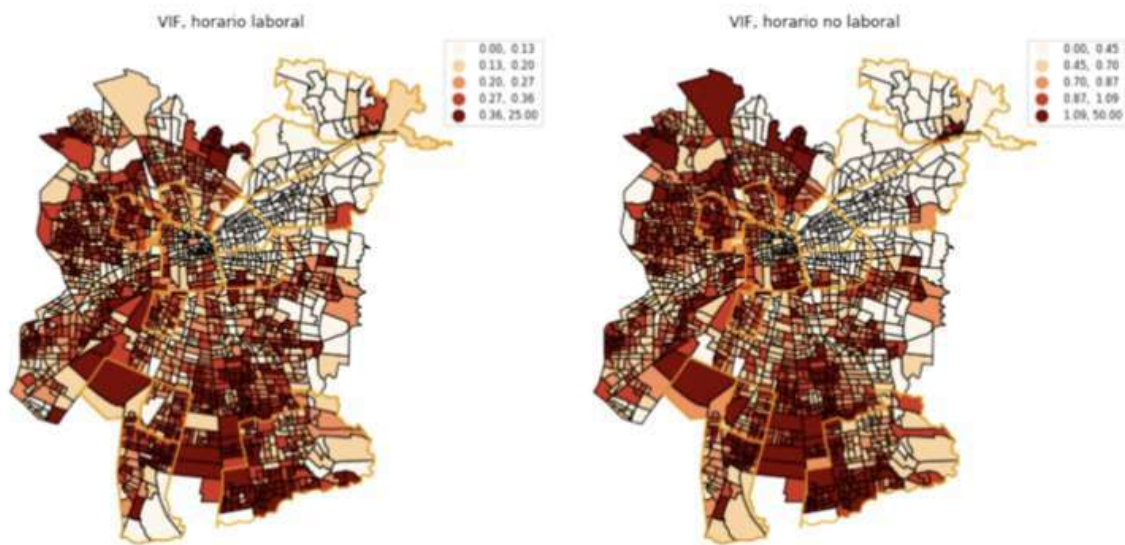
En la siguiente gráfica se puede visualizar mejor este fenómeno, la línea azul y la línea roja corresponden a la frecuencia de los casos de violencia contra las mujeres específicamente de los días sábados y domingos. Aquí se determina que en la madrugada de los días sábados y domingos aumenta la tasa de los casos de violencia contra la mujer.

Frecuencia de VIF contra la mujer por día y hora



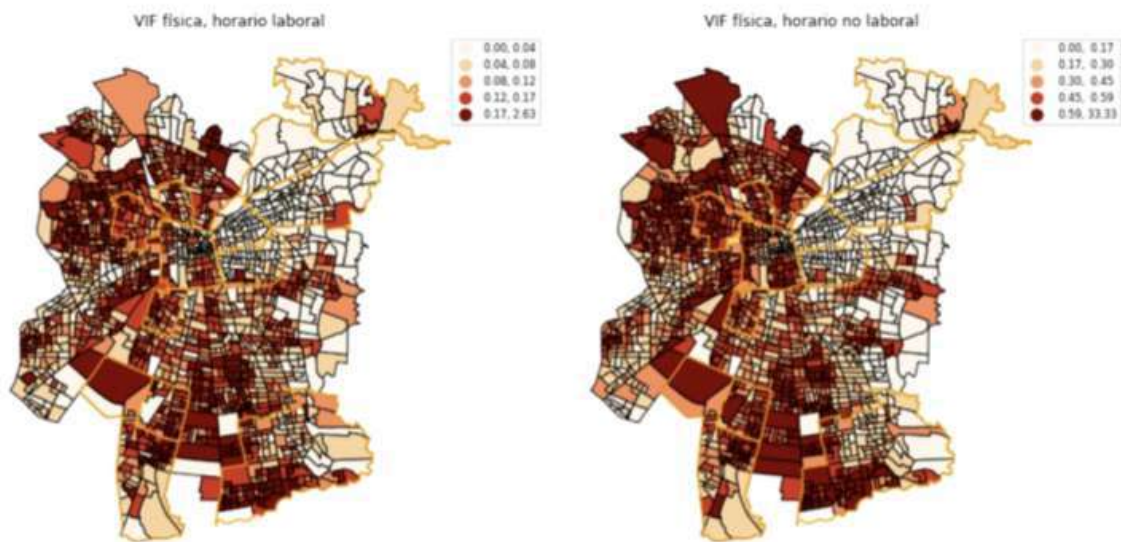
La violencia física contra las mujeres se concentra más en la zona poniente de la ciudad respecto de la psicología que es más transversal

Distribución espacial de la VIF, física y psicológica, contra la mujer

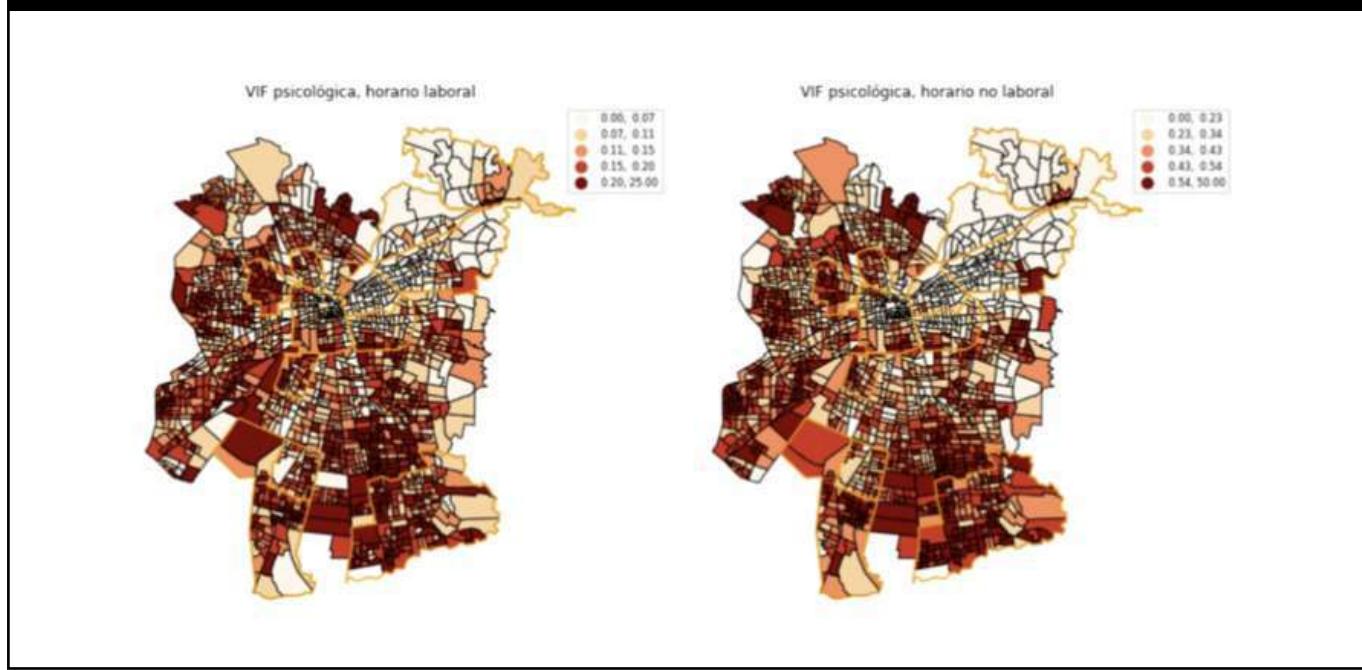


A su vez, esta distribución cambia cuando se disgrega entre VIF física y psicológica: VIF física se concentra mucho más en el horario no laboral que en el horario laboral. La violencia psicológica no es tan segregada.

Distribución espacial de la VIF física contra la mujer según horario laboral



Distribución espacial de la VIF psicológica contra la mujer, según horario laboral



El diferenciar en horario laboral y no laboral evaluando su concentración en distintas unidades territoriales, nos permite ver diferentes patrones de violencia para así tomar decisiones y focalizar las intervenciones del estado para combatir este fenómeno.

Hablábamos de que existen factores promotores de la violencia contra la mujer así como factores protectores que disminuyen la probabilidad que la mujer sufra violencia. La escolaridad es uno de ellos: a mayor años de escolaridad de la mujer menor es la tasa de violencia física contra la mujer, así como también a mayor escolaridad del hombre hay menor la tasa de violencia contra la mujer, por tanto, la educación es un factor protector transversal.

Otra variable es la empleabilidad: a mayor empleabilidad femenina menor es la tasa de violencia. Por su parte a mayor segregación ocupacional -mayor diferencia laboral entre hombre y mujer- mayor violencia. Así sucede con otras variables: a mayor desarrollo humano menor es la tasa de violencia. A mayor tasa de pobreza mayor tasa de violencia.

Relación con variables socioeconómicas

| | Física | Psicológica |
|-------------------------|-------------------|-------------------|
| Educación femenina | -0,75 | -0,55 |
| Educación masculina | -0,76 | -0,54 |
| Empleabilidad femenina | -0,57 | -0,50 |
| Empleabilidad masculina | 0,15 ^b | 0,03 ^b |
| Segregación ocupacional | 0,68 | 0,55 |
| IDH | -0,83 | -0,50 |
| Pobreza | 0,55 | 0,55 |

Todos las correlaciones son estadísticamente significativas ($p < 0,01$), excepto ^a.

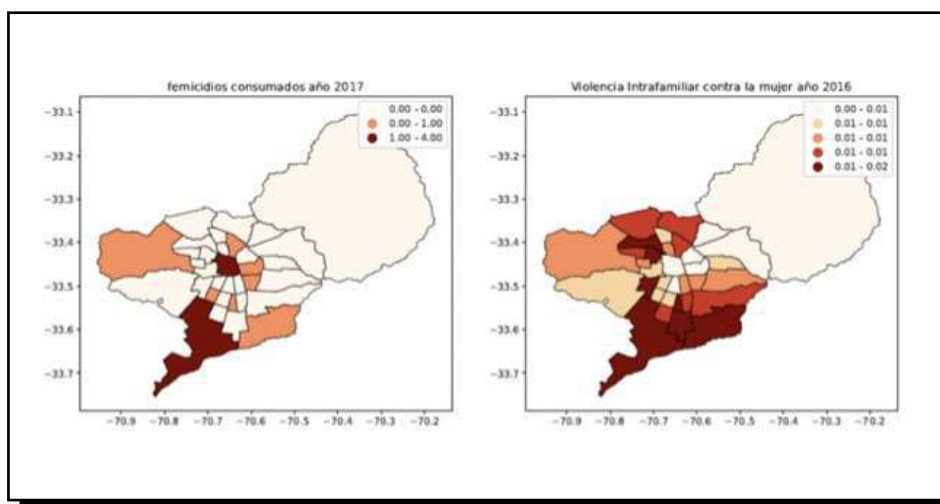
Como conclusión se puede decir que en su distribución **a mayor desarrollo humano menor es la tasa de violencia que podría sufrir la mujer.**

● Los Femicidios

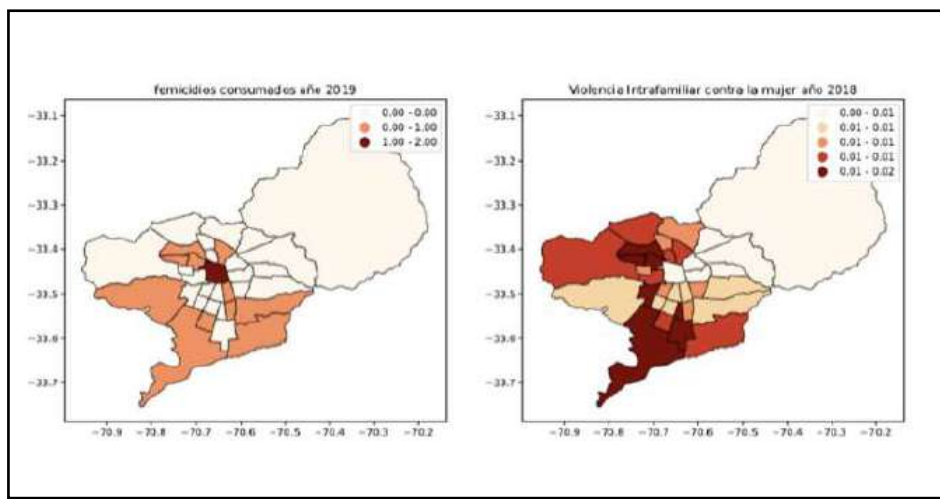
El femicidio es el caso de violencia más extrema contra la mujer. La literatura señala una relación importante entre los conceptos de femicidio y de VIF contra la mujer.

Segun la ley 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/a/e en comun, en razón de tener o haber tenido con ella una relacion de pareja de carácter sentimental o sexual sin convivencia. No obstante, en la actualidad, también se considera femicidio el asesinato de una mujer en razón de su género cuando la muerte se produzca en circunstancias como la negacion a una relación de caracter sexual o sentimental, por orientación sexual o identidad de género, discriminación o por relaciones desiguales, entre agresor y víctima. Generalmente siempre antes del femicidio hay violencia intrafamiliar física y psicológica.

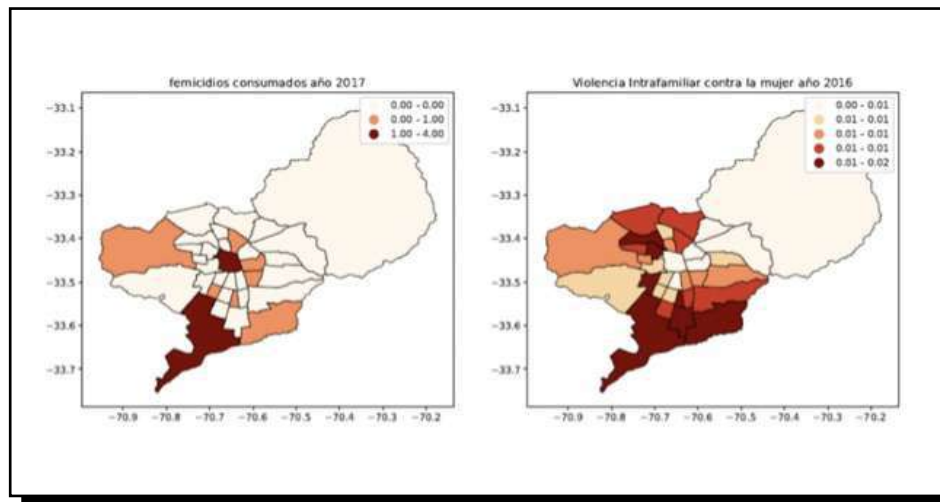
Los femicidios no existen desagregados por unidades territoriales más pequeñas. La estadística de los femicidios son por año, por mes y por comuna. Por lo tanto la única forma de mostrar la tasa de este tipo de violencia es a nivel agregado de comuna para ver su distribución.



Se puede ver que el femicidio y la VIF contra las mujeres están desfasados en un período de tiempo; Específicamente están desfasados los femicidios consumados en el año 2017 respecto de los casos de VIF del año 2016 por lo que se puede generar una hipótesis que si hay mayor cantidad de violencia en el año 2016 podría haber mayor probabilidad de que ocurran femicidios en el siguiente periodo, pero no necesariamente es así es sólo una especulación que no está validada.



Lo mismo en estas imágenes, los femicidios consumados del año 2019 respecto a la violencia en el año 2018



Consideraciones Finales

- Se asume que la violencia es causada por la pareja o cónyuge, pero podría ser causada por otro miembro de la familia.
- El registro geolocalizado considera el lugar de ocurrencia del caso policial (domicilio u otro), hora y día, así como el tipo de violencia.
- Los números deben considerarse detenidamente. Es posible que un número importante de casos de violencia intrafamiliar contra la mujer no aparezca en los registros oficiales (cifra negra o casos no denunciados)
- La violencia psicológica puede subestimarse (no informarse)
- La violencia se evalúa en un contexto ecológico, por lo que el fenómeno se relaciona con el territorio.

REPASA LO APRENDIDO

Escoge la opción verdadera y revisa tu respuesta al final del manual

1. El femicidio es entendido como el asesinato de una mujer

- A. Por parte de quién ha tenido un hijo en común con la víctima, sin necesariamente que haya habido convivencia o una relación carácter sentimental
- B. En los casos en que las circunstancias sean poco precisas o las personas agresoras no se puedan identificar.
- C. En la que se pueda evidenciar la convivencia de ambos.

2. Es correcto referir que:

- A. La violencia es causada siempre por la pareja o cónyuge
- B. Es posible que un número importante de casos de violencia intrafamiliar contra la mujer no aparezcan en los registros oficiales por los casos no denunciados.
- C. La violencia es para todas las personas similar y se relaciona parcialmente con el territorio.

3. El registro geolocalizado considera

- A. El lugar de ocurrencia del caso policial (domicilio u otro), nacionalidad del agresor y los testigos de lo ocurrido.
- B. El lugar de ocurrencia del caso policial (domicilio u otro), antecedentes penales del agresor y la comuna de la víctima.
- C. El lugar de ocurrencia del caso policial (domicilio u otro), hora y día, así como el tipo de violencia.

/CLASE 3 - Violencia Sexual

* **Claudia Dides Castillo**, Socióloga, Magister Género Socióloga, Magister en Estudios de Género y Cultura U. de Chile, Doctoranda Educación y Sociedad, U. de Barcelona. Profesora U. de Stanford, Bing Overseas Program en Santiago de Chile. Académica. Departamento de Gestión y Políticas Públicas. Facultad de Administración y Economía, U. de Santiago de Chile. Miembro capítulo latinoamericano Women in Global Health Chile.
Contacto: @claudiadides

Conceptos a tratar

Nos introduciremos en la violencia de género desde la vulneración de los Derechos Sexuales y Reproductivos además de Proyecto de "Sin consentimiento es violación"

En este capítulo conversaremos sobre un tema que a veces nos cuesta mucho pero es muy necesario: la violencia sexual.

Panorama general

La violencia contra las mujeres es una pandemia silenciosa. La IV Encuesta de Violencia contra la Mujer en el Ámbito de Violencia Intrafamiliar y otros espacios (ENVIF.VCM), de 2020 señala que un 41,4% de mujeres sufrieron algún tipo de VIF en su vida o durante los últimos 12 meses. En encuesta del 2017 marco un 38,2%

Se calcula que una de cada tres mujeres en todo el mundo sufrirá maltrato físico o abusos sexuales a lo largo de su vida. UNFPA, 2020

A escala mundial, el 35 por ciento 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. ONU Mujeres

El número de llamadas a las líneas telefónicas de asistencia se ha quintuplicado en algunos países como consecuencia del incremento de las tasas de violencia de pareja provocado por la **pandemia de COVID-19**.

Al menos 155 países han aprobado leyes sobre la violencia doméstica, y 140 cuentan con legislación sobre el acoso sexual en el lugar de trabajo.

Quince millones de niñas adolescentes de 15 a 19 años han experimentado relaciones sexuales forzadas en todo el mundo.

En cinco regiones, el 82 por ciento de las parlamentarias denunció haber experimentado algún tipo de violencia sexual durante su mandato.

La **violencia sexual** es un ámbito que se ha ido trabajando en el último tiempo, mucho más que en años atrás y esto es debido a que se ha visibilizado la violencia en general. En la década de los '90 comenzamos a hablar de la violencia doméstica, la violencia intrafamiliar, hasta llegar a ampliar con distintos tipos de violencia. Se ha declarado la violencia como una pandemia, que es silenciosa y es un flagelo que lleva miles de años. A propósito de este sistema patriarcal donde se ha naturalizado la violencia hacia las mujeres en varias expresiones estamos actualmente en un momento histórico en el que se ha tratado de visibilizar la violencia en estos últimos años y, por lo tanto, dar cuenta de todas sus dimensiones.

En una encuesta de violencia contra la mujer, en el ámbito de VIF en el 2020, se señala que el **41.4%** sufrió un tipo de violencia en su vida en los últimos 12 meses, esto son encuestas a nivel mundial y si la comparamos con las del 2017 ésta cifra aumenta. Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) **1 de cada 3 mujeres en todo el mundo sufrirá algún maltrato físico o abusos sexuales a lo largo de su vida**, por esto hablamos de un flagelo y de una pandemia. Otro dato interesante es que un **35% de mujeres en el mundo a nivel mundial ha experimentado alguna vez violencia física o sexual**, por parte de pareja íntima o por una persona distinta, estos son datos de ONU mujeres.

El número de llamadas a líneas telefónicas de asistencia en la pandemia del COVID-19 se ha quintuplicado en algunos países. Otro dato relevante es que al menos en **155 países** en el mundo han aprobado leyes sobre violencia doméstica y **140** cuentan con legislación sobre acoso sexual en el trabajo. Esto apunta a que hay un mayor porcentaje de visibilización, no solo por parte de políticas públicas del Estado legislador, sino que principalmente se ha debido a movimientos de mujeres y movimientos feministas en el mundo que han estado incidiendo para poder lograr la visibilización de la violencia sexual en este caso particular.

Un dato que también nos ayuda a reflexionar -y que es lamentable- es que **15 millones** de niñas adolescentes de 15 a 19 años han experimentado relaciones sexuales forzadas en todo el mundo y en cinco regiones el **82%** de las parlamentarias denunció haber experimentado algún tipo de violencia sexual durante su mandato.

Esto nos lleva a plantearnos cuáles son las definiciones de violencia sexual que se han ido acuñando en el trascurso de los años. Cabe señalar que ésto es producto de investigaciones que han desarrollado feministas, personas del ámbito de la salud y de todo tipo de disciplinas, los cuales han logrado una legitimidad. Una de ellas es de la OMS que define la **violencia sexual** como “todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”

RECUADRO 1. DEFINICIONES DE VIOLENCIA SEXUAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia sexual como: “**todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo**” (2).

La coacción puede abarcar:

- uso de grados variables de fuerza
- intimidación psicológica
- extorsión
- amenazas (por ejemplo de daño físico o de no obtener un trabajo o una calificación, etc.)

También puede haber violencia sexual si la persona no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo cuando está ebria, bajo los efectos de un estupefaciente, dormida o mentalmente incapacitada.

La definición de la OMS es muy amplia, pero también existen definiciones más circunscritas. Por ejemplo, para fines de investigación algunas definiciones de violencia sexual se limitan a los actos que incluyen la fuerza o la amenaza de violencia física.

El Estudio multipaís de la OMS (3) definió la violencia sexual como actos en los cuales una mujer:

- fue forzada físicamente a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad;
- tuvo relaciones sexuales contra su voluntad por temor a lo que pudiera hacer su pareja;
- fue obligada a realizar un acto sexual que consideraba degradante o humillante.

También puede haber violencia sexual si la persona no está en condiciones de dar su consentimiento, en este punto no sé si recuerdan que hay un proyecto de ley que tiene que ver con el consentimiento de la persona para tener una relación sexual y también con el uso de condón. Sacarse el condón también es violencia sexual porque no hay consentimiento de la persona, es por eso que es importante lograr una legislación en ese ámbito.

De todas éstas definiciones me interesa rescatar dos que me parecen más interesantes y que logran dar cuenta de ésta amplitud de acciones que se relacionan con la violencia sexual:

- 1º. podríamos definirlo como **uno de los peores tipos de violencias ejercidas hacia la mujer**, es toda conducta que amenace o vulnere el derecho de la mujer a decidir voluntaria y libremente su sexualidad, comprendiendo ésta no sólo el acto sexual, genital o no genital, tales como actos lascivos, actos lascivos violentos, acceso carnal violento o la violación propiamente dicha. UNFPA Venezuela, 2015. Mencionar que cuando se habla de el “peor tipo” no se habla de competir cuál violencia es peor o no.

- 2º. Es **la definición que ya les había mencionado, la definición de la OMS, que es bastante interesante y que se le ha nombrado en políticas públicas**, define la violencia sexual como la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

Sabemos que estamos en un momento de apertura por las transformaciones que se han dado con los últimos años, de poder visibilizar éstos actos violentos que antes aparecían naturalizados como una conducta de los seres humanos y por eso es un proceso de cambio cultural que es muy importante, cómo nosotras mismas estamos acuñando nuevos conceptos y vamos aprendiendo lo que es acoso, lo que es abuso, etc. Esto es un proceso de transformación cultural y podemos estar alerta a poder transmitir estas concepciones hasta que podamos cambiar el sistema educacional, por lo tanto, el sistema patriarcal que es de donde se deriva todo este tipo de violencia, acoso y otros actos violentos.



TIPOS DE VIOLENCIA SEXUAL

Hay una serie de tipos de violencia sexual y, como todo conocimiento que es acumulativo, me parece importante señalar que esto está abierto, es decir, podemos encontrar una serie de nuevos tipos de violencia o acciones relacionadas con la violencia sexual que vamos a ir aprendiendo, por ejemplo, la violencia psicológica, violencia física, entre otras, mencionadas en la siguiente imagen:

| | | |
|---|--|--|
| Violencia Psicológica | Violencia física | Violación en el matrimonio o en las citas amorosas |
| Acoso sexual: insinuaciones sexuales no deseadas o acoso sexual (en la escuela, el lugar de trabajo etc.) | Acoso u hostigamiento | Tráfico de mujeres, niñas y adolescentes |
| Amenaza | Trata de mujeres, niñas y adolescentes | Esclavitud sexual violación en el matrimonio o en citas amorosas; |
| Violación por desconocidos o conocidos | Violación sistemática, esclavitud sexual y otras formas de violencia particularmente comunes en situaciones de conflicto armado (por ejemplo fecundación forzada); | Abuso sexual de personas física o mentalmente discapacitadas; violación y abuso sexual de niños; y n formas "tradicionales" de violencia sexual, como matrimonio o cohabitación forzados y "herencia de viuda" |

Ojo con las violaciones en citas, antes no se consideraban como violación si no tenías una relación, por eso me parece importante mencionarlo. Es importante dejar abierto esto porque por ejemplo en hostigamiento podemos incluir cyberacoso (acoso digital).

Por su parte, siempre que hay un conflicto armado son las mujeres y niñas las más violentadas, sobretodo sexualmente, también en los desastres naturales por la condición de precariedad de las víctimas, también lo hemos visto ahora en la pandemia, que ha aumentado la violencia sexual en cuarentenas.

A veces, también hay "tradiciones" de inicio de vida sexual de niñas donde los familiares las violan, acá también se incluyen. Todo esto tiene que ver con temas culturales de cada país.

● Factores que inciden en la violencia sexual

Primero, las **normas sociales y culturales**, que es lo que hemos hablado con el **patriarcado**, desde la infancia nos enseñan a comportarnos de cierta manera y seguir estereotipos que dan por sentado que hay algunas cosas que son naturales. Entonces, si aprendemos desde los inicios del ciclo vital que algunos tipos de acoso no se deben denunciar porque no son tan importantes o porque la sociedad no le da la importancia se va erosionando social y culturalmente los derechos humanos de las mujeres y las niñas, es por eso que el cambio cultural es lento, es un cambio en el orden social y vamos a tener que batallar, son verdaderas guerras culturales donde tenemos que evitar que se nos diga que nuestros vientres son vasijas para tener hijos e hijas, que ya no tenemos derecho para votar, porque se nos cuestiona el derecho a decidir, es importante porque todo esto lo podemos transformar.

Hay otro detalle en la violencia sexual que tiene que ver con la falta de respuesta de los sistemas y servicios públicos y privados. En éste sentido, me gustaría centrarme en el déficit de políticas públicas con la prevención de violencia hacia las mujeres, en todos sus tipos, además de la violencia sexual. Cuando la mujer llega a algún servicio de salud o a denunciar violencia sexual, ¿de qué manera la estamos recibiendo? ¿Cuánta capacitación en la temática tiene el equipo de profesionales que atienden en esos servicios? Ahí nos enfrentamos a esa barrera donde se evidencia el déficit de políticas públicas en materia de atención y acogida de violencia sexual.



Por otro lado, tenemos también la **pobreza**. La pobreza es un factor que incide en los comportamientos de las personas que realizan este tipo de acto de violencia, porque sabemos que a mayor educación y mayor reconocimiento de lo que son, por ejemplo, los derechos humanos, hay mayor posibilidad de evitar ese tipo de conducta de hombres, quienes mayoritariamente son los que cometen actos de violación sexual hacia las mujeres.

Ya les decía lo de la **guerra y los conflictos**, a propósito del cambio climático vamos a estar más expuestas a la violencia, porque van a haber grupos migrantes, donde hay mujeres y niñas, que serán desplazados, lo que significa más pobreza y vulnerabilidad donde va a aumentar la violencia sexual.

Y por otro lado, hay una **falta de educación en derechos humanos**. Si hay algo que nos une a los seres humanos es un mínimo común de convivencia que permite resguardar y garantizar los derechos de las mujeres, en particular tiene que ver con los derechos humanos. En la medida que haya una población que sepa lo que son los derechos humanos, hasta donde llegan, todas las acciones que implican los derechos humanos, también los derechos sexuales y reproductivos, tenemos un cambio en las personas y vamos a promover formas diversas de poder vivir en condiciones de igualdad y de justicia para todos los seres humanos, en particular para las mujeres y niñas.

Este es un marco normativo internacional, lo pueden leer a continuación:

TABLA N°9: HERRAMIENTAS INTERNACIONALES RELACIONADAS CON LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y VIOLENCIA SEXUAL

| Nombre | Descripción |
|--|---|
| Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes (Ratificación en 1988) | La Convención busca impedir absolutamente el uso de las torturas por parte de los Estados, sin admitir ninguna excusa ni situación extraordinaria, como la guerra o cualquier otra emergencia. |
| Conferencia de Población El Cairo (1994) | Plantea la necesidad del acceso universal de servicios de salud reproductiva y sexual para el 2015. |
| Seguimiento de Beijing-5. | Señala el estado de acceso a la prevención de las mujeres y fomento de la sexualidad responsable frente a los hombres. |
| Convención para la Eliminación de Todas Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (Ratificación 1989, implementación 1990) | Reconoce que la violencia contra las mujeres es una forma de discriminación que dificulta el goce de derechos humanos fundamentales de las mujeres. |
| Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém Do Pará) (Ratificación en 1998) | Define todos los tipos de violencia contra la mujer y sus espacios (público, privado e institucional) y desarrolla una estrategia para erradicar la violencia contra la mujer. |
| Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional y sus Protocolos, contra el Tráfico Ilicito de Migrantes por Tierra, Mar y Aire, y para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, especialmente Mujeres y Niños (Protocolo de Palermo) (Ratificación en 2005) | Entre otras cosas, tipifica y condena diferentes tipos de tratos de personas, incluida la con fin de explotación sexual y la prostitución forzada. |
| Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (Ratificación en 2001) | Entre otras cosas, define la violencia sexual como crímenes de guerra y de lesa humanidad cuando se cometen como parte de un ataque generalizado o sistemático y crea la Corte Penal Internacional para permitir a las víctimas de estos delitos el obtener retribución o denunciar violencia institucionalizada. |
| Manual de Legislación sobre la Violencia contra La Mujer de las Naciones Unidas (2012) | Presenta recomendaciones para el desarrollo de normas y leyes efectivas para erradicar la violencia de género. |

Fuente: www.un.org/womenwatch/daw/cepal/tema/2012

Marco normativo internacional

- Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
- Convención contra la Tortura
- Pacto de los Derechos Civiles y Políticos
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Belém do Pará • Plataforma de Acción de Beijing

Este marco nos sirve para darlo a conocer en nuestros mismos espacios: colegios, APS, municipios, organizaciones sociales, espacios universitarios, cualquier espacio común donde participan las personas, porque es importante saber que tenemos mecanismos normativos internacionales que nos protegen. Por ejemplo, está la Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Convención contra la Tortura, el Pacto de los Derechos Civiles y Políticos, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer y la plataforma de acción de Beijing.

Esto nos permite decir que aquellos que han gobernado en el mundo han tenido que tomar decisiones, han firmado y han ratificado estas normativas internacionales para proteger, en éste caso particular, lo que estamos hablando de violencia de género y violencia sexual. Esto nos da el marco jurídico normativo, los principios con los cuales podemos desarrollar diferentes actividades en nuestras comunidades, principalmente a partir de políticas públicas que tengan como objetivo erradicar la violencia y promover otro tipo de formas de convivir en nuestra sociedad.

Ahora, hay algunas cosas que son bien importantes que tienen que ver con las consecuencias que tiene la violencia sexual para la salud de las mujeres. Solemos pensar que hay sólo consecuencias en salud mental, pero cuando empezamos a ver el detalle nos encontramos con que son múltiples y variadas, por lo tanto, son en distintos ámbitos

Por ejemplo, en **salud reproductiva** hay traumatismo ginecológico, embarazo no planeado, aborto inseguro, disfunción sexual, enfermedades de transmisión sexual y fístula traumática. En el caso de la salud mental tenemos la depresión, el trastorno por estrés postraumático, ansiedad, dificultades del sueño, síntomas somáticos, comportamientos suicidas, trastorno de pánico entre otros. **En lo conductual** nos encontramos con comportamientos de alto riesgo, por ejemplo, relaciones sexuales sin protección, iniciación sexual consensual temprana, múltiples vínculos íntimos, abuso del alcohol y otras drogas, también riesgo mayor de perpetrar o de sufrir violencia sexual posteriormente. Y, en los **resultados mortales** está la muerte por suicidio, complicaciones del embarazo, aborto inseguro, Sida, asesinato durante la violación o en defensa del “honor”, infanticidio como resultado de una violación entre otros. Entonces, hay múltiples consecuencias que tienen distintos campos de acción en el ámbito de las políticas públicas, también en los diferentes grupos y organizaciones que trabajan para prevenir la violencia sexual.

En Chile también tenemos datos y deberían estar en una base de datos donde todos los ministerios puedan acceder e incluir la información sobre violencia sexual, pero aún no llegamos a eso y creo que es uno de los grandes desafíos para el Estado de Chile, en ese contexto, dejo los siguientes datos para complementar.

Chile

En Chile el Centro de Atención a Víctimas de Violencia Sexual reporta 20 mil delitos de abuso sexual anualmente, que afectan a niños y niñas menores de 11 años. De estos delitos son denunciados solo un 10% y un 3% recibe sentencias judiciales condenatorias

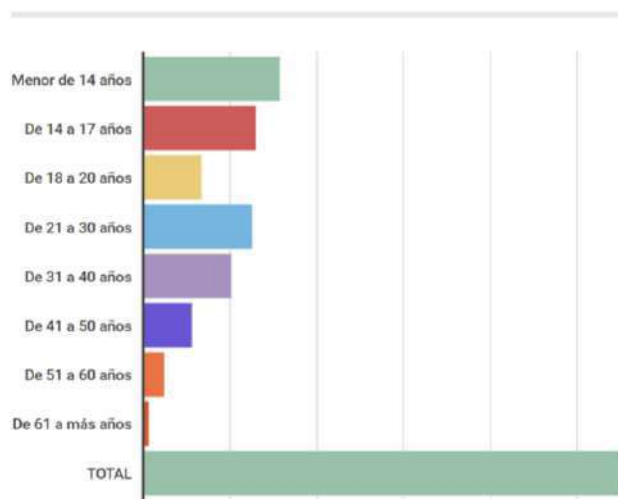
PDI- declara que en 2017 se investigaron 4.290 delitos sexuales y de ellos 2.622 (61%) fueron cometidos contra menores. Los datos no están desagregados por sexo.

Durante 2020, se registraron 93.440 denuncias de casos de violencia intrafamiliar (VIF). Fuente: Informe Derechos Humanos, UDP, 2020

La Subsecretaría de Prevención del Delito, durante 2020, registró 11.128 denuncias de abusos sexuales y otros delitos sexuales. Considerando los casos policiales, indicador que incluye denuncias y casos de flagrancia, este número asciende a 12.277 en el caso de delitos sexuales. Fuente: Informe Derechos Humanos, UDP, 2020

Ministerio Público registró 26.447 víctimas de delitos sexuales en 2020, de las cuales 17.438 corresponden a menores de edad. Fuente: Informe Derechos Humanos, UDP, 2020

Rango de edad



Hay que estar revisando constantemente los protocolos de atención a víctimas de violencia sexual e ir capacitando al equipo de salud, también hay que hacer la relación directa con las comunidades y a esto me refiero con agrupaciones de mujeres, organizaciones de jóvenes, de la disidencia sexual, de la discapacidad, todo aquello que se organizan en comunidad para armar estas redes de protección y que el Estado de Chile, a partir de políticas públicas, nos pueda garantizar tanto el tratamiento como la acogida, como por supuesto, la justicia.

Algunos datos de la PDI que son muy importantes: en los tres primeros meses del año 2021, a nivel nacional, la PDI registró un total de 1686 víctimas y denunciados de casos de delitos sexuales. Cifra que representa un 5% de aumento con respecto a los 1598 casos que se presentaron en 2020 durante el mismo período. De este universo, **el delito más frecuente es el de abuso sexual contra niños y niñas de menos de 14 años de edad**, con 589 casos en 2020 y 691 en 2021. Si bien esto es un 17% más, **el delito con mayor porcentaje de aumento (113%) fue el abuso sexual de mayor de 14 años por sorpresa y/o sin consentimiento que pasó de 75 víctimas a 160.**

También tenemos un marco normativo nacional, siempre es importante saber que existen va desde la ley de VIF hasta la ley de acoso callejero, hay una variedad de leyes y proyectos también que se deben discutir en el parlamento, sin embargo, también podemos preguntarnos: ¿por qué no tenemos una ley integral que contenga todos estos tipos de violencia y que permita a nivel de organismos de Estado que puedan hacer políticas más efectivas?.

Marco normativo nacional

1994 Ley N°19.325 Ley de Violencia Intrafamiliar.

1995 Ley N°19.409 (CP) tipifica y sanciona el delito de trata de blancas.

1999 Ley N°19.617 Modifica el Código Penal, el Código de Procedimiento Penal y otros cuerpos legales en materias relativas al delito de violación.

2003 Ley N°19.874 Facilita la denuncia en casos de atentados sexuales y permite una mejor investigación del delito.

2004 Ley N°19.927 Modifica los códigos Penal de Procedimiento Penal y Procesal Penal en materia de delitos de pornografía infantil 2005 Ley N°20.005 Tipifica y sanciona el acoso sexual.

2005 Ley N°20.066 Ley de Violencia Intrafamiliar. Reemplaza Ley N°19.325.

2007 Ley N°20.207 Establece que la prescripción de delitos sexuales contra menores se computará desde el día en que éstos alcancen la mayoría de edad.

2010 Ley N°20.480 Modifica el Código Penal y la Ley N°20.066 sobre Violencia Intrafamiliar, estableciendo el "femicidio"

2011 Ley N°20.526 Sanciona el acoso sexual de menores la pornografía infantil virtual y la posesión de material pornográfico infantil

2019 Ley de Acoso Callejero

Ahora, esto no puede ser erradicado porque se relaciona con el orden patriarcal, esto no será posible erradicar solo con políticas públicas del Estado, es un desafío mayor para la sociedad chilena y las que más están sufriendo la violencia son las mujeres y niñas en las distintas comunas y territorios de nuestro país, en ese sentido me parece que hay un déficit y barreras de acceso también, una falta de consciencia de quienes están a cargo de estos grupos asociados desde la primera infancia hasta las universidades, que justamente en Mayo del 2018 lo que hace esta cuarta ola⁶ es dar cuenta de la violencia que se ejerce, el nivel de acoso y que hoy en día contamos con protocolos de universidades, hay que ir viendo cómo se van aplicando, cómo vamos levantando acciones de reparación. Esto es un desafío país para cada organización y para el Estado en conjunto, de otra manera no creo que podamos erradicar la violencia sexual.

Como última información les dejo estos desafíos para que puedan pensar:



- **Educación no sexista, educación en derechos humanos de las mujeres y niñas.**
- **Necesidad de contar con mayor información acerca de los diversos tipos de violencia sexual.**
- **Contar políticas públicas en particular con espacios de confianza y seguridad para incentivar la denuncia.**
- **Ausencia de medidas de protección para mujeres y niñas denunciantes, sus familiares o testigos.**
- **Sanciones débiles o inexistentes.**
- **Asistencia médica y psicológica oportuna y adecuada.**

⁶Nota de quién edita: Cuarta ola, hace referencia a la cuarta ola feminista. El movimiento feminista se puede establecer en base a Olas. Para interiorizarse en la temática se sugiere leer el capítulo "Género y Salud: Marcos teóricos desde el feminismo" de Manual formación en género Colegio médico de Chile. pág. 17 (2019)

Mencionar que a nivel de sistema educacional -desde el jardín hasta la educación superior- podemos dar un paso hacia adelante para una cultura menos violenta y con educación en derechos humanos. Necesitamos una base de datos que dé cuenta de todos los tipos de violencia, con información de sexo, género, comunas por grupos etarios, pueblos originarios y migrantes. Con la base de datos no sólo me refiero a números, sino que también a la investigación cualitativa para comprender de mejor forma la violencia y aportar a la erradicación de ella. Invitarles además a reflexionar sobre las sanciones débiles e inexistentes que tienen los victimarios hasta el día de hoy.

Para finalizar les recomiendo un video sobre acoso y la experiencia en México con la Ley Olimpia que se encuentra en la plataforma web de UNFPA. También les dejaré una bibliografía con textos recomendados para que puedan observar respecto a la violencia sexual en Chile y que, lamentablemente, es un tema existente, es un tema real y que no ha disminuido, por lo tanto, significa que tenemos un desafío grande para todas las mujeres, niñas y también niños que han sufrido este tipo de violencia. Muchas gracias.

/CLASE 4 - Maltrato infantil y abuso sexual en infancia

* **M^a de los Ángeles García Brahm**, Psicóloga Clínica, U. Católica de Chile. Diplomada en Psicoterapia Infanto Parental (VIT-CAV) y en Psicoterapia sistémica Narrativa Infanto juvenil, U. de Chile. Formación continua en apego, buen trato, microanálisis y videofeedback, protección de derechos de la infancia e interculturalidad. En el CIT trabaja en atención clínica a niñas, niños y adolescentes en el área de proyectos y es supervisora del programa de prácticas profesionales. Contacto:

Conceptos a tratar

Responderemos a las preguntas ¿quiénes son los agresores y cómo establecer límites?, nos introduciremos en el abordaje y sospecha de violencia sexual en NNA, considerando a su vez, los ciclos vitales de la infancia y adolescencia.

Glosario

- ASI - Abuso sexual infantil
- NNA - niños, niñas y adolescentes

En este capítulo nos interiorizaremos en el tema de violencia hacia los niños, niñas y adolescentes (NNA) y abuso sexual infantil.

HOJA DE RUTA

1. Maltrato infantil (qué es, tipos y consecuencias)
2. Abuso sexual infantil (definición, dinámica, indicadores, entre otros)

Dentro de los temas más específicos veremos qué es el maltrato infantil, los tipos de maltrato y las consecuencias y en cuanto al abuso sexual infantil, conoceremos su definición, la dinámica, los indicadores, quiénes son agresores sexuales y adolescentes que transgreden.

MALTRATO INFANTIL

- En 1948, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) con la **Declaración Universal de los Derechos Humanos**, proclama que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a cuidados y asistencia especial. En 1959 se aprueba la **Declaración de los Derechos del Niño** y luego, la **Convención sobre los Derechos del Niño**, que es ratificada por Chile en 1990.

- **NNA como sujetos de derecho:** NNA donde sus derechos sean reconocidos y respetados con igualdad de condiciones que las personas adultas.

- **Maltrato infantil:** Es todo comportamiento, discurso u omisión cometida por individuos, instituciones o la sociedad, que transgreda las necesidades, derechos y libertades de NNA.



Las primeras palabras que aludían a maltrato infantil fueron generadas a partir del siglo IXX (diecinueve), se estima que en 1948 la ONU a través de la Declaración Universal de Derechos Humanos proclama que todos los niños, niñas y adolescentes tienen el derecho a recibir cuidados y atenciones especiales. Finalmente se plasma este derecho en la Convención de los Derechos del niño, que fue ratificada por Chile en 1990.

Esto es de gran relevancia porque establece a NNA como sujetos de derecho lo que significa que son reconocidos y respetados en todos sus derechos con igualdad de condiciones que los adultos.

Después de todo este tiempo en donde se ha venido dialogando acerca del maltrato infantil hoy día nos encontramos con varios conceptos asociados pero nos vamos a quedar con que el **maltrato infantil** es “todo comportamiento discurso u omisión cometido cometido por individuos e instituciones o la sociedad que transgredan las necesidades derechos y libertades de la niña y el niño”

Tipos de maltrato hacia NNA

- **Físico:** Empleo de la fuerza física con la intención de causar dolor. Golpes con partes del cuerpo del adultx o con diferentes instrumentos. Incluye el **castigo físico** (socialmente más aceptado por tener el propósito de “controlar o corregir” una conducta, pero es una violación de derecho).
- **Psicológico:** Palabras que humillan, rechazan o denigran al niñx; ambiente relacional caracterizado por gestos que implican confusión.
- **Negligencia / abandono:** Personas responsables de lxs niñxs no hacen nada para evitarles sufrimiento o no hacen lo necesario para satisfacer sus necesidades básicas. Omisión de cuidados. Baja visibilidad, a excepción de situaciones extremas (desnutrición). Forma de maltrato más desconocida e ignorada.
- **Sexual**

La mayor parte de las veces hay más de un tipo de violencia.

● Tipos de maltrato infantil

Tenemos distintos tipos de maltrato acá vamos a hablar de los más generales y uno de ellos es el **maltrato físico** que es “el empleo de la fuerza física de parte de un adulto con la intención de generar dolor en el niño o la niña y para ello el adulto puede ocupar las partes de su propio cuerpo, es decir la mano, el pie o elementos externos tales como correa o lo que encuentre. Acá se incluye al **castigo físico**, lo destaco y separo porque todavía hay discursos en donde se señala que el castigo físico puede ser para controlar o corregir una conducta y en ese sentido a veces se estima como un beneficio para ese niño o esa niña entonces tiende a ser más aceptado socialmente. La verdad es que hoy día hay investigaciones que avalan que cualquier tipo de maltrato hace elevar los niveles de cortisol en el cerebro de NNA y por supuesto que eso tiene efectos nocivos en el cerebro, por tanto, el maltrato físico y el castigo físico deben ser comprendidos cómo una violación de derechos de todas formas, aun cuando esta tenga intención de corregir una conducta determinada.

Por su parte, el **maltrato psicológico** son palabras que humillan, rechazan o denigran a NNA y se da un ambiente relacional caracterizado por confusión.

Está también la **negligencia y el abandono** que se generan cuando las personas responsables de NNA no hacen nada para evitarles el sufrimiento o no hacen lo suficiente para satisfacer las necesidades básicas, entonces es una omisión de cuidado. El tema con la negligencia sobre todo es que es la forma de maltrato más difícil de pesquisar salvo que estemos en situaciones extremas como la desnutrición y entonces es muy desconocida e ignorada y pueden pasar años hasta que el niño o la niña crezcan sin que nos percatemos de esto. También está el **abuso sexual** que vamos a especificar en un ratito más.

Es importante y que sepamos que la mayor parte de las veces hay más de un tipo de maltrato entonces por ejemplo un niño que está siendo abusado físicamente puede también estar recibiendo maltratos psicológicos, puede ser víctima a su vez de negligencia. Una niña víctima de abuso sexual puede también ser maltratada físicamente y psicológicamente etc..

● Consecuencias del maltrato infantil

Consecuencias del maltrato infantil

- Depresión, baja autoestima, agresividad, desesperanza, escasas habilidades de afrontamiento, dificultades en el control de impulsos y regulación emocional, peor desempeño académico, bajas habilidades sociales.

- **Doble vínculo:** Quien me cuida, es quien me agrede. Afectación en el desarrollo del sentido de sí mismo.

- **Trauma complejo / Disociación**

- Presentan alto riesgo de generar psicopatología y conductas problemáticas a lo largo de su vida.



En cuanto a las consecuencias del maltrato tenemos que decir que son tremendamente significativas especialmente cuando nos referimos a un maltrato intrafamiliar. A nivel general podemos comentar que la depresión, la baja autoestima, la agresividad, la desesperanza, las escasas habilidades de afrontamiento, la dificultad en el control de impulsos, la desregulación emocional, el mal desempeño académico y las bajas habilidades sociales entre otros son ciertas consecuencias del maltrato.

Hablábamos anteriormente sobre el maltrato intrafamiliar específicamente ya que sabemos que la mayor tasa se genera internamente dentro del sistema familiar. Este tipo de maltratos tiene un efecto particularmente devastador en NNA, hay autores que lo explican a través del concepto del **doble vínculo** que significa que quién me agrede es quién me cuida y me quiere. Entonces se produce una confusión en el o la NNA. Frente a ello producto de la lealtad familiar, el deseo de idealizar y mantener una percepción positiva hacia su figura materna o paterna el niño o niña empieza a justificar esta acción. A partir de ahí empieza a autoinculparse y a sentir que merece ese golpe o de ese insulto.

Esto provoca una negación del daño y es un ataque a la propia percepción entonces ocurre pues que el niño y la niña dejan incluso de registrar corporalmente el daño que les ocasiona este tipo de maltrato puesto que como comentamos esto tiene un efecto en la autoestima.

En ciertas ocasiones todo lo anterior ocasiona un **trauma complejo** que son eventos o experiencias de eventos traumáticos que ocurren de manera demasiado rápida o abrupta son demasiado intensos o son eventos que ocurren en épocas demasiado tempranas de la vida de un niño o niña esto provoca lo que ciertos autores llaman **tsunami** por la impresión que provoca todos estos eventos, es por lo traumáticos que pueden llegar a ser, nuestra psiquis no pueda organizar una respuesta eficiente para enfrentarlo y de esta manera llegamos en algunas ocasiones a la **disociación** entendida cómo un mecanismo de defensa en donde



escindimos o separamos el afecto del contenido traumático, esto se ve por ejemplo en situaciones donde los niños pueden hablar de que sus papás o mamás les pegan o los abusan pero lo comentan como si eso no les doliera y sin la expresión de un dolor y esto también lo podemos ver en adultos que pueden contar historias traumáticas, terribles y los vemos más desconectados, ahí está operando la disociación que también en caso extremos no solamente se provoca con la escisión de este afecto sino que también a través del olvido del evento traumático propiamente tal. Esto pasa especialmente en el abuso sexual infantil cuando se producen olvidos por un tiempo es decir hay una total disociación y después e incluso en la adultez la persona recuerda. Por supuesto que esta disociación la psiquis la genera porque es la última manera de protegernos, es el último recurso que tenemos para sobrevivir y es lo que finalmente nos hace sobrevivir y poder seguir viviendo valga la redundancia más o menos de manera adaptada.

Por supuesto que si bien es un mecanismo de defensa, todo esto genera una psicopatología muy importante en la vida de NNA víctimas de maltrato y puede provocar problemas a lo largo de toda la vida.

ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI)

- Entre 50 y 70 niños, niñas y adolescentes son abusados cada día, aproximadamente 1 cada media hora (Vinka Jackson, 2021).
- 1 de cada 6 niños/as devela antes de la adultez (Vinka Jackson, 2021).
- Según el Observatorio de la niñez y adolescencia (2017), la **cifra negra**, es decir, aquellas **agresiones sexuales que no se denuncian, alcanza el 70% de los casos**. Esto hace acumular una gran cantidad de casos de los que nunca se conoce o bien se llegan a conocer pero nunca denuncian, por lo que no estarán considerados en las cifras oficiales y con ello en las políticas de Estado.

En particular sabemos que entre 50 y 70 NNA sufren abuso sexual cada día, aprox., 1 cada media hora y que sólo 1 de cada 6 niñas o niños van a develar antes de la adultez esta situación. Entonces podemos hablar de una cifra oculta en donde se considera que más del 70% de los casos no se denuncian, lo cual es grave en términos de comprender el aislamiento en el que está la víctima y que por supuesto al no denunciarse, no se consideran para futuras política.

Es toda situación en la que un niño, niña o adolescente es forzado por un tercero a realizar **cualquier tipo de interacción sexual** que no está en condiciones de comprender, y que no son apropiadas para su edad y su desarrollo psicosexual.

- **Con contacto físico:** Contacto genital con o sin penetración, masturbación, tocaciones, entre otras.

- **Sin contacto físico:** Exhibición de las partes privadas, masturbación al frente del niño/a, voyerismo, exposición de los niños, niñas y adolescentes a material pornográfico.

El **abuso sexual infantil** es toda situación en la que un NNA es forzado/a por un tercero a realizar cualquier tipo de interacción sexual que no está en condiciones de comprender y que no son apropiadas para su desarrollo psicosexual. El abuso sexual infantil es importante que sepamos que puede ser con contacto físico o sin contacto físico, es decir, puede haber contacto genital con o sin penetración, masturbación, tocaciones entre otras pero también puede ser exhibición de las partes privadas, masturbación frente al niño, exposición a los NNA a material pornográfico etc..Es importante que tengamos en cuenta que la gran mayoría de las veces el abuso sexual no deja huella y eso por supuesto que es bastante complejo a la hora de determinar si hubo abuso sexual o no, ahí tenemos un desafío importante en términos judiciales y penales hasta el día de hoy.



● Etapas del abuso sexual infantil

Etapas:

- 1. Seducción:** El agresor manipula la confianza y dependencia de la víctima y presenta al NNA los actos abusivos como juegos o comportamientos sanos y normales. Prepara el terreno para no ser descubierto.
- 2. Interacción Abusiva:** Proceso gradual y progresivo. Ley del silencio, aumenta aislamiento por sensación de culpa y vergüenza de la víctima.
- 3. Divulgación/Revelación:** Accidental o premeditada. El Sistema entra en crisis, desorganización interna, posibilidad de retractación (imposibilidad de ver, incluso de los profesionales). Importancia de mantener las crisis.
- 4. Nuevo equilibrio:** Importancia de la intervención terapéutica y social (reconocimiento de quién es el agresor y quién es la víctima, denuncia).

El abuso sexual infantil tiene distintas etapas así en este sentido es un proceso:

1. Primera etapa -> La fase de la seducción. En donde el agresor manipula la confianza y la dependencia de la víctima a través de una atención especial a la víctima, ya sea a través de regalos o sencillamente a través de una mayor atención emocional. Es importante señalar que la mayoría de los agresores selecciona a su víctima previamente ¿cómo la selecciona? visualizando que este niño y niña está más aislados entonces a partir de eso tenemos que saber que uno de los grandes factores de riesgo es el aislamiento de ese niño o niña entonces el agresor en este proceso de galanteo por así decirlo presenta estos actos abusivos como juegos como comportamientos sanos y normales entonces va preparando el terreno.

Segunda fase -> Fase de la interacción abusiva Esta fase también surge como un proceso gradual y progresivo en donde primero, por ejemplo podemos tener exposición a material pornográfico después tocaciones y después penetración. Aca en esta fase se instaura **la imposición del secreto o la ley del silencio** que quiere decir que el agresor a través de amenazas directas o indirectas hace creer al niño que él o ella es culpable de todo. Acá entonces eso provoca sensación de culpa y vergüenza a la víctima y así el agresor después le va a decir que si abre este tema con alguien la mamá se va a

decepcionar por su culpa de él o de ella, o es si tú dices algo le voy a hacer lo mismo tu hermana etcétera entonces el niño y la niña se encuentran en un dilema muy difícil de resolver el producto de esta misma ley del silencio que impone el agresor. Esta fase presenta la **Alienación sacrificial**.

Alienación sacrificial

Proceso de adaptación de las niñas/os".
Sintomatología que puede variar.

1. Fase inicial: Niña/o experimenta un cambio inesperado en el contexto de la vida habitual: confusión, estrés y angustia, manifestándose ello en trastornos del sueño, hiperactividad, hipervigilancia, aislamiento social, entre otros. Se siente víctima.

2. Adaptación: Especie de equilibrio, niño/a niega su propio dolor y adopta el rol de "hombre o mujer" dispuesto a satisfacer al agresor. Debido a que el niño/a debe recrear una imagen satisfactoria de sí mismo y del agresor/a, distorsionando la realidad con la idealización de éste, para controlar su angustia e integridad y así poder sobrevivir. Causa un grave daño en el/la niño/a.

La **alienación sacrificial** habla de síntomas relacionados a un proceso de adaptación de el o la NNA, nos encontramos en primer lugar con una **fase inicial** en donde la niña o niño experimenta un cambio inspirado en el contexto de su vida habitual. Acá se produce confusión, estrés, angustia, trastornos del sueño etcétera. Sintomatología relacionada al trastorno por estrés postraumático en donde la víctima siente que hay algo raro que está pasando. Sin embargo después pasamos a una **fase de adaptación** que es una especie de equilibrio en donde el niño o la niña niega su propio dolor y acepta el rol de hombre o mujer que satisface al agresor. Esto como vimos anteriormente, tiene que ver con la disociación, con el trauma complejo y es por la necesidad de el niño y la niña de crearse una imagen satisfactoria de sí mismo/a y del agresor. Distorsionan la realidad con la idealización de éste y así van a controlar la angustia. Esta adaptación es un mecanismo de supervivencia.

3. Tercera fase -> La fase de la divulgación o de la revelación. Fase que como sabemos no siempre llega y cuando llega muchas veces puede llegar tarde. Esta revelación puede ser **accidental** cuando un tercero encuentra manteniendo interacción sexual al agresor con el niño o la niña o **premeditada** cuando un niño o niña se atreve a hablar. Acá es fundamental la confianza que haya con las figuras de apego principales para que un niño/a pueda explicitar lo que le está ocurriendo. En esta etapa el **sistema va a entrar en crisis**, acá es importante entender que el hecho de reconocer que existe un abuso sexual es traumático en sí, es horroroso y forma parte del registro de lo impensable, de lo que no se quiere hablar, entonces cuando ocurre se produce una desorganización interna a nivel familiar y social ya que frente a ésta realidad incluso las personas más expertas en la materia vamos a preferir no aceptar primariamente lo ocurrido. Como mecanismo de protección preferimos no ver o escuchar que no era tan así y esto es propiamente por las características de abuso sexual. Por esta realidad traumática hay una posibilidad muy alta de retractación de la víctima y esto tiene consecuencias también después

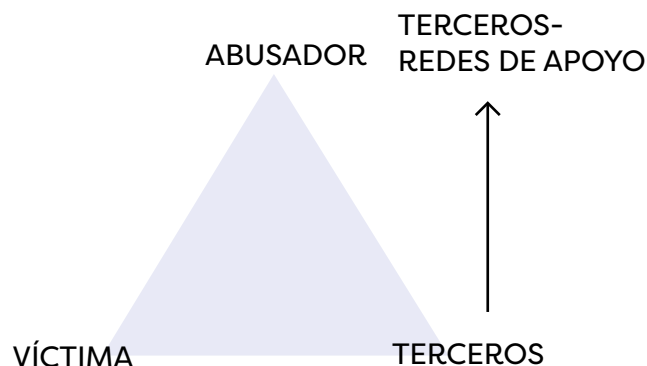
a nivel penal, cuando el discurso de la víctima empieza a cambiar y se vuelve confuso se puede empezar a minimizar o incluso a tener un relato más contradictorio, pero esto se da precisamente para evitar que el sistema siga en crisis y acá por supuesto que lo más importante es mantener esta crisis y no volver al equilibrio patológico anterior en donde se facilitaba el abuso.

4. Cuarta etapa -> Nuevo equilibrio. Si mantenemos esta crisis llegamos al nuevo equilibrio en donde es tremendamente importante la **intervención terapéutica** pero sobre todo la **intervención de un tercero**, de una figura significativa. Es decir, una figura de apego para ese niño o niña al cual puedan creerle y acompañarle durante todo el proceso. Lo más importante en ésta etapa es tener **apoyo familiar**, de esa manera el proceso de reparación va a ser complejo pero con acompañamiento va a ser totalmente distinto. Además es tan importante la denuncia porque ya de por sí es confuso para quién es víctima el determinar al culpable -ya que la víctima cree que es la culpable- el que hay un tercero que te diga "tú eres la víctima no tienes culpa en esto" es muy reparador.



● Dinámica del abuso sexual infantil : El abuso de poder

El abuso sexual es principalmente un **abuso de poder** entonces acá hay algunos autores que explicitan este abuso sexual en este triángulo que explica la dinámica del abuso de poder, en donde el **abusador** se encuentra en la cúspide porque es quien tiene más poder, la **víctima** es quien está en un nivel de poder inferior y al lado de la víctima están los **terceros** (nosotras/os/es) quiénes podemos enterarnos de que está ocurriendo un abuso sexual y activar las redes de apoyo ya sea otros miembros de la familia, vecinos, equipos de salud etcétera. Los terceros tenemos que generar redes de apoyo con equipos de trabajo para así ponernos a la altura del poder que tiene el abusador para que el abusador deje de agredir, sea visualizado y condenado con el fin de proteger a la víctima.



● Adultocentrismo, discurso autoritario y cultura patriarcal

- Las construcciones sociales atribuyen diferencias valorativas arbitrarias, considerándose como “valiosas” a personas que cumplen con ciertas características y a otras menos valiosas o inferiores, a las que no pertenecen, lo cual se naturaliza. Más valor, más poder, el cual es ejercido de manera vertical, en donde las ideas de quienes no forman parte del grupo de beneficiados son consideradas menos relevantes (Ravazzola, M.C., 2004). (soy mejor que tú).

- Hombres investidos de un poder casi absoluto, aprendizaje de obediencia y sumisión al hombre. Lleva a la exoneración de la responsabilidad del hombre y a desplazar la culpa a la niña porque “lo ha provocado”, y a la madre por “no ver”. Agresor como incapaz de controlar sus impulsos.

No podemos dejar de mencionar el discurso autoritario, el adultocentrismo y la cultura patriarcal que ha sido visualizado en los agresores sexuales. Son construcciones sociales amparadas en el autoritarismo, el adultocentrismo y la cultura patriarcal que atribuyen diferencias valorativas arbitrarias considerando valiosas a las personas que cumplen con ciertas características y menos valiosas a quienes no las cumplen.

Las personas que están en la cúspide del triángulo de abuso de poder -generalmente hombres blancos- tienen más valor en la cultura patriarcal porque tienen más poder el cual es ejercido de manera vertical; Entonces

las ideas de quienes no forman parte de esa cúspide - en su mayoría mujeres, niños y niñas- son consideradas como menos relevantes. La relación entre quienes ostentan poder y quienes no, es a través de un **aprendizaje de obediencia y sumisión hacia el hombre** y esto lleva a la exoneración de la responsabilidad del hombre en el abuso, ejemplo de ello es que todavía escuchamos que la mujer provocó al abusador y a su vez también hay una tendencia a ver a la madre como culpable. Esto no quiere decir que las madres no tengan a veces corresponsabilidad en los hechos, pero a través de la culpabilización hacia ellas por sobre el agresor les hacemos otro favor a los agresores.

● Cómo pesquisar el Abuso sexual infantil

La pesquisa tiene una alta complejidad dado que:

- Los indicadores son inespecíficos, algunos no dejan huella.
- Imposición de la Ley del Silencio, relatos contradictorios, o que luego son minimizados, retractsión.

Indicadores del área sexual:

Interés excesivo hacia temas sexuales, actitud seductora y/o erotizada, conducta masturbatoria compulsiva y frecuente, involucración de otros niños en juegos sexuales inapropiados, etc.

Indicadores físicos:

Dificultad para caminar o sentarse, quejas de dolor, picazón o irritación en la zona genital o anal, ropa interior manchada, infecciones urinarias, enfermedades de transmisión sexual, enuresis o encopresis, somatizaciones (dolores abdominales, migraña), trastornos del sueño y apetito, etc.

Indicadores conductuales:

Hiperactividad, hipervigilancia, aislamiento social, pérdida del interés en la realización de actividades que antes causaban placer, baja concentración, llantos frecuentes e irritabilidad, conductas regresivas, conductas autodestructivas, indicios de posesión de secretos, extroversion o introversión, etc.

Es tremendamente compleja la pesquisa porque si bien existen indicadores estos son bastante inespecíficos, además de esto recuerden que en las etapas del ASI hay una imposición de la ley del silencio, hay relatos contradictorios que luego son minimizados entre otros ejemplos nombrados.

Pero podemos ayudarnos con los **indicadores en el área sexual, físicos y conductuales** algunos de ellos son por ejemplo Intereses excesivos a temas sexuales, Conducta masturbatoria compulsiva, Enuresis⁷, Encopresis⁸ Hiperactividad, Hipervigilancia etc

Pesquisar el Abuso sexual infantil (ASI)

- Depende de nuestra capacidad de observación y escucha. Ver CAMBIOS en la conducta y buscar un conjunto de indicadores.
- Importancia de hacerle caso a nuestra sensación de incomodidad, no desechar.

El abuso sexual infantil entonces es complejo por eso es tan importante nuestra capacidad de observación y de escucha, es decir en primer lugar tenemos que conocer muy bien a ese niño o niña cercano a nosotros y buscar cambios en la conducta y un conjunto de indicadores. Ningún indicador por sí solo basta para determinar que existe abuso sexual infantil pero si vemos cambios en la conducta asociado a los indicadores podríamos pensar en esto.

Es muy importante hacerle caso a nuestra **propia sensación de incomodidad** de no desechar la sospecha para no enfrentarse a ello, recordemos siempre que el abuso sexual infantil es tan traumático que vamos a preferir no verlo, sin embargo, esta sensación de incomodidad es relevante para nosotros como adultos y adultas porque abre la posibilidad de escucha, recordemos también que la incomodidad es una sensación permanente en las víctimas cuando están siendo abusadas.

⁷Enuresis o incontinencia urinaria infantil, es la persistencia de micciones incontroladas más allá de la edad en la que se alcanza el control vesical

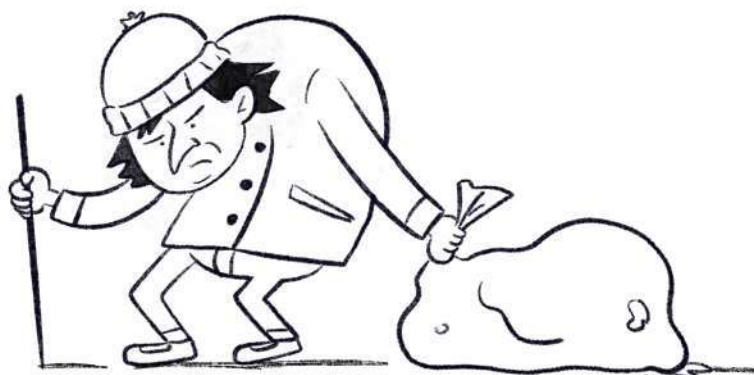
⁸Encopresis o incontinencia rectal, es el escape repetido de las heces de un niño de 4 años o más en lugares inapropiados, como la ropa

Recordemos que hay una ley del silencio y una realidad traumática que se está sufriendo, entonces no es fácil que un niño o una niña puedan revelar explícitamente, debemos entonces estar atentos/as si refieren que “hay algo raro”, o algo que les incomoda, “algo está pasando que no entiende” etc. Debemos estar atentos/os a esa sensación de incomodidad de parte de la víctima pero propia también, pongámosle atención a este sentir.

● **¿Quiénes abusan?**

¿QUIÉNES ABUSAN?

Podríamos esperar verlos así... ▶



Pero es más común que se vean así... ▼



Podríamos esperar ver a los abusadores como el de arriba como el “viejo del saco” pero generalmente se ven cómo personas comunes.

No hay un perfil único de agresor sexual infantil. Puede ser de cualquier clase social, vivir en un medio urbano o rural, tener cualquier nivel educacional, profesión o actividad, raza, religión, género, orientación sexual y estado civil.

MITOS:

- **Factores biológicos:** Hay muchas más pruebas en favor del aprendizaje como factor determinante en la agresión sexual de las que hay a favor de cualquier explicación biológica (Marshall, 2010).

- **Consumo de alcohol y drogas:** El abusador justifica su comportamiento inadecuado por el uso de drogas, en un intento de no responsabilizarse. Ej: PRM

- **No se caracterizan por tener trastornos psiquiátricos** que les impidan controlar la agresión sexual y el control sobre sí mismos.

Contexto relacional

- **Baja autoestima**, alta sensación de soledad, dificultades en mantener relaciones sociales apropiadas. Sensación de baja autocompetencia.
- **Distorsiones cognitivas** (ven provocación de la víctima cuando no la hay), dificultades en el desarrollo de empatía y en la habilidad de entender y atribuir estados mentales a otros.
- **Vínculos maltratantes en la propia infancia.**
- Abuso sexual como **mecanismo de afrontamiento y resolución de problemas.**

No hay un perfil único de agresor sexual infantil estos pueden tener cualquier nivel educacional, profesión, etnia, religión etcétera. Hasta el momento no hay estudios que indiquen que hay un gen en particular que te hace abusar sexualmente, por otra parte el consumo de alcohol y drogas tampoco explica un abuso sexual infantil, ni los trastornos psiquiátricos - y si los tienen no siempre estos trastornos psiquiátricos explican el descontrol de sus impulsos sexuales-. Lo que si podemos decir en relación a los agresores es que hay una baja autoestima, sensación de soledad, sensación de baja autocompetencia y distorsiones cognitivas por ejemplo cuando ven provocaciones en la víctima cuando no la hay, además hay baja empatía y vínculos maltratantes en la propia infancia entonces el abuso sexual infantil aparece como un mecanismo de afrontamiento y resolución del problema en algunos abusadores. Hay más referencias con respecto al aprendizaje como factor determinante de los abusos que otras condiciones.

● Adolescentes que transgreden sexualmente

- La ética del término “**ofensor sexual juvenil**” ha sido puesto en duda, sugiere que serán siempre ofensores sexuales.
- **Factores familiares:** Especialmente los/as niños/as tienen tasas altas de **experiencias de victimización sexual**, la evidencia señala a las **interacciones familiares como fuente primaria del problema** (mayor existencia de maltrato en sus diferentes tipos y VIF).
- **Posibilidad de generación de vínculos inadecuados:** identificación con el agresor/a. Se repiten conductas que intentan procesar lo traumático. Al repetirse una experiencia displacentera se consigue un dominio sobre la impresión intensa, que genera la compulsión a la repetición. Necesidad de apoyo



En cuanto a los/as adolescentes que transgreden no deberíamos hablar de **“ofensores sexuales infantiles”** por la ética del término ya que son menores de edad y ya solamente decir agresores sexuales pone una etiqueta que puede generar incluso una profecía autocumplida.

En relación a estos NNA que transgreden, es importante saber que viven en familias con alta experiencia de victimización sexual y que las interacciones familiares son las fuentes primarias del problema. Vienen de familias con mayor existencia de maltrato en sus diferentes tipos, no solamente abuso sexual y de violencia intrafamiliar. En ese sentido también podemos pensar que son NNA con trauma también y hay una posibilidad de que por ello generen vínculos inadecuados o en otras palabras: vínculos tóxicos.

¿Por qué se genera esto? Porque repiten conductas que intentan volver a procesar sus propios traumas. Cuando se repite esta experiencia displacentera se consigue cierta sensación de control o de dominio sobre esa impresión y entonces esto genera una compulsión a la repetición que es lo que se conoce como la identificación con el agresor, por ello es que es fundamental dar todo el apoyo a estos NNA que en la gran mayoría son también víctimas.



● **Prevención del abuso sexual infantil**

- Resituar la responsabilidad de la prevención del abuso sexual en el mundo adulto.
- Hablar de lo innombrable, pensar lo impensable. Hablar de sexualidad, evitar tabúes sexuales. Son un espacio que dejamos libres al abusador. Educación sexual: Nombrar las partes del cuerpo, derecho a que nadie te toque (derecho, no deber).
- Buen trato, favorecer un espacio de expresión emocional en los distintos miembros de la familia y la comunicación: Sensibilidad, conocer al niño, familia como lugar en donde se puede expresar la rabia, pena, alegría, incomodidad, asco, etc.
- Ejercitar el consentimiento y relaciones respetuosas: Dentro de la vida cotidiana, poder del límite, del “No”, para mí misma y para el otro. Se transgrede un límite cuando el otro deja de disfrutar. Entrega de opciones.
- Cuestionar las jerarquías de poder. Sacar la voz, en comunidad. “NO”. Generar la crisis si es necesario: Niños/as tienen el derecho a que sus cuerpos sean respetados en el amplio sentido de la palabra.

Vamos a nombrar algunas cosas relevantes en términos de prevención, es necesario situar la responsabilidad de los adultos de la prevención del abuso sexual, es necesario que hablemos de esto, que sospechemos el abuso, que nos hagamos cargo de la sexualidad y evitemos los tabúes sexuales, que haya educación sexual, que nombremos y conozcamos las partes del cuerpo, importantísimo el buen trato y favorecer el espacio de expresión emocional en los distintos miembros de la familia y la comunicación.

Es importantísimo ejercitar el consentimiento, las relaciones respetuosas y cuestionar la jerarquía de poder. Aquí tenemos que sacar la voz, tenemos que decir no. Los niños y las niñas tienen el derecho que sus cuerpos sean respetados en el amplio sentido de la palabra y ello implica que si un niño o niña no quiere saludar de beso, que no se le obligue, hay otras formas de saludar. Así también un adulto o adulta no tienen el derecho de estar opinando los cuerpos de NNA por ej “le crecieron las pechugas”

● Conclusiones

- Una sociedad que fomente el buen trato y sea respetuosa es la base para prevenir la violencia en contra de NNA, en todos sus tipos.
- ¿Qué puedo hacer para favorecer el respeto a los derechos de lxs niñxs y los derechos humanos en general?

Finalmente como conclusión a lo largo de este curso hemos visto todo el daño que genera todo tipo de vínculo maltratante en ese sentido que importante es tener una sociedad respetuosa y que ponga los buenos tratos como base para construir y de esta manera podemos prevenir la violencia en contra NNA en todos sus tipos entonces me gustaría que después de esta presentación pudiésemos pensar ¿qué podemos hacer para favorecer el respeto a los derechos de los niños y las niñas? hoy día estamos mucho mejor que antes y eso lo demuestran todas las opiniones de los niños y las niñas y todo el conocimiento que tienen sobre sus derechos entonces creo que para nosotras y nosotros la misión va en apoyar más y escuchar más porque los niños y las niñas tienen muchísimo que decir. Muchas gracias por su tiempo

REPASA LO APRENDIDO

Escoge la opción verdadera y revisa tu respuesta al final del manual

1. En un abuso sexual infantil:

- A. La víctima siempre puede dar cuenta del abuso a sus figuras de apego.
- B. La víctima puede provocar al agresor, por lo tanto, la culpa es de ambas personas...
- C. El agresor no siempre obliga a la víctima -de manera implícita o explícita- a continuar manteniendo interacciones sexuales.
- D. Todas las anteriores.
- E. Ninguna de las anteriores.

2. Algunas formas de prevención son:

- I. No hablar del tema de la sexualidad, ni del abuso sexual.
- II. Respetar el cuerpo de lxs niñxs (si no quieren saludar de beso, que no lo hagan).
- III. Evitar hablar de nuestras emociones dentro de la familia.
- IV. Cuestionar la lógica del poder vertical, autoritarismo y cultura patriarcal.

- A. I y III
- B. II y III
- C. II y IV
- D. Todas las anteriores
- E. Ninguna de las anteriores

3. Sobre los tipos de maltrato es correcto:

- A. La mayor parte de las veces hay solo un tipo de violencia
- B. El maltrato psicológico puede ser un ambiente relacional caracterizado por gestos que implican confusión.
- C. La negligencia o abandono es una de las formas de maltrato más conocida.

/CLASE 5 - Violencia Político Sexual

* **Francia Jamett Pizarro**, Licenciada en Historia, Pontificia U. Católica de Valparaíso, Magíster en Historia USACH. Encargada de Memorias y DDHH del Ministerio de las Culturas, las Artes y el Patrimonio. Ha colaborado además en la red chilena contra la violencia hacia las mujeres.

Contacto:

Conceptos a tratar

Abordaremos la violencia estatal enmarcada en el contexto de violencias políticas que inciden a través de agresiones sexuales en instancias de detenciones, amenazas, torturas entre otras y como esta ha sido históricamente (y hasta la fecha) una herramienta de sometimiento y amedrentamiento político a mujeres y disidencias.

El tema a abordar en este capítulo, va a ser una aproximación para dejar abierta la inquietud y la motivación para profundizar, dialogar y problematizar respecto a lo que significa, ha significado y sigue significando la **Violencia Político Sexual** en el pasado y presente de nuestro país, también en las regiones y a nivel mundial.

Desde un campo de vivencias que siempre toca a las mujeres estar en alerta en la cotidianidad, ante la posibilidad de atravesar violencia sexual, lamentablemente es **un dispositivo integrado en nuestra propia narrativa de nuestros cuerpos como “la posibilidad”**, esto considera una **dimensión tanto individual como colectiva** de mujeres, niñas, niños y disidencias sexogenéricas. Veremos lo judicial en derechos humanos como lo que hoy en día estamos viendo a partir de las violaciones graves y masivas ocurridas en la revuelta popular, también por supuesto por el momento crítico de lo que fue en la dictadura cívico - militar.

Existen textos compartidos de mujeres y hombres sobrevivientes del Centro de tortura **“Venda Sexy”** en la calle Irán con Los Plátanos quienes el día 7 de Diciembre 2021 han expuesto en la Convención Constitucional en la “Comisión de DDHH, Verdad Histórica y Bases para la Justicia, Reparación y Garantías de No Repetición” respecto a la Violencia Político Sexual. Es como un tránsito entre la referencia histórica a la dictadura cívico militar, a la revuelta popular y a la reciente Convención Constitucional de la cual se hace referencia para que esto se institucionalice en términos de verlo como un gran marco normativo legal que acoja y recoja éstas demandas.





¿Qué es la violencia político sexual?

Este tipo de violencia de género la asociamos a la violación, cuando existe una **acción del Estado en tiempos de guerra**. En los 90` fue la primera vez que la violencia político sexual se visibilizó como un método específico de tortura y por la cual las mujeres plantearon que en tiempos de guerra **tomar el cuerpo de la mujer como territorio enemigo y como botín de guerra** es algo que estaba desde siempre normalizado y naturalizado, por ejemplo, haciendo memoria a procesos históricos anteriores, en el periodo **colonización y conquista** fue a través de la subyugación de los cuerpos de mujeres indígenas por la necesidad de generar mano de obra, construir un modo o método de producción, eso está largamente referenciado en distintas producciones historiográficas.

Por lo tanto, tenemos que la violación y violencia sexual en sus distintas manifestaciones han sido métodos de dominación y opresión, dicho en términos más generales, es un **poder de dominación patriarcal**. Al final, se habla de las **mujeres como cuerpos disponibles para canalizar el odio**, esto es una expresión de la **misoginia** donde los cuerpos representan la posibilidad de canalizar el odio, pero esto además se enseña, es una pedagogía que está en las pautas culturales con las cuales vivimos sobre nuestros cuerpos y comportamientos.

La **diferenciación entre Violencia Político Sexual y Violencia Sexual**. De Jocely Maldonado, leo: "La Violencia Sexual se da entre privados, es un pie del poder patriarcal para reforzar o restituir el poder masculino en microescala, es demostrativo y un engranaje sostenedor de la dominación masculina.

Es la práctica necesaria que recuerda a la sociedad la ley del padre, alimentada por la producción de placer erótico hacia posiciones de poder, sometiendo a lo femenino, mujeres, trans y gays, de manera más solapada también a niños y niñas. El significado de la violencia sexual habla de esta escala más privada, una dimensión más cotidiana, doméstica e íntima. La violencia sexual es un regulador, funciona, tiene una función social, cultural y simbólica de regular, sostener y contener la expresión de la emancipación y libertad de las mujeres, es re-situarnos en una posición y lugar de dominación - subyugación como un aparato de regulación patriarcal, pero que se expresa en los cuerpos. Por eso se habla de la ley del padre, quienes representan ese poder son los hombres, ellos crean este guión masculino de sometimiento hacia mujeres y cuerpos feminizados, además, en este regulador de la violencia sexual, también se hace para castigar todo aquello que se feminiza “

“Este es el lugar que te corresponde” y si te sales, de estos cánones de género tan binarias y determinadas, uso la violación como una forma de que este cuerpo sea sometido”, esto a modo de reflexión del presente por la cantidad de Violencia Político Sexual ocurrida durante el período de la revuelta popular donde hay un informe donde se detallan las violaciones a disidencias sexogenéricas, esto que era del ámbito privado, pero cuando interviene el Estado en esto o agentes del Estado se llama Violencia Política Sexual.

“Es la violencia sexual que **asume la forma de un cuerpo político institucional** que ha sido utilizado para imponer un orden y un control político sobre el cuerpo individual y social”. Es decir, si se denuncia violencia político sexual a través de todas sus manifestaciones como desnudos forzados, las sentadillas, burlas por el cuerpo, manoseos e incluso personificar relaciones sexuales con animales, amenazas sobre violación, como se vio el 2011 y en la dictadura cívico militar también, en todos sus formatos, tiempos e intensidades que tienen el mismo sentido, esta **marca sobre el cuerpo individual** y, que a su vez, tenga la **intención de dejar un mensaje sobre estos cuerpos o que se rebela a un orden.**

Entonces “es aquí cuando lo llamamos Violencia Político Sexual, mediante la cual se busca perseguir un cambio político con efecto en lo social”, quieren que se sepa, hay una **estrategia comunicacional hacia la sociedad, el cuerpo como el contenido, ese es el mensaje.** “Es utilizado en momentos de **pugna política**, ya sea un Estado / nación paramilitar o un gobierno puesto contra la sociedad, como una guerra. En este sentido, es una acción cometida con intencionalidad política por una institución gubernamental o no, como lo ha sido el caso Sendero Luminoso en Perú o el Ejército de Resistencia del Señor (USR) en Uganda, entre otros más.

“La violencia político sexual es una forma específica de violencia sobre los cuerpos en los que operan distintos mecanismos de poder del Estado en el sistema de sexo-género imperante, a través del ejercicio del dominio sexual sobre un cuerpo con una función individual de feminizar el cuerpo flagelado y la función social de estructurar este orden social / sexual en función a la ley del padre. De este modo, la Violencia Político Sexual actúa como pedagogía, no solo del terror sino como pedagogía patriarcal asegurando la dominación masculina a través de los cuerpos en posición de subordinación como acto corporal, pero también simbólico de lo que significa el poder y su construcción”.

En la construcción de la Violencia Político Sexual está la guerra y la guerra contra los cuerpos. **Las instituciones armadas de orden y seguridad son quienes tienen el monopolio legítimo del uso de la violencia institucional.** Por lo tanto, es un mandato que está institucionalizado y, al estarlo, tiene ese nivel de legitimación y, al hacerlo, a la vez opera naturalizando en nuestras subjetividades sociales e individuales. Entonces, estos cuerpos armados actúan en función de un rol que cumplen en la sociedad, es por eso que en el período de la revuelta / estallido se dice que “revise o se re-mire” las fuerzas armadas y carabineros, de hecho se llama a la **disolución.**

Las mujeres operan como un botín de guerra, y por lo tanto, ocurren las violaciones masivas y amenazas, las esterilizaciones forzadas, entre otros, tienen el poder de realizarlo, de poder ejercerlo y es por eso que es muy interesante que en el marco de lo que estamos viviendo haya una **interpelación a estos cuerpos que son institucionales,** que tienen este monopolio legítimo de la violencia.

En Santiago, el 7 de Diciembre del 2021 en el contexto de la Convención Constitucional, escriben las/los sobrevivientes de este clandestino “Venda Sexy”, justamente llamado así porque la tortura tenía esa especificidad sexual, dice así: “la experiencia de tortura, vejación, secuestro, violación, en situaciones donde he tenido terror, hambre, sed, hacinamiento, insalubridad, el constante miedo de morir en cualquier momento, la vejación sexual con animales, oír/ver/sentir la tortura de otras personas son parte de la clasificación internacional de Medicina CIE como **situación extrema de supervivencia**, codificada como **Síndrome de Estrés Post Traumático**, que ofrece síntomas clásicos y se ve agravada por vivir en un país donde los torturadores y carceladores impunes tienen aún mucho poder y donde nos podemos encontrar a nuestros victimarios en cualquier momento y lugar público. Todavía nos genera asco y repulsión las acciones violentas contra las personas, sin desearlo, recreamos un estado de alerta y vigilancia, de agudizar el sentido de audición que vivimos al permanecer vendadas, también experimentamos sensación de congelamiento tensional, tensión extrema de la musculatura hasta el punto de la inmovilidad, reacciones neurovegetativas como el frío en el cuerpo, tiritar descontroladamente, sudor frío, sensación de pronto desmayo, diarrea, durante la tortura dolor intestinal y calambres en el estómago. Estas reacciones fueron desatadas durante la tortura y perduran como reflejo condicionado frente a cualquier estímulo que dispare recuerdos del trauma vivido, pero la afección no se limita solo a lo descrito, el miedo, rechazo y repulsión a la sexualidad impidieron un desarrollo sexoafectivo normal durante muchos años y solo el contacto con el sexo masculino podía provocar un ataque de ansiedad”, esto lo quería resaltar porque -como estamos con el Colegio Médico- me lo trae a la memoria.

Agradecer a las mujeres sobrevivientes de los textos mencionados, porque lo han abordado desde el cuerpo, la vida, las prácticas y han interpelado al Estado.



/CLASE 6 - Violencia en centros de Educación Superior en salud y abordaje desde las Universidades

* **Paula Soto Reyes**, Terapeuta ocupacional, Licenciada en Técnicas de la Ocupación Humana y Magíster en Educación en Ciencias de la Salud, U. de Chile. Directora de Igualdad de Género de la Facultad de Medicina de la U. de Chile. Estudiante del Doctorado en DDHH, U. Nacional de Lanús, Argentina. Académica facultad de Medicina U.de Chile. Profesora asociada en carrera docente. Con experiencia en el abordaje de la sexualidad en personas con discapacidad, desde los enfoques de inclusión, derechos y género.

Contacto: pasore@uchile.cl - digensalud.med@uchile.cl

Conceptos a tratar

Conoceremos el abordaje que desde dirección universitaria se ha realizado en la materia, además de algunas cifras de violencia universitaria levantadas por el equipo coordinador, nos introduciremos a su vez en los proyectos que ha realizado la Dirección de Género (DIGEN) para combatir la violencia de género y sus iniciativas exitosas.

En primer lugar quisiera como introducción traer tres grandes temáticas vinculadas a qué entendemos por violencia de género en los centros de educación superior en salud.

Una de ellas muy evidentes, la más explícita, es el fenómeno del **acoso sexual, la discriminación y violencia de género**, que se encuentra naturalizado y que se vive de una manera bastante impune.

Por otra parte no tan evidente, pero también como parte de esta violencia de género es la **educación sexista**, que es mucho más difícil de identificar, se encuentra bastante invisibilizada, y la tenemos presente tanto en los contenidos que se imparten en la formación en salud y en las relaciones que se establecen dentro del aula, ya sea entre pares o entre docentes y estudiantes. Por otra parte, otra manifestación de la violencia de género en las instituciones de educación superior es la clara y fuerte **resistencia frente a la erradicación de estas prácticas**, dando claras muestras de negacionismo de que estas ocurran o una descalificación, donde se trata de exageraciones, ser “grave” o estar de moda. Son formas de descalificar esta creciente necesidad de abordar la problemática y de generar soluciones que sean respetuosas de todas y todos y todos los integrantes de una comunidad educativa.

Entonces, a partir de aquí, es importante revisar uno de los primeros estudios que se realizaron en la Universidad de Chile y que fue publicado recientemente, llamado **“Acoso en el campus”**, es un estudio sobre el fenómeno del acoso sexual dentro de la Universidad de Chile y que se aplicó durante 2015 y 2016. Los resultados dan cuenta de varios interesantes elementos que vamos a ver cómo se ratifican con nuevas encuestas realizadas por otras instituciones. Dentro de sus antecedentes se muestra este párrafo porque es muy relevante como en el fondo tomar conciencia sobre un fenómeno sobre el cual, como instituciones, reforzamos la reproducción social de estas prácticas que son violentas y como entonces la necesidad de generar cambios importantes. Se habla dentro de sus antecedentes de este documento que “desde los últimos cuarenta años se viene planteando la urgencia por visibilizar y desnaturalizar las violencias estructurales que nuestras sociedades reproducen, como son la pobreza, el racismo y el sexismo”. Por lo tanto las identifica como violencias invisibles pero que están en el sustrato de todas las desigualdades que vivimos en la sociedad, y al ser invisibles cuentan con la aquiescencia de las instituciones, las que muchas veces no reconocen su gravedad, y aportan en mantener la reproducción práctica y simbólica de estas.

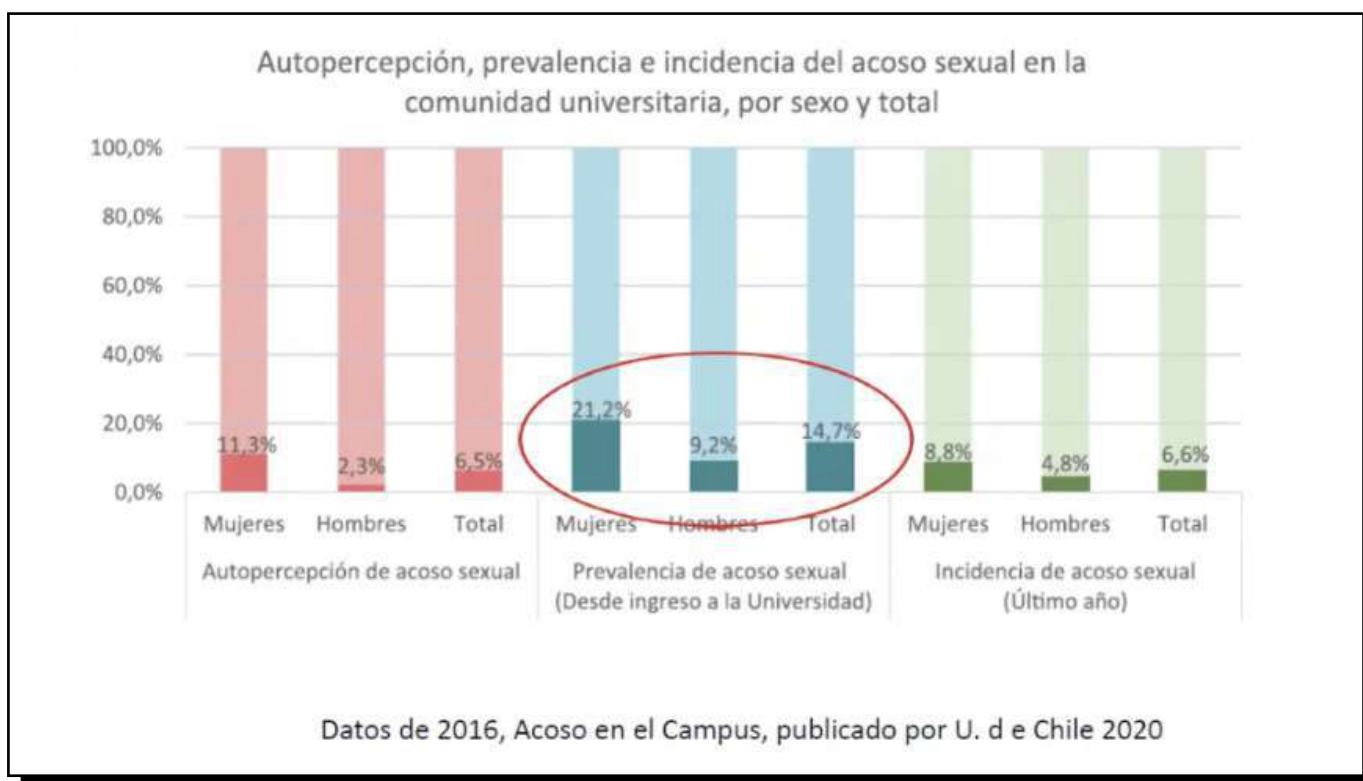
Teniendo conciencia de que esto es real, por diversos y variados estudios sociológicos, es el momento entonces de decir: “tenemos que hacer algo al respecto y podemos hacerlo”.

Este estudio intentó reconocer **autopercepción** de la prevalencia del acoso sexual en el contexto universitario, como les decía, entre el año 2015 y 2016 se aplicó esta encuesta.

Para identificar la autopercepción se hizo la pregunta: ¿ha sido víctima de algún hecho de acoso sexual por parte de alguna persona que pertenece a la comunidad de la U.de Chile?

Para identificar la **prevalencia** se pregunta sobre la vivencia de acoso sexual en algún momento de su trayectoria universitaria y para ello se utiliza un pauta con un listado para hacer un reconocimiento guiado de las formas evidentes y reconocibles de acoso sexual.

Y para la **incidencia**, con el mismo reconocimiento guiado, se intenta reconocer vivencias de acoso sexual que hayan ocurrido en los últimos 12 meses.



Entre los resultados nos llama la atención que la prevalencia que fue apoyada por este reconocimiento guiado, duplicó prácticamente la auto percepción que no tuvo el apoyo del reconocimiento guiado, o sea, da cuenta de esta invisibilización de las prácticas de acoso y cómo se han naturalizado en la relación de convivencia cotidiana entre hombres y mujeres.

De esta forma, con el reconocimiento guiado permite tomar conciencia de que conductas corresponden a acoso sexual y que nos cuestan tanto identificar.

Dentro de las manifestaciones de este listado, están agrupadas tanto en proposiciones o promesas de beneficios, amenazas, conductas de tipo verbal como palabras, insinuaciones, miradas o gestos, acciones de tipo físico como acercamientos, roces, tocamientos u otras conductas físicas y otras más graves. Todas estas obviamente sin consentimiento de quien las sufre, es uno de los elementos importantísimos cuando definimos el acoso sexual y la violencia de género.

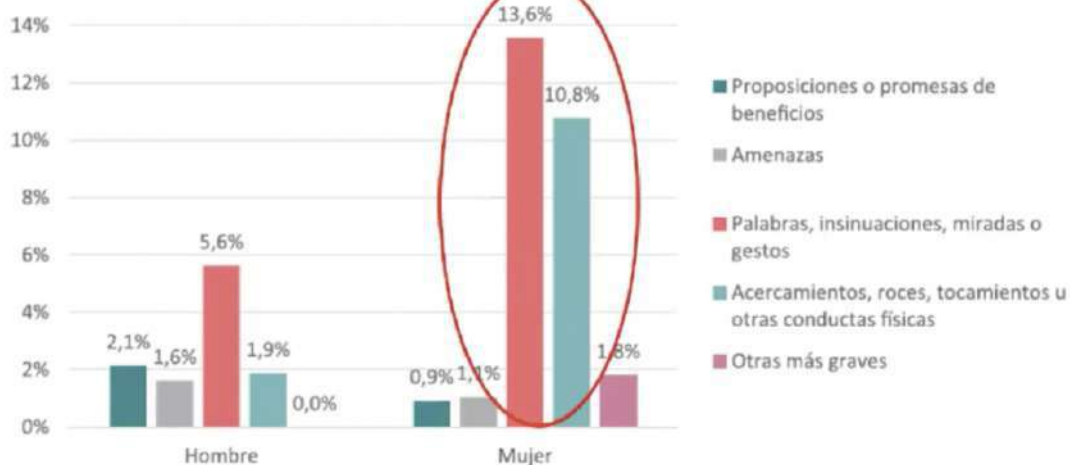
Manifestaciones de acoso vividas por integrantes de la comunidad universitaria



Datos de 2016, Acoso en el Campus, publicado por U. d e Chile 2020

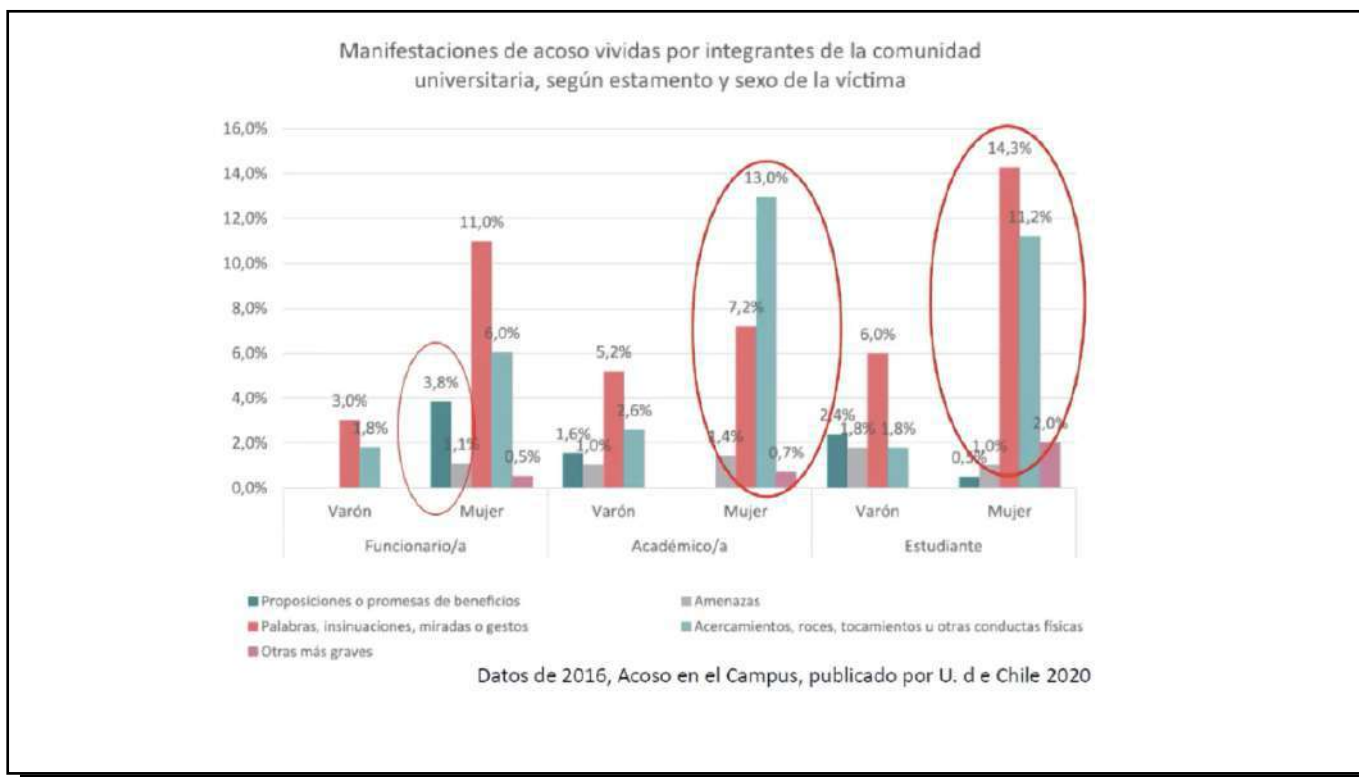
Cuando se desagregan estas manifestaciones por sexo, vemos que es significativamente mayor el acoso dentro de las mujeres y principalmente dos de los tipos de acoso, tanto las relacionadas con conductas verbales como las relacionadas con las conductas físicas.

Manifestaciones de acoso vividas por miembros de la comunidad universitaria, según sexo de la víctima



Datos de 2016, Acoso en el Campus, publicado por U. d e Chile 2020

Lo mismo en las manifestaciones de acoso que se desagregan por estamento, vemos acá que si bien en todos los estamentos son las mujeres quienes viven mayores situaciones de acoso, cambian un poco el tipo de acoso que están sufriendo. Por ejemplo, vemos que en las de tipo verbal, son principalmente las mujeres del estamento funcionario y llama la atención que tiene mayor representación aquellas proposiciones y promesas de beneficios, o sea todo aquello que está vinculado con algo tan sensible como el trabajo mismo y las posibilidades de avanzar en la carrera funcionaria. Dentro de las mujeres académicas de la universidad, vemos que es significativamente mayor las experiencias de conductas de tipo físico aun cuando también son bastante altas las de tipo verbal. Y finalmente las mujeres del estamento estudiantil son quienes se llevan el mayor porcentaje de manifestaciones de acoso tanto en formas verbales como en las formas físicas.



Frente a un análisis cualitativo de estos resultados aparece muy fuertemente el grado de desconocimiento para poder identificar a qué nos referimos cuando hablamos de acoso sexual y de poder nombrar “esta conducta es acoso”. Otro aspecto importante es que muchas de las limitaciones para las denuncias, está la vergüenza por la situación vivida, miedo a la represalias por parte del agresor y la opción por tomar silencio de lo que ha ocurrido. Y cuando se indaga respecto a mecanismos de respuesta personal frente a estas situaciones de acoso, generalmente se toman la auto-marginación y la autocensura como una forma de lidiar con estas experiencias.

Acá podemos ver los principales obstáculos para denunciar, como les decía es significativamente mayor entre las personas afectadas la experiencia de sentir vergüenza por señalar lo que ha sucedido, temor a la represalias que puedan obtener por parte del acosador y que no se conocen las instancias ni los procedimientos de la denuncia, o sea hay bajo conocimiento de qué se puede hacer frente estas situaciones.

Principales obstáculos para denunciar, según la percepción de las personas encuestadas (Respuesta múltiple)



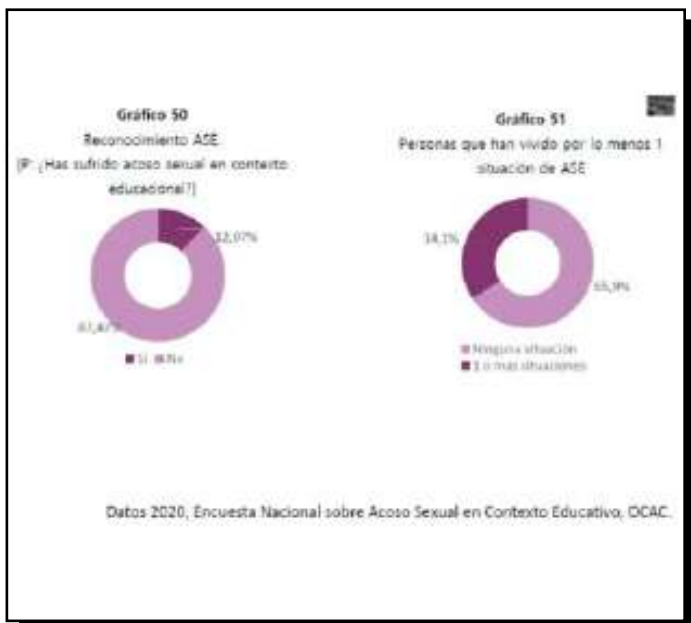
Datos de 2016, Acoso en el Campus, publicado por U. d e Chile 2020

Otro aspecto interesante de estos resultados es que estas situaciones se viven en silencio, o sea la mayoría de las personas afectadas no comparten con nadie ni buscan apoyo con nadie después de vivir una situación como esta. Y un número muy bajo recurre a amistades o compañeros/as de trabajo, mucho menor a la familia y bajo la pareja.

Grupo o persona de apoyo al que acude la víctima tras un hecho de acoso sexual (Respuesta múltiple)



Datos de 2016, Acoso en el Campus, publicado por U. d e Chile 2020



Cuando vemos estas mismas o similares preguntas en una encuesta realizadas a nivel nacional en el año 2020 por el Observatorio Contra el Acoso Callejero, ellas realizaron una encuesta nacional sobre acoso sexual en variados contextos, callejero, familiar, educativo y de ciberacoso. Aquí se han rescatado específicamente los resultados para el contexto educativo y vemos que 4 años después de la encuesta realizada en nuestra universidad, hay resultados que apoyan los encontrados por nuestra casa de estudio. Cuando se pregunta por el reconocimiento de acciones de acoso sexual, este alcanza el 12% pero cuando es identificada con elementos relacionados específicamente con el acoso, vemos que esto casi se triplica, el reconocer que se han vivido una o más acciones de acoso sexual.

Por otra parte, también desagregado por sexo, vemos que principalmente son las mujeres quienes han vivido una o más situaciones de acoso sexual. Y cuando vemos cuáles son las medidas adoptadas se refuerza la idea de que la auto marginación y autocensura son las que tienden a ser las principales medidas adoptadas. En el caso de las mujeres también, es muchísimo mayor las que optan por abandonar los estudios, o abandonar los lugares que puedan compartir con sus acosadores, cambiar la forma de vestir, en comparación con varones que han sufrido las mismas experiencias. También se duplica la realidad de mujeres que buscan asistir a terapias psiquiátricas, psicológicas o complementarias para lidiar con esta experiencia traumática y de quienes realizan ninguna acción, acá queda mayoritariamente el grupo de hombres, lo que también da cuenta de la necesidad de estudiar cómo se viven y qué consecuencias deja una experiencia igualmente traumática para el grupo de los varones pero de los cuales aún se habla menos por su baja incidencia.

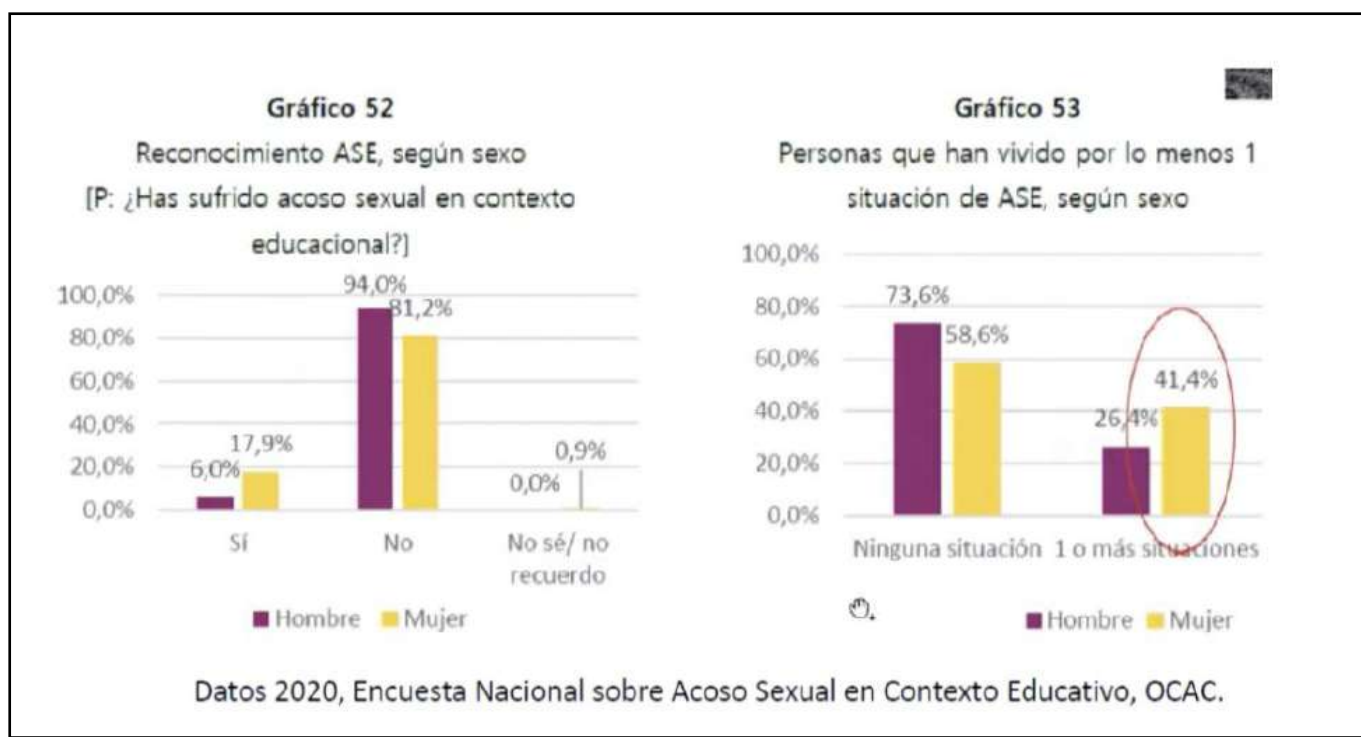


Tabla 33

Medidas adoptadas, según sexo

[P: ¿Adoptaste alguna o algunas de las siguientes medidas luego de alguna de las situaciones que viviste?]

| Medida | Hombre | Mujer |
|--|--------|-------|
| Abandonar tus estudios (cambiar de colegio, universidad, etc.) | 1,9% | 9,3% |
| Abandonar lugares y/o situaciones comunes con quien acosa (cambiar profesor, cambiar sección, no ir a fiestas, etc.) | 15,0% | 26,9% |
| Cambios forma de vestir | 5,4% | 14,7% |
| Portar elementos de defensa personal/realizar curso de defensa personal | 7,6% | 8,7% |
| Asistir a terapia psiquiátrica, psicológica y/o complementaria | 4,9% | 10,2% |
| Ninguna | 73,4% | 53,6% |

Si lo llevamos específicamente a la facultad de medicina, vemos que desde el año 2017 al 2020 las denuncias vinculadas a estas temáticas han ido aumentando significativamente y también se han ido diversificando, partiendo exclusivamente con denuncias sobre acoso sexual para ir incorporando denuncias por acoso laboral por temas de género, discriminación arbitraria, atentados contra la dignidad, maltrato o abuso de autoridad y violencia de género. Eso da cuenta que va aumentando el conocimiento respecto a cuales son prácticas que deben ser erradicadas dentro del trato y la convivencia en los espacios educativos. Por otra parte, La Tercera hizo una encuesta dentro de las universidades del CRUCH, donde solo 20 de las 30 universidades dieron respuesta sobre el número de denuncias que habían tenido sobre acoso sexual desde el año 2017 en adelante. Algunas tenían el registro del 2017, otras solo desde 2018 en adelante, contabilizando en esta consulta 1.339 denuncias por acoso sexual.

Datos Denuncias 2017-2020*
Facultad de Medicina

| Año | Acoso Sexual | Acoso Laboral | Discrim. arbitraria | Atentado c/ dignidad | Maltrato Ab. Aut. | Violencia género |
|------|--------------|---------------|---------------------|----------------------|-------------------|------------------|
| 2017 | 4 | | | | | |
| 2018 | 2 | 2 | 1 | | | |
| 2019 | 6 | 6 | 2 | | | |
| 2020 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 |

* Al mes de agosto 2020, fuente: Dir. Jurídica

De acuerdo a consulta de n° denuncias, responden solo 20 de las 30 universidades del CRUCH, algunas registran desde 2017, otras desde 2018, se contabilizan **1339 denuncias** por acoso sexual.

* Al mes de sept 2021, fuente: La Tercera

Otro elemento que hablamos en la introducción que da cuenta de la violencia de género en el contexto de la educación superior, que es mucho menos visible, es la educación sexista en salud. De acuerdo con ASIFEM, la Asociación de Internas Feminista de Chile, en el año 2020, ellas declaran que sigue pendiente la incorporación del enfoque de género como eje transversal en los planes formativos impactando en la calidad de la formación.

Y ¿cómo se manifiesta esta baja calidad en la formación? Principalmente en dos elementos:

1. Pérdida de la **visión del género en salud**, ya sea reconociendo al género como un determinante social significativo para la experiencia social en salud. Y como generador de estrés en la atención en salud, ya sea por el trato que reciben las mujeres en la atención en salud, el tiempo de espera que es mayor en el grupo de las mujeres para resolver sus necesidades y también hay sesgos en lo que es la prescripción de psicofármacos, que es significativamente mayor en el grupo de las mujeres.

2. Esta baja calidad también se puede ver porque los/las profesionales de la salud no sienten que tienen las herramientas necesarias que les permitan realizar un **abordaje integral a los distintos problemas** de salud pública, ya sea como la salud sexual y la violencia contra la mujer, en su forma física, psicológica y/o sexual, tanto para identificarla como para saber cómo trabajar interdisciplinariamente para su abordaje.

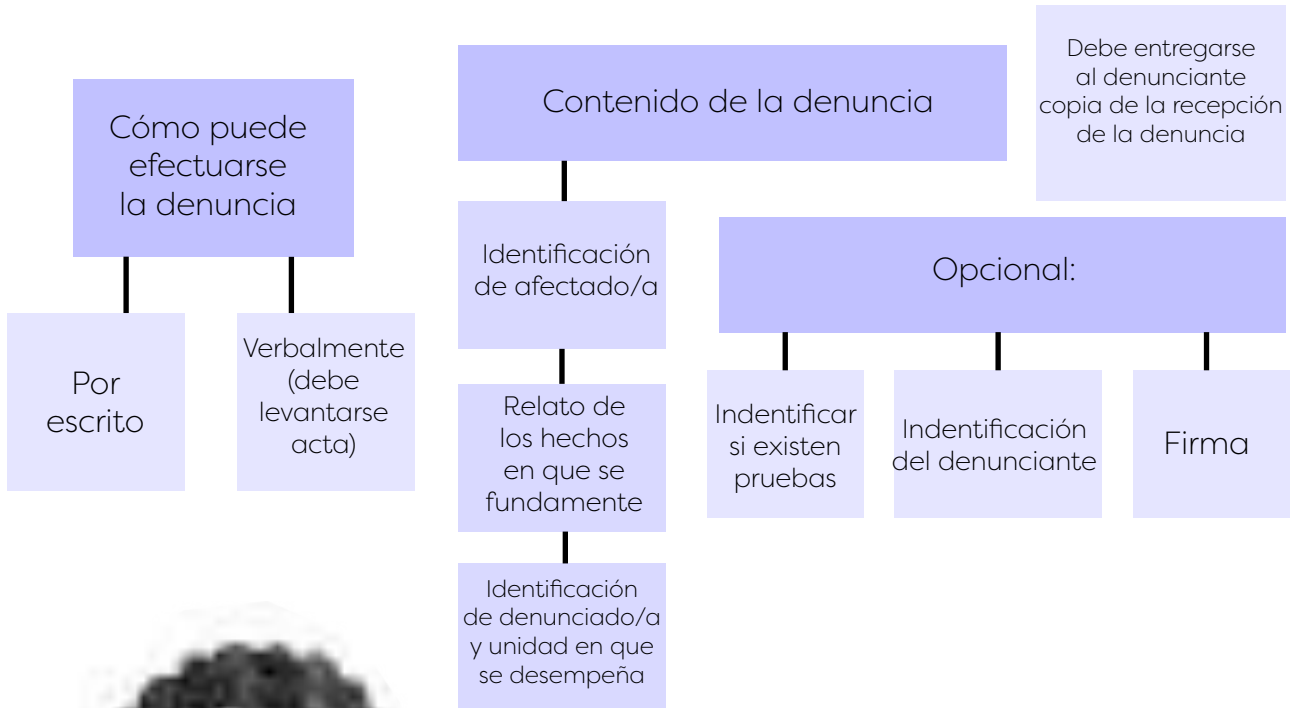
Entonces frente a esta realidad ¿qué se hace en la Universidad de Chile?, la U. de Chile comenzó con este análisis desde el año 2014, cuando se formó la Oficina de Equidad e Igualdad de Género, buscaron entonces mirar el fenómeno del sexismo al interior de la comunidad, de las prácticas cotidianas. Hace décadas se estaba estudiando estos fenómenos desde las teorías feministas, desde la facultad de Ciencias Sociales, sin embargo acá la mirada quería alejarse de lo teórico y quería vivir más en lo práctico. Desde ahí surgieron distintos estudios que permitieron llegar la conclusión de que era necesario instalar una política de prevención del acoso sexual en nuestra universidad.

Esta política tenía como objetivo erradicar el acoso sexual y reducir la violencia de género en la Universidad de Chile, a partir de programas que permitan prevenir estas conductas y atender a las personas afectadas. Dentro de los lineamientos entonces estaban, dirigir el foco a la prevención pero también desarrollando cursos con temas de derechos humanos y violencia de género, elaborar normativas que permitieran actuar frente a estas situaciones y también brindar asesorías, asistencia y acompañamiento a todas las personas afectadas.

Otra de las acciones que la universidad emprendió en este último tiempo, fue incorporar como principio orientador la igualdad de género y la no discriminación en su modelo educativo. Previo a esto ya tenía incorporado los principios de calidad de la educación, centrado en el estudiante, etcétera y le agregó un quinto principio que es igualdad de género y no discriminación. Para ello entonces reconoce que existe una discriminación estructural y cultural que sufren las mujeres y las disidencia sexuales y que esto va a explicar un déficit democrático que va a en contradicción de su misión, visión y los valores que fundan nuestra universidad. Por lo tanto la universidad diseña mecanismos específicos, estrategias y políticas universitarias que van a estar orientadas a la erradicación de esta discriminación y a lograr mayor igualdad de género en la cultura institucional en todos los ámbitos universitarios y especialmente en los procesos formativos. Y también declara que si la educación ha sido un lugar donde se reproducen estos privilegios y que colabora con la reproducción social de estos fenómenos entonces es la misma universidad la que puede devenir en una de las principales palancas para que esta transformación se haga posible. O sea, toma parte y reconoce su rol como transformador social.

Otra de las medidas que tomó la universidad en el año 2017 y que renovó en el 2019 es el Protocolo de Actuación ante Denuncias sobre Acoso Sexual, Violencia de Género, Acoso Laboral y Discriminación Arbitraria.

¿Cómo realizar la denuncia?



Estas denuncias son investigadas por una unidad de investigación especializada en casa central, alejándose del modelo clásico del sumario o de la investigación sumaria que se realiza entre los mismos pares y que tenía muchas limitaciones en el poder llevar adelante investigaciones por personas idóneas y por personas que tenían obviamente conflictos de intereses al investigar estas situaciones entre sus pares. La denuncia puede hacerse verbalmente pero se debe tomar un acta o hacerse por escrito, debe tener distintos contenidos como la identificación del afectado/a, el relato de los hechos y la identificación de a quién se está denunciando. Además puede agregarse si tiene pruebas, identificarse como denunciante y dejar su firma. También puede hacerla un tercero y no necesariamente quedar identificado/a. Esto facilita de alguna manera el que lleguen denuncias.

Entonces el proceso de la denuncia va desde la presentación hasta la decisión de la autoridad, pero se ha identificado claramente que hay una etapa cero, que tiene que ver con la primera acogida, y que es muy relevante puesto que se brinda toda la información y puede no tener intención de denunciar aún. Hay muchas personas que viviendo estas situaciones no tienen la claridad si quieren denunciar o no, puesto que la denuncia es un gasto energético importante de tiempo y de afectos, vinculados con una situación compleja. Por lo tanto, no se limita el que la denuncia lleve un acompañamiento, sino al revés, que sea el acompañamiento lo que guía este proceso, dejando la denuncia en un segundo plano y que sea la persona quien decida cuándo está lista para hacer la denuncia o no, brindando apoyo psicológico o jurídico en esta etapa.



Las denuncias se pueden realizar por distintos canales, en la Dirección de Igualdad de Género o en distintos entes canalizadores como las Unidades de Género en cada facultad, con las direcciones de escuela o con las jefaturas.



Para finalizar quisiera referirme a la Ley 21.369 que se promulgó el 15 de septiembre del 2021 y que viene a reforzar todo lo que la Universidad de Chile hizo como pionera y que fue seguido por varias universidades del CRUCH. Actualmente es ley de la República, por lo tanto, todas las instituciones de educación superior deben tomar medidas al respecto. Esta ley tiene como objetivo promover políticas integrales para prevenir, investigar, sancionar y erradicar el acoso sexual, la violencia y la discriminación de género en el ámbito de la educación superior. La idea es establecer ambientes seguros y libres de toda experiencia de violencia y discriminación en el contexto universitario.

Para ello las universidades deben contar con una política integral contra el acoso sexual y la discriminación de género, tienen que contar con un modelo de prevención de estos fenómenos y también un modelo de sanción. Esta política integral debe ser construida participativamente por toda la comunidad, todos sus estamentos; debe ser ampliamente difundida y debe estar a cargo de unidades específicas

esto lo establece la ley en sus distintos artículos. Además se deben implementar mecanismos de apoyo psicológico, médico, social y jurídico tanto para las víctimas como para las personas de la comunidad que se vean afectadas por estas situaciones. Sabemos que este es un fenómeno que no afecta solo a la persona, sino que afecta a toda su comunidad.

Y finalmente, también señala que las instituciones que no cumplan con los artículos de esta ley van a ser sancionadas por la superintendencia de educación y no podrán acceder a la acreditación institucional. Y el último artículo transitorio otorga el plazo de 1 año calendario para que todas estas acciones se puedan implementar en las distintas instituciones, o sea, hasta el 15 de Septiembre del 2022 tienen todas las instituciones para cumplir con estos lineamientos.



/CLASE 7 - Violencia ginecoobstétrica

* **Andrea von Hoveling Schindler**, Medica Ginecologa, con titulo médico cirujano, U. Católica de Chile, subespecialidad en Ginecología Pediátrica y Adolescente U. de Chile. Miembro del Directorio Agrupación Ginecólogas Chile. Miembro activo Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología (SOCHOG) y Sociedad de Ginecología Infantil y Adolescente (SOGIA). Se desempeña actualmente en el Hospital el Carmen, Clínica Santa María y U. Finis Terrae

* **Velia Saldias Hargreaves**, Medica Ginecologa, con titulo médico cirujano, U. de los Andes y especialista en Ginecología y obstetricia, U. de Chile. Presidenta del Directorio Asociación Ginecólogas Chile. Se desempeña en Hospital San Juan de Dios y Clínica Hospital del Profesor.

Contacto: @ginecologas_chile

Conceptos a tratar

Nos introduciremos en las prácticas de violencias ginecoobstétricas actuales desde la mirada de médicas especialistas y activistas y cómo se han ido levantando alternativas en contrarespuesta cómo el parto humanizado y el enfoque de género en la atención ginecoobstétrica. Se tocarán a su vez algunos aspectos de la Ley Adriana, aún en evaluación y Ley Domingo recientemente aprobada.

Violencia Gineco-obstétrica (VGO):

Contestar las siguientes preguntas:

Hoja de ruta:

1. ¿Qué es la violencia ginecológica y obstétrica?
2. ¿Por qué le llamamos violencia?
3. ¿Quién la ejerce?
4. ¿Cómo se ejerce en la práctica?
5. ¿Cómo se erradica?

Las primeras tres preguntas, “Qué”, “Cómo” y “Quiénes”, se contestan juntas, así que vamos a partir por ahí. Recordar que en relación a violencia gineco-obstétrica no existe mucha literatura “oficial”, entre comillas; porque si bien el tema ha estado en la palestra y es algo que desde el punto de vista de la sociedad civil se está conversando hace ya algunos años, esto ha sido principalmente en relación al área obstétrica y en relación a relatos y ciertas denuncias que vienen desde la sociedad civil.

Pero todavía existe un amplio debate en relación a si debiéramos acuñar el término violencia, de hecho este no es muy reconocido por la mayoría de las sociedades científicas a nivel nacional e internacional y solamente una organización muy importante que es la Organización de Naciones Unidas (ONU) ha usado el término violencia obstétrica dentro de sus documentos y presentaciones oficiales.

Esto ocurrió recién en el año 2019 en la Asamblea General de la ONU en que habló digamos la relatora especial troupe Dubravka Simonovic. Habló del enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Dentro de este título que les comparto ya podemos empezar a adivinar por qué y lo vamos a profundizar y hablamos de violencia de violencia ginecológica y obstétrica.



Entonces, para ir contrastando estas preguntas tenemos definición y la vamos a ir desgranando para ir sacando cualquier duda que pueda haber en relación al término: **“Prácticas clínicas en las atenciones de salud en gineco-obstetricia** que mediante la **vulneración de derechos** implican un trato deshumanizado y pueden derivar en el no reconocimiento o **ejercicio de la autonomía**, de quien la sufre, o en daño a su salud”.

De esta definición se subrayan algunas partes que nos van a permitir ir contestando a estas preguntas, “Qué”, “Cómo” y “Quienes”. La primera pregunta se contesta por sí sola: prácticas clínicas en las atenciones de salud en gineco-obstetricia, por lo tanto quienes ejercen violencia ginecológica y obstétrica son quienes realizan esas atenciones de salud, o sea las atenciones de salud de la esfera de la ginecología y de la obstetricia. Eso puede hacer referencia a médicos y médicas ginecólogos y ginecólogas, matrones, matronas, enfermeras, enfermeros, etc. En el fondo los funcionarios de salud, aquellos son quienes podrían ejercer la violencia ginecológica y obstétrica.

La segunda parte que quise destacar de esta definición tiene que ver con la **vulneración de derechos**, y en este sentido es muy importante decir dos cosas:

- No todo daño o merma en la salud es VGO:

lo primero es que no todo lo que produzca daño o una merma en la salud se va a considerar violencia ginecológica u obstétrica, ya que tiene que ser mediante la vulneración de derechos. Porque bien sabemos que en ginecología y sobre todo en obstetricia no siempre los resultados son los que quisiéramos y existen complicaciones asociadas a procedimientos, existen complicaciones quirúrgicas, existen malos resultados obstétricos que no tienen que ver con vulneración de derechos, ya que son cosas que pueden ocurrir a pesar de que el procedimiento sea correcto. Entonces esto depende de la vulneración de derechos.

- No tiene relación con la intencionalidad:

Esto dado que muchas veces uno dice “oye yo no me levanto en la mañana con ganas de ir a hacer daño o con ganas de vulnerar”, entonces no tiene que ver con la intención de hacer o no hacer daño, o de no querer respetar derechos en las atenciones de salud.

Y en este sentido siempre aparece una pregunta que es: bueno, pero si estamos hablando de vulneración de derechos porque lo ponemos aparte, si ya tenemos una ley de deberes y derechos en la legislación chilena, y los hombres en sus atenciones de salud también pueden sufrir vulneración de derechos. Y eso es cierto, entonces acá viene la segunda pregunta: ¿Por qué es violencia?. Se considera violencia de género, y la palabra violencia se acuña hace algunos años desde el 1994 en la Convención de Belém do Pará, para darle la relevancia que merece a estas discriminaciones injusticias e inequidades, etcétera, que sufren las mujeres por el hecho de ser mujeres.

Nosotros siempre nos referimos a la CEDAW aunque es del año 1979 que es muy relevante es cierto en cuanto a inequidades de género y esta ocasión ellos hablan de discriminación, y en Belém do Pará se empieza a utilizar la palabra violencia. Este es un extracto de la definición que hacen, y que dice:

“La violencia de género 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”.

Entonces la palabra violencia viene a recalcar la importancia de lo que ocurre con las mujeres y nosotros consideramos que la violencia ginecológica y obstétrica es una violencia de género.

- CEDAW (1979): Discriminación
- Belém do Pará (1994): Violencia

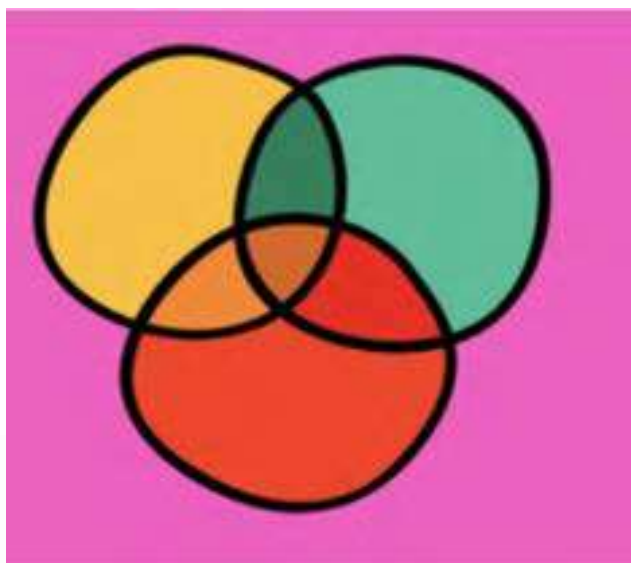
La ONU Mujeres, dice que violencia de género en general, son los actos dañinos dirigidos contra una persona o un grupo de personas en razón de su género, y que esto puede ocurrir en el ámbito público o privado. Es una de las violaciones más generalizadas de los derechos humanos en el mundo, y aquí viene la clave: 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. Y esto hay que llevarlo también a toda la diversidad sexual, porque las diferencias estructurales de poder basadas en el género, y sobre todas estas construcciones binarias del género, colocan también a todas las personas de la diversidad sexual en una situación de riesgos frente a múltiples formas de violencia.

Esto se ve en todas las áreas de la sociedad, esta diferencia de poder estructural que finalmente lleva a que a la mujer se le **subestime**, que se le vea con **inferioridad**, que se la trate con **subordinación**, que se le enseñe hoy y se le pida que tenga una posición muy **pasiva** en relación a su propia vida, aceptando que otros decidan por ella. También la **apropiación**, y eso es muy importante: apropiarse de la vida de las mujeres no reconociendo su autonomía.

Entonces acá vienen a otra pregunta, porque en ginecología y obstetricia y en todas las áreas de la medicina, efectivamente que pudiesen ser diferentes entre hombres y mujeres. Por ejemplo, algún médico que para la misma exacta patología trate distinto a un hombre que a una mujer en su atención de salud, y eso efectivamente existe y claro que lo tenemos que visibilizar y trabajar con enfoque de género, para que en todas las atenciones de salud deje de ocurrir. Pero este foco en ginecología y obstetricia es porque es el **área de la medicina que trabaja con la salud sexual y reproductiva, y los derechos sexuales y reproductivos**. Esto es algo cardinal cuando vamos a pensar en las causas de las violencias y las inequidades de género, los estereotipos de género y los roles de género.

En **las violencias en general, buena parte de ellas vienen del no reconocimiento y vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres**, quienes efectivamente se dedican a trabajos más precarios, tienen brecha salarial, tienen embarazos adolescentes o no planificados, son víctimas de violencia sexual, son víctimas de violencia física, son víctimas de femicidios, y todo eso en buena parte es porque existen estereotipos y roles de género en relación a su sexualidad ya su función reproductiva, y la ginecología y la obstetricia es la que trabaja directamente con eso.

También es importante mencionar que las mujeres somos diversas, y que existen distintas esferas o distintas características biológicas y sociales que van a hacer que algunas mujeres sean más susceptibles de sufrir ciertas violencias. Por eso es que el **enfoque interseccional** es fundamental, ya que no va a ser lo mismo para una mujer migrante o para una mujer lesbiana, que para una mujer que no es migrante, ni lesbiana. Y en ese sentido, dentro de la violencia ginecológica y obstétrica, el enfoque interseccional es fundamental pues estas características se superponen y actúan incluso de forma sinérgica haciendo que algunas mujeres sean más susceptibles de ser víctimas de esta violencia.



En resumen, la **violencia ginecológica y obstétrica es la vulneración de derechos de las mujeres por el hecho de ser mujeres, en sus atenciones de salud de la esfera de la ginecología y obstetricia.** De forma más amplia, y es importante decirlo, de esta forma esa es la vulneración de derechos de las personas en razón de su género, en sus atenciones de salud de la esfera de la ginecología y obstetricia. Entonces, la vulneración de derechos es una condición necesaria, y que esa vulneración sea en razón del género, es cuando hablamos de violencia ginecológica.

Esto permite explicar lo siguiente, respecto a la importancia del trato **deshumanizado. Deshumanizar no es otra cosa que privar, o no reconocer los caracteres humanos de una persona,** y dentro de esos caracteres, están los derechos que tienen todas las personas simplemente por existir, independiente de sus características personales. Entonces un trato deshumanizado o despersonalizado, podría ser también el no reconocer la dignidad de la persona en la atención de salud. Ahora, **específicamente, en ginecología y obstetricia, tiene que ver con el trato.** Cómo tratamos de forma verbal y no verbal, lo que decimos y lo que dejamos de decir, tiene que ver con el trato físico cuando examinamos pacientes, cuando hacemos intervenciones, cuando hacemos los procedimientos y por supuesto que tiene que ver con la patologización de procesos que son fisiológicos o la apropiación de la salud de las mujeres sin considerarlas a ellas agentes activos de sus atenciones de salud.

Para la definición que se propone, también es relevante la autonomía. La autonomía es la capacidad de tomar libremente decisiones que afectan la propia vida y esto es algo que está muy vulnerado en todas las esferas de la vida de las mujeres. En general hablamos de autonomía física, **autonomía económica y autonomía en la toma de decisiones.** Principalmente, para las atenciones de salud, con lo que estamos trabajando, es la autonomía física. No reconocer esa autonomía, no respetar esa autonomía, no promover esa autonomía, lo que hace es perpetuar esta estructura desigual de la que las mujeres son víctimas.



Finalmente, mencionar que el daño a la salud, no es solamente no reconocer autonomía no es solamente algo de satisfacción usuaria de tratar bien de ser amoroso con las mujeres en sus atenciones de salud sino también de reconocer que puede tener consecuencias y que esas consecuencias son daños a la salud y recordemos por supuesto que la salud no es solamente la ausencia de enfermedad sino que también se considera un estado de completo bienestar. Se habla de bienestar físico mental y social pero a mí siempre me gusta recalcar que estamos hablando de bienestar sexual también. Cuando producimos un daño, influimos en que no haya este completo bienestar y también digamos que son una consecuencia posible, que no siempre ocurre, pero posible de la violencia ginecológica y obstétrica.

Entonces, en la práctica cómo podemos ver la violencia obstétrica y ginecológica, cómo la podemos identificar, cómo podemos hacerlo para dejar de perpetuarla. En relación a la anamnesis y a la toma de historia clínica, muchas veces lo que hacemos es tratar con **paternalismo** a las mujeres que tenemos al frente, juzgamos sus prácticas sexuales o les decimos como debieran o no debieran comportarse y las retamos. Eso es parte de lo que uno no debiera hacer en una atención ginecológica. Y por supuesto en relación a estas acciones positivas que tenemos que tener de grupos de mujeres más vulnerables, o con este enfoque interseccional. La **heteronormatividad** y la **invisibilización** o el **menosprecio** por algunas necesidades que tengan que ver con una mujer pertenece por ejemplo a pueblos originarios, o emigrantes, que culturalmente tienen necesidades distintas a las propias, no puede ser objeto de menosprecio, de burlas etcétera.

Lo otro que ocurre mucho en las atenciones de salud, es la normalización o perpetuación de los estereotipos y roles de género. Cuando una mujer dice algo, está basado en un estereotipo y un rol y uno lo valida, o incluso cuando uno llega preguntándole por ejemplo qué opina el marido, o qué vamos a hacer para el marido. En relación a esas cosas, lo que estamos haciendo finalmente es perpetuar esta inequidad y subordinación.

En relación al examen físico, intervenciones y procedimientos, normalmente lo que está más al debe es no entregar la información siempre antes de examinar una mujer o de hacer alguna intervención, **preguntarle y explicarle a la mujer** lo que va a hacer. Sobre todo en obstetricia, hay que explicarle qué es lo que se va a hacer pues no todas saben y aunque supieran, merecen recibir esa información. Otro posible error es la falta de justificación en ese actuar; esto es súper relevante también en obstetricia, sea que no haya una justificación real para hacer un procedimiento o alguna intervención en una mujer que está en trabajo de parto o de parto. Lo otro es la **falta de consentimiento**, porque muchas veces si podemos informar o si está súper justificado intervenir en un trabajo de parto pero no esperamos el consentimiento de la mujer antes de realizar esta intervención. Por supuesto que todo esto hay que hacerlo en un ambiente que tenga respeto por la privacidad de la mujer. Entonces, **en el examen físico, siempre antes de examinar o de hacer una intervención, explicar qué se va a hacer, cómo se va a hacer, para qué se va a hacer, los beneficios y potenciales riesgos de no hacerlo y por supuesto que esperar el consentimiento antes de realizarla.**



Un error común es omitir cierta información, entendiendo que todas las personas tienen derecho a recibir información sobre su estado de salud. Dentro de esto, puede pasar el subestimar a la mujer que tenemos al frente, en relación a que pensemos que quizás no es capaz de entender la información, así que mejor se la voy a dar en un idioma que es muy básico o no es completo, y con eso también obviamente omitir parte de la información muy importante, desconocer la autonomía. El no ofrecer todas las opciones médicamente razonables y tomar la decisión con ella a priori o cuando ella tiene alguna solicitud o tiene algún requerimiento decirle que no simplemente porque aún al médico/a le parece que debiera ser distinto. Respecto a negar solicitudes sin sustento, por ejemplo en un trabajo de parto, si una mujer tiene un trabajo de parto normal fisiológico y ya se quiere mover o quiere comer o se quiere hidratar y yo se lo niego sin que haya un sustento de beneficio o evidencia médica de que aquello la beneficie o de que hacerlo la pudiese poner en riesgo. Finalmente, desconocer la confidencialidad, esto es súper relevante evidentemente para todas las mujeres, pero en específico ocurre en las adolescentes y también ocurre en mujeres de mayor edad.

Esto da para hablar mucho, como qué cosas podemos hacer para disminuir o erradicar la violencia ginecológica y obstétrica. A nivel país, es a través de la implementación de políticas públicas, de normas, de programas y legislación. Como funcionarios de salud, realizando atenciones de salud con enfoque de derechos y con enfoque de género, sería bueno conversar del tema, y por supuesto que las usuarias y usuarios de los sistemas de salud también tienen algo que decir respecto a cómo ir a disminuir la violencia de género y obstétrica.

Ley Adriana

En este punto es relevante mencionar el proyecto de Ley Adriana, que tiene que ver con todo esto, y que establece derechos en el ámbito de la gestación, parto, posparto, aborto, salud ginecológica y sexual, y sanciona la violencia gineco-obstétrica. El año 2018 se conformó la mesa de parto respetado, desde distintas organizaciones de la sociedad civil y se ingresó el proyecto a la comisión de salud en octubre de ese mismo año. Luego el proyecto quedó dormido en la comisión de salud durante un poquito más de dos años, y en diciembre de 2020 pasó a la comisión de mujer y de equidad de género donde se empezó a trabajar, y donde recibieron múltiples presentaciones de vivencias personales de algunas mujeres en relación a violencia obstétrica principalmente. En septiembre de 2021 fue aprobada por unanimidad en la comisión pasando a la sala de diputados, donde también fue aprobada en general el 12 de octubre del 2021. Como se le hicieron algunas indicaciones,



el proyecto de ley tenía que volver a la Comisión de Mujer y Equidad de género para nuevamente discutir estas indicaciones. Eso ocurrió el 10 de noviembre y ese mismo día aparecieron nuevas indicaciones de algunas diputadas, que traen un montón de cambios a la ley. Se borran algunas partes al proyecto, pero lamentablemente ninguna de estas diputadas estuvo presente en la discusión, por lo que finalmente, y esto lo más reciente, al momento de esta presentación todas esas nuevas indicaciones fueron rechazadas en bloque, porque no estaban ahí presentes como para justificar por qué querían hacer esos cambios. Así que esa presentación es lo que hay hasta el momento, sin esas nuevas indicaciones, pero esto está en proceso.

Historia de la Ley

Aprobada por
unanimidad en
comisión MEQ

Sept 2021

Aprobada en
general en Cámara
de Diputados

12 Oct 2021

Vuelve a comisión a
mujer y equidad de
género

10 Nov 2021

Ley Adriana define violencia gineco-obstétrica como: “Se entenderá por violencia gineco-obstétrica todo maltrato o agresión psicológica, física o sexual, omisión, discriminación o negación (justificada que suceda durante la atención de la gestación, muerte gestacional o perinatal, parto, postparto o aborto en las causales establecidas por la ley, y en el marco de la atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer u otra persona gestante”. Esto fue lo que se aprobó en la Comisión de Mujer y Equidad de Género y en la Sala.

Principios de la ley:

- Dignidad en el trato
- Autonomía de la mujer o persona gestante
- Privacidad y confidencialidad
- Interculturalidad
- Interpretación desde los Derechos Humanos
- Transparencia

Contenidos de la ley:

- Hechos constitutivos de violencia gineco-obstétrica
- Derechos de las mujeres y personas gestantes
- Derechos de las personas recién nacida
- Derechos del padre o persona significativa
- Prevención y educación
- Responsabilidad médica y procedimientos de reclamación

Hechos constitutivos de VGO: En total son diecisiete, que se dividen en cinco grupos:

1. Malos tratos
2. Intervenciones injustificadas
3. Intervenciones no informadas/consentidas
4. Omisión, retraso o negación de atención oportuna
5. Interferir en el establecimiento del vínculo con persona RN.

Derechos:

1. Plan de parto
2. Talleres prenatales
3. Matrón/a : persona gestante = 1:1
4. Acompañamiento ininterrumpido

Prevención y educación:

1. Plan de parto en cuanto es preventivo, y tiene un rol de educación.
2. Formación de profesionales de salud en universidades, centros de formación técnica e institutos profesionales
3. Capacitaciones de los funcionarios de salud.

Responsabilidad médica:

Lo que dice el proyecto de ley a la fecha, es que se considera en general que esta ley no es tan punitiva sino que es más bien preventiva, en cuanto se hace cargo de prevención, educación etcétera, y no ponen nuevas penas a médicos o instituciones, salvo un par de cosas:

1. Lo primero que dice que la responsabilidad será exigible de acuerdo con lo establecido en la ley 19 1966, quitarles un régimen de garantías de salud. Originalmente el proyecto incluía también la Ley de Deberes y Derechos, pero por alguna razón se sacó. En el fondo lo que dice es que la responsabilidad va a ser la misma que con las leyes que ya existen, y ya no trae penas nuevas.

2. Se establecerá un procedimiento administrativo especial ante la superintendencia de salud para conocer y resolver los reclamos de violencia gineco-obstétrica, que hoy en día eso no existe, y que se deberá sancionar al establecimiento de salud con una multa de 37 a 60 utm.

3. Lo tercero es que los establecimientos de salud deberán incluir la categoría de violencia ginecológica y obstétrica en el resumen estadístico mensual número 19.

4. Lo que se agrega desde el punto de vista punitivo, es que en el código penal se agregaría un numeral que sería cometer el delito en el marco de conductas y omisiones constitutivas de violencia gineco-obstétrica. Esto sería un agravante más, si es que hay algo que califique como penal, si es que ese delito se cometió en el contexto de violencia ginecológica y obstétrica, eso es un agravante.

Eso sería lo que hasta el momento está en el proyecto de Ley Adriana, que debiera pasar próximamente a la sala de diputados para una nueva discusión y probablemente aparezcan nuevamente estas indicaciones y se van a discutir en ese momento, pero que estemos todos muy atentos.



Ley Dominga

Ley 21.371: Establece medidas especiales en caso de muerte gestacional o perinatal.

Esta parte trata de explicar no la Ley Dominga, si no el por qué es tan importante y por qué se hace cargo de temas que estaban profundamente invisibilizados. Y de hecho, por eso la frase y el eslogan que teníamos de la ley era **“no queremos ser invisibles, nunca más invisibles”** y finalmente cuando la ley salió ya no somos invisibles. La Ley Dominga está llamada así en honor a una niña que falleció a las 36 semanas de gestación, y su madre en un acto de suprema generosidad, que analizó todo el dolor y todo el duelo y decidió convertirlo en algo propositivo para otras personas. No en algo punitivo, ella dice que entiende que estas cosas pueden ocurrir, pero si en visibilizar el trato impropio, el trato insuficiente, el trato que es indigno y poco cariñoso que se le da genéricamente a veces a una madre y un padre, a una familia, cuando pierden un hijo en condiciones de gestación o etapa neonatal precoz.

Entonces esto no apunta a una ley punitiva, es una ley que si bien contiene aspectos de violencia obstétrica, no va dirigida a eso, sino que a lo que va es a acompañar el duelo y a dignificar la vida de este hijo que falleció. Es una ley con tremenda perspectiva de género y feminista, porque se hace cargo de dos temas que las mujeres y personas gestantes por siglos nos hemos estado callando a solas.

En primer lugar, el hecho de que todo lo que tiene que ver con nuestra reproducción, por nuestra capacidad de gestar, lo vivimos todo tremendamente solas. El hacernos cargo de la anticoncepción, el vivir las consecuencias positivas y negativas de un embarazo, el vivir también lo que implica la llegada de un hijo como algo que nos pasa a nosotras, a veces ni siquiera se tiene a la pareja, a la familia y mucho menos a la sociedad. Esto visibiliza al entorno completo, esta ley habla de la mujer madre o persona gestante y también habla de su entorno cercano, ya sea porque ella necesita apoyo y también porque el entorno cercano está viviendo un duelo enorme.

Lo otro es que les pone la importancia a un duelo que ha sido vivido no solo en soledad, sino que de manera deliberadamente silenciosa y silenciada desde hace décadas. La muerte durante la gestación y durante el periodo neonatal ha existido desde los inicios de la humanidad es algo tan frecuente que muchas veces, la mayoría de las veces de hecho, las frases que reciben las madres en el momento de la muerte apuntan a olvidar rápidamente este hijo que murió. Frases bienintencionadas como “vas a tener más hijos/as” o “es lo mejor porque venía mal” o “al menos no te alcanzaste a encariñar” solo logran invalidar la pena, el duelo y la existencia de ese ser.

La verdad es que a cualquier persona que esté pasando por un duelo, esas fases no le sirven, es más, exacerban su dolor, porque lo minimizan y banalizan. Entonces, desde el momento en que se exija un trato adecuado, que se permita el silencio, que se permita y se inste a tener instancias de despedida, se pasa a dar un espacio incuestionable a ese hijo que ciertamente existe para siempre en la biografía de las familias. Es importante recordar que en estas situaciones, la despedida es la única oportunidad de materner a este hijo que va a tener esa familia, entonces a una persona, desde afuera, le puede parecer innecesario o incluso extraño, por ejemplo, el vestir a un recién nacido fallecido, pero para la familia puede significar la oportunidad para empezar a procesar este duelo de manera más saludable. En cualquier caso, esto no se trata de un deber para estas familias, sino de una oportunidad que se ofrece y se insta adecuadamente. En caso de que la familia no lo desee o no le haga sentido, está perfecto también y su decisión debe ser respetada y resguardada.

Si bien uno podría pensar que estas temáticas tienen mucho que ver con el sentido común y la empatía, lo cierto es que estas leyes, Ley Dominga y Ley Adriana, han hecho falta y son súper importantes para sentar las bases esenciales de lo que es una atención adecuada de la atención perinatal y nivelan hacia arriba desde una base que pasa a ser mandatoria, establecida en el cuerpo legal de un país.

¿Qué incluye la ley Dominga? (Fuente: Chile Atiende, Última actualización: 30 de marzo, 2022)

- Los profesionales de la salud deberán explicar de forma adecuada al padre, madre y personas significativas sobre el fallecimiento de su hijo o hija, y los procedimientos a realizar.
- Contar con asistencia inmediata y seguimiento multidisciplinario (matrona, psicólogo y psiquiatra).
- Toda pérdida de un hijo o hija, independiente de las semanas de gestación u horas de vida, debe ser reconocida; identificando datos del nonato o neonato, como nombre, peso, estatura, sexo y hora de nacimiento.
- Velar para que pacientes que viven este proceso no sean hospitalizadas en las áreas de maternidad de los centros de salud, evitando tener contacto con recién nacidos.
- Autorizar al menos un acompañante durante procedimientos de legado, ameu, inducción de parto o cesárea. Si el recinto lo permite, los controles posteriores se realizarán en salas aisladas y/o en horarios en los que no haya mujeres embarazadas o madres con sus recién nacidos.
- Brindar espacios de contacto digno y apropiado con la hija o hijo fallecido para iniciar el proceso de duelo. Permitir mirarlos, acunarlos o tomar registros de foto o video. En caso de muertes en el tercer trimestre de gestación, ofrecer la opción de disponer de los restos ovulares.
- Aumentar a siete días el permiso laboral en caso de muerte gestacional y a 10 días ante la muerte neonatal de un hijo.
- Asegurar que las mujeres o personas gestantes con antecedentes de muertes perinatales tengan acceso a acompañamiento de un equipo de duelo perinatal en las siguientes gestaciones.

Datos importantes de la ley Dominga

- La ley Dominga establece un estándar especial en relación con el manejo clínico y acompañamiento a madres y padres que hayan sufrido una muerte gestacional o perinatal de un hijo o hija.

- Esta ley modifica la ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

- Esta ley fue promulgada el 21 de Septiembre 2021, Publicada 29 de Septiembre 2021
21-SEP-2021

/CLASE 8 - Violencia en salud hacia migrantes

* **Nadege Hercule**, Facilitadora Intercultural de nacionalidad Haitiana. Hace 5 años emigró a Chile para empezar una nueva vida. En julio del año 2018 dio su primera lección sobre interculturalidad en el Hospital de Melipilla. En el 2019 en el Hospital de Osorno. Fue instructora en el Centro SIALSCH, Centro de Enseñanza Lengua de Señas e Idiomas. Actualmente trabaja en el Hospital de Coronel y CESFAM Victor Manuel Fernandez, Bio Bio.

Contacto:

Conceptos a tratar

Comprenderemos el contexto y vulnerabilidades de las personas que migran a Chile. Conoceremos sobre la comunidad haitiana y sus experiencias con el sistema de salud chileno, así como sobre las violencias que sufren al día de hoy en el sistema de salud, desde una perspectiva propia de quién es parte de la comunidad migrante.

Nota: Esta clase no posee diapositivas. La expositora, quién es políglota, habla efectos de la clase español y utiliza cómo recurso principal su experiencia a través del discurso.

En este capítulo, aprenderemos cuales son las formas y los objetivos del trabajo como facilitador/a intercultural ya que se sabe muy poco de esta importante labor.

¿Qué significa ser facilitadora intercultural y cómo es trabajar en ello?

Es una labor que tienen los centros de salud, por ejemplo en la oficina OIRS (Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias) donde llegan todas las personas, sean estas migrantes o no. Este trabajo no es solamente hacia las personas migrantes, también se ayuda a todas las personas a encontrar su camino. Por ejemplo, a las personas de la tercera edad se les acompaña a buscar lo que necesiten.

Se presta ayuda a profesionales de la salud durante la jornada con pacientes haitianos u otras nacionalidades, también traduciendo los dípticos que tienen en el servicio traspasando la información al creole u otro idioma, para que todas las personas que asistan al centro de salud puedan disfrutar y aprovechar la información que existe en español. Además, se apoya en la lectura de recetas médicas y a entregar información del servicio de salud, cómo por ejemplo los cuidados posteriores a las vacunas.

En un día laboral típico cómo facilitador/a intercultural: Se entra a las 8 am, durante la mañana se recorren todos los servicios para ver si en la noche ingresó algún paciente haitiano o de otra nacionalidad, para preguntarle si necesita algo, porque no todos pueden entender el idioma español. Nos comunicamos con los profesionales de la salud a cargo de la sala. Se ayuda además a las mamitas a recordar los controles sanos de sus bebés, incluso las llamo para avisarles la cita de su control y luego se continua en oficina traduciendo documentos del hospital.

¿Cómo es la medicina haitiana?

La cultura haitiana es muy diferente a la de Chile porque acá en Chile la medicina es **preventiva** y nosotros los haitianos tenemos una medicina más bien **curativa**. Por eso, cuando una persona haitiana va a urgencia siempre irá con la enfermedad muy descompensada o con mucho dolor. Si dice que le duele es porque le duele mucho. Entonces a veces (a los haitianos) les molesta cuando profesionales de la salud les dan medicamentos por 3 días, porque para estas personas no es un tratamiento suficiente frente a la cantidad de dolor que se tiene.

Ahora bien, la cultura haitiana no es homogénea, es muy diferente entre sí. Esto porque cuando llegaron los españoles a esta tierra había indios-nativos los colonos empezaron a buscar negros de África como esclavos para trabajar en esta tierra nueva que para ellos tenía mucha riqueza y así podían seguir explotando lo que teníamos, por ejemplo oro, caña de azúcar y tabaco, es decir, de todo un poco.

Estos esclavos no hablaban todos el mismo idioma pero había algo en común que les unía en ciertos sentidos: el uso de hojas de té tradicional y el **vudú**, práctica que algunos llaman la **magia negra**, que incluso hasta el día de hoy hay muchos haitianos que lo practican. Desde la práctica del vudú se derivaron muchos tipos de medicina.

Así cómo en Chile existe la medicina mapuche practicada por quienes se denominan como machis también en Haití existen algo así como “sacerdotes del vudú” que hacen ceremonias cuando alguien está enferma/o para poder ayudarlo. Por esto puede pasar que un haitiano/a puede estar sufriendo mucho pero no va ir al médico si no que irá a las personas que practican el vudú.

Hace 1 o 2 semanas me encontré con un paciente que tenía una infección que, desde mi punto de vista, sus síntomas eran para la medicina occidental pero él decía que no tenía enfermedad ya que su padecimiento lo entendía como un evento malo, ya que refería alguien le estaba echando una magia por lo que debía tratarse con medicina haitiana. Por todo esto es que los y las haitianas no van mucho al médico y no se realizan controles médicos en general.

Las personas haitianas por lo tanto, solo usan la medicina occidental cuando requieren medicina en su propiedad curativa, no preventiva.

Discriminación de género hacia la comunidad haitiana

Vamos a hablar de la discriminación de género en el sistema de salud chileno. Se sabe que acá en Chile hay mucha discriminación hacia las *mamitas*⁹. Hace un tiempo por ejemplo

hubo un caso de una paciente haitiana que en dos años tuvo dos bebés y para su suerte le tocó la misma matrona a lo que ella le dice: -“Pero cómo, ¿otra vez estás embarazada!?” y la mamita haitiana se sintió muy mal.

La enviaron a ARO (Alto Riesgo Obstétrico) por los embarazos seguidos pero ella tenía mucha vergüenza de asistir posterior a ese control, de hecho eso hizo que no fuera a su control en ARO por la vergüenza de estar nuevamente embarazada. La matrona que estaba a cargo de ARO, solicitó que ubicaran a la paciente, Al ubicarla se le tuvo que explicar que acá en Chile es obligatorio asistir a sus controles, porque si dejas de asistir a los controles los carabineros te irán a buscar a tu casa. Cómo ningún inmigrante quiere tener problemas con la ley, al otro día ella acudió a su control pero por miedo, todo esto ocurrió no de la mejor forma. Cómo ven, ese comentario la afectó mucho, la hirió y afectó sus controles porque le hizo mucho mal. Sobre todo porque ella dejó su país y no vino acá a Chile a tener hijos.



⁹**Nota de quién transcribe:** durante la clase la expositora habla de mamitas o guatitas modismos chilenos haciendo alusión a las madres haitianas, lo que le da un discurso cariñoso, personal y cercano que se decide mantener.

Hay personas que dicen que las haitianas tienen hijos para obtener los documentos de la visa ¡Pero eso no es verdad! Porque tener un bebé acá en Chile es más difícil. Si a las chilenas con hijos les dificulta trabajar pero al menos tienen una red de apoyo, imagínense un extranjero no tiene un grupo de apoyo cómo los chilenos.

Toda *mamita* quiere saber cómo está su bebé en la guatita para saber si está sana por eso me gustaría a quienes son profesionales de estado que están viendo esta clase que por favor no usen esas palabras, porque hieren.

Sistema de salud chileno versus sistema de salud haitiano

Las personas haitianas u otras nacionalidades no están acostumbradas a acceder a una evaluación médica a través del sistema de agendamiento de horas. En esta cultura, se llega temprano el mismo día, se juntan unas 10-20 personas esperando en el centro de salud y allí mismo dan números para el mismo día por lo que se sabe que va a ser atendido/a en el día, porque recuerden que esta medicina es curativa y no preventiva.

Acá en Chile por ejemplo si una persona haitiana llega a padecer síntomas suficientes para pensar en acudir al centro de salud van al CESFAM pero se encuentran con que les dan hora para 2 semanas más, esto para los inmigrantes no tiene sentido.



Hace unas semanas una mamita tenía a su bebé con fiebre y mucha tos, estaba muy resfriado y la sala cuna no lo recibía. Ella llama al facilitador/a intercultural para ver si se puede conseguir una hora, esta persona se comunica con el SOME y pregunta, gracias a esta gestión, la mamá logró poder ir directamente al SOME, pero allí le dijeron que no había horas médicas y que debía volver en 2 semanas más.

¡Imaginense! Una mamita en un país extranjero, sin redes de apoyo con su bebé muy enfermo en un país con un idioma distinto, con cultura distinta que le digan que en dos semanas -si tiene suerte- puede ser que vean a su hijito.

Ella no aguantó más y se puso a llorar porque se sentía impotente y discriminada. En ese momento ella preguntó -"¿Me están haciendo esto porque soy haitiana, verdad?". Al notar esto, para evitar problemas la misma administrativa que le había dicho que no había horas, se dio cuenta de esta situación ella misma le dió una hora inmediatamente..¡Entonces, había horas! Con este tipo de situaciones nunca vamos a creer que no había hora.

Se sabe que el sistema de salud en Chile está colapsado, que en realidad a veces no hay horas pero no todos lo van a entender. Imagínense una persona se levanta y no puede lograr trabajar por síntomas de dolor o mareo, a esa persona le gustaría ir a un médico y poder mandar ese documento de atención médica al trabajo pero en el sistema de salud pública chileno, no se puede hacer porque no hay una hora en el mismo momento que esta persona se siente mal.

Los haitianos no entienden el sistema, ¿por qué debe venir al médico antes de que se sienta mal? pero esta cultura es así.

¹⁰**SOME:** Servicio de Orientación Médica Estadística que es donde te puedes inscribir en los centros, agendar horas, obtener información específica y relevante, entre otros.

Rut provisorio

En este punto Chile ha recibido felicitaciones por su sistema de salud para todos/as porque no en todo el mundo uno puede tener acceso a la salud y más encima para las personas indocumentadas gratis.

Existen personas que están viviendo en otros países de residencia y no pueden pagar un seguro por lo que no pueden ir al médico. Pero Chile con su sistema de salud ayuda a todos/as a tener su control.

Consejo muy importante: ¡Aprovechar el día en que migrantes deben sacar el rut provisorio en el centro de salud para hacer charlas a las personas haitianas u otras nacionalidades!

Hay profesionales de la salud que usan ese método de rut provisorio para entregar una charla sobre salud en Chile a las personas haitianas, es decir, utilizan ese mismo día que entregan el rut provisorio para hacer charlas en salud y explicarles el sistema. Es una excelente práctica para tener la sala llena de migrantes deseosos y expectantes de estar allí, porque luego de la charla tendrán el rut provisorio. Ya que saben que necesitan el rut provisorio para acceder a la salud chilena.

Normalmente un migrante nunca va a dejar su día laboral para asistir a una charla. Cuando se pide permiso para ir al hospital les descuentan las horas del sueldo. Ellos/as trabajan con mucho esfuerzo, pero si falta un peso, de seguro que alguna necesidad básica va a quedar por cubrir.

Es una necesidad hacer las charlas anuales porque es parte del trabajo en un centro de salud, pero hay formas de sensibilizar a las personas. Utilizar el día más adecuado es distinto a decirle “si tu no vienes no te doy el rut provisorio” esto no es necesario. Por eso es muy importante que las personas que trabajan en el sector de salud entiendan que hay formas de hacer las cosas y por ética como profesionales deben hacer lo posible para que los demás no se sientan mal.

Ideas en resumen:

- Comprender que la medicina es comprendida de forma distinta para nosotros/as

- Entender que la toma de horas médicas son difíciles: Si alguien viene tres, cuatro veces a la urgencia con un dolor de cabeza es entendible que dirán que deben ir a control CESFAM en 48 horas. Pero lo complicado es conseguir esa hora 48 horas después. Si ya es difícil tomar esa hora, será más difícil en 48 hrs. Por lo que si existiese una posibilidad de tener horas reservadas para este tipo de pacientes, no solamente mis compatriotas, sería muy bueno

- Mejorar el trato con las madres haitianas. Muchas veces no se dicen las cosas con mala intención, sin embargo un comentario fuera de lugar puede herir a las personas, aun más si no conocemos su cultura a cabalidad.

- Encontrar el mejor día para hacer las charlas: Para dar una charla es mejor llamar al paciente e intentar hacerla el mismo día de la entrega del rut provisorio o al menos un día en el cual tengan que venir al centro de salud. Ellos trabajan para sostenerse en un país difícil, si necesitas dar una charla es mejor llamar al paciente buscando la mejor fecha para ellos. Van a valorar mucho esto y así van a asistir con interés.

/CLASE 9 - Violencia digital

***Soledad Garcés Ojeda**, Profesora, U. Católica de Chile, especialista en Educación y Tecnología. Directora de la Fundación para la convivencia digital. Profesora, especializada en Tecnologías Educativas, Master en E-Learning. Directora de la Fundación para la convivencia digital.

Contacto: @convivencia_digital

Conceptos a tratar

Abordaremos el uso de la imagen digital, la sobreexposición, las prácticas de cosificación, el cyberbullying, el ciberacoso y ataques en redes sociales desde una perspectiva de género. Además, conoceremos las intervenciones formativas en los colegios para evitar estas prácticas, realizadas por la Fundación para la Convivencia digital.

Los problemas que derivan del mundo digital los podemos dividir en tres ejes:

1. Exceso de conexión o acceso temprano a las tecnologías
2. Contacto con terceras personas
 - Violencia sexual
 - Ciberacoso
 - Violencia digital
3. Acceso a contenido inadecuado.



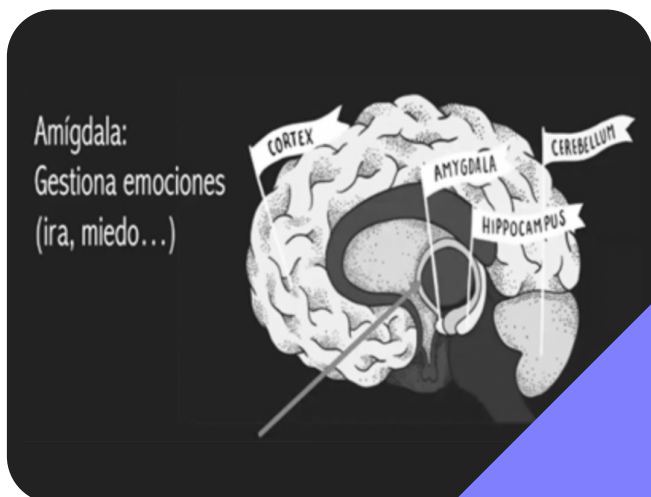
Cuando nuestro cerebro está conectado a una pantalla recibe una sobrecarga de estímulos muy importante que, en exceso, implica una afectación negativa en el cerebro.

La luz, el sonido, los likes, comentarios, los videos... todo lo que pasa en el mundo digital llega a nuestro cerebro como un estímulo que sube los niveles de dopamina, nos empodera y nos hace sentir placer.

El mundo digital ha sido diseñado para ser una experiencia placentera. Sin embargo, el cerebro del niño y del adolescente no tiene la capacidad y preparación para abordar y procesar grandes cantidades de estímulos provenientes del mundo digital. Cuando nos comemos un chocolate y siento que es sabroso por su contenido de azúcar y grasa, se activa el circuito de recompensa y gratificación del cerebro, por lo que buscamos repetir la experiencia hasta que se terminan acabando todos los chocolates.

El mundo digital con su número de estímulos funciona exactamente igual, sin embargo el circuito de recompensa se activa hasta 10 veces más en comparación al caso de un chocolate o una actividad biológica normal. Por lo tanto, corremos el riesgo de desarrollar una adicción.

No solo el riesgo de adicción está presente, sino que también estos estímulos digitales afectan al centro del cerebro y en específico a las neuronas a cargo de regular y gestionar las emociones. La ira, miedo, amor y tantas otras emociones que son necesarias para nuestro correcto desarrollo y el día a día.



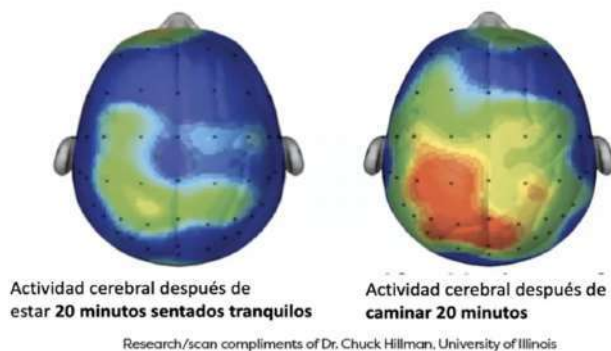
¿Por qué cuesta tanto controlar esto?

Básicamente el cerebro en la adolescencia no está totalmente maduro. El grupo neuronal perteneciente a la corteza prefrontal, el cual está encargado de las funciones ejecutivas, madura completamente después de los 25 años. Debido a esto, niños y adolescentes tienen alteradas funciones tales como la autorregulación, el pudor, el control del tiempo y control inhibitorio.

No podemos pedirle a un niño, niña o adolescente que controle su tiempo de pantalla o que regule las cosas que hace en el mundo digital ya que no tiene la capacidad biológica para ello. Además los modelos del mundo digital no son los adecuados y tampoco facilitan la autorregulación.

Estas neuronas, ubicadas en la corteza prefrontal, terminan dañándose, y tienen mayor dificultad para regenerarse. Es importante combinar la actividad digital con otras actividades que favorezcan el autocuidado como el deporte.

John Ratey indica que con actividades deportivas, incluso con rutinas cortas de 20 minutos, se puede producir una proteína llamada **“BDNF”** (Factor neurotrófico cerebral) la cual regenera parcialmente a neuronas de la corteza prefrontal encargadas de la atención y memoria. Gracias a esto podemos despejarnos y equilibrar nuestras emociones.



Es importante que un adolescente después de tener un periodo de pantalla tenga posteriormente una actividad deportiva para lograr repuntar el desgaste producido por una actividad digital.

Normativa legal:

Ley 19.628: sobre protección de la vida privada. Regula el mercado de datos personales, **pero no protege al usuario**. Por lo tanto, a los **13 años ya no se necesita el consentimiento informado para abrir una red social**. No se considera el nivel de madurez cerebral para usar una red social, lo que implica que tendemos a pensar que a los 13 años los chicos ya están maduros y no es así. Es muy importante el desarrollo de la madurez cerebral para manejar la red digital, el nivel de riesgo al que se exponen y de qué forma enfrentarán la violencia digital dependerá de la capacidad, desarrollo y personalidad que tenga cada uno de los usuarios.

GDPR/RGPD: Reglamento General de Protección de Datos. Primera norma que unifica a los países de la unión europea a derechos como las obligaciones

¿Qué es la identidad digital?

La identidad digital se construye a partir de:

- Lo que publican otros sobre mi
- Lo que yo publico
- Lo que no publico



Se proyecta una imagen nuestra que puede ser real o no pero que está confluída en el mundo digital a partir de la actividad que nosotros hacemos. Por lo tanto, la actividad digital se va construyendo con una huella digital que se va creando en las redes sobre lo que yo escribo, lo que otros publican de mí e incluso lo que no publico.

“Si yo callo ante un evento, se puede interpretar mi silencio como una postura”

Si yo publico algo relacionado a determinado pensamiento, otros usuarios pueden pensar algo que no necesariamente corresponde a lo que yo represento.

Si bien existe la libertad de expresión me tengo que hacer cargo del impacto que tienen mis palabras o lo que yo publico. Al mismo tiempo se debe ser respetuoso con citar y cuidar la imagen de los demás. Esto hay que educarlo, ya que por lo general no se enseña. Nos encontramos con problemas complejos a nivel escolar, de usuario, cuando no se ha respetado el principio básico de identidad digital. Es decir, no cuidamos la imagen que proyectamos en el mundo digital.

I.R.A. Ley 20.536 sobre violencia escolar.

El **ciberacoso** no es un problema tan reiterado como nosotros creemos, sino más bien la **violencia digital** es lo que arrasa hoy en día en muchos colegios.

- La ley chilena define el **ciberacoso** como un **hostigamiento intencional, reiterado en contexto** de una asimetría de poder entre pares.

- En el resto de los países del mundo, la definición es similar, excepto en el criterio de asimetría, ya que considera que no necesariamente es solo entre pares.

Ejemplos:

1. Vicky (13) es víctima de comentarios racistas en las redes sociales hace varias semanas de parte de alumnos de su colegio. A Vicky parece no afectar esta situación porque poco entiende aún el idioma.

2. Camilo (22) lo filmaron mientras se besaba con una joven (19) y lo han publicado en una cuenta anónima de Youtube. Esto ha traído

muchos problemas porque el video circula desde hace varias semanas por los grupos de Whatsapp recibiendo todo tipo de comentarios burlescos y agresivos. Camilo y la joven están muy afectados 3. En el Whatsapp de apoderados se ha armado un tremendo lío porque las madres critican duramente hace varios días a unas niñas que subieron unas osadas fotos a Instagram. Las niñas están muy afectadas por este trato de parte de algunas madres del curso.

Primer caso: Es el único de los tres casos que cumple con los 3 criterios de ciberacoso (Hostigamiento intencional, reiterado en contexto y asimetría de poder entre pares. Por lo tanto, Vicky y su familia pueden pedir ayuda al colegio y activar el protocolo de acoso escolar. El colegio debería proveer los medios necesarios para que Vicky tenga atención psicológica en el colegio, apoyo y mediar el problema a través de la comunidad (Su curso, apoyarla con su red de amigos cercanos). Sin embargo, acá hay un distractor “Parece no afectarle mucho ya que todavía no entiende el idioma”. Refiere que Vicky no entendía los modismos chilenos, sin embargo, aunque no les afecten, no significa que no constituyan ciberacoso, ya que de igual forma se ve menoscabada su dignidad.

Segundo caso: Es similar al caso de Vicky, sin embargo, tiene 22 años, por lo que al salir del contexto escolar no podemos hablar de ciberacoso, pero se llamaría *maltrato*. Si Camilo quiere tomar acciones legales, debería ir a la fiscalía y abrir un caso, el cual probablemente termine cerrado por no contar con mayores antecedentes.

Tercer caso: No cumple criterio de “Intención de provocar daño” ni “asimetría de poder entre pares”, por lo que no se considera ciberacoso. En la entrevista con las madres se identifica que ellas no se habían dado cuenta del impacto que habían tenido sus comentarios en el chat.

Igualmente hay niños que han sido muy afectados, por lo que el establecimiento puede abrir un protocolo de maltrato y debería mediar tal como se haría con un caso de ciberacoso o maltrato escolar (llamar a las familias, hacer intervención a nivel de curso, hacer seguimiento al caso y conversar con personas involucradas).

abrir un protocolo de maltrato y debería mediar tal como se haría con un caso de ciberacoso o maltrato escolar (llamar a las familias, hacer intervención a nivel de curso, hacer seguimiento al caso y conversar con personas involucradas).

Posibles delitos relacionados con tecnología y violencia

Solemos pensar que la violencia digital son solo un par de comentarios negativos en las redes sociales que agarran vuelo, sin embargo, muchas de esas situaciones constituyen delito.

1. Calumnia-injuria: Acusación falsa, hecha maliciosamente para causar daño. (Código Penal artículos 412, 416). El caso más conocido es “la funa”. Cuando un NNA toma su red social y decide hacer una funa, en algunos casos puede constituir un delito, cuando se realiza una acusación falsa con la intención de causar daño. Ej. Una adolescente tomó su celular, abre la red social y llama a funar a “persona x”. Ella asegura que cometió una violación hacia su persona. Si bien jamás hay que dudar sus dichos, lo que corresponde en una primera instancia es contener y preguntar directamente qué ha sucedido, dar el espacio para conversar y hacerle saber que la funa le traerá problemas, ya que, si la persona “funada” toma acciones legales contra esta niña, el juez abordará el caso como una calumnia y no por la acusación que se está haciendo. Por lo tanto, se le puede indicar a la niña una disculpa pública y/o una multa, exponiéndose a un problema más complejo de resolver y que solo agranda su vulnerabilidad emocional. Con los adolescentes es recomendable generar canales de conversación y contención emocional en las escuelas y universidades, ya que las funas ocurren habitualmente.



2. Sexting: es un término que implica la recepción o transmisión de imágenes o videos de contenido sexual a través de las redes sociales, ya sea con o sin autorización de quien los coloca en el medio. “Desde el momento en que la foto íntima sale del celular, se pierde el control” Por lo general se produce en un contexto de intimidad, cuando se confía en la pareja. Muchas veces esta confianza se rompe y la foto puede tomar otros caminos. Muchas veces terminan en portales de pornografía y expuestas en redes sociales sin el consentimiento de la persona que aparece en la imagen. Se vuelve un problema muy complejo que puede llevar a “Difusión de imágenes privadas sin consentimiento” ó Difusión de pornografía infantil”. Cuando yo educo a un NNA en el autocuidado, le enseño a respetar su cuerpo y entender su afectividad como un espacio de crecimiento. No es un juego y es importante ser conscientes del valor que tiene su autoimagen. Una vez que yo educo al respecto, le doy a la persona la libertad de poder ejercer las acciones que estime convenientes. “Pueden hacerlo, pero implica un riesgo”

3. Child Grooming (Ley 20.526 y Código Penal art. 366). Grooming se refiere a las situaciones de abuso sexual de niños, niñas o adolescentes por parte de adultos a través de internet, a través de chats y webcams.

En la mayoría de las veces el adulto busca conseguir un favor sexual. Se suele dar en dos contextos

1. Persona externa a grupo familiar: App. 1 – 2% de la población masculina presentan conductas pedófilas, lo cual no implica que sean violaciones. Estas personas probablemente hayan tenido disfuncionalidad en su aspecto afectivo, por lo que se les hace más fácil relacionarse afectivamente con menores de edad. **¿Cómo lo hacen?** Por lo general se meten en redes sociales y si bien uno tiene la imagen de un hombre pedófilo que es perverso, esto no lo ve un adolescente, ellos ven a un par ya que está disfrazado a través de un perfil falso. Conversan, se hacen amigos, establecen una relación muy cercana. Cuando este acosador maneja información íntima y se presenta el contexto en el cual puede chantajear o extorsionar a su víctima ahí atacan. Esto no se da inmediatamente, se da después de 2, 3, 4 meses. Después de que se establece un vínculo. En ocasiones se infiltran en chat de cursos de niños. Después de recopilar información procede a extorsionar, solicitando videos íntimos. Se debe explicar a los NNA como una situación de riesgo.

2. Caso del familiar cercano que intenta conseguir favores sexuales dada la cercanía y confianza que tiene con su víctima.

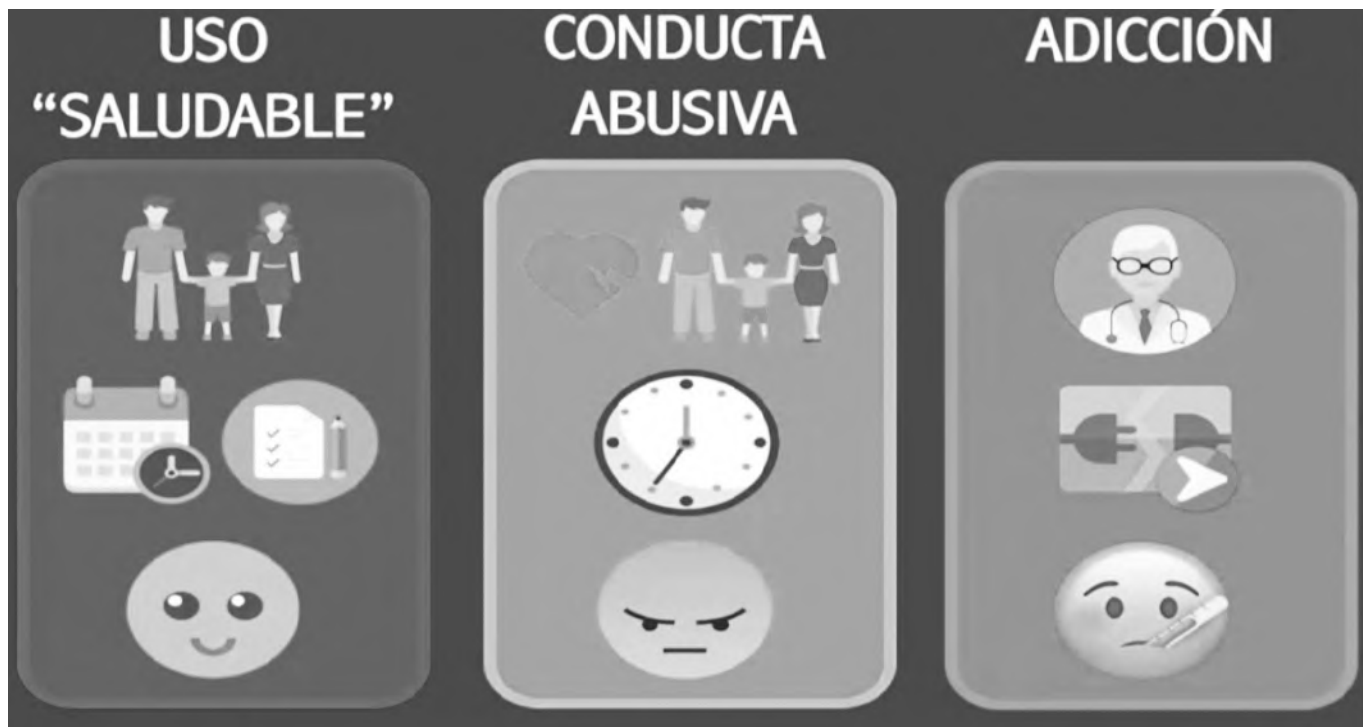
En el caso de una niña de 8 años, que tiene un tío (ej. pareja de madre o amigo de hermano mayor) que lo conoce mucho y hay afecto. Si de repente esta persona comienza a pedir favores sexuales, esta niña no tendrá la forma de pedir ayuda o darse cuenta de que está siendo vulnerada. Por lo general esto ocurre años después. “Una cosa es conversar, otra que tu hija vaya a contar que está siendo vulnerada y otra que yo, como mamá o papá me acerque a ellos, esté pendiente de quienes son sus contactos en las redes sociales y yo los proteja dándoles acceso al mundo digital lo más tarde posible, lo más entrado a la adolescencia” para así evitar este tipo de vulneraciones que lamentablemente en Chile van al alza.

Son absolutamente evitables y tienen un nivel de violencia y agresión emocional que deja huellas profundas de por vida, por lo que es sumamente importante conversar esto y generar una educación preventiva, volver a escucharnos. “No solo acercarnos a un niño con un discurso... sino que preguntarle si le ha pasado, como se ha sentido, si la puede acompañar, enseñarle o conversar sobre algunos temas” De esta forma se va realizando educación sobre el mundo digital, y por otro lado yo comienzo a entender al otro a través de conductas que yo no quiero ver en mí.

Hemos visto cambios importantes en nuestro país en relación a la consciencia que generan los colegios para prevenir el ciberacoso y estos tipos de violencia digital, sin embargo todavía falta mucho por avanzar, por prevenir pero por sobre todo por educar a la comunidad adulta, que tienen a cargo la educación de menores de edad para que esto sea parte de la educación temprana.



¿Cómo voy a descubrir si tengo una conducta saludable, abusiva o tengo una conducta adictiva en el mundo digital?



Conducta saludable:

Las personas adultas contienen emocionalmente a quienes son menores de edad y les enseñan a gestionar sus emociones. Enseñarle a ponerle nombre a lo que les sucede e identificar los sentimientos en sus cuerpos (Ej. Tengo la pena en la garganta, tengo rabia en el pecho)

Descubrir cómo resolver los problemas que me generan diferentes situaciones en la vida para que en el fondo la tecnología no sea una herramienta para acallar el malestar que he vivido.

Muchas veces se escuchan frases tipo “ay, pero que vení cansada... anda a ver un rato tele” “Ah, qué estás enojada... anda ver un rato tiktok para que se te pase”.

Finalmente, el mundo digital es muy gratificante, pero nos tiende a desregular emocionalmente lo cual no nos permite gestionar de buena manera nuestras emociones, por lo tanto la familia que usa de forma saludable el mundo digital tiene capacidades de gestionar emociones, poner reglas y límites del mundo digital. Se estimulan muchas actividades al día, en donde entre otras hay actividades digitales que por cierto no tendrían por qué ser negativas.

Conducta abusiva:

Ocurren en familias en donde los adultos no tienen capacidades parentales, no ponen muchos límites, no educan en el mundo digital y educan en relación a autorregulación y el desarrollo de estructuras para aprender a usar el mundo digital.

Al tener exceso de estímulos genera momentos de emociones negativas.

Conducta adictiva:

Al haber ausencia de habilidades parentales o adultos responsables, tenemos exceso de conectividad, estímulos digitales. Se afectan las partes del cerebro que regulan las emociones. Se pierde completamente el control de las actividades del día y las emociones

Es necesario pedir ayuda médica y/o psicológica.

En estos escenarios, cuando hay desregulación, falta de control y educación, es donde se dan las conductas de violencia digital que terminan siendo de alto impacto negativo para nuestros NNA.

Por lo tanto, dado que el mundo digital afecta el centro de las emociones y lo tiende a desregular, es importante tener clarísimo que la barrera del pudor, el filtro de las emociones se ve potentemente afectado por un exceso de horas de pantalla al día.

Ocurren estos episodios de violencia digital que, si bien a veces hay arrepentimiento, se dan en un contexto de desregulación y se pueden evitar.

**¿Cómo lo hago si la mayoría de las familias en cuarto básico se encuentran en una situación de abuso en el mundo digital?
¿Cómo podemos desintoxicarnos para poder reeducar a nuestros menores en el uso de pantallas?**

Se hace un plan de trabajo, los adultos ponen estos temas a discusión y realizan una recolección a nivel cerebral en donde salen actividades digitales y entran actividades de contacto físico con amigos, compañeras, incluyéndose actividades deportivas, cognitivas, sociales para que así el mundo digital pierda protagonismo, el cerebro reconecte y se recuperen los equilibrios y el manejo de nuestros impulsos.

Conclusiones:

- Educar en el uso de RRSS ayuda a disminuir riesgos
- Eduquemos desde lo positivo, no desde el miedo
- Eduquemos a niños, niñas y adolescentes a través de la formación de sus padres, madres y educadores y cuidadores.

MÓDULO II

Marco Médico-Legal de la violencia de género

/CLASE 10 - Historia del derecho a la luz de la violencia.

* **Elizabeth Muñoz Garate**, Abogada, U. Católica de Chile, dedicada a la representación de Víctimas de delitos violentos en Centro de Apoyo de Víctimas de San Bernardo, asociado a Subsecretaría de Prevención del Delito. Integrante de la Mesa de Violencia Sexual del Depto. Nacional de Género y Salud Colmed y del Depto. DDHH y Género del Colmed Santiago. Diplomada en Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales de la U. de Buenos Aires, con capacitación en Prevención de la Tortura y otros tratos crueles, Inhumanos y Denigrantes, Fundación Henry Dunant. Actualmente cursando el Diplomado en Compliance e Integridad Corporativa, U. Andrés Bello
Contacto: elizabeth.munoz.garate@gmail.com

Conceptos a tratar

Nos introduciremos en la visión territorial y el porqué hemos llegado a cómo estamos, tomando en cuenta las obstrucciones de permisos legales, y derechos filiativos dentro del marco de la no neutralidad.

Nota: Esta clase no posee diapositivas. La expositora, utiliza el discurso como recurso principal.

En la mesa de violencia sexual del Departamento de Género del Colegio Médico, se preguntan ¿por qué estamos cómo estamos en materia de violencia de género? y ¿por qué siendo conscientes del fenómeno seguimos tal como estamos?. ¿Será que la violencia de género es distinta a la violencia de 10, 20, 30 años atrás?

Vamos a comentar cuando el derecho se pone a disposición de la violencia para generar en la ciudadanía un motor que nos permite seguir reproduciendo, de generación en generación, estas prácticas. Así como las enfermedades tienen causas multifactoriales también podemos comprender que la violencia de género tiene múltiples orígenes.

PREMISAS FUNDAMENTALES

Existe una relación íntima entre el Derecho y la violencia. Quizás ustedes en su vida diaria se han dado cuenta que hay personas que se expresan muy bien no sólo por la diferencia de formación académica sino también porque logran decir lo que es correcto y justo. Eso es porque **el Derecho es el lenguaje del poder**. Cuando se sabe de Derecho no te hacen

leso/a, cuando sabes Derecho sabes exigir e impedir vulneraciones de tus propios derechos. Cuando una persona o institución desea poder pero no tiene derecho para ostentar, recurren a la violencia. **El diálogo que existe entre el Derecho y la violencia radica en el poder.**



ORÍGENES Y REGULACIONES DE LA VIOLENCIA EN CHILE: LA COLONIA.

Quizás se pregunten ¿qué tiene que ver la Colonia con esta clase de derecho a la sombra de la violencia?. ¡Tiene mucho que ver! Desde la antropología se encuentra sumamente superada la discusión en torno a que las generaciones pervivientes¹¹ de Americalatina somos descendientes de la violación, del pillaje, de la apropiación y de la colonización. Matices más o matices menos la organización jurídico-administrativa de esta América descubierta impacta al día de hoy cómo se comporta y vive la ciudadanía de los distintos estados.

Lamentablemente a Chile le tocó ser **capitanía general**¹². Esta es la organización político-administrativa más pequeña e insignificante dentro de este mapa español. Y ello tiene que ver con ciertos valores que se asocian a la idiosincrasia chilena. Siempre hemos pensado como una sociedad muy trabajadora, que le “ponemos el hombro” al trabajo y le plantamos cara a la adversidad. La capitanía general también significa ser un espacio de resguardo de fuerzas militares y de obtención de recursos, aunque no tan grande como Perú, Bolivia o Argentina. Sino que simplemente un espacio más reducido. También podemos encontrar otros valores como ser humildes o la resignación, efectivamente valores que hasta el día de hoy se mantienen en nuestro imaginario colectivo.

¿Podríamos encontrar el origen de la violencia de género antes de la Colonia? Desde mi punto de vista no. Porque además de ser una capitanía general, fuimos una capitanía general católica con valores que ciertamente provienen también del evangelio. Por lo tanto, el comprendernos como un país que proviene de la violencia sobre la base teológica de una religión que también valida la violencia como forma de redención -la cruz ciertamente-. Es que podemos comprender que nuestra asociación con la violencia no es tan lejana.

Ahora bien, nos independizamos como país en los 1800 y nuestro Código Civil promulgado

en 1855 donde podemos encontrar varios elementos que nos ayudan a comprender el porqué tenemos validados en nuestro discurso colectivo ciertas discriminaciones, sesgos, estereotipos y formas tradicionales de violencia de género.

CÓDIGO CIVIL: LA FAMILIA

La familia no se encuentra definida en nuestra Constitución Política de la República actual, que es el cuerpo legal más importante de nuestro ordenamiento jurídico, sin embargo encontramos dos características fundamentales:

1. La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. Es decir que la comprende como un cuerpo intermedio a través de la cual las personas cumplimos nuestros fines, entendidos como la realización material y espiritual. La ley ha entregado en otro cuerpo normativo - el Código Civil- la traducción de este mensaje constitucional, pero ciertamente el Código Civil es anterior a la constitución del 80 por tanto la influencia es a la inversa. Por lo que tenemos un Código Civil que no está inspirado por la constitución sino que al revés. En ese sentido la familia -al contrario de lo que se pueda pensar- está a disposición de la libre circulación de los bienes y la mantención del Estado. Si leemos el mensaje del Código Civil, nos daremos cuenta que cada limitación de derechos que existe tiene por objetivo no obstaculizar la libre circulación de los bienes y asimismo genera valoraciones evidentes y explícitas acerca de lo que implica en este caso ser familia.

Ojo! No es que la familia sea el origen de la violencia pero sí lo es la estructura que le sirve de soporte para la vida jurídica, su ordenamiento se encuentra viciado y deben revisarse a la luz de la perspectiva de género.

¹¹Perviviente: Quién continúa viviendo o existiendo a través del tiempo, a pesar de circunstancias adversas o de su antigüedad.

¹²Capitanía General: cargo administrativo y militar inferior a la función de virrey o presidente-en el Imperio español

2. El matrimonio como el generador de familias. Para Andres Bello, el autor del código civil, desde el punto de vista jurídico la familia genera 3 clases de intereses sociales: la afiliación, la libre circulación de los bienes a partir de la herencia y el derecho de alimentos. Estos 2 últimos elementos han sido trabajados a propósito del proceso constituyente que estamos viviendo y en particular sobre la previsión social y su seguridad. Estos intereses, vistos cómo valores por la sociedad, provienen del matrimonio. Y es en esta relación que se rigen ciertas instituciones que ponen en peligro a las personas, por ponerlas en una situación habilitante para recibir violencia de género y son éstas a partir de las cuales explican hasta el día de hoy sus cimientos.

- **La sociedad conyugal.** Una atadura patrimonial de los bienes de la mujer que serán administrados por el marido mientras dure el matrimonio. Nos damos cuenta, que aquí se expresa violencia de género a través de la **violencia económica**, puesto que dará lo mismo la integridad o lo robusto del patrimonio de la mujer, está siempre contemplado para ser administrados por el marido.

- **La potestad marital.** Esto dejó de existir recién en la década de los 90 ,y tiene que ver con la autoridad que tenía el hombre de ordenar la vida doméstica obligando a las mujeres a seguirlo en el lugar en donde éste se encuentre. En este punto, hasta Andres Bello confirmó que tal potestad era una fuente de abusos y comportamientos perniciosos por parte del hombre, puesto que aloja la **violencia psicológica** y la **violencia física**.

- **Indisolubilidad del matrimonio.** Todavía está redactado en el Código Civil el matrimonio como una unión indisoluble para toda la vida, por tanto está ajena al divorcio. Es evidente que el impedir la terminación de un contrato -a diferencia de otros contratos que están regulados en el Código civil a través de la nulidad o rescisión- es **violencia jurídico-estatal o también conocida cómo violencia institucional**.

- **La incapacidad relativa de la mujer casada** el legislador Andrés Bello, determinó que la mujer, incluso siendo adulta, tenía la capacidad para gestionar ciertos asuntos pero no todos, por tanto era incapaz de llevar a cabo ciertos actos y contratos. Esto forma parte de la **violencia institucional**. por su parte, el estimar que una persona posee una incapacidad relativa a pesar de estar emancipada, con mayoría de edad y con capacidad para casarse y celebrar contratos es **violencia simbólica**.

Acá solo estamos hablando de 2 figuras: un hombre y una mujer, pero sabemos que la verdadera afiliación proviene del matrimonio y sus cargas. Afiliación que daba la potestad a los padres para incluso golpear a sus hijos/as cómo “vía de aprendizaje”. Por su parte, también les da la posibilidad de usufructuar, es decir, recibir los frutos del trabajo de sus hijos/as por parte del padre de familia, administrar los bienes bajo la tutela del padre de la familia, incluso la capacidad de casarse está condicionada a la decisión del padre. Por tanto estos derechos se extienden no sólo al hijo de la familia conocido cómo **hijos/as legítimo/a quienes provienen** del matrimonio, si no a otros fuera de la institución familiar conocidos en su momento cómo los **hijos/as naturales**. Quiero recordarles que los antiguos certificado de los hijos legítimos eran de color verde, mientras que de hijos naturales tenían su certificado de nacimiento de color amarillo, esto fue real y es **violencia simbólica e institucional**, este es un claro ejemplo de cómo la generación de instrumentos para acreditar la afiliación también puede generar violencias.

DERECHO PENAL: LA FAMILIA

Para el Derecho Penal ser familia tampoco le es indiferente, existen delitos que sólo pueden darse al interior de una familia por ejemplo el parricidio.

Existen otras legislaciones nacionales que también inciden en la violencia de género, podemos encontrar en materia comercial, materia tributaria, fiscal, en derecho de familia en donde podemos encontrar espacios, disposiciones o interpretaciones que validan de una u otra forma la violencia de género. Sin embargo, el objetivo es que comprendan que la familia como núcleo fundamental donde las personas nos realizamos espiritual y materialmente dentro de nuestras posibilidades no siempre son espacios seguros.

- **Conclusiones sobre Código Penal y Código civil en materia de familia y violencia de género.**

Los profesionales de la salud conocen distintos protocolos en materia de delitos sexuales y protección de la infancia que entregan marcos referenciales sobre el origen de estas violencias pero lamentablemente el Derecho es un espacio que las valida porque está en sintonía con la violencia. Las ciencias de la salud no y están ahí para diagnosticarlas y hacerles frente dentro de los espacios de intervención. Conocer por ej el protocolo nacional de atención de víctimas del MINSAL se hace fundamental. En tanto nos señala por ejemplo qué hacer cuando recibimos a un/a/e menor de edad y existen sospechas fundadas acerca de que la persona adulta que le trajo al servicio de salud está involucrada en la producción del delito. Ciertamente conocer el intersector y las distintas redes es fundamental para hacerles frente. Por tanto, la familia no siempre es un espacio seguro, y hoy comprendemos porqué: su regulación al menos en Chile y en toda Latinoamérica está pensada explícitamente como un lugar donde mantener el status y los bienes.

Rita Segato¹³ nos indica que el **status** es la valoración que otras personas tienen dentro del espacio social respecto de mí mismo. Judith Butler nos cuenta por ejemplo es la estima que otras personas nos tienen, lo que denominamos **honor** en realidad las mujeres no lo tenemos porque no participamos en propiedad del espacio público.

¹³Rita Segato es una escritora, antropóloga y activista feminista argentina conocida por sus investigaciones que se han orientado a las cuestiones de género en los pueblos originarios y comunidades latinoamericanas, a la violencia de género y a las relaciones entre género, racismo y colonialidad.



DIVERSIDADES SEXUALES Y FAMILIA

A lo largo de esta clase se ha mostrando lo que significa el **honor** y el **status**, sobretodo a través de lo que implica ser un hijo legítimo versus un hijo natural o un hijo ilegítimo situación en la cual sus madres quienes eran una suerte de “capilla” dentro de este esquema familiar y que alojan la violencia. Ahora, imagínense por un momento este escenario de violencias asociadas a los derechos de filiación pero agregando otra variable: las diversidades sexuales.

Las diversidades sexuales lamentablemente fueron causas de mucha violencia y repudio dentro de muchas familias por la **potestad de corrección** donde se vieron y se ven hasta el día de hoy frente a violencias extremas, a precarización de su vida y salud mental y ni hablar de las personas trans con expectativas de vida muy bajas precisamente por la necesidad de salir de espacios domésticos de violencia, que lamentablemente por falta de reconocimiento de su identidad y de cupos trans para trabajo y educación terminan ejerciendo el comercio sexual y muriendo en precarias condiciones y a veces también con enfermedades de transmisión sexual.

El **derecho de alimentos**, es decir la capacidad de un hijo/a/e de reclamar respecto de su padre o madre el sustento necesario está completamente invisibilizado para las disidencias, es más, las estadísticas no recogen estas cifras. Para una persona trans ya de por sí le es difícil accionar el mecanismo judicial con el fin de obtener este derecho. Es precisamente la falta de reconocimientos de identidad social lo que hace este proceso aún más difícil. Sufren la violencia del sistema y la revictimización cuando deben enfrentarse a contestaciones donde no se les reconoce cómo parte de la familia, justificando que al no aceptar la identidad de la persona esta persona no existe. Ejemplo de ello es cuando un padre se niega al derecho de alimentos de “Juana”, su hija trans, puesto que a Juana le fue asignado el género masculino con el nombre de “Pedro” al nacer. Estas son realidades que existen en los tribunales y están alojadas en leyes más pequeñas pero inspiradas en el derecho de alimentos que se encuentra en el Código Civil.

Los márgenes de la impunidad son altos, los caminos de restitución jurídica también son bastante pedregosos y se necesita de todos para que se generen espacios para que a esa impunidad se ponga fin es así cómo la legislación nacional e internacional ha hecho este mismo diagnóstico y ha obligado a los Estados a asumir responsabilidades en torno a la violencia de género en todas sus formas.

/CLASE 11 - Marco Jurídico Internacional y Nacional de la Violencia de género

* **Rocio Toro Bravos**, Abogada Lic. en Ciencias Jurídicas y Sociales de la U. Austral de Chile. Diplomada en Derecho Laboral Administrativo y Sancionatorio de la U. de Chile. Abogada del Consejo de Defensa del Estado Valdivia (2015-2017), Abogada de Defensoría Laboral de Valdivia (2018-2019), Abogada del Consejo de Defensa del Estado de Santiago (2019). Actualmente cursando Máster en Derecho de Género: Tutela y Jurisdicción de la U. de Jaén, España. Es Abogada Jefa de la Unidad de Defensa de Género de FALMED (UDEGEN).

Contacto:

Conceptos a tratar

Abordaremos las normas y ordenamientos jurídicos que conforman el sistema de derechos aplicables, así como el marco jurídico internacional y la evaluación de algunos artículos importantes para comprender los tratados chilenos que conforman el bloque constitucional actual.

En este capítulo hablaremos del marco jurídico normativo nacional e internacional aplicable en nuestro país respecto a la violencia de género. Esta clase, principalmente, va a ser una pincelada de lo que es la violencia de género y la regulación de la misma. En una primera etapa, vamos a hablar acerca del concepto de violencia de género y respecto de los tipos de violencia de género, también de manera breve.

En este sentido, respecto de la violencia de género, vamos a encontrar regulaciones en el ámbito del derecho penal, del derecho laboral, del derecho de familia, entre otras ramas. Como ya se ha señalado, es muy amplia la regulación existente; por tanto, vamos a revisar brevemente las normas más importantes. Sin perjuicio de ello, hay normas que, si bien no podrían identificarse directamente con la violencia de género, lo que buscan es una regulación de carácter preventiva o lo que buscan es eliminar la desigualdad, las asimetrías o abuso de poder que en el fondo perpetúan, promueven o hacen que, en la práctica, se produzca este tipo de violencia.

Primero, vamos a partir con el concepto de violencia de género que, si bien ya se ha estudiado en clases anteriores, interesa recordarlo. Se debe

indicar que este concepto, en materia de derecho, no es único o inequívoco ya que existen varios conceptos o formas de definirlo. Sin embargo, por regla general, se habla de violencia de género refiriéndose a actos dañinos que se dirigen contra una persona o un grupo de personas en razón de su género. Tiene su origen en la desigualdad de género, en las asimetrías de poder y en la existencia, en general, de normas dañinas. Con esto nos referimos a normas jurídicas que, en la práctica, lo que hacen es subrayar o perpetuar las diferencias estructurales de poder basadas en el género, y que colocan a determinadas personas en una situación de riesgo frente a múltiples formas de violencia. Por regla general, cuando en derecho hablamos de violencia de género, tiende a utilizarse este concepto para referirse a la violencia que sufren las mujeres y las niñas porque históricamente han sido el grupo en desventaja y que han sido objeto de violencia y, además, porque proporcionalmente constituyen el número de personas que mayormente sufren la violencia de género. Sin embargo, es obvio que dicha violencia también la pueden sufrir los hombres y los niños; en ese sentido el término “violencia de género” igualmente se utiliza para referirse a las diversidades sexuales o a la comunidad LGBTQI+, principalmente cuando estas diferencias se refieren a normas que tienen que ver con las masculinidades, feminidades o las normas de género en general.

TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Respecto de los tipos de violencia, podemos señalar que existen varios y, por lo mismo, cuando revisemos las normas que regulan la materia, vamos a ver que también son múltiples. Los tipos de violencia aludidos se refieren a:



Violencia Económica

En general, busca obtener la dependencia financiera de otra persona manteniendo un control total sobre sus recursos financieros, impidiéndole acceder a ellos o prohibiéndole trabajar o acceder a la educación.

Violencia Psicológica

Consiste en provocar miedo a través de la intimidación; en amenazar con causar daño, ya sea a la misma persona, a su pareja, a sus hijos e incluso se habla de, por ejemplo, las amenazas respecto a nuestra familia, nuestras amistades, nuestros bienes y/o nuestras mascotas.

Violencia Emocional

Consiste en degradar la autoestima de una persona a través de críticas constantes, como por ejemplo: el abuso verbal, el daño a la relación de pareja, el daño en la relación con los hijos, etc.

Violencia Física

Por regla general, consiste en causar o intentar causar daño físico a otra persona.

Violencia Institucional

Es aquella mediante la cual los funcionarios o autoridades en general (por ejemplo, La Policía, los funcionarios de la Administración del Estado, el Poder Judicial) a través de distintos actos dañinos, lo que hacen es dificultar, retrasar o impedir el acceso a la vía pública, a políticas e incluso al ejercicio de los derechos. De hecho, se estudia en la materia, por ejemplo, las barreras de acceso a la justicia que se provocan a través de la violencia de género, se estudian los estereotipos de género, entre otras materias. Cuando hablamos de este tipo de violencia, muchas veces nos referimos a la violencia estructural, o sea, la que está imbuida dentro de los mismos ordenamientos jurídicos. Con esto último nos referimos al conjunto de normas, principios, reglamentos que conforman nuestro sistema de derecho que es aplicable en nuestro país.

Violencia Laboral

Es aquella que se produce en el entorno laboral. En general estudiamos en este tipo, siendo lo más clásico o común, el acoso laboral o sexual. Cabe indicar que, por ejemplo, la Organización Internacional del Trabajo define el acoso sexual como una forma de violencia de género propiamente tal.

Violencia Simbólica

Es muy importante, detenerse aquí ya que, muchas veces, es una forma de violencia que no tiende a identificarse rápidamente. En concreto, esta violencia es aquella que recoge estereotipos, mensajes, valores o signos que transmiten o favorecen el hecho de que se repitan relaciones basadas en la desigualdad, en las asimetrías de poder, el machismo, los micromachismos, la discriminación o la naturalización de cualquier rol de subordinación en base al género. Este tipo de violencia es especialmente muy difícil de erradicar porque está muy anclado en la colectividad y generalmente es parte de la cultura de la sociedad, de la normalidad de la misma y, por lo mismo, tiende a haber permisividad respecto de dicha violencia. Cuando esto último ocurre, lo que estamos haciendo es fortalecer la misma haciendo que se perpetúe en el tiempo.

Violencia Sexual

Es aquella que conlleva a obligar a una persona a participar en un acto sexual sin su consentimiento. Respecto de los tipos de violencia sexual, podemos encontrar distintas clasificaciones en derecho; una clasificación muy breve comprende: el acoso sexual, la violación como tipo penal, la violación correctiva, la cultura de la violación, la violencia en línea o digital (ciberacoso, sexteo o sexting, doxing).

MARCO JURÍDICO

Ahora nos vamos a abocar al marco jurídico de la violencia de género en Chile. Primero, vamos a revisar el marco de normas internacionales, esto es, los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes, que constituyen lo que se denomina el “bloque de constitucionalidad”, esto es, una serie de principios, normas (incluida la Constitución Política de la República, leyes orgánicas constitucionales, etc) que constituyen este bloque de protección a los derechos constitucionales o a los derechos humanos.

Aquí es muy importante, para entender cómo funcionan los tratados internacionales, el artículo 5 inciso segundo de la Constitución Política de la República. Esta norma, hace que los tratados internacionales que el Estado de Chile suscribe, y luego ratifica, se conviertan en normas que son derecho aplicable en nuestro país. Estos tratados internacionales no son meras declaraciones de buenas intenciones sino que constituyen derecho vinculante para nuestro país y, por lo mismo, tienen el mismo valor que cualquier otra norma que salga del Parlamento.

Artículo 5 inciso segundo: *“El ejercicio de la soberanía reconoce como limitación el respeto a los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana. Es deber de los órganos del Estado respetar y promover tales derechos, garantizados por esta Constitución, así como por los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes”.*

En materia de tratados internacionales, tenemos una serie de ellos que constituyen normas vigentes dentro de nuestro ordenamiento jurídico. Dentro de ellos, podemos incluir algunos como norma o marco general de normas que protegen, sancionan o previenen la violencia de género como, por ejemplo, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ambos pactos fueron ratificados por Chile en 1972 y ellos aseguran, tanto a hombres como mujeres, igualdad de todos los derechos que los mismos tratados contienen. Este es el marco jurídico general respecto de tratados que protegen los Derechos Humanos de hombres y mujeres, estableciendo la igualdad entre ambos.

Dentro de los más importantes tenemos: a) Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer (CEDAW), ratificada por Chile en 1989; b) Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará), ratificada por Chile en 1996.

Igualmente, muy importante en la materia referida a normas específicas que protegen los derechos de las mujeres, tenemos los Convenios de la Organización Internacional del Trabajo: a) Convenio N° 100 sobre igualdad de remuneración de 1951, ratificado por Chile el año 1971; b) Convenio N° 111 sobre la discriminación en el empleo y la ocupación de 1958, ratificado por Chile el año 1971 y c) Convenio N° 156 sobre los trabajadores con responsabilidades familiares de 1981, ratificado por Chile el año 1994.

● **Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). 1989.**

Fue aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1979, entró en vigor el año 1981 y fue ratificada por Chile el año 1989. Cuando es ratificada por Chile, se convierte en derecho vigente y plenamente aplicable a todos los chilenos y chilenas. La CEDAW es muy relevante ya que se reconoce como el instrumento jurídico más importante en materia de prevención de violencia de género y protección de los derechos de las mujeres. Es un instrumento objetivo vinculante para el Estado de Chile. Elementos importantes de la Cedaw son: a) define qué es la discriminación contra la mujer, señalando que es *“Toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menosabar 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”*; b) condena la discriminación en todas sus formas y exige a los Estados Partes tomar acciones necesarias para su eliminación. En este sentido, lo importante de la CEDAW es que no solamente implica que sea una mera declaración de buenas intenciones sino que es derecho aplicable y, además, los Estados Partes, como es Chile, que han suscrito este tratado internacional, están obligados a tomar una serie de medidas legislativas,

judiciales y administrativas u otras que estime conveniente (por ejemplo, políticas públicas) para dar cumplimiento a la normativa que se contiene en la CEDAW. En este sentido, por ejemplo, la CEDAW creó un comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer, y una de las muchas funciones que tiene este comité es solicitar informes a los Estados Partes para ver cómo han ido avanzando en el tiempo respecto de la aplicación de este tratado que les es vinculante, esto es, para que vayan informando al comité de qué forma han hecho posible cada año, a lo largo del tiempo, la aplicación de esta normativa. Esto porque, en general, cuando leemos un tratado internacional (por ejemplo la CEDAW), nos damos cuenta que muchas normas no son específicas ya que no señalan que el Estado tiene que hacer tal acción; la mayoría de las normas, por el contrario, son de carácter general y, por tanto, son instrucciones de carácter general; entonces, es el Estado Partes quien tiene que tomar las medidas o acciones concretas para hacer efectivo el tratado y debe, por medio de informes, señalar cómo se ha hecho efectivo este tratado. En esta línea, Chile ha emitido una serie de informes dando cuenta acerca de las distintas implementaciones legislativas, judiciales y administrativas; acerca de la corrección de una serie de normas dañinas que promovían la violencia de género en nuestro país y que fueron modificadas a lo largo del tiempo; sobre la creación de nuevas normativas educativas (por ejemplo, capacitaciones), entre otras materias. Por último, el próximo informe que le corresponde entregar a Chile es el año 2022.

Importante también respecto a la Cedaw, es que en el año 2010 la Asamblea General de Naciones Unidas creó ONU MUJERES. Esta es una organización muy importante porque apoya a los Estados Miembros de las Naciones Unidas en el establecimiento de normas internacionales para alcanzar la igualdad de género y trabaja con los gobiernos y la sociedad civil (por ejemplo, las organizaciones) en la creación de leyes, políticas, programas, etc, para garantizar la implementación con eficacia de estas normativas y erradicar, por ejemplo, la violencia contra la mujer o la violencia de género.

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará)

Esta Convención fue aprobada por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos en 1994, entrando en vigor el año 1995 y es importante para Chile el año 1996, cuando es ratificada y se convierte en derecho vigente para nuestro país. Muy importante es la Convención Belém do Pará porque introduce en nuestro ordenamiento jurídico una definición de lo que es la violencia contra la mujer. Antes no había ningún instrumento jurídico o una ley que tuviera esta definición; en concreto la Convención Belém do Pará señala que la violencia contra la mujer es “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 explícitamente en el privado”. Se destaca mucho por la doctrina del derecho la importancia de la Convención Belém do Pará de incluir la obligación de los Estados Partes que suscribieron este tratado en la prevención, erradicación y sanción de la violencia contra la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. Ello principalmente porque muchas veces se dejaba de lado esta área tan importante que es el deber del Estado de también inmiscuirse en el ámbito privado para prevenir esta violencia, ya que es generalmente donde se da con mayor fuerza.

También es importante la Convención Belém do Pará ya que introduce mecanismos de control: al igual que la CEDAW, no es solamente una declaración de buenas intenciones sino que aquí se obliga a los Estados Miembros que suscribieron este tratado a realizar informes señalando las medidas que han adoptado, esto es, las distintas prácticas legislativas, administrativas, programas o políticas públicas llevadas a cabo para dar cumplimiento al tratado. En este sentido, tienen que informar, desde que se suscribe el tratado, qué cosas se han hecho para hacerlo efectivo y no se convierta en letra muerta o que simplemente sea una declaración de buenas intenciones que, en el fondo, no tiene ningún tipo de aplicación eficaz o práctica dentro de nuestro ordenamiento jurídico o de nuestra sociedad.



Igualmente importante dentro de la Convención Belém do Pará, es consagrar la idea de que la violencia contra la mujer es una violencia contra los Derechos Humanos y un mecanismo para perpetuar las relaciones de desigualdad entre hombres y mujeres.

● **Convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)**

Chile es miembro de la Organización Internacional del Trabajo desde 1919 y, a la fecha, ha suscrito 63 convenios, de los cuales 49 están en vigor, e incluso algunos contienen normas de carácter fundamentales. Para entender qué significan estos convenios, debemos decir que son normas internacionales de trabajo, es decir, instrumentos jurídicos, que contienen principios y derechos básicos en materia laboral. Estas normas las podemos dividir en dos: a) convenios o protocolos: básicamente son tratados internacionales que son vinculantes para el país que los suscribe desde que son ratificados y se encuentran como derecho vigente; b) recomendaciones: actúan, más que nada, como directrices o, como su nombre lo indica, como meras recomendaciones que no tienen carácter vinculante. La diferencia entre una u otra norma viene dada porque el convenio (o tratado internacional) establece principios básicos que deben aplicar los países que ratifican estos convenios. En otras palabras, al suscribir y ratificar el convenio, se debe aplicar en el país lo que aquel señala ya que se convierte en derecho vigente. Por el contrario, las recomendaciones, si bien no son obligatorias, son una directriz o guía para los países acerca de cómo deberían aplicarse estos convenios.

Muchas veces, cuando leemos los convenios internacionales o los tratados internacionales (por ejemplo, Belém do Pará, la CEDAW, o estos mismos convenios de la OIT), vemos que muchas normas son muy amplias y, cuando tratamos de aplicarlas al derecho nacional, pueden surgir una serie de discusiones acerca de cuál es el sentido de esas palabras y, en ese sentido, todos estos tratados internacionales que tienen comités asociados generan estas directrices para decirle a los Estados cómo

tienen que aplicarse estas normas, o bien cómo tienen que entenderse. De hecho, los mismos Estados Miembros que suscriben estos tratados internacionales pueden hacer, por ejemplo, consultas a estos comités para preguntarles qué significa una determinada norma o para ver cómo ella debería aplicarse. Un ejemplo podría ser lo que hacen los funcionarios públicos con la Contraloría General de la República: a veces leemos una norma del Estatuto Administrativo, el Jefe de Servicio le da un sentido, el funcionario o funcionaria le da un sentido diferente y, finalmente, la ley dice que el órgano que está encargado de interpretar y señalar cómo se aplica esa norma es la Contraloría. Aquí es exactamente lo mismo; ahora, la diferencia es que, en el caso de la Contraloría, los dictámenes son vinculantes u obligatorios; por el contrario, las recomendaciones son directrices que indican cómo aplicar la norma pero, finalmente, cada país verá la forma en que se va a hacer efectivo este tratado. Veamos uno de los Convenios más relevantes en la materia, que ya se ha indicado previamente:

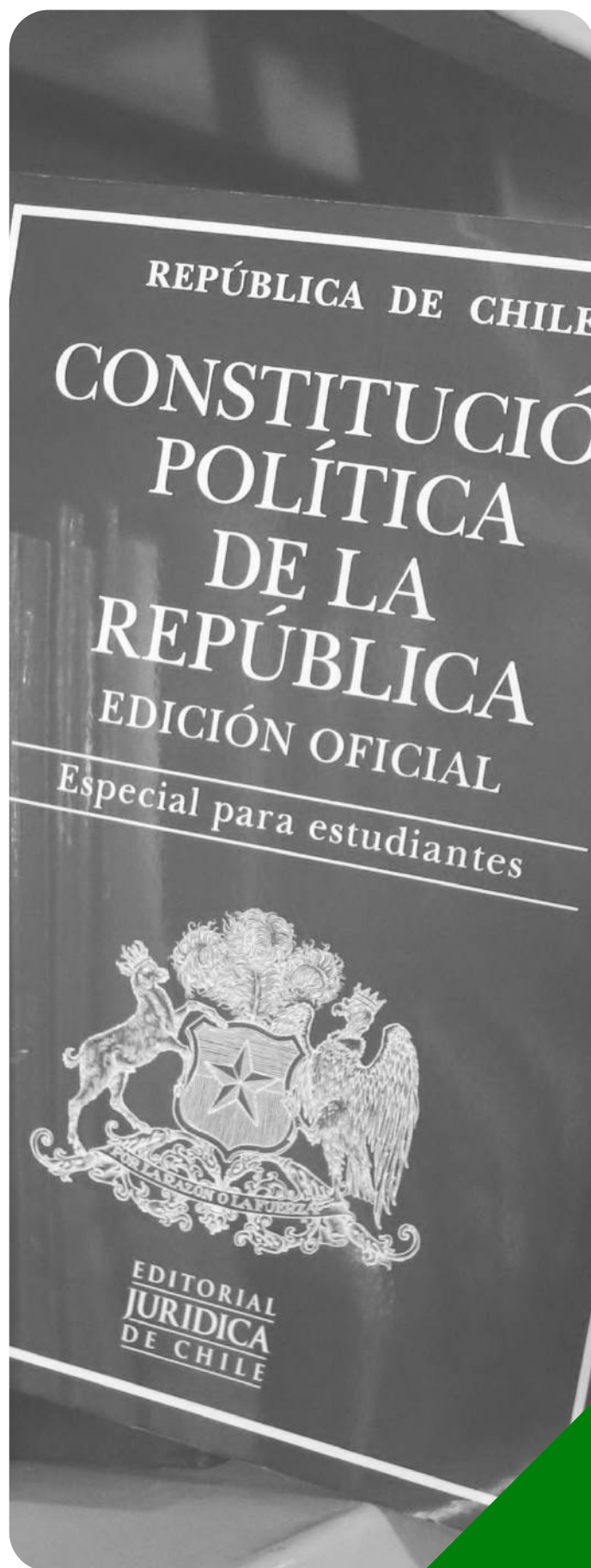
Convenio N° 100 sobre igualdad de remuneración de 1951, ratificado por Chile en el año 1971: es importante porque, por ejemplo, dio lugar a que en Chile se dictara la ley 20.348 que introduce en el Código del Trabajo el artículo 62 BIS, aplicable tanto a trabajadores regidos por el Código del Trabajo como a los Funcionarios Públicos, que establece la obligación, o el mandato legal al empleador público o privado, de establecer igualdad de remuneraciones entre hombres y mujeres, o sea, a igual trabajo igual remuneración. Sin embargo, si bien este Convenio reconoce la igualdad de remuneraciones, en Chile, cuando se crea la ley 20.348 es muy criticada porque, si bien señala que la remuneraciones entre hombres y mujeres deben ser iguales, lo cierto es que luego indica que se pueden hacer ciertas diferencias que no serían arbitrarias en base, por ejemplo, a la calificación, la idoneidad, las responsabilidades, a la productividad, etc. No obstante, lo que pasa en la práctica del derecho laboral, es que resulta ser una cláusula abierta para que el empleador termine justificando por qué paga menos a una mujer que

a un hombre por el mismo trabajo. En esta línea, si me doy cuenta de que estoy ganando menos que mi compañero de trabajo, y ambos somos abogados haciendo el mismo trabajo, cuando esta ley establece un procedimiento de reclamo ante el empleador respecto de esta diferencia de remuneraciones deja abierta la puerta a que el empleador justifique aquello indicando que mi compañero tiene mayor calificación, productividad o mayores responsabilidades. Por ello, muchas veces estas normas lo que hacen es entregar herramientas para justificar la desigualdad y, puede decirse, que hay muchos autores en materia de derecho laboral que precisamente condenan el establecimiento de estas situaciones excepcionales que sólo abren la puerta para justificar falsamente estas diferencias.

MARCO JURÍDICO NACIONAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

En materia nacional también tenemos normas que son generales y otras que son mucho más específicas, por ejemplo, en derecho laboral, derecho penal, derecho de familia, derecho civil, derecho constitucional, entre otras. Podemos entonces decir que es muy amplio el marco jurídico nacional en materia de violencia de género.

Podemos señalar dos artículos que ya revisamos: el artículo 5° inciso segundo de la Constitución Política de la República que, como se ha indicado, establece la obligación del Estado de respetar y promover los derechos garantizados por los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes. Así se convierten en derecho vigente y tienen el mismo valor que cualquier norma emanada del Parlamento. Por otro lado, tenemos una norma histórica que nace de una reforma constitucional del año 1999 (ley 19.611) que modifica el inciso primero del artículo primero de la Constitución para reemplazar la expresión “hombres” por “personas”, incluyendo en el artículo 19 N° 3 del mismo cuerpo normativo la frase “hombres y mujeres son iguales ante la ley”.





- **Regulación en materia de derecho de familia**

Acá tenemos varias regulaciones:

Ley 20.066 de violencia intrafamiliar del año 2005: esta norma reemplaza la ley 19.325 (antigua norma de violencia intrafamiliar) y, además, modifica el Código Penal, la ley 18.216 sobre cumplimiento de penas y la ley 19.968 sobre Tribunales de Familia. Es importante, respecto de esta ley, que entrega una definición de violencia de género que es mucho más completa que la que entregaba la antigua norma. En efecto, incluye dentro del concepto de violencia intrafamiliar la violencia física y la violencia psíquica y señala que puede ser ejercida tanto por el cónyuge como por el conviviente (actual o pasado) y además por un pariente en línea recta o colateral hasta tercer grado, por consanguinidad o afinidad. Además, agrega otras normas respecto de los hijos, menores, personas en situación de discapacidad o personas en general que estén en una situación de cuidado o dependencia respecto de otra. En definitiva lo importante es, en la práctica, el primer punto respecto a esta violencia cuando es ejercida respecto del cónyuge o conviviente y se refiere en general a la mujer, no porque esté contenida en la norma sino porque estadísticamente en Chile existen varios estudios e informes que señalan que en su inmensa mayoría quienes sufren esta violencia son las mujeres.

Además, esta norma busca sancionar y erradicar todo tipo de agresiones, al tiempo que da mayor protección a las víctimas y reconoce la importancia del “riesgo inminente”, dando facultades a los jueces para que puedan dictar medidas cautelares. También aumenta las penas asociadas a la violencia intrafamiliar y prohíbe los acuerdos reparatorios. Esto último significa que se excluye la posibilidad de cerrar un proceso de violencia intrafamiliar por medio de un acuerdo dentro del juicio (por ejemplo, pagando una cantidad de dinero) sin que haya condena.

Por otro lado, es importante respecto de esta ley que modifica la norma que creó los Tribunales de Familia, estableciendo un procedimiento especial de violencia intrafamiliar que tiene características muy especiales: a) esta acción puede ser ejercida por cualquier persona que tenga conocimiento de los hechos; aquí afecta principalmente a los funcionarios públicos, por ejemplo los médicos, cuando llega una persona con lesiones o que escuchan el relato de una persona que les cuenta que ha sido víctima de violencia intrafamiliar, perfectamente ese profesional puede accionar e iniciar un proceso por este motivo). También afecta a policías, jefes superiores de servicios públicos, etc. Entonces, cualquier persona es titular en el fondo para iniciar esta acción de violencia intrafamiliar. Junto con ello, se faculta al tribunal para ordenar medidas cautelares en caso de riesgo inminente y se establecen medidas ad hoc como, por ejemplo, el alejamiento del ofensor, fijar alimentos, el cuidado personal provisorio (referido a quién se quedará con los hijos).

Ley 21.013 del año 2017: esta norma lo que hace es reformular el artículo 14 de la ley 20.066 de violencia intrafamiliar. En concreto, lo que hace es aumentar las penas: anteriormente la pena de violencia intrafamiliar iba de 61 a 540 días; ahora, con esta nueva ley, las penas van de 61 días a 3 años. Por otro lado, elimina el inciso final del artículo 14 de la ley 20.066 que, en el fondo establecía que el Ministerio Público sólo podría dar inicio a la investigación por el delito de maltrato habitual, si el Juzgado de Familia le había remitido los antecedentes. Esto se elimina porque se ve como una traba y se reconoce como una forma de violencia institucional ya que establecía un límite en el acceso a la justicia de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y, en general, de las personas que habían sido víctimas de dicha violencia cuando había maltrato habitual. En efecto, tenían que esperar esta calificación de maltrato habitual por parte del Juzgado de Familia; hoy, en cambio, podemos hacer la denuncia directamente por medio de una querrela o acudiendo al Juzgado de Familia.

● **Marco jurídico nacional de la violencia de género en derecho penal.**

En esta materia se pueden señalar:

Ley 19.409 del año 1995: agrega el artículo 367 bis al Código Penal sobre trata de personas para la prostitución.

Ley 19.617 del año 1999: modifica el Código Penal, el Código de Procedimiento Penal y otros cuerpos normativos en materias relativas al delito de violación. Cuando me refiero a esto último, alude a normas o leyes en materias del delito indicado. Aspectos importantes de esta ley son: a) reemplaza el vocablo “mujer” por “persona”, lo cual amplía el concepto de que no sólo las mujeres sufren atentados sexuales; b) sustituye el artículo 361 respecto de lo que se entiende o será castigado como violación; c) amplía las facultades para denunciar y los servicios donde pueden realizarse los exámenes de lesiones y d) elimina la posibilidad del imputado de acceder a beneficios penitenciarios.

Ley 20.480 del año 2010: modificó el Código Penal y la ley 20.066 sobre violencia intrafamiliar que revisamos anteriormente, estableciendo el “femicidio” y aumentando las penas aplicables al delito. Por último, reforma las normas que establecían el parricidio. Lo importante de esta norma es: a) establece el femicidio como un delito y aumenta la protección para potenciales víctimas de estos crímenes y b) define lo que es el “femicidio íntimo” y señala que éste es un homicidio cometido contra la mujer que es o ha sido cónyuge o conviviente del autor del crimen. El autor de femicidio va a ser castigado con penas de parricidio y señala las penas al respecto. Además indica que se pueden recibir penas que van de quince años de cárcel a cadena perpetua, sin acceso a libertad condicional ni a otras salidas alternativas que impliquen que se pueda salir con anterioridad de la cárcel.

Ley 20.507 del año 2011: tipifica el delito de tráfico ilícito de migrantes y trata de personas conforme a los estándares del Protocolo de Palermo.

Ley 21.153 del año 2019: esta es una norma muy reciente que tipifica el acoso sexual en los espacios públicos y lo tipifica, y esto es muy importante, como un delito. En este sentido, esta norma: a) define como acoso sexual la realización, en lugares públicos, o de libre acceso público, y sin mediar el consentimiento de la víctima, de actos de significación sexual capaz de provocar una situación objetivamente intimidatoria, hostil o humillante; sean actos de carácter verbal o ejecutados por medio de gestos o conductas consistentes en acercamientos o persecuciones, o actos de exhibicionismo obsceno o de contenido sexual explícito; b) establece penas privativas de libertad al que en lugares públicos o de libre acceso público, y por cualquier medio capte, grabe, filme o fotografíe imágenes, videos o cualquier registro audiovisual de los genitales u otra parte íntima del cuerpo de otra persona con fines de significación sexual, sin su consentimiento.

Ley 21.212 del año 2020 (Ley Gabriela): es de las más recientes y modifica el Código Penal, el Código Procesal Penal y la ley N° 18.216 en materia de tipificación del femicidio. Lo importantes es que esta ley sanciona la violencia contra las mujeres, mediante tipos penales específicos que amplían lo que es el concepto de femicidio como delito. Igualmente, regula los casos en que este tipo de delitos ocurren fuera de una relación efectiva (o femicidio por causa de género). Además, amplía el “femicidio íntimo” incorporando la relación de pareja con el autor del delito, habiendo existido o no convivencia.

Marco jurídico nacional de la violencia de género en materia de derecho laboral

Acá encontramos dos normas muy importantes:

Ley 20.005 del año 2005: tipifica y sanciona el acoso sexual e introduce modificaciones al Código del Trabajo, principalmente en el artículo 2 y la *Ley 20.607 del año 2012:* sanciona el acoso laboral. Respecto de lo primero, como les señalaba, la Organización Internacional del Trabajo define el acoso sexual como una forma de violencia de género. El Código del Trabajo, por su parte, lo define, luego de señalar que representa un trato incompatible con la dignidad de la persona en el ámbito laboral, como “toda conducta que una persona realice en forma indebida, por cualquier medio, requerimientos de carácter sexual, no consentidos por quién los recibe y que amenacen o perjudiquen su situación laboral o sus oportunidades en el empleo”.

Respecto del acoso laboral debemos decir que, si bien cuando hablamos de acoso laboral no necesariamente se va a constituir como una forma de violencia de género ya que todos sabemos que distintas personas, incluso no por razones de género o por un móvil o una intención de género, se va a producir una conducta de acoso laboral. En este sentido, lo importante del acoso laboral, cuando es ejercido respecto de mujeres o cuando se trata

de personas que son parte de las diversidades sexuales, es que vamos a encontrar un móvil o razonamiento de género para cometer esta conducta que constituye agresiones u hostigamientos basados en aquel género. Además, debe tenerse presente que el acoso laboral puede ser cometido por el empleador, por los propios trabajadores contra otro trabajador, por los trabajadores hacia una jefatura (por ejemplo, cuando un trabajador de un grupo de trabajo es ascendido), etc. Dentro de las características del acoso laboral, además, se encuentra que sea reiterado, que cause maltrato, menoscabo o humillación y que amenace la situación actual laboral o perjudique las oportunidades en el empleo.

Marco jurídico nacional de la violencia de género en materia de no discriminación

Aquí encontramos:

La llamada ley antidiscriminación o ley Zamudio, que es la ley 20.609 del año 2012. Esta norma es una acción civil que, en verdad, se usa bastante poco dentro de un procedimiento civil corto. En concreto: a) se dispuso un procedimiento especial para restablecer el imperio del derecho (para, en otras palabras, eliminar estos actos de discriminación) en caso de actos de discriminación arbitraria y, en general, establece cuáles son los motivos o causales en que se va a constituir esta ley antidiscriminación. Incluye dentro de ellas el sexo, la orientación sexual, la identidad de género, entre otras.



Ley 21.369 del año 2021: Es una ley muy reciente, de septiembre del año 2021, y regula el acoso sexual, la violencia y la discriminación de género en el ámbito de la educación superior. Su objetivo es promover las políticas integrales orientadas a prevenir, investigar, sancionar y erradicar el acoso sexual, la violencia y la discriminación de género, junto con proteger y reparar a las víctimas en el ámbito de la educación superior. En general, se busca generar ambientes seguros y libres de acoso sexual, violencia y discriminación de género en el ámbito de la educación superior. Como indicaba, esta norma establece un plazo de un año desde su publicación (septiembre 2021) para que todas las instituciones de educación superior implementen los mandatos que establece esta ley.

Por otro lado, esta norma se aplica a todos los actores que se mueven dentro de la educación superior: docentes, estudiantes, funcionarias y funcionarios, entre otros. En concreto, la norma obliga que estas instituciones implementen políticas contra el acoso sexual, la violencia y la discriminación de género; además, tienen que implementar un modelo de investigación y sanción respecto de estas conductas que sea integral y se ocupe además de prevenir. Indica la norma que dichas acciones deben llevarse a efecto por personas calificadas.

La verdad es que esta norma viene a establecer de forma general algo que ya se estaba haciendo por muchas universidades y que, desde el punto de vista de la experiencia profesional, se puede señalar que en el tratamiento de hechos de acoso sexual ocurridos en el contexto educativo (por ejemplo, en la formación de médicos) vemos cómo ciertas universidades, antes de esta norma, han creado departamentos de género donde existen abogados o especialistas multidisciplinarios para abarcar este tipo de hechos y funcionan muy bien: tienen otro tipo de abordaje, existe una protección a la víctima, evitan la revictimización (esto es, que estén constantemente contando el mismo relato), las medidas cautelares se adoptan de manera inmediata para evitar que se sigan produciendo estos hechos.

Marco Jurídico amplio

Cómo vimos anteriormente, de la violencia de género lo que apreciamos, finalmente, es que ella puede verse de forma expresa o latente en estas normas referidas a la violación, el acoso sexual, el abuso sexual, la prostitución, la trata de personas, entre otras. En todas ellas, es evidente que hay una violencia en razón de género; sin embargo, también existen otras normas que, siendo abarcadas por los tratados internacionales, nos explican que la violencia de género es el hecho que ocurre y que estamos viendo, pero detrás de esta violencia tenemos una serie de multifactores que, igualmente, hay que eliminarlos, reprogramarlos, modificarlos. etc.



Por ello, pueden incluirse en este marco jurídico amplio aquellas normas que buscan eliminar la violencia institucional, la violencia estructural y/o la violencia simbólica. Son normas que, en el fondo, lo que vienen a hacer es estar un paso antes de que ocurran los hechos de violencia. A modo de ejemplo: a) la ley 20.820 del año 1991 que crea el Ministerio de la Mujer y Equidad de Género: recordemos que, tanto la CEDAW como la Convención Belém do Pará, establecen que el Estado tiene que tomar medidas legislativas, judiciales y administrativas: estas últimas se deben realizar a través de los órganos de la Administración del Estado y, en este caso, el Ministerio de la Mujer y Equidad de Género ha desarrollado distintas acciones a lo largo de los años, implementando una serie de medidas que buscan prevenir, erradicar y sancionar la violencia de género, principalmente en el caso de las mujeres; b) ley 20.348 que resguarda el derecho a la igualdad de remuneraciones: como se dijo, esta ley nace después que se ratifica el Convenio N° 100 de la OIT. Además, ya se ha señalado que es una norma fuertemente criticada dentro del derecho laboral; de hecho, una de las cosas que demuestran que es una mala norma es que, estadísticamente, no se utiliza o se utiliza muy poco porque las personas que sufren desigualdad de remuneraciones, a pesar de realizar el mismo trabajo que sus pares hombres, ven todas estas trabas de acceso a la justicia a través de la serie de excepciones que abren la puerta al empleador para que, en el papel, en un mismo trabajo se establezca que son cargos distintos, que existen calificaciones distintas, entre las otras ya vistas. Igualmente, debe considerarse que al intentar probar esta desigualdad en tribunales, se establece un alto estándar de prueba reflejado, por ejemplo, en que mis compañeros no trabajo no querrán atestiguar por mi si siguen en ese mismo trabajo lo que hace que, en definitiva, se transforme en letra muerta; c) ley 20.786 del año 2015 que mejora las condiciones laborales de las trabajadoras de casa particular: esta norma es importante en materia de violencia de género, sobretodo por los estudios de violencia que se ejercía sobre estas trabajadoras, que en su inmensa mayoría son

mujeres; d) ley 20.480 del año 2015, que crea el Pacto de Unión Civil; e) ley 21.020 del año 2017, del aborto en tres causales; f) ley 21.120 del año 2018, que reconoce y da protección a la identidad de género y establece dos procedimientos especiales: uno en el Registro Civil para el cambio de nombre y otro para de carácter judicial; g) ley 21.356 del año 2021, que establece la representación de género en los directorios de las empresas públicas y, por último, h) en general todas las normas sobre protección a la maternidad: aquí tenemos el título segundo del libro segundo del Código del Trabajo sobre las normas referidas y también normas específicas que han ido complementando y resguardando las normas sobre maternidad. Se incluyen en este marco jurídico amplio estas normas sobre maternidad porque, básicamente, en esta idea de la violencia estructural en que la violencia de género es la punta del iceberg, pero debajo de ella existen una serie de multifactores que son los que la generan y que, en el fondo, promueven y perpetúan la violencia de género, constituyendo su chispa generadora.

/CLASE 12 - Lineamientos generales del abordaje clínico en personas víctimas de violencia

* **Gisela Viveros Moncada**, Médica General de zona en etapa de formación, Pediatría U. de Chile. Fundadora Depto. Nacional de Género y Salud, Colmed A.G. Actualmente Secretaria Técnica de la Unidad de defensa de Género de FALMED (UDEGEN)

Contacto: g.viveros90@gmail.com

Conceptos a tratar

Se entregará una postura desde la perspectiva clínica en términos generales, haciendo una bajada médica a lo que hasta ahora vimos dentro del marco histórico y legislativo en las dos clases anteriores

Hoy día me corresponde hablar acerca de los lineamientos generales del abordaje clínico de las personas que han sido víctimas de violencia de género, y para ello creo que es muy importante entender que como profesionales de la salud que nos enfrentamos a víctimas de violencia de género en nuestro box de atención no podemos olvidar que el género es un determinante estructural de inequidades en salud en conjunto con otras que se van sumando. Estos determinantes sociales van a generar inequidades, que son desigualdades, las cuales son incorrectas e injustas, pero que son corregibles; y que dentro de estas inequidades se van a generar barreras en el acceso a la atención en salud y por lo tanto brechas de salud.

¿Por qué esto es muy importante entenderlo? Porque para poder llegar a la punta del iceberg de la violencia de género debemos comprender que todo esto se sustenta dentro de diferentes pilares que vamos a ir conversando, que nosotros hemos reconocido como parte de los pilares de la violencia de género desde el sector salud. Primero tenemos estereotipos de género y salud, sabemos que desde la medicina tendemos a estandarizar, a jerarquizar ciertas patologías para poder generar un diagnóstico adecuado y poder también aprender de cierta manera este tremendo arte que es la medicina.

En el año 2015 se reportaron estos datos que no son menores:

- Mujeres con infartos o con falla cardíaca tienen menos tasa de tratamiento óptimo que hombres.
- Mujeres con fibrilación auricular tienen una menor tasa de tratamiento anticoagulante que los hombres.
- Las mujeres han tenido menos tasa de ingreso a diálisis que los hombres con un mismo grado de patología.
- Menor derivación hacia la especialidad en pacientes con artritis reumatoide

Los derechos sexuales y reproductivos han sido vulnerados del sector salud a lo largo de los años de manera histórica, sin ir más lejos hoy tenemos una ley de interrupción voluntaria del embarazo que garantiza tres causales para poder generar o activar estos protocolos de interrupción de embarazo y que han sido profundamente obstaculizados y principalmente desde el sector salud.

Como cuarto pilar hemos determinado el cuidado, y cómo el cuidado, no solo en Chile sino que en el mundo, ha sido históricamente una misión o una labor de la mujer. No solo hablamos del cuidado de niños y niñas, sino que también en cuanto a personas con dependencia funcional, enfermedades graves terminales y también al cuidado de los adultos mayores. Es por eso que la encuesta CASEN 2017 reporta una cantidad de cuidadoras femeninas de un 68%, y existen algunos reportes tanto nacionales como internacionales que pueden aumentar esta cifra hasta un 85-90%.

Esto tiene costos profundos en salud, y por eso creo que cuando vayamos avanzando hacia la punta de este iceberg, vayamos entendiendo el perfil o al protocolo o a la serie de violencias que se han ido replicando en la vida de la paciente que llega a ustedes con un grado de violencia mayor. Pero todo esto tiene un costo en salud en cuanto a que un 68% de las cuidadoras reportan que han sido afectadas en su vida personal, en su vida social, reportan cansancio, sentirse deprimidas, han tenido que disminuir sus tiempos de ocio, no pueden acceder a otro trabajo y con esto profundizando la carga financiera, han tenido que abandonar su trabajo o se han visto obligadas a reducir sus jornadas laborales. Si no entendemos esto, como la base que sustenta la punta de este iceberg, nunca vamos a poder hacer un abordaje adecuado de la violencia física y la violencia sexual en las pacientes que accedan a su box de atención.

Entonces cuando hablamos el abordaje clínico de la violencia de género desde el sector salud, la OMS también tiene claro esto que yo les estoy conversando y ha podido comprender de que esta violencia de género también se sustenta dentro de multi-seccionalidades, donde se van sumando género, raza, etnia, orientación sexual, identidad sexual, y una serie de factores que van sumando esta carga. Es así como un 41% de las mujeres reporta haber sufrido algún tipo de violencia dentro de su vida.

La violencia contra la mujer es una prioridad en salud, es un problema de salud pública, es una violación a los Derechos Humanos. Una de cada tres mujeres en el mundo han reportado que han tenido violencia de pareja, violencia física o sexual o ambas y como consecuencia de esta violencia han tenido repercusiones tanto físicas, psicológicas sexuales y reproductivas, generando un gran costo social y económico, no solo al sector salud sino que a la sociedad en su conjunto.

La prevalencia de la violencia intrafamiliar en Chile en el año 2020 aumentó hasta un 41.4%, muy similar a lo que veíamos en la diapositiva

anterior, y creemos que claramente la pandemia ha influido y ha empeorado esta condición. En el año 2013 la Organización Mundial de la Salud con ONU mujeres determinan que esta prioridad en salud genera una carga de salud mayor sobre las mujeres y genera una alta demanda sobre las urgencias, salud mental, consulta ambulatoria, polifarmacia y consulta de especialidad. La adecuada atención ayuda a prevenir la recurrencia y a mitigar estas consecuencias.





Indicadores clínicos asociados a la violencia de pareja:

- Síntomas de salud mental
- Dolores crónicos idiopáticos
- Síntomas genito-uritarios idiopáticos, ITUs recurrentes
- Síntomas ginecológicos: disfunción sexual, hemorragias vaginales a repetición, resultados reproductivos adversos, embarazos no previstos, abortos, ingresos tardíos a control prenatal
- Lesiones traumáticas que no tengan un relato acorde
- Problemas relacionados con el SNC: cefalea, insomnio, dificultades para dormir
- Problemas cognoscitivos, hipoacusia
- Consultas reiteradas por problemas de salud sin un diagnóstico claro
- Intrusión de la pareja en la consulta

¿Qué pasa si se detectan este tipo de cosas en la consulta? Son banderas rojas, son alarmas que deben prender sus radares y poder activar la respuesta necesaria que no necesariamente va a recaer sobre ustedes.

La OMS no recomienda un tamizaje universal, sino que saber reconocer estas banderas rojas que hemos conversado y poder capacitar a los prestadores de salud en poder detectar estas banderas rojas. Y en general nosotros debemos capacitarnos en cómo y cuándo preguntar.

¿Cómo?

- Preguntar en privado: como es todo en salud siempre lo primero es garantizar un ambiente adecuado para lo que vamos a realizar, así como cuando hacemos una reanimación o hacemos una ACLS y nos preocupamos de que la escena sea segura, es sin lugar a dudas en un caso como este, es fundamental tener un ambiente propicio para poder garantizar a la víctima o a la paciente el apoyo, la comprensión, la contención necesaria ante esta situación y no perder la oportunidad que podemos tener para poder brindar y activar las diferentes respuestas multisectoriales.

- Propiciar un ambiente de seguridad
- Confidencialidad: es fundamental y cuando hablemos de confidencialidad debemos explicar en palabras simples a la víctima de qué nos referimos con confidencialidad y dentro de esa confidencialidad explicar cuando se va a levantar, en qué momento nosotros vamos a decir tu vida y tu seguridad están por sobre lo que nosotros estamos conversando. Nosotros podemos detenernos, podemos esperar antes de hacer ciertas denuncias apoyados por nuestro equipo de salud, pero tenemos que tener muy claro cuando esta ya no puede continuar y necesitamos hacer las denuncias correspondientes.

- Actitud compasiva, sin juzgar: en esta primera respuesta tenemos que tener una escucha empática, la validación de la experiencia y por supuesto del apoyo requerido según lo reportado. Y en esto me quiero detener un segundo, nosotros como profesionales de la salud tendemos a cometer el error de creer que tenemos las respuestas que la gente quiere y necesita, creemos que el camino que deben seguir es el camino que nosotros les vamos a trazar, pero es fundamental que en esta primera consulta o en esta primera confesión de atención, nosotros podamos dar respuesta a las necesidades que la víctima tenga, que pueden no hacernos sentido, que podemos no entenderlo desde nuestra concepción, pero para eso es muy importante poder garantizar el apoyo en lo que la víctima nos está solicitando; porque además es una manera de poder reforzar este vínculo de confianza.



¿Qué hacer si se identifica la violencia?

Primero en este apoyo de primera línea, hay una nemotecnia que nosotros hemos llamado la ANIMA, que está dentro de esta guía del 2016.

A: atención al escuchar

N: no juzgar y validar. Yo lo voy a reforzar el tema de no juzgar y validar en diapositivas futuras

I: informarse sobre las necesidades y las preocupaciones de su víctima. Escuchar

M: mejorar la seguridad

A: poder apoyar en lo que sea necesario

Puede ser que ésta sea la única oportunidad que tengamos de apoyar a la paciente y es por eso que este espacio es fundamental, este espacio de acogida y este espacio de generar un vínculo con la persona que está accediendo a ustedes.

Existen, obviamente, como todo en la medicina, una prevención primaria, una prevención secundaria y una prevención terciaria. Una prevención primaria orientada a prevenir, reducir el consumo alcohol, abogacía y sensibilización en sus espacios, visitas domiciliarias. Una prevención secundaria que tiene que ver con atención de los problemas de salud agudos, atención de los problemas de salud crónicos, abordaje de los trastornos de consumo de sustancias, derivar con el intersector cuando sea necesario. Y una prevención terciaria que tiene que ver con la rehabilitación, con terapias de apoyo a largo plazo, apoyos en otras necesidades que pueden exceder a nuestro box de atención.

En el año 1998 se determinó este manual de apoyo técnico para las acciones de salud en violencia intrafamiliar. Y este manual lo que va a hacer es principalmente dar respuesta a las lesiones físicas y psicológicas, pero no aborda más allá la violencia que las causa. Se hace urgente poder avanzar en respuestas reparatorias desde el sector salud, por eso es tan importante poder inyectar mayores recursos al Ministerio de la Mujer y no cerrar su acción. Hoy día es fundamental tener un espacio gubernamental especificado en estas temáticas, necesidad de unificar criterios y desarrollar instrumentos más efectivos en la prevención y tratamiento de las víctimas de violencia intrafamiliar.

Desde la medicina general ¿debo denunciar?

Siempre ante la duda, la denuncia, ya cuando estamos en situaciones que constituyen un delito. En experiencias hemos tenido como desde FALMED algunos casos de contra denuncias a mujeres que no han querido que se ejerza esta denuncia, sin embargo siempre esto no va fallar en contra suya, siempre va a primar el respeto y el garantizar los derechos fundamentales. Y desde el punto de vista médico tenemos que generar todos los resguardos correspondientes para la seguridad de la víctima y ese debe ser su principal objetivo.

Ahora vamos a avanzar a violencia sexual. Un 90% de las mujeres relatan haber sufrido algún tipo de violencia sexual durante su vida. La Organización Mundial de la Salud reporta un delito sexual cada 14 minutos, o sea estamos hablando de un problema tremendo. Como impacto en salud va a tener repercusiones no sólo en salud mental sino que también repercusiones físicas y sociales.

En cuanto a las repercusiones físicas: abortos inseguros, enfermedad de transmisión sexual, traumatismo, enfermedades crónicas no transmisibles, feminicidio.

Las lesiones de salud mental son tremendas, el estrés postraumático, la depresión, autolesiones, el caso de Antonia es muy conocido, pero los casos de suicidios son muy comunes en estos contextos y quizás cuantos más que no tenemos el diagnóstico de violencia sexual previo y que solo nos enfrentamos ante la terrible situación de suicidio.

Y en cuanto a lo social es la estigmatización, embarazo no deseado, disminución en el rendimiento, marginación. Genera consecuencias terribles a corto, mediano y largo plazo.

¿Qué se espera como profesionales de la salud?

- Que sospechemos y reconozcamos los indicadores.
- Que otorguemos una atención pertinente sanitaria y médico-legal
- Que no revictimicemos y derivemos oportunamente

El diagnóstico del estado actual, sin duda se han hecho muchos esfuerzos por disminuir ciertas prácticas que no estaban bien desde el punto de vista institucional, yo espero también que a esta altura del curso conozcamos el concepto de revictimización secundaria, pero que tiene que ver con todos estos procesos en los cuales la víctima sufre nuevamente la injuria que fue causada de manera primaria, pero esta vez provocada por los sistemas de atención salud, judicial, sociedad, etc. Y por eso es fundamental poder capacitar a los equipos de salud, incorporar espacios físicos que sean adecuados para realizar este tipo de denuncias y este tipo de atenciones.

La prueba pericial sexológica aun es deficiente y genera un muy bajo porcentaje de sentencia condenatoria y es fundamental protocolos intra e intersectoriales como los que vamos a ver más adelante.



La atención vs el peritaje

Ustedes pueden dar atención clínica y jamás se la deben negar a ninguna paciente que acceda a ustedes y que lo requiera, a cualquier paciente que solicite esta atención se tiene que examinar de forma general y segmentaria, otorgándole una descripción de la atención con un diagnóstico final, pero ustedes deben ser enfáticos en que esta atención no va a tener un mayor peso ante tribunales.

El peritaje de delito sexual, este debe ser indicado por un fiscal, tiene que tener un consentimiento del paciente, y en el se recabará una anamnesis que tiene que ser precisa, no extensa, con un examen físico general, un examen físico segmentario, con énfasis en las zonas señaladas por la víctima, con la adecuada toma de muestras, que pueden ser muestras biológicas, muestras físicas, fotografías, descripción de cada proceso, realizar una cadena de custodia (la cual debe ir desde sus manos hasta finalmente que llegue al juicio o al fiscal) y generar un diagnóstico y una conclusión que va a terminar en un tribunal.

La norma técnica, este esfuerzo por generar una respuesta intersectorial de diferentes espacios como servicio médico legal, fiscalía, unicef, nosotros desde el sector salud como Ministerio de Salud. Esta norma técnica dice que el peritaje sexual puede ser realizado por cualquier médico general, pero establece ciertas unidades perito forenses que son fundamentales para la atención de las víctimas de violencia sexual.

¿Cuándo se deriva a una primera respuesta?

- Primero, al detectar los hallazgos que sugieren la violencia sexual o al examinar una persona en la cual encontremos estos hallazgos.
- Al producir un relato espontáneo, que la paciente o la personas a ustedes les diga que ha sido víctima de una situación de violencia sexual.
- Cuando un tercero, que puede ser integrante del equipo de salud, ha detectado una situación de violencia sexual y ha derivado a la persona a otro profesional o técnico

Estas son las tres formas en las que nosotros podemos activar esta respuesta.

Ante menores de edad se disponen de 24 horas desde la sospecha para realizar la denuncia de lo contrario se transforma en cómplice del delito. Esa denuncia nosotros la podemos hacer a través de Fiscalía o de Tribunales de familia. Se debe avisar al tutor legal a menos que sea el posible victimario y en mayores de 18 años tiene la facultad de elegir si quieren realizar o no realizar esta denuncia.

En cuanto a los tiempos de agresión, si la agresión fue dentro de las últimas 72 horas, se sugiere hacer el peritaje a la brevedad. Si no se puede, se puede diferir a otros centros con mayores recursos. Entonces en una víctima de violencia sexual que ocurrido en más de 72 horas y nosotros tenemos acceso a poder derivar a una unidad perito forense, lo ideal sería poder derivar a esta unidad perito forense. Si es dentro de las primeras 72 horas y tenemos acceso a esta unidad perito forense y nuestro sistema de salud funciona de aquella manera, lo ideal es que este examen sea realizado en la unidad que corresponde, pero si no contamos con ello, como decíamos, cualquier médico general puede hacer el peritaje, pero tenemos que tener la autorización del fiscal. Para esto es fundamental tener protocolos locales. Existen diferentes protocolos locales a lo largo de los servicios de salud del país, para activar esta norma técnica.

En cuanto a la protección de la víctima ante la denuncia, tenemos que mediante el equipo psicosocial informar a un grupo familiar cercano o en el caso extremo podríamos hospitalizar para poder sacarla de este círculo agresor. Hoy día existen algunos hogares que se han establecido para ello, a raíz de la pandemia y es importante conocer esta red a nivel local. Esto es fundamental: si la víctima se opone a la realización del peritaje, este no se realiza. Esto tiene que ver con la revictimización secundaria.

Entonces esta norma técnica describe cual es este peritaje clínico forense que tiene que ser realizado en estas unidades clínico forenses, idealmente. Tenemos una primera respuesta, una acogida, una exploración clínica, una recolección de muestra, se entrega la profilaxis de enfermedades de transmisión sexual, profilaxis de VIH, anticoncepción de emergencia y la derivación interdisciplinaria si así lo requiere.

Este informe pericial va a tener un levantamiento y traslado de la evidencia, con una cadena de custodia, y además va a tener las condiciones de conservación y de envío de las muestras, vienen ciertos sobres donde uno tiene que ir introduciendo la evidencia, te explican cómo levantar esa evidencia, cómo se fija la evidencia biológica, cómo se toman las fotografías en el caso de evidencias físicas. Y todo esto lleva a una conclusión del examen y un informe al médico legal.

El flujograma de atención y derivación de la unidad clínico forense viene también como anexo en esta norma técnica, formularios de consentimiento informado y un instructivo de cadena de custodia.

Todo este peritaje sexológico va a llevar una conclusión, al terminar va a tener que realizar una conclusión del mismo, se deben describir las lesiones y hacer una posible vinculación del pronóstico médico legal entre ellas, se debe señalar la concordancia del relato con las lesiones y jamás afirmar o clasificar el delito, por muy concordante que éste sea, lo que nosotros hacemos en el peritaje no es el veredicto, es nuestro reporte como peritos, ese es trabajo de la investigación posterior. Nosotros no vamos a explicar cómo se hace un peritaje sexológico, primero que nada porque yo no soy experta en ello y además porque existen unidades especializadas para ello, y creemos que sería la mejor opción que pudiesen estas unidades funcionar de manera óptima a lo largo de todo el territorio del país.

Recuerden que al ser un proceso judicial quién realiza el peritaje puede ser llamado al tribunal para testificar por el caso y éste debe estar preparado para ello.

En estos casos pueden llamarnos a la unidad, nosotros tenemos esta unidad de defensa de género que es UDEGEN, tenemos abogadas expertas en estas temáticas. Si a ustedes en algún caso se ven enfrentados a un fiscal que les solicita hacer un peritaje, antes de realizar este peritaje, nosotros tenemos un número de 24 horas, en el cual nos pueden llamar y solicitar orientación técnica como unidad de FALMED.

Las unidades clínico forenses están definidas en la infraestructura hospitalaria para la atención sanitaria y pericial de las víctimas de violencia sexual, tienen un equipamiento para realizar el examen pericial y la toma de muestras para la evidencia, y tienen una atención prestada por profesionales y técnicos capacitados. Este debe ser el gold estándar para realizar un peritaje sexológico. Ellos son sometidos a un curso en modalidad mixta, con un enfoque de género y de derechos, con énfasis en no revictimizar, con técnicas de peritaje y una declaración en un juicio oral.

¿Por qué es tan importante que lo conozcamos y que yo le haya hablado de todo este iceberg completo? Porque el peritaje sexológico, la definición de violación tiene que ver con el acceso carnal que ocurre mediante el uso de la fuerza, la privación de los sentidos, con una incapacidad para oponerse o en el caso de una enajenación o trastorno mental.

Para el acceso carnal existe el peritaje sexológico que puede determinar las lesiones físicas además, también dentro de este peritaje sexológico encontramos en un peritaje toxicológico, donde se pueden tomar muestra biológicas, muestras toxicológicas de alcoholes, pero, además la incapacidad por oponerse va de la mano con un peritaje psicológico-psiquiátrico. Y la enajenación o trastornos mentales con antecedentes médicos.

El peritaje sexológico de un 18-68% no va a pesquisar lesiones, estos son reportes de Brasil del año 2020. Además de eso, de los casos donde hay lesiones, un 25% son detectadas por los servicios médico legales o lugares especializados como pueden ser las unidades perito forenses. Solo un 10% son pesquiasadas en los servicios de urgencia, de las personas que han sufrido violencia sexual.

Y lo peor de todo y por qué es tan importante lo de las 72 horas, es que lo más probable es que después de las 72 hrs no vamos a encontrar nada, porque la mucosa genital y la mucosa vaginal tiene como característica una muy rápida curación.

El peritaje sexológico en Chile ha tenido estos reportes de un 85% que no presenta lesiones en unidades clínico forenses especializadas, la más especializada de todas en Chile es la unidad del Hospital Gustavo Fricke. Y estas lesiones además, no van a ser siempre en zonas vaginales, tenemos este reporte de 158 casos 15 fueron en la zona vaginal, 6 fueron en la zona ano rectal y otros 3 fueron en otro lugar.

Además de los peritajes sexológicos, un 82% fueron realizados en mujeres, un 74% fueron realizados en niños, niñas o adolescentes, y no siempre vamos a encontrar lesiones como nosotros esperamos en la zona del introito que es lo que están más comúnmente descritos desde el punto de vista legal, sino que en muchos casos en la fosa posterior, en los labios mayores. Un 7% de las niñas tuvieron lesiones y de ellas solo un 50% fueron fuera del himen.

En cuanto a la probabilidad de sufrir una lesión genital no está relacionado con el consentimiento y tampoco con la resistencia o la experiencia sexual previa. La ausencia de trauma no descarta la posibilidad de una relación sexual no consensuada. Y aquí voy a volver al no juzgar, estos son ejemplos clásicos del juzgar. Es clásico que en las unidades o los servicios de salud, a veces incluso sin una mala intención, profesionales de la salud dicen “¿pero por qué no gritaste? ¿por qué no corriste? ¿por qué no te protegiste?”. Bueno, existe una respuesta biológica que es la denominada inmovilidad tónica. Es una respuesta cerebral, involuntaria al miedo extremo, en la cual la corteza cerebral prefrontal, en palabras simples, se apaga, y entramos una especie de estado temporal de inmovilidad que tiene como objetivo biológico evitar el daño o la muerte y esto es una respuesta neurobiológica que como les comentaba se denomina inmovilidad tónica. Por lo tanto, en la mayoría

de las veces o en muchas ocasiones pueden encontrarse a mujeres que como respuesta al miedo extremo no reaccionen como usualmente reaccionan dado su personalidad o sus características previas y que incluso siendo luchadoras de lucha libre, siendo expertas en artes marciales pueden quedar en esta inmovilidad tónica sin saber cómo reaccionar.

En el examen físico, en general las lesiones físicas pueden no relacionarse con la magnitud del daño generado, desaparecen con el tiempo o aparecen días después de la agresión.

Y lo más importante, que es el peritaje psicológico, un peritaje que está muy subvalorado por nuestros tribunales de justicia hoy en día en este país. Un 94% de las víctimas de violencia sexual presentan síntomas de estrés post-traumático, de estas un 31% a un 65% van a desarrollar el estrés posttraumático y un 30% 9 meses post la agresión. Un 38% a un 43% van a tener criterios de depresión y uno de cada tres víctimas van a contemplar el suicidio. Y un 13% va a intentar suicidarse, por lo tanto la violencia sexual genera repercusiones profundas a corto, mediano y largo plazo.

Con esto ya vamos terminando, solo para poder reforzar:

Solo un 10% a un 25% de las mujeres víctimas de violencia sexual van a presentar lesiones. Sin embargo un 94% van a tener una reacción al estrés agudo y un 31-65% va desarrollar un estrés posttraumático, es por eso que no es lo más importante el peritaje físico.

Ya para cerrar yo les había comentado que siempre que hablamos de violencia de género desde el departamento de género y salud nos enfocamos en estos 6 pilares, nunca dejamos de lado el pilar de la violencia que ocurre entre nosotros como pares dentro de la medicina, en los espacios de salud, entre profesionales, entre colegas, con otros profesionales de la salud. Así que es fundamental no olvidar que la manera como nosotros nos relacionamos también va a repercutir se la manera cómo vamos a relacionarnos con nuestros pacientes y con la población.

Desafíos

- Bueno; las unidades clínico-forenses se encuentran congeladas en nuestro país, existe una escasa activación de ellas, existe una capacitación escasa; los equipos de salud, los que han accedido éstas capacitaciones son muy buenas pero no tenemos la suficiente capacidad de poder llegar a todas los profesionales que debiésemos llegar. Lo bueno es que vienen con recursos para toma de la muestra de enfermedades de transmisión sexual, se puede entregar el Prep a nivel de todos los servicios de atención, el financiamiento para cada prestación está definido, lo ideal sería avanzar hacia una cobertura universal en el ciclo vital.

- ¿Qué pasa en los establecimientos privados, con estas derivaciones, con la entrega de la protección de enfermedad transmisión sexual?

Cómo les habíamos dicho y ya les había comentado, cualquier establecimiento de salud podría realizar peritaje sexual en el caso de que un fiscal lo ordene por lo tanto cualquier profesional de la salud, cualquier médico podría estar expuesto a tener que realizar un peritaje sin tener ningún conocimiento y antes era una atribución exclusiva del servicio médico legal, hoy no lo es.

Mi última recomendación: no dejen de aliarse, no dejen de buscar espacios donde puedan capacitarse, donde puedan entender, donde puedan enlazar, donde puedan derivar, donde puedan trabajar en conjunto organizaciones civiles como “Sacar la Voz” en la cual participan algunas de nuestras compañeras como Vivian González. Participar en los espacios de convocatoria pública y relacionarse con otros profesionales, como por ejemplo ABOFEM que trabaja también con nosotras.

Así que esta sería mi presentación, me disculpo por lo extensa de ella, pero creo que es una temática muy profunda para nosotros como médicos, médicas y mediques que trabajamos en el sistema público de salud, así que espero que les haya gustado y quedamos atentos a las consultas que puedan surgir más adelante.

/CLASE 13 - Respuesta universitaria frente a la violencia de género: Perspectiva desde los estudiantes

* **María José Guzmán Oyanedel**, Estudiante de Medicina de Primer Año U.de Valparaíso, integrante del Comité Permanente de Salud Pública (SCOPH) de IFMSA. Directora de Género y Femicidios de la Asociación de Estudiantes de Medicina de Chile (ASEMECH). Coordinadora del ramo de Química del Preuniversitario Solidario de U. Valparaíso, sede San Felipe.

Contacto: maria.guzmano@alumnos.uv.cl

Nota: Al momento de la exposición el protocolo de acoso ASEMECH ya se encontraba inhabilitado por las razones que la exponente refiere, sin embargo queremos evidenciar con ello las dificultades universitarias de realización de un protocolo de acoso sexual, sus avances y limitaciones legales actuales.

Conceptos a tratar

Conoceremos la experiencia universitaria de distintas facultades de medicina desde el marco de la perspectiva estudiantil. Considerando el desarrollo progresivo de iniciativas para afrontar el acoso sexual y como éstas han ido variando con el fin de acoger las demandas de la comunidad universitaria.

Vamos a partir este módulo con una breve introducción, comentando un poco sobre las **revueltas y las manifestaciones feministas** que ocurrieron en el año 2018. Ya desde el 2015 el movimiento Ni una menos, generó que muchas mujeres salieran a la calle a manifestarse por el aumento de homicidios y maltrato hacia las mujeres a lo largo del mundo. Ya en mayo del 2018, las estudiantes de diferentes universidades comenzaron a expresar su descontento por la educación sexista existente en los diversos establecimientos chilenos, y en algunos casos, incluso llegan a acoso sexual, y como muchos sabemos gran parte de ellos quedan impunes. Las exigencias que solicitaban al manifestarse, era en resumen eliminar las brechas salariales, dejar de lado el lenguaje misógino, las bromas y humillaciones machista, avanzar hacia una educación no sexista, abolir las diferencias de pago en planes de salud, fomentar el acceso igualitario a cargo de poderes, y obviamente acabar con abusos y agresiones.

Protocolos en universidades

- Reuniones y conversaciones
- Deficiencias
- Nuevos protocolos y mejoras

Las manifestaciones exigían un protocolo contra el acoso. Esto se trató de gestionar a través de los Centros de Estudiantes de Medicina (CEM) de diferentes universidades, se tuvo reuniones con la dirección de escuelas, con vicerrectorías académicas y de sedes, también hubo reuniones con altos directivos de la escuela, como decanos, y gracias a estas conversaciones las universidades comenzaron a crear sus propios protocolos, y en algunos casos estos resultaron inútiles, ya que revictimiza a las personas que han hecho denuncias, y hasta ahora varios de ellos se han intentado usar, pero la verdad es que ha resultado nefasto, porque no protege a la víctima debido a que no tiene consecuencias reales y severas para los agresores. Es por esto que resulta siendo un proceso peor para la víctimas. Varios de los CEM están creando nuevos protocolos o están mejorando los anteriores, junto a estudiantes, académicos y funcionarios de las universidades, para que sea lo más triestamental posible, pero todo esto es algo que todavía está en proceso, y hay algunas universidades más adelantadas y otras más atrasadas en el tema que otras.



ASEMECH

Asociación Estudiantes de Medicina Chile



● Comisión de género ASEMMECH

Los diferentes tipos de maltratos abarcan diferentes ámbitos y el de la salud no queda exento de malas prácticas, es por esto que ASEMMECH creó una comisión de género y feminismo en 2019. Uno de sus principales propósitos era crear un protocolo contra acoso y abuso sexual, ese mismo año se logró crearlo y en él, dice que toda persona que participe en la Asociación de Medicina de Chile (ASEMMECH) debe ser tratada con dignidad y respeto de su integridad física y psíquica. Obviamente las conductas de acoso y abuso atentan contra la dignidad, por lo que ASEMMECH rechaza estas prácticas, cualquier sea el lugar en donde aquellas ocurran o la función, cargo, o calidad de las personas involucradas. También, todas las personas que participan de ASEMMECH están llamadas a no tolerar ningún tipo y en ningún caso estas acciones, y a facilitar los medios necesarios para prevenirlas, investigarlas, sancionarlas, etcétera. Por esto el principal objetivo de este protocolo es construir espacios seguros y libres de violencia de género dentro de la asociación.

● Protocolo ASEMMECH

- Origen y objetivo
- Prohibición de actos de acoso y abuso
- Espacios de activación
- Definiciones básicas
- Grados de participación
- Recepción de la denuncia
- Sanciones de las denuncias
- Conductas sancionadas

PROTOCOLO DE ACOSO SEXUAL ASEMMECH

● Principios Generales

Este protocolo tenía siete principios generales, el primero era el **ambiente sano y seguro**, este dice que toda persona tiene derecho a ejercer sus actividades en un ambiente sano y seguro, de tal forma que preserve su salud física y su salud mental. El segundo principio es el **denuncia**, este dice que toda persona tiene el derecho de denunciar hechos que puedan constituir situaciones de acoso que le afecten

directamente o que afecten a otra persona. El siguiente es la **confidencialidad**, esta habla de que el manejo de la información de las denuncias de acoso se hará de manera reservada, con el propósito de cautelar el respeto a la dignidad e intimidad de las personas involucradas. El siguiente principio es el de **imparcialidad**, este expresa que todas las personas involucradas tienen derecho a ser asistidas, presentar pruebas y alegaciones, y a que estas sean ponderadas con objetividad. El quinto principio, es la **obligación de cooperación**, aquí se dice que todos los integrantes de los Juegos Interescuelas de Medicina (JIM) tienen la obligación de colaborar con la investigación que se lleve a cabo para esclarecer las denuncias de acoso. El sexto principio es la **prevención de la revictimización**, es decir, la reexperimentación de la experiencia traumática por parte de la víctima. El último es la **protección de la dignidad**, aquí se garantiza el respeto de la dignidad tanto de la persona denunciante como de la persona denunciada.

● Definiciones de conceptos

Por otra parte, en el protocolo de ASEMECH también se nombran dos definiciones básicas, una de ellas es el **acoso sexual** que se define como “ cualquier comportamiento verbal o físico de naturaleza sexual o donde se manifieste una violencia de género, y ésta expresa desigualdad del poder y dominación”. Una conducta es de acoso sexual si además no es consentida por la o el destinatario, atenta contra su dignidad e integridad y al mismo tiempo restringiendo su libertad de decisión. Obviamente el **consentimiento** debe ser explícitamente expresado, no se aceptan deducciones como, por ejemplo, argumentar que no se opuso resistencia y se mantuvo en silencio la víctima. La otra definición básica es la de **abuso sexual**, este se define como cualquier acción donde se vulnera la indemnidad sexual de una persona en contra de su consentimiento. Esto incluye el sexo oral, la violación o impedir el acceso a métodos anticonceptivos y condones.



● **Activación de protocolo**

El protocolo se activa en tres espacios, uno de ellos es los consejos de ASEMECH, es decir, todos los espacios de convivencia de esta jornada, como por ejemplo llegadas a la ciudad, llegadas a la ciudad sede del consejo, esparcimiento, alojamiento, buses, aviones, espacios posteriores a la jornada, hasta la salida de la ciudad sede. El segundo espacio son los espacios privados, esto lo entendemos como el trabajo o interacciones desarrolladas de forma online o vía redes sociales. Por último, el espacio de esparcimiento, es decir, fiestas, eventos, charlas, congresos o cualquier actividad donde interactúen estudiantes.

● **Grados de participación**

En estos se encuentran los autores, que son aquellos que participen dentro de ASEMECH que sean parte de manera inmediata y directa en la ejecución o creación intelectual del hecho o que impidan la detención del acto. Luego, están los cómplices, estos son aquellos que participan dentro de ASEMECH y cooperan con la ejecución del hecho de manera pasiva por actos anteriores o simultáneos. Por último, están los encubridores, estos son aquellos que participan dentro de ASEMECH y realizan acciones para ocultar los hechos o también se consideran encubridores quienes se abstengan de revelar información relevante sobre la denuncia.

Recepción de denuncia

En esta etapa la persona que denuncie deberá contactarse con la persona delegada de género y feminismo de la **comisión de ASEMECH** mediante tres formas:

- **Vía correo electrónico** a que todas las personas de la comisión tendrán acceso, que se utiliza para ser link con el delegado o la delegada.

- **A través de un miembro del CEM** y que éste se comunique con la o el delegado de género y feminismo.

- **Directamente al teléfono móvil** del o la delegada de género y feminismo que estaría publicado en la descripción del Instagram de ASEMECH.

*Si la víctima estima que el delegado no tomó las medidas necesarias para el caso, se puede apelar a la comisión de género y feminismo donde se expondrá el caso anónimamente y la comisión tomará el veredicto final.

1. Recepcionar denuncias de víctima de acoso y abuso.
2. Contactarse con integrantes del CEM donde ocurrió el acoso para que le ayuden a llevar el protocolo de denuncia a la víctima, este es solo si la víctima lo desea,
3. Comunicarse con el denunciado para explicarle su sanción respectiva
4. Llevar un registro de las personas denunciadas para fiscalizar que las personas denunciadas cumplan con sus sanciones.

Los **compromisos** del delegado son también cuatro;

- Estar atentos a la llegada de los mensajes, que pudieran contener denuncias tanto de acoso como de abuso,
- Guardar la confidencialidad, ya que esta es parte de los principios generales, ya sean, de la víctima, autores, cómplices y/o encubridores.
- Evitar el *victim blaming*, que es culpar a la víctima, ya sea por cómo iba vestida, si se insinuó o si consumió alguna sustancia. Se tiene que evitar cualquier interrogante que pudiera transgredir la integridad de la víctima. Por último, y lo más importante, creer el relato de la víctima.

● **Sanciones**

Después, aparecen las sanciones de las denuncias. ASEMECH, como se mencionó antes, tiene tolerancia cero a cualquier tipo de acoso y abuso sexual, por lo que cualquier acción que caiga dentro de esta categoría recibirá la misma sanción. Esta sanción es, la persona que cometió el acoso o abuso será expulsado inmediatamente del consejo, será vetado para siempre de los JIM y no podrá volver a participar en cargos de representación estudiantil, tanto en sus propios espacios como en ASEMECH, tampoco podrá participar en actividades que organice un CEM.

Pero ¿cuáles serán las conductas que serán sancionadas? Aquí tenemos diferentes tipos:

El acoso por razón de género, aquí entran los comportamientos realizados en razón de género de otro, que atente contra su dignidad y cree un ambiente intimidatorio y ofensivo.



El acoso por drogas, aquí se sanciona el administrar drogas a terceros sin consentimiento y/o cometer actos indebidos a personas bajo el efecto de drogas y alcohol.

El acoso por chantaje, aquí entra cuando se exigen injustificadamente pasar tiempo en privado con la víctima o cuando se hacen promesas y ofrecimientos de beneficios a cambio de favores sexuales, cuando hay amenaza de perjuicios ante no aceptación de propuestas sexuales y cuando se ofrece ventaja o dinero a quienes consiente a participar en actividades sexuales.

El acoso por intimidación puede ser amenaza de violación, daños e injurias, obligación a presentar exhibicionismo, obligación a tener contacto o relaciones sexuales con una tercera persona.

En las manifestaciones no verbales presenciales se sancionan miradas persistentes o sugestivas de carácter sexual, sonidos relativos a actividad sexual, suspiros, silbidos, gestos de carácter sexual.

En las manifestaciones verbales presenciales son comentarios, palabras, chistes sexuales, humillantes, hostiles u ofensivos y comentarios relativos al cuerpo o apariencia de una persona.

En las manifestaciones por medios digitales, aquí está el envío de mails, llamadas, mensajes instantáneos con insinuaciones sexuales, comentarios, chistes, fotografías con contenido sexual, amenazas, difusión de rumores de carácter sexual, fotografías, videos en situaciones que puedan ser incómodas para la víctima y también en manifestaciones por medios digitales está incluida la sanción por obligar a ver pornografía.

En las manifestaciones físicas encontramos el contacto físico innecesario, esto puede ser abrazos, tocar la cintura, piernas, caricias, intento de dar besos, en la boca, mano, cabeza, etcétera. Acercamientos, arrinconamientos, persecuciones, intentos forzados de relación sexual, violación y realizar conductas que involucran el cuerpo o intimidad de una persona sin el consentimiento de la o el destinatario. El consentimiento debe ser explícitamente expresado.

● Proceso de denuncia

El conducto regular de las denuncias contiene cinco pasos,

1. La víctima debe realizar la denuncia a una persona delegada de ASEMECH, a su CEM o directamente al delegado de género y feminismo de ASEMECH.
2. La persona delegada de ASEMECH o participante del CEM le informa la denuncia al delegado de género y feminismo de ASEMECH.
3. El delegado de género y feminismo de ASEMECH pedirá financiamiento de la directiva de ASEMECH para expulsar al denunciado del consejo, manteniendo la confidencialidad de la denuncia.
4. La persona delegada de género y feminismo de ASEMECH informará al denunciado de la denuncia, esto sin especificar ni el nombre ni la situación en particular por la que fue denunciado con el fin de resguardar a la víctima, y siguiendo el principio general de confidencialidad.
5. Por último, ASEMECH llevará un catastro que será entregado a las Comité organizador JIM (COJIM) de cada año para efectuar el veto de los JIM, fiscalizará que los CEM continúen con las denuncias que quedaron abiertas y que hagan un acompañamiento a la víctima si es que esta lleva un proceso de denuncia tanto en la universidad como una denuncia legal, además debe fiscalizar que los denunciados no tengan cargos de representación estudiantil.

Algo muy importante es que el conducto de acción se llevará a cabo solo si es que la víctima lo desea y hasta el paso que la persona afectada lo prefiera, si la persona denunciada tiene pruebas que explicitan que no cometió el hecho del cual se está acusando, deberá hacerlas llegar a su centro de estudiantes o a través del organismo que esté llevando la denuncia en su universidad local y debe mostrar las pruebas a la comisión de género.

Si un CEM infringe los pasos a seguir del protocolo, su universidad no podrá ser parte ni de los JIM ni de ASEMECH en el año siguiente, por lo tanto, tendría que postular nuevamente a última para volver a ingresar. Otro punto, es que, si una víctima denuncia que alguien perteneciente a la comisión de género o la delegada o delegado de género cometió una falta, deberá salir de la comisión y recibirán las mismas sanciones que recibe una falta de acoso y abuso sexual.

Este protocolo lamentablemente tenía varias falencias, y preocupados por la viabilidad y posibles repercusiones del protocolo ASEMECH se asesoró con personas entendidas en temas legales y se percató de que el protocolo que estaba vigente en el año 2019 tenía importantes falencias, que podrían implicar graves denuncias y recursos de protección, tanto del denunciante como del denunciado en contra de ASEMECH o en contra de la comisión de género y feminismo y/o incluso en contra de la delegada de recepción de denuncias.

● Falencias del protocolo

Algunas de estas falencias son: no se podía realizar una investigación, no se puede determinar la culpabilidad y con el protocolo tampoco existía **presunción de inocencia**, por lo que a través de un recurso de protección se habría tenido que revertir las medidas aplicadas y se habría tenido que financiar multas por presunto daño moral. Además, el protocolo **no permitía aplicar medidas preventivas**. El protocolo, que se creó en el 2019, se activaba inmediatamente una vez recibida la denuncia, y si el denunciado hacía una contradenuncia se estaba obligando a activar el protocolo, entonces el denunciante generaba una grave y negligente revictimización.

Entonces la única oportunidad legítima de aplicar el protocolo anterior era en el caso de que se haya realizado una denuncia formal ante tribunales o algún otro organismo pertinente y se haya determinado la culpabilidad del denunciado, lo cual sería una ínfima fracción de las denuncias que podrían llegar. Ante esta situación se propuso lo siguiente: se consideró que lo más ético y responsable es inhabilitar el protocolo de ASEMECH contra el acoso y abuso sexual para no activar procesos negligentes que pudieron haber perjudicado a denunciantes, denunciados e incluso a participantes de la comisión de género y feminismo y/o ASEMECH.

El año pasado se propuso la redacción de un nuevo protocolo, considerando todos estos aspectos para permitir finalmente acoger todas las denuncias que pudieran llegar y aplicar medidas acordes a las facultades y el

alcance de cobertura que se tiene como comisión de género y feminismo. Se quería que la redacción de este nuevo protocolo estuviera a cargo de una de las subcomisiones que se tienen como comisión de género, que es la subcomisión de protocolo con el asesoramiento correspondiente, pero lamentablemente este año se hizo un llamado a participar de esta subcomisión, pero no hubo personas interesadas y aparte durante un periodo estuvo vacante el puesto de director o directora de género y feminismo, que es el puesto que tengo yo.

Esto también generó una desventaja en la nueva redacción del protocolo, por lo que es muy importante destacar que alguien debe estar a cargo de la recepción de denuncias y aparte creemos que no debería ser solo de una persona, deberían ser varias personas, por si alguien no se siente cómodo con las personas que estén a cargo puedan haber más opciones, por lo cual la idea de ahora de ASEMECH es crear una red en la cual se tiene un nuevo enfoque, que ya no es crear un protocolo sino poder canalizar las denuncias, es decir, que por ejemplo como ASEMECH se puede hacer un post con todas las personas que se puede denunciar por cada universidad, con foto y nombre de las personas encargadas para poder identificar con qué personas se puede recurrir en caso de la necesidad de denunciar, para que si llegan denuncias a ASEMECH, nos podamos comunicar con estas personas para poder seguir con el protocolo de cada universidad. Por ejemplo, la universidad de Valparaíso, la universidad de Chile, la universidad Andrés Bello, ya que todas las universidades deben tener un protocolo porque de lo contrario se supone que no pueden estar acreditadas.

Esperando que les haya servido la información expuesta en esta clase, y espero haber sido lo más clara posible, me despido y recuerden que cualquier consulta pueden hablarme a mi correo está al inicio de la presentación.

/CLASE 14 - Ley de interrupción voluntaria del embarazo (ley IVE) y atención médica: deberes como profesional objetor y no objetor

* **Gonzalo Rubio Schweizer**, Médico Gineco Obstetra, U. de Santiago de Chile. Jefe de Unidad de Salud Sexual y Reproductiva Hospital San José. Asesor en salud sexual y reproductiva Centro Latinoamericano de Perinatología CLAP/OPS. Integrante Depto de DDHH y Género Colmed, Santiago.
Contacto: g.rubiosch@gmail.com

Conceptos a tratar

Comprenderemos el marco legal y clínico de la ley de interrupción voluntaria del embarazo (ley IVE) así como el adecuado abordaje de atención en salud bajo los preceptos de la autonomía, los derechos sexuales y reproductivos para comprender los deberes que cómo profesionales de la salud tenemos actualmente con las mujeres y personas con capacidad de gestar bajo el alero de la lex artis

HISTORIA DEL ABORTO EN CHILE: CÓDIGO SANITARIO Y CÓDIGO PENAL

Para hablar de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es importante entender la historia que tiene nuestro país: En la década de los 30 se dicta el **Código Sanitario** que permitió a las chilenas interrumpir el embarazo con fines terapéuticos, es importante entender que estas facultades se otorgaba a quienes eran profesionales de la salud con la opinión de tres facultativos. Sin embargo, en **1875**, cuando empezó a regir el **Código Penal**, se castigó el aborto en todo evento.



1874 - Comenzó a regir el Código Penal que castigaba el aborto a todo evento.
- Artículo 119 "No podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar un aborto"
Gobierno de Federico Errázuriz Zañartu.

1952 - Creación del Servicio Nacional de Salud, se instaló la salud materno-infantil como prioridad de atención en el sistema sanitario.
Gobierno de Federico Errázuriz Zañartu.

1965 - Primer Programa de Planificación Familiar que promovió el uso de anticonceptivos enmarcada en una política de educación sexual para mujeres de escasos recursos
Gobierno de Eduardo Frei Montalva

1989 - Modificación del Código Sanitario de 1964 pasando a ser absolutamente ilegal en Chile el aborto en cualquier circunstancia, volviendo a lo establecido en 1874.
- Artículo 119: "No se podrá ejecutar ninguna acción cuyo fin sea provocar un aborto"
Dictadura cívico-militar de Augusto Pinochet

1931 - Se dictó el Código Sanitario que permitió a las chilenas interrumpir el embarazo con fines terapéuticos.
- Artículo 226 Otorga a los profesionales de la salud posibilidad de interrumpir el embarazo con la opinión de 3 facultativos.
Gobierno de Carlos Ibañez del Campo

1964 - Modificación del Código Sanitario de 1931, declarando que se podía interrumpir el embarazo con fines terapéuticos, y con la opinión documentada de 2 médicos cirujanos.
Gobierno de Eduardo Frei Montalva

1973 - Hospital Barros Luco reinterpreta el código sanitario (marzo a septiembre aprox).
Gobierno de Salvador Allende

2017 - Modificación del Código Sanitario de 1989 Se promulga la ley 21.030 o Ley IVE en 3 causales.
- Artículo 119: "Mediando la voluntad de la mujer, se autoriza la interrupción de su embarazo por un médico cirujano, en los términos regulados en los artículos siguientes, cuando:
Dictadura cívico-militar de Augusto Pinochet

1. La mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida.

2 El embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal

3. Sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación. Tratándose de una niña menor de 14 años, la interrupción del embarazo podrá realizarse siempre que no hayan transcurrido más de catorce semanas de gestación.

Gobierno Michelle Bachelet, 2do periodo.



Ya en la primera mitad del siglo XX parte importante del quehacer nacional o la discusión en relación a la interrupción del embarazo o de las políticas sanitarias tenía que ver con la promoción de salud, la prevención de enfermedades por ejemplo la mortalidad materna y ponía un acento especial en la mortalidad materno-infantil.

En **1952** con la creación del **Servicio Nacional de Salud** se crea una institucionalidad que le da continuidad a la atención de salud, este sistema se enmarca en una especie de época de oro de los salubristas chilenos que crean este sistema.

De manera contraproducente, en **1964** en el gobierno del presidente Eduardo Frei Montalva, gobierno con perfil demócrata cristiano, se modificó el Código Sanitario del 31 declarando que se podía interrumpir el embarazo con fines terapéuticos y con la opinión documentada de dos médicos cirujanos. La idea de esta medida fue disminuir las barreras de acceso para las mujeres. Este gobierno fue bastante progresista con respecto al trabajo en anticoncepción a pesar de ser de un partido vinculado con la iglesia católica. Todas las corrientes de pensamiento vinieron después del Concilio Vaticano II donde la iglesia empezó a introducirse más en el sistema social y no les era impermeable el tema de los movimientos sociales y políticos que estaban desarrollándose en la época.

En **1965** se levanta el primer **Programa Planificación Familiar** que promueve el uso de anticonceptivos como política de educación sexual para las mujeres de escasos recursos particularmente. Así es como en el año **1970**, con la llegada de el triunfo la Unión Popular (UP) empieza a haber un desarrollo de la medicina social y a inicios del año **1973** el Hospital Barros Luco a raíz de dos situaciones: La muerte a causa de un aborto inseguro de una técnico paramédico, quién fuera funcionaria del hospital y por otro lado el suicidio de una mujer que habría solicitado ayuda al hospital pero no se le brindó. A raíz de estas situaciones, las y los funcionarios le dieron una nueva interpretación a la ley planteando que el aborto ilegal ponía en peligro la salud y la vida de la mujer en el grupo económico más modesto, y que por lo tanto el aborto terapéutico, al impedir este riesgo, era legal. Por su parte, el gobierno de la Unión Popular no puso objeciones ni restricciones a esto porque respetó la voluntad de los trabajadores del hospital. Desde allí tuvieron una experiencia formidable en lo que fue la disminución inmediata del aborto séptico y de las complicaciones por abortos inseguros en el hospital, sin embargo este periodo fue muy breve, más o menos entre marzo a septiembre de 1973.

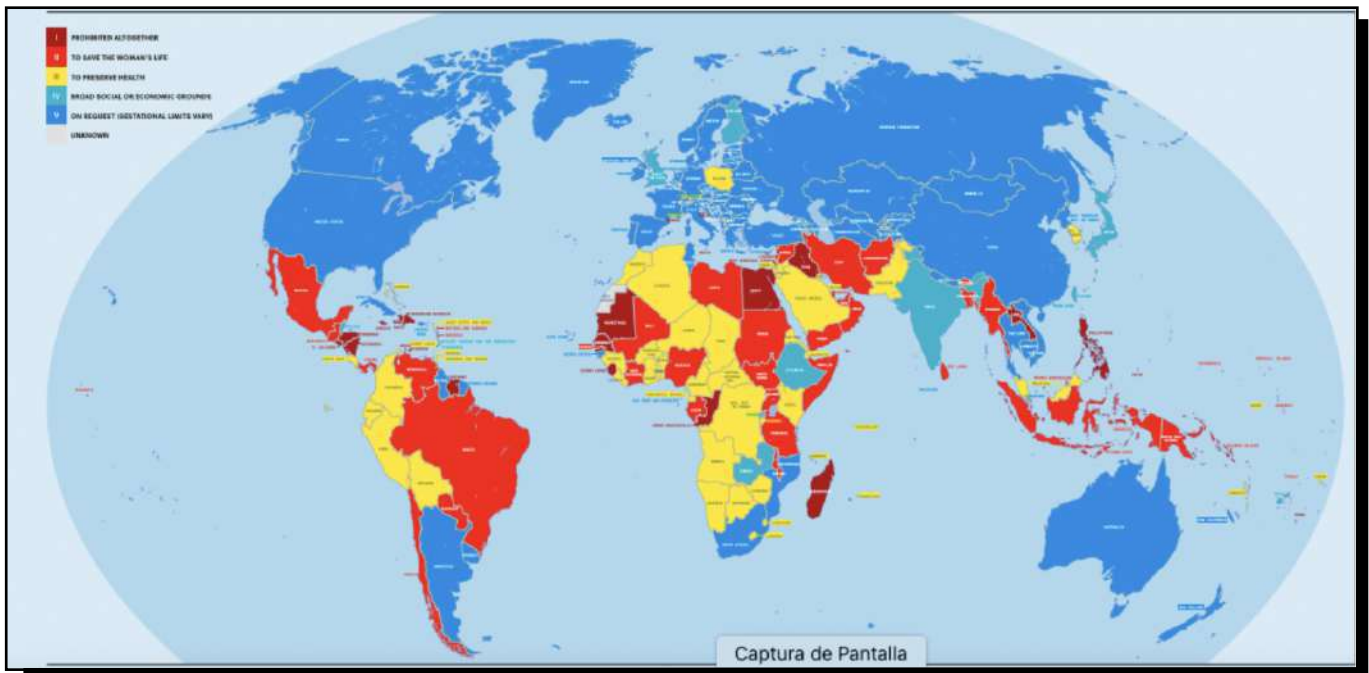
Código Sanitario:

"Artículo119.- "No podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar un aborto".



Ya en el año **1989** al tener claro que habían perdido el gobierno después del triunfo en el plebiscito del Si y el No. Se crea el último y único artículo aprobado por la Junta de Gobierno de ese entonces que disponía en el artículo 119 que “no se podrá ejecutar ninguna acción cuyo fin sea provocar una aborto”, por lo tanto desde ese momento pasó a ser absolutamente ilegal en Chile el aborto en cualquier circunstancia .

Desde el **2 desde 1989 hasta el 2017** la legislación chilena en lo referido al aborto difiere completamente lo que rigió en Chile durante gran parte del siglo XX, por lo tanto para quienes piensan que las alternativas de interrupción voluntaria del embarazo y prevención del aborto inseguro son medidas relativamente nuevas, la verdad, es que la discusión del aborto es una disputa que tiene una cantidad importante de años y que ha tenido diferentes avance y retrocesos. La ley de aborto no empieza el año 2017 sino que tiene todo este precedente.



Esta es una ficha del Center for Reproductive Rights donde muestra la diferentes legislaciones en relación al aborto.

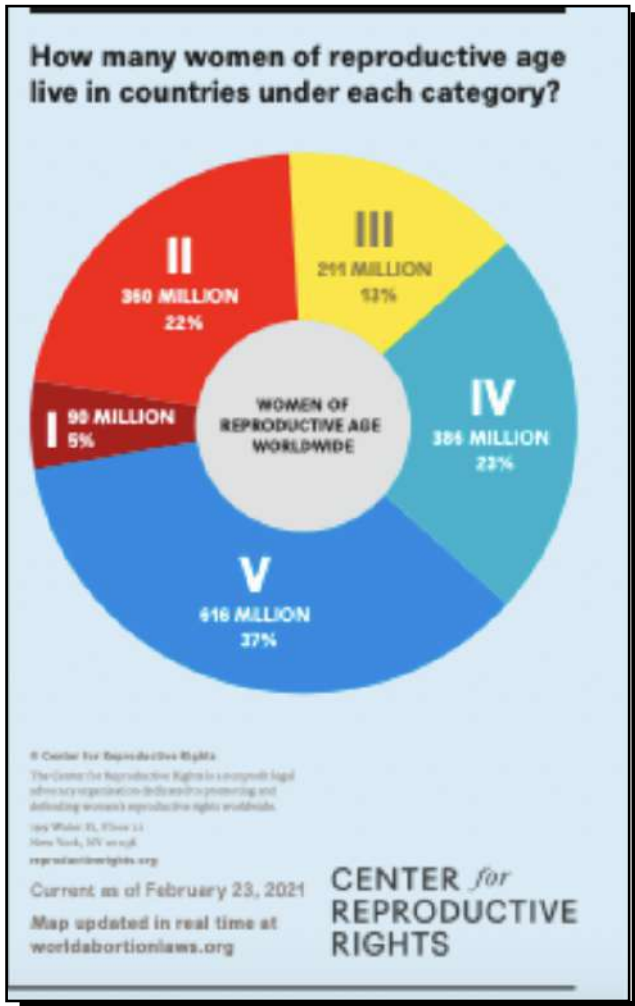
I. Rojo oscuro -> Países donde está absolutamente prohibido el aborto (*“prohibited altogether”*) Ejemplos: Honduras, Nicaragua, El Salvador, Mauritania, Madagascar, Surinam, Filipinas.

II. Rojo claro -> Países donde solo está permitido el aborto para salvar la vida de la mujer (*“to save the woman`s life”*). Ejemplos: Chile, México, Brasil, Venezuela, Paraguay

III. Amarillo -> Países donde está permitido sólo para preservar la salud (*“To preserve health”*) . Ejemplos: Colombia, Ecuador, Perú, Angola, República Democrática del Congo, Arabia Saudita.

IV. Verde agua -> Países donde hay una regulación con límite de semanas (*“on request gestational limits vary”*) Ejemplos: India, Etiopía, Zambia, Finlandia.

V. Celeste claro -> Países donde está permitido para preservar la salud , incluyendo las situaciones de la salud económica o social (*“broad social or economic ground”*). Ejemplos: EE UU, Canadá, Rusia, Australia, China, Noruega, Suecia, Sudáfrica, Camboya, Vietnam, Nueva Zelanda.



¿Cuántas mujeres en edad reproductiva viven en países de cada categoría?

En el gráfico de torta de la derecha muestra la cantidad de mujeres que viven en países de cada categoría, Más del 50% de las mujeres viven en países que garantizan el aborto por el límite de plazos y también en los países más desarrollados (verde agua+ celeste)

- I. Rojo oscuro:** 5%
- II. Rojo claro:** 9-23%
- III. Amarillo:** 13% (211 millones)
- IV. Verde agua:** 23%
- V. Celeste claro:** 37%

¿Que tan de acuerdo esta la sociedad chilena con respecto al aborto?

Para responder esta pregunta se encuentra una encuesta que hizo la Universidad Diego Portales donde más que la data -ya que está realizada en el año 2015- se aprecia el avance en la aceptación de las causales de aborto en general. Si nos fijamos en las primeras causales donde la madre corre serio peligro, hay >70% de aprobación de despenalizar el aborto, un 68% de aprobación de despenalización cuando el feto es inviable y un 64% si la mujer quedaba embarazada una violación. Por su parte, habría menos aceptación por las razones que tienen que ver con la voluntad de la mujer con la voluntad de la mujer o de la pareja. La tendencia en cifras por tanto, es que la sociedad avanza hacia la despenalización del aborto.

una violación. Por su parte, habría menos aceptación por las razones que tienen que ver con la voluntad de la mujer con la voluntad de la mujer o de la pareja. La tendencia en cifras por tanto, es que la sociedad avanza hacia la despenalización del aborto.



● LEY DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO IVE EN 3 CAUSALES

Antecedentes generales

- Cumple con el compromiso adquirido en el Programa de Gobierno respecto a la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales específicas, situaciones de excepción
- En cualquier otra hipótesis el aborto continúa siendo ilegal.
- La voluntad de la mujer está en el centro de la regulación.
- Excepcionalmente, cuando la vida de la mujer esté en peligro, y aplicando las reglas generales contenidas en la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes, no se requerirá su manifestación de voluntad.

La Ley IVE en 3 causales fue un compromiso de la presidenta Michelle Bachelet que se propuso para en segundo mandato despenalizar la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales de forma excepcional. Era una ley que estaba **fijada en relación a excepciones** en forma de causales y así fue como se planteó en su candidatura, manteniendo la idea de que en cualquier otro escenario, fuera de las 3 causales, el aborto continuaba siendo ilegal.

Lo importante de esta legislación que se va construyendo culturalmente es que nos recuerda que en los años 30 el centro estaba en la **preservación de la salud y en el tema social** como objetivo terapéutico, en los años 60 estaba relacionado a una **dinámica social** y ahora la ley donde pone énfasis sobre todo en la **voluntad de la mujer**, pero también entiende que excepcionalmente cuando la vida de la mujer está en peligro y aplicando las reglas generales contenida en la ley de derechos y deberes del paciente “no se requerirá su manifestación de voluntad” . Eso particularmente pasa cuando hay mujeres que no pueden dar su consentimiento por alguna situación de gravedad como la alteración de conciencia.

El proyecto además reconoce la violencia sexual que afecta diferenciadamente a las mujeres versus a las menores de edad, por lo tanto la ley con respecto al tema de la violación tiene una progresividad y una diferenciación de corte a los 14 años y también se ampara en dos situaciones conocidas como el **interés superior de las niñas** y la **autonomía progresiva**. Es decir, se entiende que hay una autonomía progresiva y que después de los 18 está se cumple a cabalidad.



Foto de la promulgación de la ley (2017)

● CONTENIDO DE LA LEY IVE EN 3 CAUSALES

Proyecto de ley IVE en 3 causales (2017)

Teniendo presente que el H. Congreso Nacional ha dado su aprobación al siguiente Proyecto de ley:

"Artículo 1.- Incorporáranse las siguientes modificaciones en el Código Sanitario:

1. Sustitúyese el artículo 119 por el siguiente:

Artículo 119. Mediando la voluntad de la mujer, se autoriza la interrupción de su embarazo por un médico cirujano, en los términos regulados en los artículos siguientes, cuando:

1. La mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida.
2. El embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal.
3. Sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación. Tratándose de una niña menor de 14 años, la interrupción del embarazo podrá realizarse siempre que no hayan transcurrido más de catorce semanas de gestación.

El contenido de la ley habla de modificar el Código Sanitario y no el Código Penal, refiere que mediante la voluntad de la mujer, se autoriza la interrupción del embarazo con un médico cirujano (no necesariamente un especialista) en los términos regulados en los siguiente artículos:

1. PRIMERA CAUSAL - Cuando la mujer se encuentra en riesgo vital.

En algún momento se planteó en una universidad y en centros hospitalarios de este país que una mujer cursando un embarazo ectópico¹⁴ con latido debía esperar a estar en shock hipovolémico¹⁵ para poder interrumpir el embarazo. Porque en ese caso lo que se haría sería preservar la vida de la mujer y no necesariamente indicar el aborto.

Pero con esta causal se determina que proceder a la interrupción del embarazo responde a **eliminar el peligro mortal a la mujer gestante** por lo que no sería necesario esperar el momento de máximo riesgo para la paciente para intervenir. Como también entiende el riesgo vital cómo una situación continua y dinámica (no estática) y sobre todo, les da la posibilidad a las mujeres de interrumpir un embarazo frente un peligro inminente, es decir, de no demorar la interrupción de este embarazo si va a desencadenar en un resultado fatal para la gestante.

¹⁴**Embarazo ectópico:** Término clínico. Se produce cuando un óvulo fecundado se implanta y crece fuera de la cavidad del útero. Este óvulo si se permite que se siga desarrollando, puede dañar los órganos cercanos y la muerte de la persona gestante.

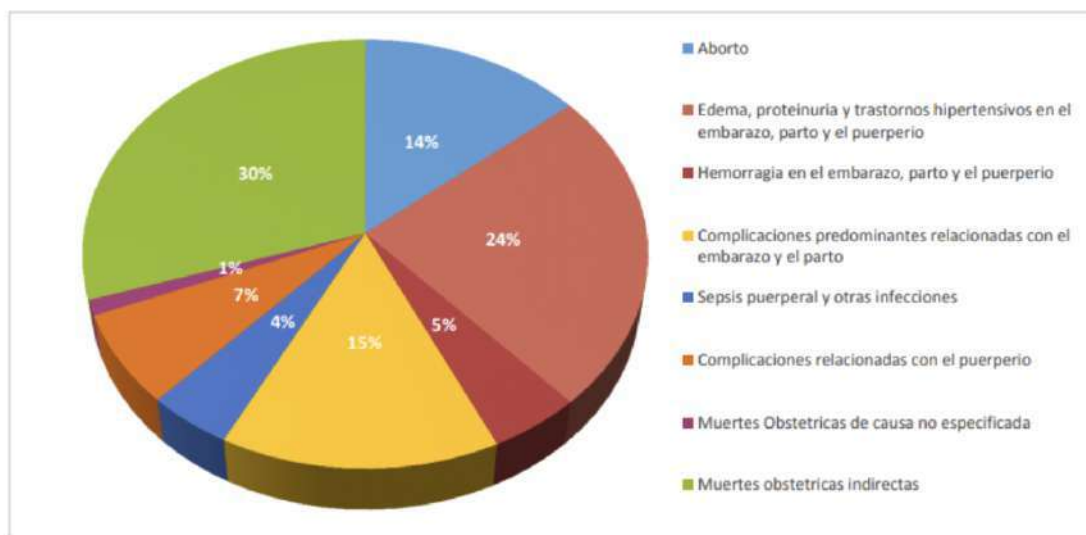
¹⁵**Shock hipovolémico:** Término clínico. Es una situación médica de emergencia por pérdida de volumen sanguíneo (hemorragia) en el cual el corazón se vuelve incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo y termina en la muerte si este problema no se revierte.

Lo importante de esta causal es que **no tiene plazo tope** y por lo tanto se puede presentar a lo largo del embarazo (ya que los riesgos se pueden presentar durante todo el embarazo). Además pone de manifiesto las principales complicaciones que mantienen una **mortalidad vinculada al embarazo**.

Esta mortalidad se ha mantenido relativamente plana, sin alteraciones los últimos 20, 25, 30 años. Donde buena parte de las complicaciones son las relacionadas con el puerperio (30%) en 2do lugar vienen los trastornos hipertensivos (24%) y en un 3er lugar la mortalidad vinculada al aborto (14%).

1era CAUSAL

Mortalidad Materna*, Según causas CIE-10, Chile acumulado 2000-2012



FUENTE: DEIS-DIPLAS. MINSAL 2015

*hasta los 42 días por parto



SEGUNDA CAUSAL - Que el embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal.

Con respecto a la segunda causal dice la ley que, mediando la voluntad de la mujer, se autoriza la interrupción del embarazo por un médico/a cirujano/a en los términos regulados cuando el embrión o feto padezca de una patología congénita, adquirida o genética incompatible con la vida extrauterina (fuera del útero).

Esta causal hace una distinción con respecto a la discapacidad severa y **no está supeditada a un plazo determinado** ya que buena parte de las malformaciones van variando y se pueden ir modificando en relación a la evolución del embarazo. Esta causal de la ley necesita que los **diagnósticos sean previamente escritos por dos médicos especialistas**. Por lo tanto no es que eventualmente se puede realizar una interrupción y después pedirle a un patólogo/a que nos dé la autorización, no. En este caso se plantea que efectivamente deberían ser dos médicos/as especialistas -que perfectamente pueden ser dos gineco-obstetras- entendiendo que los médicos de la especialidad derivada de medicina materno-fetal y perinatología no tiene una extensión tan difundida en todo el país ya que la gran mayoría están concentrados en en el área central de Chile. La ley además contempla que el prestador de salud proporcionará los cuidados paliativos que el caso exija, tanto si se trata de parto como de interrupción. Para eso consolidarse el nacido evitando el ensañamiento terapéutico esto en particular cobra especial relevancia en abortos después de las 20, 22 semanas donde se entiende que ya probablemente después de las 22 semanas habrá un recién nacido que va a sobrevivir algún tiempo indeterminado pero la gran mayoría de ésta malformaciones hacen de que independiente de cualquier tratamiento el recién nacido vaya a fallecer.

3. TERCERA CAUSAL - Sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación. Tratándose de una niña menor de 14 años, la interrupción del embarazo podrá realizarse siempre que no hayan transcurrido más de catorce semanas de gestación.

Esta causal tiene **límites de semanas y estimaciones con respecto a la edad de la persona gestante**. ¿por qué existe esta diferencia? Se justifica debido a que las menores de 14 años tienen ciclos menstruales irregulares y así mismo pueden desconocer sus ciclos menstruales por lo que podrían demorar más tiempo en darse cuenta que están embarazadas

Un equipo de salud, especialmente conformado para estos efectos, multidisciplinario confirmará la concurrencia de los hechos que lo constituyen y la edad gestacional¹⁶ informando por escrito a la persona gestante o a su representante legal según sea el caso y al jefe del establecimiento hospitalario o clínica particular donde se solicita la interrupción. En el cumplimiento de su cometido, este equipo deberá dar y garantizar a la mujer un trato digno y respetuoso. La idea es que se generen “equipos IVE”, equipos de atención biopsicosocial que constan de un ginecólogo/a + un trabajador/a social + un psicóloga/o.

Investigación del delito violación

a. Si al establecimiento llega una niña o adolescente menor de 18 años de edad que ha sido víctima de violación, se mantiene el deber que tiene en la actualidad el o la Jefe(a) del Establecimiento de Salud de denunciar este delito, según lo regulado en el Código Procesal Penal.

b. Si la mujer es mayor de 18 años los(as) jefes(as) de establecimientos hospitalarios o de clínicas particulares deberán poner en conocimiento del Ministerio Público dicho delito, con la finalidad de que se investigue de oficio al o los responsables del mismo.

c. En el proceso penal que se inicie no se podrán ordenar contra la mujer víctima medidas de apremio contenidas en los artículos 23 y 33 del Código Procesal Penal para lograr su comparecencia que será siempre voluntaria.

d. En todos los casos anteriores se respetará el principio de confidencialidad en la relación entre médico y paciente, adoptándose las medidas necesarias para resguardar su aplicación efectiva.

Con respecto a la **investigación del delito violación**

- **Menor de 18 años:** Hay una indicación para los equipos de salud de hacer la denuncia de violación a través de el o la Jefa. del establecimiento de salud. [Poner en conocimiento a Ministerio Publico: SIEMPRE]
[Hacer denuncia: SIEMPRE]

- **Si la mujer es mayor de 18 años** quienes son jefes de establecimientos de salud hospitalarios o de clínicas deberán poner en conocimiento al Ministerio Público de dicho delito, con la finalidad que se investigue de oficio a él o los responsables del mismo. Esto se determina así, porque además hay asociado un delito que pone en peligro o daña la honra de las mujeres. Por lo tanto, es decisión de ellas iniciar el proceso. Hay algunas mujeres que no van a querer continuar con la investigación o van a querer desistir de la investigación una vez iniciada. Entonces en las mayores de 18 años no hay una obligación legal de hacer una denuncia pero sí a poner en conocimiento el Ministerio Público. Si la víctima quiere persistir con la denuncia el equipo de salud debe entregar todos los antecedentes al ministerio público pero es la mujer la que tiene que buscar que se haga la investigación, el proceso penal que se inicia no se puede ordenar contra la víctima si esta tiene >18 años.

[Poner en conocimiento a Ministerio Publico: SIEMPRE]

[Hacer denuncia: DEPENDE DE LA DECISIÓN DE LA VÍCTIMA]

¹⁶Edad gestacional: Término clínico. Se refiere a la edad de un embrión, un feto o un recién nacido se cuenta desde el primer día de la última menstruación. Es un sistema estandarizado para cuantificar la progresión del embarazo.

Acompañamiento

a. Se le ofrecerá a las mujeres acompañamiento tanto en su proceso de discernimiento, como durante el período posterior a la toma de decisión, lo cual incluye el tiempo posterior al parto o la interrupción del embarazo.

b. Este acompañamiento incluirá **acciones de acogida y apoyo biopsicosocial ante la confirmación del diagnóstico y en cualquier otro momento de este proceso.** (Para este efecto se contará con refuerzo RRHH de los equipos ARO)

c. En caso de continuación del embarazo, junto con ofrecer el apoyo recién descrito, se otorgará información pertinente a la condición de salud y activación de redes de apoyo intersectoriales.

d. Este acompañamiento **sólo podrá realizarse en la medida que la mujer lo autorice**, deberá ser personalizado y respetuoso de su libre decisión.

Con respecto a la **manifestación de voluntad** de la menor de edad es importante entender también que todo el procedimiento tiene que contar con un consentimiento explícito pero existen situaciones en que el acceso del consentimiento puede generar algunos tipos de problemas y en la ley están contenidas estas situaciones.



Reglas especiales respecto de la manifestación de voluntad de las menores de edad

- Tratándose de niñas menores de 14 años, la interrupción del embarazo requiere la autorización de su representante legal o uno de éstos en caso de tener más de uno.

- El Proyecto se contempla tres posibilidades de intervención judicial respecto de las Niñas menores de 14 años, como autorización sustitutiva:

- Cuando sus representantes legales han manifestado su voluntad contraria;
- Cuando éstos no han sido habidos.
- Cuando a juicio del médico(a) cirujano(a) existan antecedentes para afirmar que la solicitud de la autorización al representante legal pondrá en riesgo a la menor, como en una posible situación de abandono, violencia intrafamiliar, etc.

Lo primero, es que tratándose de niñas menores de 14 años la interrupción del embarazo requiere la autorización de su representante legal o uno de éstos de tener más de uno. La ley contempla tres posibilidades de **intervención judicial** respecto de las niñas menores de 14 años con autorización sustitutiva. Es decir, que un juez es quien da la autorización a la niña de interrumpir el embarazo

a. **En caso de que sus representantes legales hayan manifestado su voluntad contraria.** Por ejemplo, si una niña menor de 14 años quiere interrumpir el embarazo y sus padres no quieren que ella interrumpa, el equipo de salud puede recurrir a **un/a juez/a de familia que en 48 horas tiene que dar su veredicto**, tiene que escuchar a la niña para dar su autorización.

b. **Cuando estos no son habidos** o sea si la niña no tiene padre porque están en situación de calle, o la niña está en algún dispositivo del estado de protección o cuando el juicio del médico cirujano existen antecedentes para afirmar que la solicitud de la autorización del

representante legal pone en riesgo a la menor como una posible situación de abandono, violencia etcétera esto particularmente podría suceder y se tiende a pensar qué va a suceder por ejemplo cuando es la pareja de la madre la que está ejerciendo algún grado de presión con respecto a la interrupción del embarazo o que eventualmente esta autorización puede generar un abandono dentro de la familia por lo tanto en este caso podemos recurrir a un juez o jueza.

c. **Con respecto a la autorización es sustituti-va** el tribunal autorizará la interrupción del embarazo sin informar un juicio sino que el dentro 48 horas siguiente la presentación de la solicitud con los antecedentes que proporciona el equipo de salud volviendo a la niñez y lo estimare a él o la integrante de quién la asista. “La utilización judicial regular en los posteriores será solicitar al juez con competencia en materia de familia, el lugar donde se encuentre la menor, la cual judicialmente se declarará interdicta por causa de demencia” Esto también es importante por ejemplo mujeres que no pueden manifestar su voluntad. El procedimiento será reservado, no será admitida posición alguna a terceros o sea ya no pueden recurrir a un recurso protección.

Reglas especiales respecto de la manifestación de voluntad de las menores de edad

Adolescentes entre 14 y 18 años, podrán manifestar su voluntad por sí misma. Su representante legal deberá ser informado de esta decisión.

En el caso una adolescente de 14 y menos años, si a juicio del o la médico(a) esta expuesta a los mismos riesgos recién explicados, o a falta de su representante legal, se informará a un adulto familiar o adulto responsable que la adolescente señale, y se informará al Tribunal de Familia competente para que se adopten las medidas de protección correspondientes

El Fallo del Tribunal Constitucional

Elementos históricos

“La Constitución garantiza el pluralismo organizativo y de ideas. Eso impide que se pueda imponer un modelo determinado de pensamiento, de moral, propio de organizaciones, de una o más personas, al resto de la sociedad”

“..., no es una decisión impuesta por el Estado, si no que recae en la decisión de la mujer y del equipo médico encargada de examinarla”

Enfatiza que “la mujer es persona; como tal sujeto de derecho. Por lo mismo, tiene derechos y puede adquirir obligaciones”

El voto de mayoría del TC reconoce que “la mujer no es un medio”, por lo tanto, “la madre no puede ser considerada como un instrumento utilitario de protección del no nacido”, reconociendo expresamente los derechos de las mujeres.

Establece que “la constitución no le otorga al que está por nacer la categoría de persona. Ello no obsta a que sea un bien jurídico de la mayor relevancia”

El fallo del Tribunal Constitucional (TC) generó bastante controversia porque efectivamente lo que hizo fue alterar el sentido de la ley. Hay algunas cosas que son importantes destacar y lo primero es que la Constitución garantiza pluralismo organizativo, la idea de eso impide que un determinado pensamiento moral propio de una persona se imponga al resto de la sociedad. Reafirma que la condición del estado laico no es una decisión impuesta.

Por lo tanto, el Estado no puede imponer a la mujer una sanción o una obligación con respecto a una situación que es particular y enfatiza que la mujer es persona y por tanto, una sujeta de derechos y que por lo mismo tiene derecho y puede adquirir obligaciones.

Aunque parezca obvio explicitar la categoría de personas de las mujeres, ya es una diferencia que es importante con respecto a la protección del no nacido y el voto de la mayoría .

del tribunal constitucional. Donde no hay una unanimidad es en el punto que reconoce que la mujer no es un medio, por lo tanto, la madre no puede ser considerada como instrumento utilitario de protección del no nacido o sea poner a la mujer en contra del no nacido tiene que reconocer expresamente los derechos a la mujer es una cuestión que está vinculado.

Habla mucho a la los fallos dictados por la Corte Interamericana de Derechos Humanos particularmente el **fallo Artavia Murillo versus Costa Rica**¹⁷ donde se planteó que la mujer no es un medio y no puede ser considerada un instrumento utilitario además hace la diferencia importante que la Constitución no le otorga al que está por nacer la categoría de persona, ahora bien ello no hasta que sea un bien jurídico de la mayor relevancia por lo tanto hace una diferencia entre la mujer y el feto que donde pone efectivamente el feto de una categoría menor de protección sin decir que por esto no sea necesario proteger.

• ¿CÓMO SE HA IMPLEMENTADO LA LEY IVE?



Existe un informe de un monitoreo social realizado el 2019 sobre la implementación de ley de interrupción del embarazo (ley IVE) que fue hecha por la **Mesa de Acción por el aborto en Chile**. Se evaluaron en distintas regiones del país cuántos médicos/as objetores había en su momento y ello determinó a los distintos tipos de causales. En Antofagasta por ejemplo eran 38 ginecoobstetras, de estos 2 eran objetores de conciencia para la causal 1 (objector aun cuando la mujer se encuentre en riesgo vital), 5 eran objetores de la causal 2 (cuando el embrión o feto incompatible con la vida extrauterina) y 26 eran objetores de la causal 3 (embarazo por violación). En este ejemplo la causal de violación es la que más presenta objeción de conciencia incluso supera casi el 50% de los médicos/as ginecólogos/as de la región.

Médico/as obstetras contratados/as: OC por causal y región seleccionada, junio 2019

| Región | Total médicos/as obstetras | Objetores Causal 1 | Objetores Causal 2 | Objetores Causal 3 |
|---------------|----------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Antofagasta | 38 | 2 | 5 | 26 |
| Atacama | 24 | 8 | 10 | 12 |
| Valparaíso | 138 | 13 | 26 | 49 |
| Metropolitana | 414 | 62 | 88 | 143 |
| Biobío | 96 | 22 | 31 | 66 |
| Araucanía | 49 | 23 | 28 | 39 |
| Aysén | 10 | 2 | 2 | 6 |

Fuente: elaboración propia con datos Minsal.

Con respecto a la distribución de casos con la ley IVE de septiembre de 2017 a diciembre de 2018 se reportaron **769** casos. El Ministro de Salud había proyectado alrededor de **3.000 casos anuales** y no se alcanzó ni siquiera el 50% de esa proyección. La mayor parte de los casos de interrupción voluntaria del embarazo se lo llevan en la 1era y la 2da causal y, al contrario a lo que se había planteado en algún momento, la 3era causal es la que menos casos entrega para la estadística

Con la ley IVE, desde septiembre 2017 a diciembre 2018, el Minsal informa de 769 casos;¹¹ en 86,6% de estos, la mujer decidió interrumpir su embarazo.

Tabla 1
Distribución de casos IVE según decisión de la mujer por causal

| Causales IVE* | Total | Si | No |
|---------------|------------|-------------|-------------|
| Causal 1 | 343 (45%) | 312 (91%) | 31 (9%) |
| Causal 2 | 311 (40%) | 248 (81%) | 63 (20%) |
| Causal 3 | 115 (15%) | 106 (91%) | 9 (8%) |
| Total | 769 (100%) | 666 (86,6%) | 103 (13,4%) |

Fuente: MINSAL, 2019; * Si: interrumpe; No: no interrumpe

¹⁷**Caso Artavia Murillo y otros (Fertilización in vitro) vs. Costa Rica** es una sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos del 2012 sobre la responsabilidad internacional de Costa Rica por las afectaciones generadas a un grupo de personas a partir de la prohibición general de practicar la fecundación in vitro.

Desglosando los números totales, un 45% son casos para causal 1, el 40% para causal 2 y un 15% para causal 3. Sobre el 90% de las mujeres deciden interrumpir.

● OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

¿Qué se entiende cómo objeción de conciencia?

Se entiende por objeción de conciencia (OC) a “la negativa de una persona a realizar ciertos actos o tomar parte de determinadas actividades, jurídicamente exigibles para el sujeto, para evitar una lesión grave de la propia conciencia”¹⁸, esto quiere decir que se aplica con el objetivo de salvaguardar la integridad moral de la persona que la ejerce y que para ello es fundamental considerar el momento y el lugar. La OC proviene sobre todo desde la negativa que tenían algunos grupos religiosos para hacer el servicio militar obligatorio ya que no les era exigible por razones de conciencia.

¿Qué NO es objeción de conciencia?: Pseudo-objeción de conciencia

El problema no es la objeción de conciencia cuando es bien entendida, el problema es la pseudo-objeción de conciencia o lo que también se denomina como la obstrucción de derechos ¿de qué hablamos cuando nos referimos a esto? La obstrucción de derechos es cuando se utiliza el recurso de la objeción de conciencia con fines diferentes a los que se pretenden preservar, que es exclusivamente el daño a la conciencia de quien la ejerce y se instrumentaliza utilizando como excusa para obstaculizar la aplicación de la ley.

Pongamos un caso hipotético de una hematóloga que evalúa a una paciente gestante con una trombofilia de alto riesgo y la especialista se niega a darle un informe de su estado hematólogico para proseguir con la interrupción del embarazo de la paciente con el argumento de que es objetora de conciencia.

Esto NO es objeción de conciencia ¿por qué? Recordemos que es fundamental considerar el momento y el lugar, que la objeción de conciencia

tiene deberes y que además se aplica con el objetivo de salvaguardar la integridad moral de la persona que la ejerce. En este caso la objeción de conciencia no está circunscrita ni al momento ni al lugar en que debería serlo. Además que la acción de la profesional (negarse a entregar el informe médico) no tiene como objetivo salvaguardar la integridad moral de la persona que lo ejerce sino que obstruye el derecho a la mujer de acceder a su derecho por ley. Es ahí cuando la paciente con sus derechos vulnerados, inicia el peregrinaje por las instituciones de salud.

Ampararse en la objeción de conciencia cuando no es honesta – es éticamente inaceptable – lesiona los principios bioéticos (autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia)

Todas estas son recomendaciones y evaluaciones que ha hecho la mayor parte del organismo éticos internacional, es éticamente inaceptable ampararse en la OC cuando no es honesto.

- **Las convicciones religiosas no determinan una categoría “superior” de médico** que le de un salvoconducto para emitir juicios morales y juzgar a las mujeres.

- Las condicionantes para la objeción, la forma de ejercerla, son tan importantes como la honestidad de las razones esgrimidas.

- **El derecho a la OC no es absoluto** y no es equiparable al derecho de la asistencia médica

- **En casos excepcionales** (únicx ginecólogx, urgencia, imposibilidad de derivación o traslado), **prevalece el derecho de la paciente**

¹⁸Definición por Comité de Bioética de España. Posición del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia. Madrid, 2011.

Es importante entender que las convicciones religiosas no determinan una categoría “superior” del médico que le da un salvoconducto para emitir juicios morales y juzgar a las mujeres. Esta situación de considerar de que yo soy pro-vida y tú “eres una asesina”, no es aceptable ética las condicionantes para la objeción y la forma de ejercerla son tan importantes como la honestidad de las razones esgrimidas y por lo tanto es un deber y una obligación de los médicos y médicas que objetan conciencia que sean extremadamente honestos en sus razones. El derecho a la objeción de conciencia no es absoluto y no es equiparable el derecho a la asistencia médica de la mujer a mujeres con una situación grave que está poniendo en peligro su vida, en la evaluación de estos dos derechos (objeción de conciencia versus riesgo vital si no se interrumpe el embarazo) siempre va a primar la vida de la mujer y no asistir es una negación de atención y es vulneración de los derechos humanos.

● Juicio de proporcionalidad

Juicio de proporcionalidad: Si esa objeción arrastra perjuicios no fácilmente reparables para los derechos de terceros habrá que optar por el sacrificio de la libertad de conciencia individual haciendo prevalecer los valores éticos y el profesionalismo.

Si una mujer tiene una corioamnionitis con un feto vivo y yo como profesional tratante retraso la interrupción del embarazo por mi objeción de conciencia y eso determina que la mujer caiga en shock séptico y muera **no es ético.**

● Qué dice la ley con respecto a la objeción de conciencia

“Artículo 119 ter.

1. El médico cirujano requerido para interrumpir el embarazo por alguna de las causales descritas en el inciso primero del artículo 119 podrá abstenerse de realizarlo **cuando hubiese manifestado su objeción de conciencia al director del establecimiento de salud, en forma escrita y previa.**

2. De este mismo derecho gozará el resto del **personal al que corresponda desarrollar sus funciones al interior del pabellón quirúrgico** durante la intervención.

3. En este caso, el establecimiento tendrá la obligación de reasignar de inmediato otro profesional no objetante a la paciente. Si el establecimiento de salud no cuenta con ningún facultativo que no haya realizado la manifestación de objeción de conciencia, deberá derivarla en forma inmediata para que el procedimiento le sea realizado por quien no haya manifestado dicha objeción.

Con respecto a la **objeción de conciencia** en el punto 1) en el cual se solicita manifestar la objeción de conciencia de forma escrita y previa. Es importante primero porque no se puede alegar de que se es objetor de conciencia y no tener un documento por escrito de ello. Segundo porque se busca evitar que el o la profesional de salud que es objetora haga una diferenciación según lo que le parezca cada situación, es decir, se busca evitar que se establezca su objeción de acuerdo al relato, ya que la objeción de conciencia no tiene que ver con que si le cree o no a la paciente o si considera que hay determinadas situaciones que sí concurren y otras no. Naturalmente este documento escrito puede retirarse si se cambia de opinión y esto es válido en ambas direcciones.

Con respecto al punto 2) sobre el derecho del personal de salud del pabellón quirúrgico a ser objetor de conciencia. Esto es interesante porque es una situación que no existe en la mayor parte del mundo. En su inicio se plantearon situaciones que podrían implicar otras funciones. Por ejemplo, ¿qué pasa con el o la químico farmacéutico que le toca expender el medicamento que se va a usar para interrumpir el embarazo? ¿qué pasa con la persona que le toca limpiar el lugar o una persona que moviliza las camillas? Estas situaciones generarían una cadena de eslabones de obstrucción en el acceso al derecho por lo que se circunscribe a un tiempo y un lugar específico, es decir la objeción de conciencia solo aplica a las personas que correspondan y que desarrollan las funciones específicamente dentro de el pabellón y por lo tanto:

- No corresponde la objeción de conciencia para emitir un certificado
- No corresponde la objeción de conciencia para administrar un medicamento
- No corresponde la objeción de conciencia para hacer un examen.

En estas situaciones no corresponde la objeción de conciencia y lo que se está haciendo es violar la ley.

El punto 3) que tiene que ver con las obligaciones del objetor de conciencia, se refiere a que hay obligaciones de acción de parte del objetor y sus responsabilidades no terminan al comunicarle que objeta. Lo que debería hacer un profesional de la salud objetor es manifestarle a la mujer o persona gestante que se objeta y explicar que su derecho va a continuar. Por lo tanto no existe la posibilidad legal de decir que soy objetor de conciencia y lavarse las manos. La institución debe permitir el acceso a este derecho y no debe permitir que el derecho de la mujer sea vulnerado por lo que debe buscar un médico o médica que no objete, esta búsqueda no puede ser carga de la mujer. El derecho a objeción de conciencia es un derecho muy importante muy importante para las y los médicos y médicas pero este no debe impedir que la mujer pueda acceder a su derecho que está garantizado por ley. Lamentablemente todo esto es una situación que en nuestro país no se cumple a cabalidad

● Limitaciones de la objeción de conciencia

II. CONTENIDO LEY IVE 3 CAUSALES

Objeción de Conciencia

1. Si el profesional que ha manifestado objeción de conciencia es requerido para interrumpir un embarazo, tendrá la obligación de informar de inmediato al director del establecimiento de salud que la mujer requirente debe ser derivada.
2. En el caso de que la mujer requiera atención médica inmediata e impostergable, invocando la causal del número 1) del inciso primero del artículo 119, quien haya manifestado objeción de conciencia no podrá excusarse de realizar la interrupción del embarazo cuando no exista otro médico cirujano que pueda realizar la intervención".

La objeción de conciencia tiene limitaciones, dentro de la ley está incluido que el o la profesional de salud es quien tiene que solicitar que la mujer sea derivada. Y por otro lado en el caso de que la mujer requiera la atención médica inmediata e impostergable-invocando la causal 1, es decir, que de no interrumpir el embarazo se pone en riesgo su vida) si no hay otro médico/a cirujano/a que pueda realizar la intervención, el profesional de la salud incluso siendo objetor no podrá excusarse a realizar la interrupción del embarazo.

Sucede que hay equipos de profesionales en algunos turnos que, una vez iniciado el proceso en el turno anterior, deciden no continuar con la administración de medicamentos para la interrupción del embarazo. Como ello no garantiza la continuidad de la atención en salud es una violación a la ley de derecho y deberes del paciente.

● Objeción de conciencia institucional

Art. 119 ter: OBJECIÓN INSTITUCIONAL

"La Objeción de Conciencia es de carácter personal y podrá ser invocada por una institución".

¿Puede invocarla cualquier institución?

- Obviamente quedan descartadas las instituciones públicas (no pueden solicitar exoneración para cumplimiento de la ley)

- ¿Cualquier institución privada?

TC, considerando 136: "E idénticamente pueden hacerla valer las instituciones religiosas, personas jurídicas o entidades con idearios confesionales que se proyectan hacia el ámbito de la salud, el amparo del artículo 19, N° 6°, constitucional....."

Con respecto a la objeción de conciencia institucional me parece una tergiversación del espíritu de la ley que hizo el tribunal constitucional con el objetivo de torcer la ley. En sus inicios la ley decía inicialmente que "la objeción de conciencia es de carácter personal y **NO** podrá ser invocada por una institución". A lo que el tribunal constitucional cambió la palabra "**no**" por la palabra "**y**" cambiando el sentido de la oración. Por tanto, luego de la modificación de la frase, la ley ahora habla de que "la *objeción de conciencia es de carácter personal Y podrá ser invocada por un institución*"

Descartadas las instituciones públicas, como hospitales por ejemplo, quienes no pueden solicitar exoneración de cumplir la ley, sí puede cualquier institución privada invocar la exoneración bajo la objeción de conciencia institucional. Esta exoneración la pueden hacer valer las instituciones religiosas y personas jurídicas o entidades. En este punto, el tribunal constitucional habló de los **idearios confesionales** que se proyectan hacia el ámbito de la salud. Bajo el amparo del artículo 19 con respecto a la **libertad de conciencia**, se proyecta el tema hacia la atención en salud. Aquí lo importante es plantear de que los idearios que expresan determinado tipo de situación e instituciones cómo por ejemplo las **instituciones confesionales** las cuales pueden expresar este ideario para solicitar exoneración de la ley. Lo complejo de este panorama es cuando **organizaciones con fines de lucro** lo hacen aunque el ideario de la institución no tenga esa proyección confesional.

● Declaración ética de la Federación internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)

Su Comité de Ética de la FIGO habla de esas situaciones y estas son las posturas:

- Los profesionales deben brindar rápidamente a los pacientes la atención indicada posterior al aborto, independiente de si son o no objetores.

- Una mujer que llega con un aborto en evolución no admite objeción de conciencia independiente de la naturaleza u origen de ese aborto.

- La atención posterior al aborto debe incluir apoyo emocional.

Esa mujer no debe ser reprendida o reprochada.

- La certificación profesional en ginecología debe exigir capacitación y competencia en la atención postaborto.



Palabras de la Dra Ana Maria Ferrari, decana de la facultad de medicina en la Universidad la República Oriental del Uruguay que es súper importante para ver cómo entendemos los derechos sexuales reproductivos y el tema del aborto.

“Sobre el aborto se pueden dar muchas opiniones. Se puede opinar sobre si debe o no ser legal, si es o no ético, si es o no un crimen, si es o no un derecho de la mujer. Sobre estos aspectos probablemente nunca se logre consenso”

“Sobre el aborto se pueden tener distintos sentimientos dependiendo de si se es mujer o varón, pobre o rico, religioso o ateo. Estos sentimientos son privativos de cada individuo y se reflejan irremediabilmente sobre sus opiniones al respecto”.

Sin embargo, hay un punto sobre el que debería existir una sola opinión: **NINGUNA MUJER DEBERÍA PONER EN RIESGO SU VIDA POR NO DISPONER DE RECURSOS PARA REALIZARSE UN ABORTO EN CONDICIONES ADECUADAS.**

Ana Maria Ferrari, decana Universidad la República Oriental del Uruguay

MÓDULO III

Abordaje integral y herramientas prácticas para el equipo de salud.

/CHARLA 15 - Red de atención institucional a víctimas de género

* **Claudia Pascual Grau**, Antropóloga Social U.de Chile, cursando Mg. en Intervención Social en Sociedades del Conocimiento en UNR. Ha impartido Clases de Perspectiva de Género en Sindicatos. Evaluadora de Proyectos para el Fondo de las Américas (1999). Estuvo a cargo del Programa de Prevención consumo problemático de alcohol y drogas de la dirección de bienestar estudiantil de U. de Chile (2006-2008). Concejala por Santiago (2008-2014). Ministra Directora SERNAM (2014-2016). Primera Ministra de la Mujer y la Equidad de Género del Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género (2016-2018). Actualmente Docente de la U. de Santiago de Chile y U. de O’ Higgins.

Contacto:

Conceptos a tratar

Evidenciaremos la red institucional, sobre todo ministerial, que existe para las personas víctimas de violencia de género, los accesos de denuncia, los recursos institucionales y el proceso en general.

Comenzaremos por algunas definiciones que están en materia de las convenciones internacionales, dado que todo trabajo realizado desde las políticas públicas en Chile en materia de prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres y la violencia de género, se basa también en dar cuenta de las recomendaciones que hacen las convenciones internacionales.

Discriminación hacia las mujeres y Violencia contra la mujer (VCM)

La **discriminación hacia las mujeres** es definida en la Convención Contra Toda forma de Discriminación hacia la Mujer, CEDAW (ratificada por Chile el 1989) como: “toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por 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 Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, conocida como la Convención Belém do Pará, ratificada por Chile en 1996, plantea 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”.

Es por esto que esta Convención considera como “condición indispensable” para el desarrollo individual y social de las mujeres, y para su plena participación en todas las esferas de la sociedad de forma igualitaria, la eliminación de la violencia.

La convención Belén do Pará define la **violencia contra la mujer** 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”. Esta definición de violencia incluye la violencia física, psicológica y sexual.

También advierte que la **violencia** es una “manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres”, y que dicha violencia se manifiesta transversalmente en todos los sectores de la sociedad “independientemente de su clase, raza o grupo étnico, nivel de ingresos, cultura, nivel educacional, edad o religión”(o pensamiento político, también podríamos incluir), afectando de forma negativa las propias bases de la sociedad. Por lo tanto, ningún segmento de la población en nuestro país ni en el mundo, está ajeno a situaciones de violencia de género.

Convención de los derechos de los/as/es niños/as/es

Es importante destacar lo que plantea esta convención, ya que es materia de violencia de género. El derecho de niños y niñas a su **indemnidad sexual** debe considerarse en el marco de los principios que se consideran estructurantes de la Convención sobre los derechos del niño, es decir, la no discriminación, el derecho a la vida y el desarrollo, el interés superior del niño(a) y el derecho a ser oído.

Todo niño o niña tiene derecho a que su interés superior sea una consideración primordial en toda medida que le concierne. El interés superior de niños, niñas y adolescentes (NNA) se entiende como el disfrute máximo y simultáneo del conjunto de sus derechos.

En ello juega un importante rol la evolución de las facultades del niño o niña, que el Comité de los Derechos del Niño define como el “principio habilitador que aborda el proceso de maduración y aprendizaje por medio del cual los niños adquieren progresivamente competencias, comprensión y mayores niveles de autonomía para asumir responsabilidades y ejercer sus derechos”, lo que se conoce usualmente como autonomía progresiva. Por esto es tan importante que en las legislaciones chilenas también se reconozca la autonomía progresiva de NNA, para reconocer de mejor manera sus derechos y respetar su interés superior.

En este contexto, **los niños y niñas tienen derecho a que su indemnidad sexual sea protegida**. Lo anterior involucra adoptar medidas para impedir que sufra cualquier menoscabo y establecer garantías que le permitan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos conforme con el desarrollo de sus facultades. Además de la protección que se debe otorgar a NNA para que tampoco estén expuestos a situaciones de violencia física ni psicológica.

¿Qué sucede en Chile? Violencia de género en la legislación chilena

En Chile solo se tiene una ley de la violencia contra las mujeres, que está sancionada principalmente en la Ley 20.066 de Violencia



Intrafamiliar, que **reconoce la violencia física, psicológica o sexual** que se ejerce contra algún miembro de la familia, y en especial la violencia contra las mujeres en contexto de pareja o ex pareja que hayan convivido bajo el mismo techo, o bien padres y madres con hijo en común, aunque no haya habido vínculo sentimental de pareja.

A su vez, existen la Ley 20.005 que tipifica y sanciona el acoso sexual en el trabajo, y la ley 18.834 sobre el Estatuto Administrativo para el sector público, que también se refiere al acoso sexual en el trabajo.

Fuera del contexto laboral, sólo el abuso sexual y la violación en cualquier contexto, se encuentran tipificadas como delitos en el Código Penal, e incluso se establece la obligatoriedad de denuncia de estos hechos a funcionarios(as) públicas bajo el régimen de protección penal para testigos.

Por otro lado, también tenemos como legislación aparte, a partir de la modificación del artículo 390 del Código Penal, afines del 2010, la tipificación del **delito de femicidio**, que se define como el homicidio cometido contra la mujer que es o ha sido cónyuge o conviviente del autor del crimen. También se suma a esta tipificación cuando el autor del crimen ha tenido un(a) hijo(a) en común con la mujer víctima aunque no hayan sido cónyuges o convivientes. Esta tipificación de delito es sumamente restrictiva, bastante “íntimo” en comparación con las legislaciones a nivel internacional.

En marzo de 2020 fue promulgado como ley la moción parlamentaria conocida como Ley Gabriela. Esta iniciativa amplía el delito de femicidio para cualquier asesinato de una mujer en relaciones de pareja sin convivencia (pololeo), y el asesinato de una mujer por razones de género. Así entonces, el femicidio hoy día aplica para cualquier tipo de relación que una mujer tenga con su agresor, incluso las que no sostengan ningún tipo de vínculo. Esta ley, a pesar de estar vigente, todavía no está realmente aplicada en nuestra política pública, por ejemplo, en la forma de contabilizar los femicidios en el país. Es así como las estadísticas oficiales del Ministerio de la Mujer y Equi-

dad de Género no dan cuenta de la totalidad de crímenes de género (femicidios) en la contabilización de femicidios.

Por otro lado, existe otra modificación legal que permite incorporar otra manifestación de violencia, que tiene que ver con el delito de **Maltrato Corporal Único Relevante**, Ley 21.013. Esto es importante dado que en la ley de VIF el maltrato corporal tiene que ser reiterado para pasar a ser del ámbito penal y no quedarse en los tribunales de familia, promoviendo así el acercamiento y el abuenamiento de las partes. Por lo tanto, se modificó la definición de Maltrato Corporal Único Relevante y aumenta la protección de personas en situación especial. Esta ley modifica el Código Penal en el 3 bis. Del maltrato a menores de dieciocho años de edad, adultos mayores o personas en situación de discapacidad:

Artículo 403 bis.- El que, de manera relevante, maltratare corporalmente a un niño, niña o adolescente menor de dieciocho años, a una persona adulta mayor o a una persona en situación de discapacidad en los términos de la ley N° 20.422 será sancionado con prisión en cualquiera de sus grados o multa de una a cuatro unidades tributarias mensuales, salvo que el hecho sea constitutivo de un delito de mayor gravedad. Con esto se está diciendo en la legislación que no necesito demostrar que hay reiteración del maltrato corporal sino que basta con que haya un solo hecho que haya sido relevante que me permita pasar la sede penal y por lo tanto poder castigar y sancionar de esa manera. Este delito que está puesto solo para menores de 18 años, para familiares en situación de discapacidad o para adultos mayores o personas mayores, también había sido en un principio incorporado a las mujeres en situación de pareja o ex pareja, sin embargo el tribunal constitucional una vez que esta ley fue promulgada con todos estos actores y actoras como sujetos de protección borró a las mujeres en este contexto, es otra razón más para poder es modificar nuestra constitución del tribunal.

Dispositivos de la atención de Violencia de Género

Tenemos cinco dispositivos y un sexto digamos si es que contamos también la línea de servicio de orientación en violencia. En primer lugar están las casas de acogida tenemos 43 casas de acogida a nivel nacional, 6 en la región metropolitana. Los centros de atención de la mujer son 111 en el país y 30 en la región metropolitana. Tenemos centros de reeducación de hombres que son uno por cada una de las regiones, tenemos tres centros de atención de víctimas de violencia sexual a nivel nacional uno en la región metropolitana, un centro de atención a víctimas de personas de trata de personas que queda en la región metropolitana. Las casas de acogida son dispositivos creados por el servicio nacional de la mujer antes SERNAM hoy día del servicio nacional de la mujer y la equidad de género que depende del ministerio de la mujer y equidad de género son residencias que ofrecen protección temporal a las mujeres y a sus hijas e hijos que se encuentran en situación de riesgo grave o vital por violencia de su pareja o expareja.

En estas residencias transitorias confidenciales y seguras se resguarda a las mujeres mayores de 18 años, con o sin hijos hasta los 14 años que estén viviendo violencia grave y en ellas se les brinda atención legal y psicosocial. El acceso a estas residencias es gratuito y el estado financia la manutención alimentaria durante la estadía y actualmente funcionan 43 recintos con cobertura nacional donde en región metropolitana son seis casas de acogida, como son confidenciales no se dice donde están no son conocidas sus direcciones sólo las manejan las direcciones regionales y las seremías del ministerio de la mujer y la equidad de género, por lo tanto hay que acceder por vía de las direcciones regionales del servicio nacional de la mujer y de equidad de género. Y esto obviamente es confidencial para que los agresores no vayan a perseguir a sus víctimas. Son de cobertura nacional, no regional ni comunal porque ha tocado casos que hay que trasladar de una casa a otra si es que se ve riesgo inminente de ser encontrada por su agresor.

Centros de la Mujer

Son dispositivos de atención diurna financiados por el servicio nacional de la mujer y equidad de género pero que están administrados en su gran mayoría por municipios, hay una administración delegada, en algunas ocasiones en menor de los casos por gobernaciones regionales o provinciales o por algún organismo no gubernamental.

Estos centros están presentes desde Arica a Magallanes son 111, en ellos se atiende a mujeres mayores de 18 años que viven o han vivido violencia de género en contexto de pareja o ex pareja, no es condición haber realizado una denuncia previa de violencia de género para ser atendida en el centro de la mujer ni tampoco va a ser condición que realice la denuncia mientras realiza el apoyo psicológico social y legal dentro del centro, siempre se los recomienda pero no es obligación para mantenerse en atención. Entendiendo que puede haber una situación donde no revela del todo la situación de violencia donde tiene miedo todavía no quiere conflictuarse mayormente entonces se le hace igual todo el apoyo pero no se le obliga a denunciar.

Los centros de la mujer tienen también coberturas territoriales a diferencia de las casas de acogida, éstas sí son coberturas territoriales comunales o intercomunales. Actualmente son 111 y en la región metropolitana hay 30.

Centros de Reeducación de Hombres (HEVPA).

Estos centros de reeducación de hombres que ejercen violencia contra sus parejas o sus ex parejas son centros de atención diurna que les permiten acceder a una intervención psicosocial cuyo objetivo es la protección de las mujeres que sufren maltrato y la orientación y acompañamiento a los hombres que asumen su responsabilidad por la violencia ejercida, es también relevante que asuman la responsabilidad de la violencia ejercida. Estos centros están dirigidos a hombres mayores de 18 años que cumplan con los requisitos: primero reconocer que han ejercido alguna manifestación de violencia contra la pareja o ex pareja, si no reconocen que han ejercido violencia es muy difícil iniciar un proceso de reeducación, al menos tener una empatía con el daño causado a la mujer que ha vivido violencia.

Los hombres pueden acercarse espontáneamente a estos centros de reeducación, sus direcciones son conocidas y las direcciones regionales del servicio nacional de la mujer pueden dar a conocer estas direcciones y por lo tanto derivar a los mismos, pero también pueden ser derivados por los juzgados de familia, las fiscalías u otras redes institucionales. Existe un centro de reeducación por región y por supuesto su cobertura regional es absolutamente insuficiente todavía en materia de dispositivos para la reeducación de hombres.

Centros de Atención de la Violencia Sexual a Mujeres (CVS)

Los centros de atención y reparación para mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia sexual atienden a mujeres mayores de 18 años que viven o han vivido violencia sexual, estos centros buscan disminuir y desnaturalizar la violencia sexual contra las mujeres otorgando una atención desde el enfoque de género una atención reparatoria, psicosocial y jurídica. Para ser atendidas no es condición tampoco haber realizado una denuncia previamente ni tampoco es obligación realizarla durante un proceso de atención y reparación esto está en sintonía con lo que plantea el código penal de que justifica la no denuncia de una víctima de violencia sexual mayor de 18 años. En el caso de menores de 18 años siempre hay obligatoriedad de denuncia. En el caso de mayor de 18 años se plantea que puede ser entendible la situación de no denuncia producto de que haya miedo de que esté bajo amenaza o de que no quiera exponerse públicamente a esta situación, por lo tanto tampoco se le obliga a denunciar. A nivel nacional se cuenta sólo con tres centros, también es poca la cobertura y se ubican en las tres principales regiones del país : Valparaíso, la Región Metropolitana y Bío Bío. Son conocidas sus direcciones y pueden darse a conocer en la página web del servicio nacional de la mujer para su atención.

Casas de Acogida para Mujeres Vulneradas por Trata de Personas

En nuestro país existe una sola casa de acogida para mujeres vulneradas por trata de personas, inmigrantes en situación de explotación sexual o laboral y se encuentra en la región metropolitana, cuya cobertura es nacional absolutamente insuficiente, un fenómeno que va a cada vez en mayor aumento. Este dispositivo atiende a mujeres mayores de 18 años con o sin hijos o hijas que se encuentran vulnerados por el delito de trata de personas que sean mujeres migrantes en situación de explotación laboral y/o sexual independiente de su origen nacionalidad o forma de ingreso al país. Los ingresos a este tipo de dispositivos se realizan vía solicitud del ministerio público u otras instituciones que hagan la solicitud vía las direcciones regionales del servicio nacional de la mujer.

Servicio de Orientación Telefónica

Este servicio de orientación telefónica a través del número 1455 es un servicio que puede ser utilizado por todas las personas que requieran consultar por una mujer o bien por sí mismas respecto de situaciones de violencia de género en contexto de pareja o expareja. Allí reciben orientación, información y derivación adecuada, también está el servicio de llamada de emergencia para aquellas mujeres mayores de 18 años como una medida de seguridad en caso de violencia grave o vital, este servicio debe ser solicitado a través de una casa de acogida, de un centro de la mujer, de un centro de atención de víctima de violencia sexual o de una casa de acogida para mujeres vulneradas por el delito de trata personas y de migrantes en situación de explotación. No es algo que yo pueda pedir por mí misma, tengo que acercarme a uno de estos dispositivos para pedir y conectar esa llamada de emergencia, a diferencia del servicio de orientación telefónica de el número gratuito 1455 que es para cualquier persona en cualquier lugar del país durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Estos servicios son confidenciales, gratuitos y funcionan con la atención de especialistas en violencia de género.

¿Dónde realizar las denuncias de Violencia de Género?

Las denuncias de violencia de género no se realizan en los dispositivos de atención del servicio nacional de la mujer ni en el teléfono 1455 de orientación, ahí solo se recibe orientación o en los dispositivos se atiende pero no se reciben las denuncias sino que las denuncias se realizan en Carabineros de Chile . Puede ser que una mujer se acerque a un centro de la mujer y quiere hacer esa denuncia, ahí se le va a orientar cómo hacerlo se le puede asesorar legalmente, pero las denuncias formalmente tienen que ser realizadas en Carabineros de Chile, en la Policía investigaciones también en su defecto en el propio Ministerio Público. Pero lo que primero se mandata es Carabineros de Chile, son ellos los responsables de informar a la autoridad judicial o persecutoria penal respectiva para que pueda autorizar las medidas de protección inmediata.

La denuncia la puede realizar toda víctima de violencia de género, una persona que tiene conocimiento de los hechos y también todas las personas están obligadas por ley a denunciar cómo son las profesoras, los profesores, los médicos, las médicas y los/las empleadas públicas.

Esos son los dispositivos que tenemos en nuestro país, si bien hay avances en términos de atención de la violencia no es menos cierto que todavía nos falta avanzar mucho más aún en la mejora de nuestras legislaciones todavía se está al debe con una ley integral que garantice una vida libre de violencia. También con más y mejores dispositivos que den cuenta la diversidad de mujeres que habitamos el territorio nacional.



MÓDULO III

Abordaje integral y herramientas prácticas para el equipo de salud.

/CHARLA 16 - Red de atención territorial a víctimas de género

* **Camilo Muñoz Nuñez**, Trabajador Social, U. Antofagasta. Diplomado en Políticas Sociales, U. de Buenos Aires, Argentina. Diplomado en Interculturalidad Educativa (UNLP, La Plata, Argentina). Diplomado en Abuso Sexual Infantil (Ciclos). Experiencia en Programas de Protección Infanto Juvenil de la red SENAME. Fue Director de PPF Monseñor O.R, SENAME. Se ha desarrollado como relator de temáticas de Salud Sexual, apoya y colabora con organizaciones locales pro LGBTIQ+, actualmente en el Hospital Regional de Antofagasta.

Contacto:

Conceptos a tratar

Evidenciaremos la red que se levanta desde el trabajo colaborativo de distintas organizaciones civiles en materia de DDHH, género y disidencia. Conoceremos las acciones de prevención frente a la violencia de género multidimensional desde una perspectiva regional.

Inicialmente, revisaremos algunas conceptualizaciones desde el enfoque de los derechos humanos, respecto de lo que significa la violencia y discriminación. La discriminación no solamente debemos entenderla como una dimensión dentro de la violencia, sino como dos fuerzas que de alguna manera se interrelacionan, o se correlacionan, y aquello que las atraviesa es el género. En relación a estas conceptualizaciones, por ejemplo, tenemos la Convención Belem Do Pará, define la violencia contra las mujeres cómo cualquier acción o conducta basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual y psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como el privado. La **CEDAW**, por ejemplo, estableció con toda claridad esta conexión entre violencia y discriminación. Afirmó inequívocamente que la violencia contra la mujer constituye una forma de discriminación por motivos de género y que la discriminación es una de las causas principales de dicha violencia. En relación a la Convención internacional de los derechos del niño en el artículo 19, menciona que los Estados Partes 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 infantil.

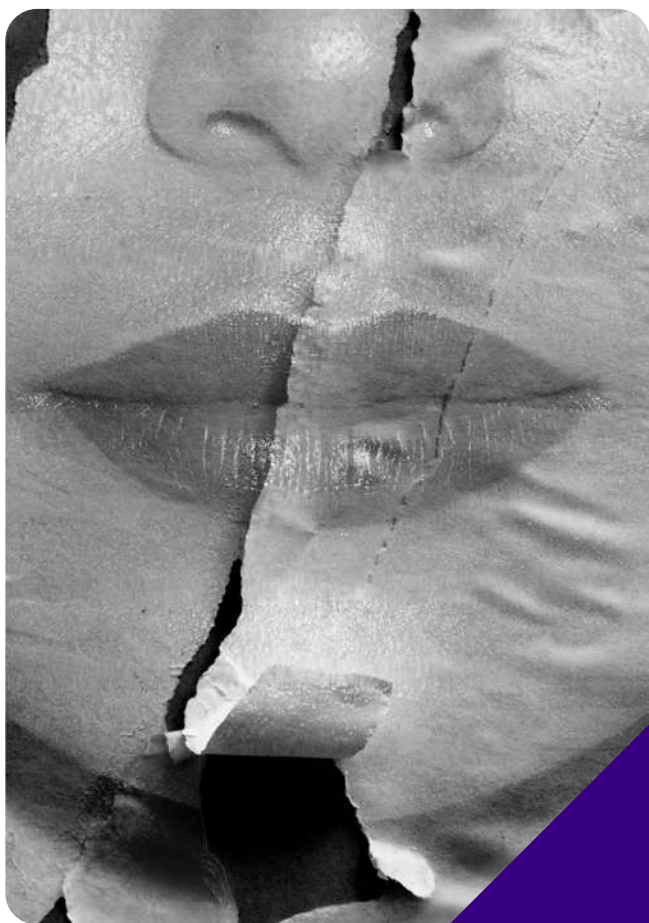


Respecto de los **principios de YOGYAKARTA**, éstos han ratificado la obligación de los Estados. Partes de garantizar la efectiva protección de todas las personas contra toda discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género. Y en relación, entonces, al concepto de violencia de género, quisiera mencionar esta definición de ONU Mujeres quienes refieren que, en ocasiones se emplea este término de violencia de género para describir la violencia dirigida contra las poblaciones LGTBQI+, al referirse a la violencia relacionada con las normas de masculinidad/feminidad o a las normas de género. Entonces debemos entender que, efectivamente existe una correlación entre violencia y discriminación, que se encuentra atravesada por el género, y que la violencia de género, por lo tanto, no solo afecta a mujeres, sino también infancias, juventudes y disidencias sexuales.

La Ley 19.968 que crea los Tribunales de Familia, que son organismos reguladores de justicia, que tramitan causas de violencia intrafamiliar y medidas de protección de niños, niñas y jóvenes que han sido víctimas de alguna vulneración de derecho.

La ley 20.066, que es de violencia intrafamiliar y busca prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar, entendiendo que la violencia intrafamiliar es también violencia de género muchas veces.

La ley 20.609 conocida como ley Zamudio, establece medidas contra la discriminación arbitraria., que se puede ver fundada en la discriminación por sexo, por expresión de género, por orientación sexual. A propósito de la circular N° 21 del MINSAL, que instruye al personal de salud de la red asistencial a garantizar el nombre social en la forma tanto relacional cómo administrativa, es decir desde el trato con la persona trans y también ponderando el nombre social, en interconsultas, en derivaciones, en citas, entre otros.



La circular N° 336 de la Superintendencia de Salud, que instruye sobre no discriminación en la afiliación de salud. Es decir, si yo soy una persona trans y voy a afiliarme a una ISAPRE, la ISAPRE no me puede impedir la filiación. No puede realizar una discriminación arbitraria por mi expresión de género. FONASA hoy en día, cuenta con una casilla de nombre social en su plataforma, que, de alguna manera, garantiza la ponderación del nombre social en el certificado de afiliación.

También se usa la **circular N° 0768** de la Superintendencia de educación, que establece orientaciones para el reconocimiento de la identidad trans en el contexto escolar, busca de alguna manera, mejorar la convivencia escolar con alumnos trans, llevando a cabo el cumplimiento de 3 ejes que son elementales: el respeto por el nombre social, el uso de uniforme, y el uso del servicio sanitario según el sexo en género sentido; en este caso de la/le alumne trans.

Cuando se cuenta con esa contribución, con esa sociabilización de lo ocurrido, se realiza una orientación acorde a la necesidad de la persona, acorde a la situación, desplegando los recursos legales. Y posteriormente se realiza una derivación. Ojalá esta derivación pueda ser asistida, es decir la persona que aborda la situación, pudiera acompañar en el resto del circuito de manera presencial. Si no está a disposición este recurso, es importante que la derivación cumpla con el criterio de ser oportuna, es decir, que nos demos el espacio administrativo para poder hacer eventualmente la denuncia, o la derivación. No dejar pasar mucho tiempo, esto es muy importante para la víctima. Consecutivamente es importante realizar un seguimiento con el motivo de continuar realizando un acompañamiento emocional a la persona y también ojalá, agilizar procesos que no están al alcance de las víctimas. Por eso es tan importante el seguimiento, porque debemos garantizar el ingreso, el acceso a los dispositivos que de alguna manera van a abordar esta situación.

Tomando en cuenta la importancia de una derivación, hay que entender que las víctimas de violencia de género, como por ejemplo las mujeres, cuentan con una oferta programática estatal, que pueden ser los centros de la mujer, los centros de hombres con una vida sin violencia, las casas de acogida, en el caso de las diversidades sexuales, cuentan con casas de la diversidad a lo largo de todo Chile, en distintas municipalidades del país. Pero más allá de estos dispositivos que forman parte de la oferta programática, es importante también entender que existe una acción territorial, que viene a complementar esta oferta programática. Esta oferta territorial existe, tenemos que ser capaces de identificarla, y entenderla como un asunto complementario a la oferta programática, como dije anteriormente. Porque desde esta oferta territorial se va a poner el ojo en otras cuestiones, y se van a llevar a cabo otras directrices, con lineamientos de intervención, que de alguna manera también, abordan la demanda o necesidad de esta persona que ha sido víctima de alguna violencia, de alguna discriminación, o de alguna vulneración de derecho. Es importante que los sujetos que forman parte de estas acciones territoriales puedan tener la mirada interseccional. Es decir, pueda sostener una mirada sistémica acerca del fenómeno que atraviesa la persona. Este sujeto tiene que ser capaz de dimensionar los distintos factores sociales de riesgo que atraviesan a la persona y cómo éstos de alguna manera se articulan, o se correlacionan.

Una **acción territorial** siempre va a ser una vinculación estratégica, porque se va hacer la derivación según la competencia de esa organización. Por lo tanto, ésta es siempre inter y extra sectorial. ¿Por qué? Porque puede ser parte de un sector, como puede que no. Importante mencionar, que las acciones territoriales, historiográficamente, vienen de activismos sociopolíticos, que lo que han buscado es garantizar, o de alguna manera, reivindicar sus derechos humanos. En el estallido social, quedó en evidencia, que en Chile existen muchas organizaciones de la sociedad civil que, de alguna manera, buscaban la reivindi-

cación de derechos asociados a salud, vivienda, educación, los derechos por la diversidad sexual, los derechos de las mujeres. Las OSC (organizaciones de la sociedad civil), tienen una respuesta organizada, muchas de ellas cuentan con personalidad jurídica, con una estructura formal, que les permite gozar de un financiamiento, de una retribución, y de alguna manera tener injerencia en la toma de decisiones de asuntos que son sumamente importantes para la proliferación de políticas públicas. Las organizaciones de la sociedad civil, también son autónomas, es decir son ellas quienes definen las directrices de intervención, los lineamientos de su intervención territorial, y el perfil con el que van a trabajar.

Son medios de integración social, de alguna manera recogen información, diagnostican, es decir dan cuenta de algo que está sucediendo. Y algo que es sumamente importante, es que producen capacidad de agencia tanto en los sujetos como en los colectivos sociales, lo que quiere decir que las personas y los grupos, tienen mayor voz. Esta voz, es un voto, y esto de alguna manera, contribuye significativamente a que las personas se sientan escuchadas. Que sientan que sus demandas y su posición también vale.

Las autoras Nancy Casar y Claudia Maldonado, hablan sobre la importancia de las organizaciones de la sociedad civil en la hechura de una política pública, que dice que “a partir de las agendas formuladas por actores sociales y políticos, se revelan concepciones, intenciones prioridades y proyectos. Son en este sentido el paso inicial para las acciones de los actores políticos y sociales, que buscan convertir sus ideas o propuestas en realidad: en leyes y políticas públicas que modifiquen el Statu Quo...” Es decir, aquí las autoras nos dan cuenta de que, para la hechura de una política pública, para el pronunciamiento de una agenda adecuadamente formulada, se debe contar con actores sociales y políticas claves, estratégicos, que eventualmente son las organizaciones de la sociedad civil, también conforman parte de los diagnósticos comunitarios que tienen por fin proliferar la hechura de una política pública. Por eso, la importancia de las organizaciones de la acción territorial.

A continuación, en este ecomapa, identificando algunas de las organizaciones de la sociedad civil que forman parte de nuestro país, que, a través de la historia, han logrado de alguna manera, dar una respuesta asertiva frente a las demandas o necesidades más sentidas de la población. La violencia de género no solamente atraviesa a la mujer, sino que también les niños, las juventudes, las disidencias sexuales.

Acá, por ejemplo, tenemos el **Sindicato Nacional Independiente de trabajadoras sexuales**, llamado **Amanda Jofré**, que nace en el año 2004, y que hoy en día lleva acciones de promoción de la salud sexual para las mujeres trans.

Está la organización **Neutres Chile**, que es una organización trans feminista; está la **fundación MARGEN**, que trabaja por los derechos de las trabajadoras sexuales. Está la asociación de abogadas feministas, conocida como **ABOFEM**, que nace en el 2018 y ellas lo que hacen es un seguimiento o eventualmente un análisis legislativo en materias de género, generan también charlas, y brindan asesorías y en algunas ocasiones representación jurídica a mujeres que han sido víctimas de alguna forma de discriminación, maltrato o violencia, por su condición de mujer propiamente tal.

Está la Corporación **Fuerza Trans de la IV Región**. Está la agrupación Rompiendo el Silencio, que es una agrupación lesbo-feminista, que crean la campaña “el otro closet de la Salud Mental”, que consiste en un espacio de apoyo, en un espacio seguro para mujeres LBT, que se conforma durante la pandemia el año 2021. Está la organización **Trans Diversidades**, quienes realizan diversas acciones orientadas al diagnóstico de los factores de riesgo que atraviesan a la población trans, travesti y no binaria. Han presentado un mapa de salud trans, recientemente, y la campaña “mi orgullo es ayudar”, consistente en realizar donaciones, o aportes, brindar apoyo a aquellas personas que más lo necesitan y que forman parte de estos grupos social y culturalmente marginados.

Está también el **Movimiento por la Diversidad Sexual**, la organización **Disidencias en red**, la organización **Acción Gay**, el **Movilh**, **Chile Diverso**, la **Fundación Todo Mejora**, que trabaja con adolescentes de la diversidad sexual, tienen la hora Segura, que consiste en un chat que busca entregar orientación a los adolescentes de la diversidad sexual. También hacen campañas de la prevención del suicidio, en jóvenes. Está la Fundación Son Iguales. Está la organización **Féminas Latinas**, que trabaja con mujeres transmigrantes. Está la **Colectiva Transforma**, **Fundación Selenna**, que intenta visibilizar la existencia de niñas trans. Está la Organización **CDISES**, de la ciudad de Arica, que durante el año 2021 heredaron un proyecto que buscaba reconocer o crear un catastro de las organizaciones de la diversidad sexual, a lo largo del país. Está la organización Trans de Rancagua. Está la organización de la diversidad sexual de la ciudad de Valdivia, **Valdiversa**.

Y en el caso de Antofagasta, existen organizaciones para las disidencias sexuales y las mujeres. Está la organización **LGBT+ Libre** que cuentan con un rol de corporación. Se encuentran actualmente postulando a algunos proyectos, financiamientos, que van a dar a lugar a ciclos de charlas educativas para padres en contextos escolares, que, de alguna forma, buscarían desmitificar algunas cosas, asociadas al pronunciamiento de los sexos, de los géneros. Cuentan con un espacio seguro, llamado **Diversipicnic**, donde la gente, eventualmente jóvenes adolescentes, comparten de manera sana sus vivencias en este espacio. También tuvieron grupos de autoayuda, que consistía en la agrupación de personas, que vivían una experiencia grupal, con lineamientos terapéuticos, a cargo de un psicólogo. Está la **Agrupación TRANS Libera Acción Arcoíris**, la primera organización trans de la ciudad de Antofagasta que nace en el año 2022. Las activistas trans de esta organización también han realizado intervenciones de sensibilización en espacios públicos, como por ejemplo dispositivos de salud, carabineros de Chile, en contextos escolares. Ellas lo que buscan es principalmente apoyar, empoderar y defender a las personas trans.

Está el **Centro Cultural Crea Luz**, quienes realizan la prevención y consejería en materia de salud sexual a la población de la diversidad sexual, en relación a la oferta territorial para las mujeres, está el **EMA**, que es el encuentro mujeres de Antofagasta, quienes organizaron asambleas y espacios de reflexión y de intervención feminista. Está también la **ABOFEM**, y en el 2021 se reconoció cómo una estrategia, bastante valorable, el cordón feminista de economía solidaria **“La Cacerola”**, que se conforma a partir de un grupo de mujeres feministas que buscaban de alguna manera apoyar la elaboración de alimentos, o la contribución en espacios comunes de alta vulnerabilidad social a través de ollas comunes.



/CHARLA 17 - Atención de urgencia y primera acogida a víctimas de violencia sexual

* **Andrea Leslie Lira**, Médica Psiquiatra de la U. de Chile. Centro de atención y reparación para mujeres víctimas/ sobrevivientes de violencia sexual (CVS) Metropolitano. Post Título en Psicoanálisis relacional y trauma.

Contacto:

Conceptos a tratar

Nos aproximaremos a la primera acogida en salud a personas que han sufrido algún tipo de agresión sexual, orientado en la empatía y la rápida gestión, con entrega de herramientas concretas y práctica para el equipo de salud.

Conceptos clave:

- **Víctima de violencia sexual** En esta clase nos referiremos a personas adultas, en su mayoría mujeres, en 2do orden de frecuencia se encuentran las personas pertenecientes a las disidencias y diversidades sexuales (ejemplo: violaciones correctivas efectuadas contra lesbianas, violaciones con objetos peligrosos en hombres homosexuales) y con menor frecuencia hombres.
- **Violencia sexual:** Agresión o intento de violación, abuso sexual, acoso sexual; ya sea actual o previo.

Importancia de la primera acogida

A lo largo de los años se ha visto un incremento de las denuncias, promovida por situaciones o contextos sociales como “Me too” y “Las Tesis”. Observándose una pequeña disminución estos últimos 2 años, asociado al contexto pandémico. Sin embargo, si uno compara enero de 2020 con septiembre de 2021, se puede observar que las denuncias han vuelto a incrementar. Estas denuncias son en su mayoría hechas por mujeres (86,69% en el periodo Enero a Septiembre de 2021), de acuerdo a datos extraídos del Ministerio Público. Es importante tener en cuenta que el porcentaje de mujeres que denuncia es solo una pequeña parte del universo de mujeres que declara haber sido víctima de la misma. Un 77% de las mujeres que declara haber sido víctima de violencia sexual no denuncia, por distintas razones: miedo, vergüenza e incluso un porcentaje que no denuncia pues percibe lo ocurrido como “no suficientemente serio”. Este último grupo es grave, pues deja entrever una normalización o una minimización de la violencia sexual.

Estudios en Chile muestran que entre el **20 - 25%** de las víctimas de violencia sexual denuncian. Lo que implica que $\frac{3}{4}$ de las personas que han sido víctimas de violencia sexual no lo hacen. Si nos vamos a estudios de América Latina, el panorama es aún peor, solo un 5% de las mujeres adultas víctimas de violencia sexual denuncian.

Una de las razones por las cuales es importante realizar una buena primera acogida a las víctimas de violencia sexual es que podemos disminuir las consecuencias graves de la misma, como por ejemplo disminuir la prevalencia de síntomas de salud mental a largo plazo, disminuir el porcentaje de suicidios post-violencia sexual y las probabilidades de embarazo y de transmisión de ETS.

Lo más importante a la hora de realizar una primera acogida es **no generar más daño**, eso implica realizar una atención médica adecuada, siguiendo los protocolos existentes de acuerdo a los procedimientos médico-legales en existencia, teniendo un trato y una actitud adecuadas y realizando las derivaciones que correspondan de forma oportuna.

Efectos psíquicos de la violencia sexual

Cualquier forma de violencia sexual es un evento traumático, de hecho, el DSM V en su definición del trastorno por estrés agudo, define un evento traumático como “exposición a muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza”.

Es importante señalar que la gravedad de violencia sexual es difícil de objetivar, no podemos ponerle una nota al daño que le generará a alguien el hecho que le haya ocurrido, su magnificación es más bien subjetiva y depende principalmente de 2 factores: la historia individual de la víctima y su vivencia personal del evento. Por ejemplo, una mujer que haya sufrido varias traumatizaciones en su vida, y que un “amigo” le haga una “broma” levantándole la falda, puede percibir este hecho como algo grave, incluso podría gatillar sintomatología de estrés post-traumático o disociativa, generando un gran daño; vs otra persona que “puede considerarlo una broma”.

Hay otros factores que también pueden incidir en el nivel de daño generado por el evento traumático:

- Cercanía con el agresor (¿es un conocido? ¿un amigo?), por ejemplo, algo que se está dando mucho ahora en las fiestas universitarias, que tu agresor sea un amigo puede generar más daño que el hecho de que sea un desconocido.
- Edad de la víctima: a menor edad el daño podría ser a más largo plazo, sobretodo si los agresores son cuidadores de la persona
- Traumas anteriores
- Cultura, sociedad y relación con las instituciones. Por ejemplo, cuando la sociedad no le cree a una víctima, la juzga, la culpa, la margina, esto va a generar más daño.
- Pérdida de redes de apoyo.

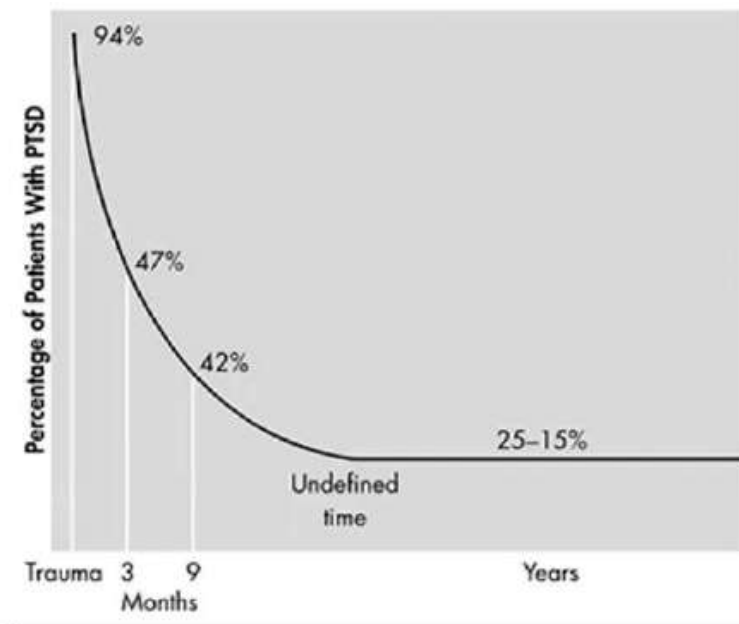
Los **efectos psíquicos** podemos dividirlos según sus tiempos de ocurrencia en tres grupos:

- Inmediatos (Minutos – días): Reacción a estrés agudo
- A corto plazo (3 días a 1 mes): Tr. por estrés agudo
- Mediano a largo plazo: Tr. por estrés post-traumático, otros trastornos psiquiátricos.



En este gráfico podemos observar la prevalencia de síntomas de tr. estrés post-traumático en víctimas de violación a lo largo de los meses posteriores a la ocurrencia del evento. **El 94% de las víctimas tienen síntomas psíquicos en el momento inmediato posterior al evento**, porcentaje que va disminuyendo con el tiempo. La presencia de síntomas psicológicos es independiente de la presencia de síntomas físicos, lo que es de suma importancia, pues antes se creía que la presencia de lesiones físicas era necesaria para juzgar o condenar al imputado, y la verdad es que solo el 30% aproximadamente de los peritajes realizados en el servicio médico legal ante este tipo de agresiones presentan lesiones físicas, y sólo el 10% de los peritajes realizados en los servicios de urgencia resultan con lesiones físicas, en comparación con un 90 a 94% de los peritajes que demuestran presencia de lesiones emocionales o psíquicas.

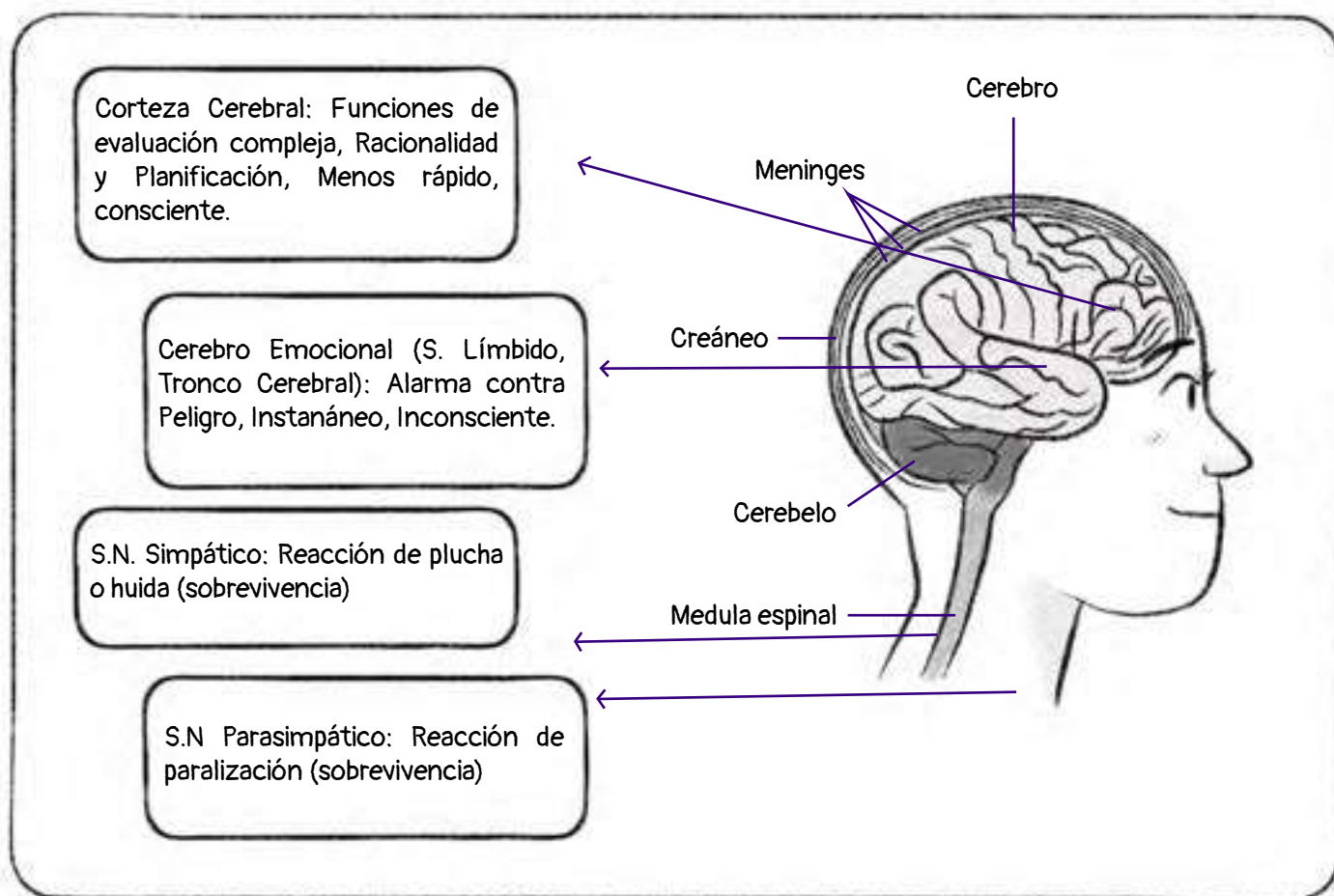
FIGURE 1. Rate of PTSD Symptoms in Rape Victims



Davidson J., Stein D., Shalev A., Yehuda R. "Posttraumatic Stress Disorder: Acquisition, Recognition, Course, and Treatment". *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 16:2, Spring 2004

¿Qué ocurre en nuestro cerebro cuando sufrimos violencia sexual (o cualquier situación traumática)?

Fisiológicamente cualquier peligro que nuestro cerebro detecta (lo que hace de forma inconsciente nuestro cerebro “emocional”) activa de forma inconsciente nuestra amígdala, parte de nuestro sistema límbico, que se activa de forma instantánea, generando liberación de cortisol y adrenalina, es decir, activa nuestro sistema nervioso simpático, lo que genera una reacción de supervivencia, es decir, de “lucha o huida”. Todo esto es inmediato, instintivo, por lo cual no pasa por nuestras decisiones ejecutivas al principio. Toda reacción de planificación o racionalización va a ocurrir después. Sin embargo hay otra reacción que puede ocurrir de forma inmediata, que implica a nuestro sistema nervioso parasimpático, que es una reacción de paralización, la cual también es una reacción de supervivencia. Cuando nuestro cuerpo no puede ni pelear ni huir, por ejemplo con un agresor con más fuerza o poder sobre la víctima, el cuerpo se paraliza y se “desconecta” de la consciencia, para disminuir nuestra percepción de lo que ocurre en el momento y reducir el impacto psicológico, una “supervivencia psíquica”. Esto último en violencia sexual es muy frecuente, porque además es muy probable que esa mujer o niña haya sido víctima previamente de violencia sexual y/o otros tipos de trauma, incluso en reiteradas ocasiones, y el cuerpo “aprende” a reaccionar de una determinada manera, e incluso podría seguir reaccionando paralizándose, aunque fuera una situación en que la huida o la lucha fueran una opción.



Entendiendo esto, vamos a hablar de la **reacción de estrés agudo**.

| Reacción a Estrés Agudo (1) | | |
|--|---|---|
| Reducción Conciencia Cualitativa | Alteraciones Conductuales | Síntomas Autonómicos Ansiedad |
| <ul style="list-style-type: none"> • Estrechamientos de la atención • Incapacidad para asimilar estímulos • Desorientación • Alejamiento aún mayor de la circunstancia (incluso estupor disociativo) | <ul style="list-style-type: none"> • Estado de agitación e hiperactividad, o de irritabilidad y agresividad • Aislamiento de interacciones sociales | <ul style="list-style-type: none"> • Taquicardia • Sudoración • Temblor • Sensación de ahogo • Otros |

| Reacción a Estrés Agudo (1) | | |
|--|--|---|
| Sistemas Mentales de la Ansiedad | Síntomas Disociativos | Otros |
| <ul style="list-style-type: none"> • Alteración del sueño • Hipervigilia • Reacción de sobresalto | <ul style="list-style-type: none"> • Estado de “Embotamiento” • Despersonalización • Desrealización • Amnesia parcial o total del evento | <ul style="list-style-type: none"> • Desesperanza • Desesperación |

¿Por qué es importante conocer cuáles son los síntomas del estrés agudo? Porque pudiese llegar a la urgencia por ejemplo una mujer que esté desorientada, que no recuerde mucho de lo ocurrido, que se sienta “extraña” o en estupor, o muy hiperalerta, y esto es importante porque podrían cuestionar a esta víctima, sin entender que los síntomas que presenta, y el hecho de que tenga amnesia de la agresión, son síntomas del estrés agudo.

El cuadro más clásico en la violencia sexual es el **tr. de estrés post-traumático (TEPT)**.

| Efectos Psíquicos de la Violencia Sexual | |
|---|--|
| Trastorno por Estrés Postraumático (¹) | <ul style="list-style-type: none">● Reexperimentación<ul style="list-style-type: none">● Recuerdos intrusivos● Pesadillas● Flashbacks● Malestar psicológico/Reacción fisiológica, intenso o prolongado asociado a gatillenes● Evitación<ul style="list-style-type: none">● Sentimientos, recuerdos, pensamientos relacionados● Situaciones externas asociadas● Hiperalerta<ul style="list-style-type: none">● Irritabilidad, alteración concentración, insomnio, sobresalto, hipervigilancia <p>1. Basado en definición DSM-V, 2014</p> |

| Efectos Psíquicos de la Violencia Sexual | |
|---|---|
| Trastorno por Estrés Postraumático (¹) | <ul style="list-style-type: none">● Alteraciones negativas cognitivas y anímicas<ul style="list-style-type: none">● Amnesia disociativa● Creencias negativas. Disminución en interés o participación● Emociones negativas persistentes (miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza)● Desapego, aislamiento, extrañamiento de los demás <p>1. Basado en definición DSM-V, 2014</p> |

En la tabla que vamos a ver a continuación se muestra la prevalencia de distintos tipos de eventos traumáticos, la prevalencia de su ocurrencia en la vida de una persona y el riesgo de desarrollar un Tr. de estrés postraumático (TEPT) secundario a dicho hecho.

TABLE 1. Lifetime prevalence of exposure to trauma and risk of PTSD¹

| Trauma | Lifetime Prevalence (%) | | PTSD Risk (%) | |
|---------------------------|-------------------------|--------------------|------------------|--------------------|
| | Male (n = 2,812) | Female (n = 3,065) | Male (n = 2,812) | Female (n = 3,065) |
| Life-threatening accident | 25.0 | 13.8 | 6.3 | 8.8 |
| Natural disaster | 18.9 | 15.2 | 3.7 | 5.4 |
| Threatened with weapon | 19.0 | 6.8 | 1.9 | 32.6 |
| Physical attack | 11.1 | 6.9 | 1.6 | 7.3 |
| Rape | 0.7 | 9.2 | 65.0 | 45.9 |

Davidson J, Stein D, Shalev A, Yehuda R. "Posttraumatic Stress Disorder: Acquisition, Recognition, Course, and Treatment" J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2013, Spring 2013

Podemos observar que la **prevalencia de una violación en la vida de una persona tiene una relación aprox. de 1:10 entre hombres y mujeres**, lo que se condice con otros estudios de otros países. Si miramos la tabla, nos daremos cuenta de que una violación es uno de los eventos que tiene mayor probabilidad de generar un TEPT.

Hablaremos brevemente del **Tr. por estrés agudo**, cuyos síntomas son una especie de mezcla entre los síntomas del estrés agudo y los del TEPT.

| Efectos Psíquicos de la Violencia Sexual | |
|--|---|
| <p>Trastorno por Estrés Agudo (1)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Alteraciones negativas cognitivas y anímicas <ul style="list-style-type: none"> ● Amnesia disociativa ● Creencias negativas. Disminución en interés o participación ● Emociones negativas persistentes (miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza) ● Desapego, aislamiento, extrañamiento de los demás <p><small>1. Basado en definición DSM-V, 2014</small></p> |

Hay otro concepto que es importante revisar, que es el del **tr. por estrés postraumático complejo**, el cual se incluye recién en el CIE-11. Que se presenta cuando el evento traumático ocurre en una etapa clave del neurodesarrollo, como la infancia y la adolescencia, que es cuando la persona se está desarrollando neuro-biológicamente, es decir, se está formando su personalidad. Cuando en esta etapa crucial ocurre un evento traumático de forma repetida, prolongada y/o múltiple (distintos traumas por distintos agresores por ejemplo), puede aparecer un TEPT complejo, el cual es más grave si quienes perpetraron esta agresión fueron los cuidadores o adultos responsables de los cuidados de la víctima.



TEPT Complejo

- Eventos Traumáticos son:
- Interpersonal (cuidadores o adultos responsables)
- Prolongados, repetidos o múltiples
- En etapas claves del neurodesarrollo (Infancia, Adolescencia)

© J. González B. Ruiz, y "Programa de Atención Primaria de Salud de la Universidad de Sevilla" 2014
Artículo publicado en: Rev. Esp. Psiquiatr. 2014; 10(36): 155-162

Este cuadro tiene varios grupos de síntomas, entre ellos la desregulación emocional y descontrol de los impulsos, un alto riesgo suicida, alto riesgo de consumo de drogas o alcohol, alteraciones en la autoestima, en las relaciones con los demás, entre otros, además de los síntomas propios del TEPT.

TEPT Complejo



Es importante conocer este diagnóstico, pues se ha visto que **muchos diagnósticos de Tr. de personalidad corresponden en realidad a TEPT complejo**, dado que su sintomatología y presentación son muy similares, de hecho, su sintomatología se asemeja mucho al Tr. de personalidad límite o dependiente, y no solo eso, sino que en muchas ocasiones coexisten con Tr. de la personalidad. Por eso cobra vital importancia otorgar a estos pacientes, víctimas de violencia sexual, una atención oportuna y no estigmatizarlas, no mantener el círculo de maltrato, y sospechar si, por ejemplo, tenemos un paciente con intentos suicidas o autolesiones recurrentes, que pudiera haber sido o estar siendo víctima de violencia sexual o de maltrato; o, por ejemplo, una paciente adulta mayor con consultas recurrentes por síntomas sin un correlato anatómico, sospechar que puede estar somatizando, y quizá fue o está siendo víctima de violencia.

Vista la importancia de realizar una primera acogida, hablaremos ahora de **cómo hacer una primera acogida**.

La develación de la violencia sexual puede ocurrir en distintos contextos, no siempre será en el contexto agudo, sino que puede ser en el contexto de la salud ambulatoria, en contexto de una atención de salud mental o en el contexto de un control de salud.

Es importante tener en cuenta que la develación y/o la denuncia de la violencia sexual es una situación muy difícil para la víctima, de acuerdo al segundo informe sobre salud sexual, reproductiva y derechos humanos en Chile (2018) un **55% de las víctimas no denuncia por miedo o vergüenza**. Existe mucha sensación de culpa, vergüenza, angustia intensa que, como dijimos anteriormente, puede hacer que esta persona no pueda contarnos qué le ocurrió; además puede existir miedo al trato que recibirá de su círculo cercano, de su familia, del agresor, de la institución que la recibe, e incluso puede haber desconfianza en las instituciones, sobre todo en las judiciales. Otro hecho que hace difícil para la víctima la develación son las posibles alteraciones de memoria que pueden tener del hecho, recordando nuevamente que parte de los síntomas del estrés agudo es la amnesia del evento. Pueden pensar incluso que lo imaginaron, o dudar de lo que ocurrió.

Teniendo en cuenta todo esto, **es importante no revictimizar**. Existen 3 tipos de victimización, está la **victimización primaria**, que corresponde al hecho de violencia en sí, la **victimización secundaria** y la **revictimización**. Algunos autores dividen la victimización secundaria de la revictimización y otros no, los que las dividen definen la victimización secundaria como las reacciones que tiene el círculo cercano, cuidadores, por ejemplo, o el agresor, que negará el hecho, ante la develación. La revictimización, por otro lado, se da por el relato repetitivo del hecho ocurrido, muchas veces en un contexto no clínico como el judicial, a veces incluso con cuestionamientos, minimización, culpabilización, entre otros malos tratos.



Entonces ¿Cómo acoger sin revictimizar?

- No abrir historia traumática, menos forzarla, si no se va a ser el tratante (psiquiatra por ejemplo, psicólogo) o si no hay un objetivo claro de ayuda al pedirla (médico forense, o en un peritaje del hecho)
- No poner nunca en duda ni juzgar ni culpar, tampoco opinar sobre la vivencia de la experiencia traumática.
- No minimizar el daño de la victimización, recordar que el daño o reacción a un evento es subjetiva y distinta para cada persona
- Recordar que somos parte de un equipo de cuidados, somos un equipo de salud, no peritos.
- No nos corresponde ni juzgar ni investigar
- Escuchar activamente, validar las emociones que siente la víctima, apreciar y verle como una persona puede ayudar a contrarrestar las experiencias previas de revictimización. Un buen trato, una buena acogida, puede ayudar a reparar una mala acogida anterior de la víctima
- Reconocer al otro como un sujeto de derechos, no porque sea una víctima no puede tomar decisiones o no sabe lo que ocurre. Debemos resguardar la autonomía y el empoderamiento personal. Es importante que la víctima tenga autoridad sobre su historia personal, que sus preferencias y necesidades sean escuchadas y atendidas respecto a lo que ocurrirá después, y que pueda decidir por su cuenta los objetivos a futuro de su tratamiento (si desea recibirlo). NO forzar derivaciones ni denuncias ni otras acciones en mayores de edad.
- Al atender a víctimas de violencia debemos procurar que la atención sea lo más igualitaria posible. La violencia es una relación de abuso de poder, y al ejercer sobre la paciente un modelo de atención paternalista nosotros estamos reeditando esa violencia sufrida.

Aspectos de salud mental en la primera acogida:

- Ya vimos que es muy frecuente la presencia de síntomas tanto en lo agudo como en lo crónico
- Es importante realizar una atención con un buen trato, con una buena evaluación del examen mental. Importante porque debemos

descartar situaciones de urgencia psiquiátrica que pudieran requerir una hospitalización psiquiátrica: ideación suicida, autolesiones graves con riesgo de salud o muerte, síntomas psicóticos, síntomas disociativos graves como estupor, desorientación, pérdida del juicio de realidad.

- Se puede encontrar además sintomatología de distintas patologías.
- Algo de vital importancia a la hora de realizar una evaluación es registrar el estado de salud mental al ingreso, recordemos que los síntomas psíquicos son mucho más frecuentes que los físicos, su registro puede ser necesario como evidencia a futuro.
- A la hora de realizar las derivaciones es ideal tener un equipo, con el cual la derivación pueda ser interna y privada, para disminuir al máximo el riesgo de revictimización. No “pelotear” a los pacientes. Y si sabemos que este riesgo de peloteo no puede ser evitado, explicárselo a la paciente y, de ser necesario, pedir disculpas, aunque no sea directamente nuestra culpa sino del sistema en que estamos insertos.

Acerca de las **derivaciones**, es importante conocer nuestra red y sus horarios de funcionamiento. Nuestras derivaciones dependen de la red en que estemos insertos.



Es importante que al momento de derivar, si nuestra derivación va a ser para una atención reparatoria por ejemplo, que tengamos en cuenta la lista de espera que pueda haber para este tipo de atención, para, por ejemplo ofrecer a la paciente atención en salud mental ambulatoria en intertanto puede ingresar a la atención reparatoria.

Aspectos médico legales de la primera acogida:

- Es importante conocer la “Norma general técnica para la atención de víctimas de violencia sexual” del MINSAL (2016), la cual explica todo respecto tanto al peritaje como a la forma de administrar y entregar la profilaxis y la anticoncepción de emergencia. La Ley IVE (interrupción voluntaria del embarazo) no aparece en dicha norma técnica, pues su promulgación fue posterior a la confección de la norma. Por lo cual es importante conocerla y leerla.
- Esta misma norma habla además de la exploración clínica-forense (antes de 72hrs) y habla también de como conformar las unidades clínico-forenses, que deberían existir en todas las urgencias, pero su implementación ha sido dificultosa y no todos los centros de urgencia hospitalaria tienen.
- Acerca de la denuncia:

- Acerca de la obligatoriedad de denunciar delitos, presente en el código penal, es importante tener en cuenta que en este tipo de delitos puede ir en contra del concepto del secreto profesional, presente en otras partes del código penal y en los códigos de ética profesionales. Y es importante tener en cuenta que esta obligatoriedad está presente pensando en el riesgo de daño potencial a futuro de no realizar la denuncia. Por tanto, también es importante tener en consideración a la hora de denunciar no solo los daños potenciales que podrían ocurrir de no denunciar sino también los de denunciar un hecho, como por ejemplo que haya represalia de la familia (que la echen de la casa por ejemplo) o del agresor, que podrían terminar incluso en la muerte de la víctima.

Flujograma con posibles líneas de acción en la región metropolitana

Posibles líneas de acción (RM):



*Flujograma diseñado por la expositora Dra. Aníbal Lucía Lira.

Nuestras acciones siempre dependerán de lo que la víctima desee, y cual sea su interés primario al momento de consultar.

Aspectos Médico-Legales

Denuncia en menores de Edad

- Explorar opciones y utilidad de la denuncia (sin coaccionar)
- Obligatorio de Denunciar Delitos (C. P. Penal Art. 135)
- Concepto de Secreto Profesional (Código de Ética COLMED; C. Penal Art. 247; C.P.Penal Art. 305)
- **Sin obligación** de denunciar si la mujer no lo desea, excepto si hay riesgo grave en integridad o vital. Podría tener otros riesgos.

Atención en la familia es el primer paso

/CHARLA 18 - Salud mental: ejercicios guiados como herramientas prácticas de reflexividad

* **Fabiola Jaramillo Castell**, Psiquiatra del Adulto, Sexología Clínica, Mg. en Salud Pública, Doctorada en Economía de la Salud con línea de investigación en toma de decisiones y el uso de heurísticos. Actualmente es Coordinadora de la red de Salud Mental de especialidad del Servicio de Salud del Reloncaví.

Contacto: fabiola.jaramillocastell@gmail.com

Conceptos a tratar

Comprenderemos de forma inicial la experiencia traumática vinculada a los eventos sufridos en personas supervivientes al maltrato. Para adentrarnos en aproximaciones terapéuticas concretas y los cuidados sensibles así como el impacto y el necesario autocuidado de quienes trabajan en la temática

¿Por qué es importante vincular la salud mental con la violencia de género? Esta es una discusión que es dialéctica. Tenemos la gran necesidad de que, idealmente, todos los profesionales que desempeñan tareas de atención directa con personas con problemas de salud mental pudieran profundizar en el conocimiento de lo que implica la violencia de género (VG). La VG, a su vez, genera muchos problemas de salud mental y, por lo tanto, no abordarlo, nos convierte en otra forma más de violentar institucionalmente, porque se invisibiliza la importancia que esta tiene.

Cifras de la Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental.

Esta Federación trabaja con personas con trastornos de salud mental y están intentando establecer cuál es la relación que hay entre éstas y la violencia de género.

- 3 de cada 4 mujeres con Trastornos mentales graves, por ejemplo, Trastorno Afectivo Bipolar o Trastorno Esquizoafectivo, (TMG) han sufrido violencia en el ámbito familiar y/o en la pareja alguna vez en su vida.
- Alrededor del 80% de las mujeres con TMG que han tenido pareja en algún momento de su vida han sufrido VG.
- Más del 40% de las personas con problemas de salud mental han sido víctimas de violencia sexual a lo largo de su vida y el 26% de esta violencia ha sucedido en la infancia.

- En la mitad de los casos, la o el profesional de referencia en la red de salud mental de la mujer no conocía la existencia del maltrato ocurrido durante el último año. Lo anterior es tremendamente importante porque la violencia sexual y la violencia de género requiere de una búsqueda activa, los procesos de revelación automática son siempre mucho menores que aquellos que se generaron a partir de espacios que permiten a las personas poder hablar de lo que les ha pasado.

Respuesta Psíquica.

La respuesta clínica que se abordará es desde el trauma, ya que no hay evidencia clínica de que la experiencia de violencia de género no genere alguna dificultad traumática. El trauma rompe la integración de las formas del procesamiento de la realidad sensoriomotriz, emocional y cognitiva.

Esto hace que se tengan **vivencias corporales desreguladas**. Las vivencias corporales son aquellas que nos permiten relacionarnos con otros, y en este sentido se rompen, se producen sensaciones físicas que son intensas que pueden llegar a ser muy molestas y muy intrusivas, **emociones negativas** que evidentemente van a aflorar a partir de todas estas vivencias corporales y estas sensaciones físicas de gran intensidad. Además, muchas veces, los **recuerdos traumáticos** pueden no estar en la memoria autobiográfica y pareciera que no estuvieran, quedando en la memoria episódica. Esto hace que, de manera muy inconsciente, aparecen algunas evitaciones, sumisión o una respuesta de miedo.

La **ruptura traumática de la coherencia temporal** de esta narrativa hace que la persona empiece a cambiar la forma de verse, es decir, la autopercepción y, por lo tanto, la forma de ver a los otros, la forma de ver al mundo y de verse en este mundo. Esto va afectando progresivamente la **identidad**. En general nosotros tenemos múltiples identidades que coexisten en una identidad, en algunos espacios somos de determinada manera, nos adecuamos para poder cambiar, ser de otra determinada manera, pero esencialmente mantenemos una coherencia, un sentimiento de continuidad, que permite que la gente nos identifique y que nosotros además tengamos una identidad propia. Esta continuidad, a lo largo del tiempo, crea estos sistemas estables, y este sistema estable efectivamente nos va a dar una identidad que va a ser estable, que va a ser una identidad sana o una identidad armónica.

La experiencia traumática vinculada a la violencia de género.

La experiencia traumática vinculada a la violencia de género tiene algunas particularidades y produce un **efecto singular en la identidad**, diferente al trauma por otro evento. Es muy diferente un trauma en el contexto de la violencia de género a un trauma en otro contexto, por ejemplo, un incendio o un terremoto en donde, evidentemente, la vivencia de lo traumático está asociada a un momento determinado. La violencia de género, habitualmente, produce muchísima más dificultad de elaboración, porque estamos culturalmente predeterminadas, culturalmente construidas, desde nuestra **identidad femenina** para cumplir con el mandato de la construcción de la mantención de la pareja. Entonces, estos dos elementos se vinculan a la **autoestima y a la gratificación asociada al cuidado del otro**, a que se esté anclado el otro y a que el otro tenga que necesariamente cuidarme. Entonces, cada vez que se genera un episodio traumático por violencia de género, donde se produce una agresión por alguien con quien se ha tenido una relación muy cercana y que ha cambiado repentinamente, como pudiera ser una pareja, un familiar, un compañero de

trabajo o profesional, evidentemente esto genera una ruptura que no deja entender, genera una confusión porque, de alguna manera, estábamos determinados a “cuidarnos” entonces esta persona que está llamada a cuidarme no sólo no me cuida, sino que me daña y me agrede. Por lo anterior, es muy difícil que la persona que sufre violencia de género, desde este mandato de construcción de pareja, pueda posicionarse o situarse como víctima, y esa es una de nuestras principales tareas, es **darle permiso a la víctima para que se posicione como tal**. Esto se refiere al poder conversar y el poder trabajar con el otro o la otra, poder entregarle el espacio, la seguridad y la confidencialidad para que aquella persona pueda situarse como víctima.

Superyó como un organizador intrapsíquico.

“Se ocupa de reglamentar mediante restricciones, mandatos e idealizaciones todo un delicado entramado que regulará la relación de la mujer consigo misma y con su entorno, estructurando un modelo frente al cual se debatirá en permanentes comparaciones que revelarán fallos, desfasajes entre lo idealizado y lo percibido, y que será causa de dolorosos conflictos, sobre todo generador, del casi omnipresente sentimiento de culpa”.

Nora Levinton, 2000, El superyó femenino: la moral en las mujeres.

De alguna manera, este delta que se genera entre lo idealizado y lo que ocurre, va a generar muchas veces este sentimiento potente que es la culpa.

Estudios de mujeres supervivientes de violencia de género.

Distintos estudios llevados a cabo con mujeres supervivientes de maltrato por parte de sus parejas, diferenciando entre aquellas que habían sufrido eventos traumáticos en la niñez y las que no. Los resultados indicaron que las mujeres que presentaron un trauma en su infancia mostraban mayores niveles de síntomas de estrés postraumático (TEPT) y/o síntomas depresivos (Bradley et al, 2005, Fergusson

et al, 2006, Kendall et al, 2007 y otros). Esto porque, efectivamente, en aquellas mujeres que tuvieron un evento traumático en infancia, por un lado se reedita a todo aquello que pasó en la infancia y por otro lado muchas veces el vincularse con una persona que sea agresiva es parte de lo que nosotros llamamos la compulsión en la repetición para poder elaborar el trauma primario que generó este trauma infantil.

Aproximación terapéutica.

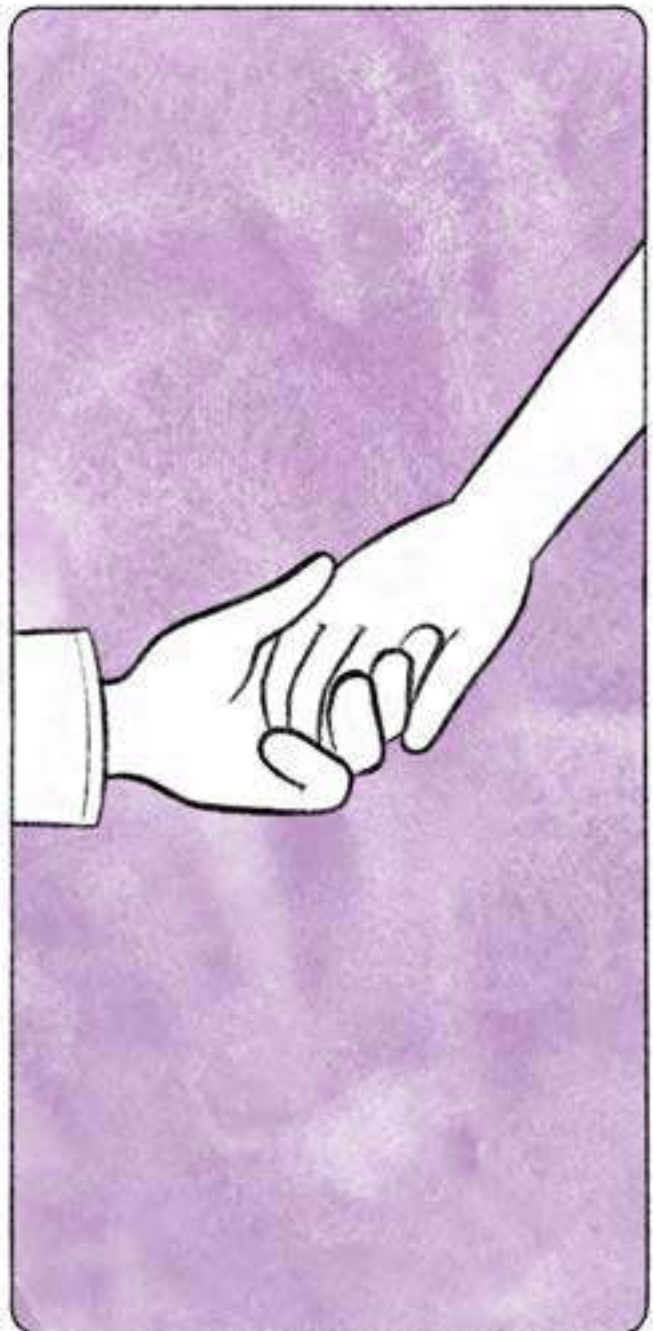
Es muy importante entender que tanto el abuso sexual como cualquier conducta sexual abusiva o cualquier conducta en que general es abusiva en el ámbito de la esfera sexual, debe entenderse como un **trauma relacional**, por lo que hay que tratarlo con la precaución que se debe tratar lo traumático, con muchísima sutileza y precaución.

Al ser un trauma relacional nosotros necesitamos dar **seguridad** al paciente, entregar un espacio que sea reparador, porque si hay un trauma relacional, el trauma se convierte en una barrera para poder acercarme al otro, ya sea para pedir ayuda, para poder reparar o simplemente para ser contenido, entonces lo primero que se debe hacer es dar seguridad. Este primer paso tiene una complicación, porque en general las personas que han vivido abuso no se sienten seguras, en general son **desconfiadas, no sienten seguridad probablemente nunca**, les cuesta mucho establecer relaciones de seguridad y mucho menos en una relación como pudiera ser la relación terapéutica.

El respeto, el tiempo y el **cuidado al preguntar y tocar los temas, es fundamental**, no quiere decir evadir si no quiere decir que, de alguna manera, se debe ser extremadamente cuidadoso con cómo se pregunta, se aborda, con cómo el otro está sintiéndose mientras yo estoy intentando acercarme al tema. Es fundamental esta situación cuidadosa de respeto, de complicidad.

La **vinculación en general va a estar atravesada por desconfianza** y muchísimas veces por el terror de ser dañado, porque ya fueron dañados, entonces, evidentemente se activa una

serie de circuitos neuronales defensivos, que en el fondo cuidan a la paciente de volver a ser dañada. Es una relación tremendamente compleja en la que se va a intentar en el fondo poner en la mesa toda la dificultad que tengo para relacionarme con otros a partir de una experiencia traumática, evidentemente expone a la víctima más de lo que lo pudiera controlar, y por eso es que se reactiva muchísimas veces este temor a volver a ser dañado, este temor a volver a ser engañado o el temor a ser abandonado.



Lo primero es una etapa de estabilización

Esto lo pueden hacer todas las personas involucradas en entregar servicios sanitarios, dar **información sobre las secuelas que tiene la violencia de género**, poder dar **seguridad en la confidencialidad** y si podemos dar algunas **herramientas de autorregulación** en el primer momento, es tremendamente importante, ya que se van generando experiencias sensoriales desreguladas que van afectando distintos ámbitos de la vida o del desarrollo de esta persona. Entonces, si podemos entregar algunas herramientas como, por ejemplo, **técnicas de respiración diafragmática** que están vinculadas a una mejor oxigenación y a la posibilidad incluso de asociarlas a la visibilización de situaciones de calma, se sabe el impacto que tiene esto neurobiológicamente para poder disminuir, por ejemplo, el cortisol y poder disminuir esta sensación de hiperalerta y, por lo tanto, relajar a la persona y bajar un poco esta sensación. Por otro lado están otras estrategias como el **grounding**, que en el fondo lo que hace es poder utilizar técnicas del aquí y ahora, del mindfulness y poder, de alguna manera, asociar estas técnicas de respiración a precisamente focalizarse y enfocarse en poder detectar estas sensaciones corporales que están desreguladas y poder desde ahí pensarlas, ponerlas en palabras y desde ahí poder empezar a elaborarlas (18:35).

Una mujer que ha vivido violencia de género necesita para su supervivencia emocional sentido de seguridad y de protección. Es muy sensible a mínimos cambios de tono de la voz, de miradas de palabras que podamos decir, de cosas que son a veces muy sutiles y que pueden poner en estado de alerta o de hiper alerta y crear inmediatamente una desconfianza o romper con lo que habíamos logrado crear entre el terapeuta y la persona. Hay que estar muy atenta, no solamente a lo que decimos, sino a cómo nos comportamos, a cómo estamos, a lo que estamos traduciendo corporalmente. Ojo con las claves corporales.

Una **“no neutralidad” es necesaria**, en el sentido de que estamos siendo testigos de situaciones donde debemos ser enfáticos, en mostrar nuestra posición, en validar al otro, visibilizar

y nombrar la violencia de género vivida, para que de alguna manera ésta pueda entenderse como un proceso que está siendo compartido y que estamos pudiendo trabajarlo.

Considerar que el modelo médico es un modelo que en cierta manera reescenifica las situaciones de asimetría de poder que han incurrido en el abuso y que de alguna manera, estas situaciones jerárquicas complejizan y reeditan la situación traumática (reedita la cultura patriarcal), y por lo tanto se debe considerar esto a la hora de asumir esta situación. Se necesita una mirada más holística, que no sea tan vertical, donde probablemente el sujeto de supuesto saber, que es el personal médico, tiene la razón.

Segundo y tercer tiempo: elaboración del trauma e integración de la experiencia.

En un segundo tiempo vendrá todo el trabajo con respecto al recuerdo, con el trauma mismo, lo cual, el trauma es crónico, el abuso sexual infantil, la violencia doméstica y otros van a ser mucho más difícil por el impacto que generan estos en una traumatización en la personalidad o la identidad de lo que estamos hablando antes. Para la elaboración de los procesamientos de estas memorias se van a requerir técnicas muy específicas enfocadas en el trauma y ahí vamos a tener que buscar ayuda dirigida a personas que puedan ayudarnos específicamente con el tema del trauma. En un primer tiempo lo podemos hacer todos, un segundo tiempo que ya es meternos efectivamente en la elaboración del procesamiento de las memorias traumáticas, se necesita más especialidad, al igual que el tercer tiempo, porque tiene que ver con la integración y la elaboración de la experiencia.

Cuidado sensible al Trauma en Violencia de Género.

Se necesita generar un espacio de confianza, un espacio de confort que nos permita poder enfrentar el fenómeno de esta experiencia traumática, ya que, dentro de las respuestas esperables en trauma, una muy importante es el congelamiento, donde la persona está fuera de su umbral de tolerancia, muy probablemente no será capaz de dar un relato coherente, o verbalizar, se verá “ida”, apagada, indiferente, con poca reacción a estímulos. Se debe intentar, desde el cuidado sensible del trauma, poder leer estas señales y verbalizarlas.

Considerar que de las grandes secuelas de la VG es la culpa y la vergüenza de lo vivido, la vergüenza es un sentimiento bastante complejo porque en general se refieren a lo que eres y no a lo que te han hecho. De alguna manera en lo que te transformaste y no en lo que te hicieron. Por lo tanto, de una profunda sensación de falla, de insuficiencia de una misma, de no haberse defendido, de no haberse dado cuenta, de no haber evitado. En el fondo hay una situación que es necesario elaborar y evidentemente también hay un fuerte sentimiento y sensación de sentirse suciedad, de contaminación, de sentirse corrupta por no haberse dado cuenta o haber sostenido una relación mucho tiempo.

Traumatización vicaria.

Al trabajar con violencia los profesionales de la salud sufren un impacto muy importante, pudiendo este manifestarse con señales como cansancio o angustia, dolor e incluso la presencia de psicopatología. Síndromes de Burnout que pueden establecerse si no ponemos muchísima atención a este fenómeno. Es muy frecuente este fenómeno a nivel de equipos que trabajan con violencia y que a veces pueden reproducirse dinámicas violentas inconscientes, por lo tanto necesitamos estar profundamente atentos y poder trabajarlo.

Finalmente, un activo autocuidado y autoobservación personal e institucional va a permitirnos poder hacer un trabajo con violencia de género como corresponde.



REPASA LO APRENDIDO

Escoge la opción verdadera y revisa tu respuesta al final del manual

1. Sobre la traumatización vicaria es correcto:

- A.. Les profesionales de la salud son quienes menos sufren su impacto.
- B. Puede manifestarse en señales de cansancio, angustia, dolor, incluso psicopatología y síndrome de burnout.
- C. Es infrecuente a nivel de equipos que trabajan con violencia.

2. En relación a la aproximación terapéutica de la violencia de género el orden adecuado es:

- A. Dar seguridad al paciente, integración y elaboración de la experiencia, trabajo con el recuerdo y el trauma mismo.
- B. Trabajo con el recuerdo y el trauma mismo, integración y elaboración de la experiencia, dar seguridad al paciente
- C. A y B son incorrectas.

3. Sobre la respuesta psíquica al trauma podemos señalar lo siguiente

- A. El trauma rompe la integración de las formas del procesamiento de la realidad sensorio motriz, emocional y cognitiva, pudiendo experimentar vivencias corporales desreguladas, sensaciones físicas intensas y emociones negativas.
- B. Los recuerdos traumáticos pueden no estar en la memoria autobiográfica y quedar en la memoria episódica.
- C. Todas son correctas

/CHARLA 19 - Nuevas masculinidades ¿Cómo construirlas?

* **Carlos Güida Leskevicius**, Doctor en Medicina, U. de la República, Uruguay. Coordinador de la cátedra libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología, Uruguay (1999-2006). Coordinador del Área Condición del Varón y Salud de las Mujeres, Ministerio de Salud, Uruguay (2005-2007). Actualmente Profesor asistente, Depto. de Atención Primaria y Salud Familiar, Facultad de Medicina, U. de Chile. Profesor Titular y Director del Depto. de Salud Comunitaria, Facultad de Salud y Cs. Sociales Universidad de Las Américas. Consultor en Organismos de Cooperación Internacional en Masculinidades, Género y Salud (1995- a la fecha)

Contacto: cguida@udla.cl; cguida@uchile.cl

Conceptos a tratar

Comprenderemos de forma inicial la experiencia traumática vinculada a los eventos sufridos en personas supervivientes al maltrato. Para adentrarnos en aproximaciones terapéuticas concretas y los cuidados sensibles así como el impacto y el necesario autocuidado de quienes trabajan en la temática

¿QUE SE ENTIENDE CÓMO MASCULINIDADES?

R. Conell, un referente mundial en temática de masculinidades, definió el año 1995 a la Masculinidad como “la posición en las relaciones de género, las prácticas por las cuales hombres y mujeres se comprometen con esa posición de género, y los efectos de estas prácticas en la experiencia corporal, en la personalidad y en la cultura”

Minello, en el año 2002, agrega un carácter polisémico, es decir que para algunos la masculinidad es un **atributo**, que los hombres van adquiriendo durante su desarrollo y que poseen en diversos grados; para otros, una **característica determinada genéticamente** y por procesos hormonales desde la etapa prenatal, un **rol** asignado socialmente que los hombres deberán demostrar continuamente ante otros hombres y las mujeres, una **posición** en las relaciones de género en las sociedades sexistas.

Estas diferentes definiciones reflejan aspectos culturales, miradas que se aproximan más hacia lo biológico, social y psicológico.

ANTES DEL CÓMO, EL PARA QUÉ

Antes de pensar en cómo construir, tenemos que pensar en el para qué. En definitiva: ¿Quiénes quieren cambiar? ¿Los hombres quieren cambiar? ¿Qué hombres quieren cambiar?

En un trabajo que realicé hace 10 años con hombres en el campo de la construcción en otro país, que se negaban a que las mujeres ingresaran al campo laboral de la construcción. ¿Es hoy la igualdad de género un valor para los hombres? ¿Para cuales hombres?

Las masculinidades son una **construcción subjetiva, intersubjetiva, cultural y social**, que no remite sólo a los hombres y los cuerpos de los hombres, pero que los hombres encarnan en el nombre de la habilidad de la hombría, del ser masculino de ser hombre.

Las dimensiones del cambio en las prácticas de los hombres hacia la igualdad de género indudablemente refieren al ethos. A un ethos personal, grupal e institucional.

Y no solamente estas dimensiones que hacen a lo ético, a las costumbres, a las proyecciones, a los valores son comunes a las diferentes personas y a los diferentes varones.

Ej. En el año 95 – 96 se trabaja para movilizar a los varones hacia la igualdad de género. A pesar de tener el apoyo de instituciones muy importantes, había grupos de hombres, personas, instituciones que consideraban que eso no era lo acertado.

EL CAMBIO CÓMO UN PROCESO EDUCATIVO

Para cambiar las masculinidades primero habría que decir quién es el sujeto de cambio y quienes son aquellos y aquellas que quieren modificarlo. De la misma manera podría haber otras posturas conservadoras para recuperar esa masculinidad perdida como aparecían propuestas hacia los años 80 y 90 ante el avance del feminismo.

1. Sabemos que ningún cambio cultural es abrupto.
2. Ante la posibilidad de cambio aparecen resistencias, y en ocasiones de carácter violento.
3. Comprender las masculinidades resulta crucial para realizar propuestas con los sujetos con una intención de cambio.
4. La toma de posición de las personas dependen de sus ideas y de sus valores. No del número de libros o cursos que haya realizado, aunque aquello ayude muchísimo. Esto quiere decir que hay una **dimensión cognitiva de cambios que debe dialogar con la dimensión subjetiva/emotiva** de esos sujetos de cambio.
5. Las masculinidades tienen un carácter dinámico y corporativo y no pueden entenderse sin la perspectiva de la interseccionalidad, como pasa en la realidad de las mujeres.

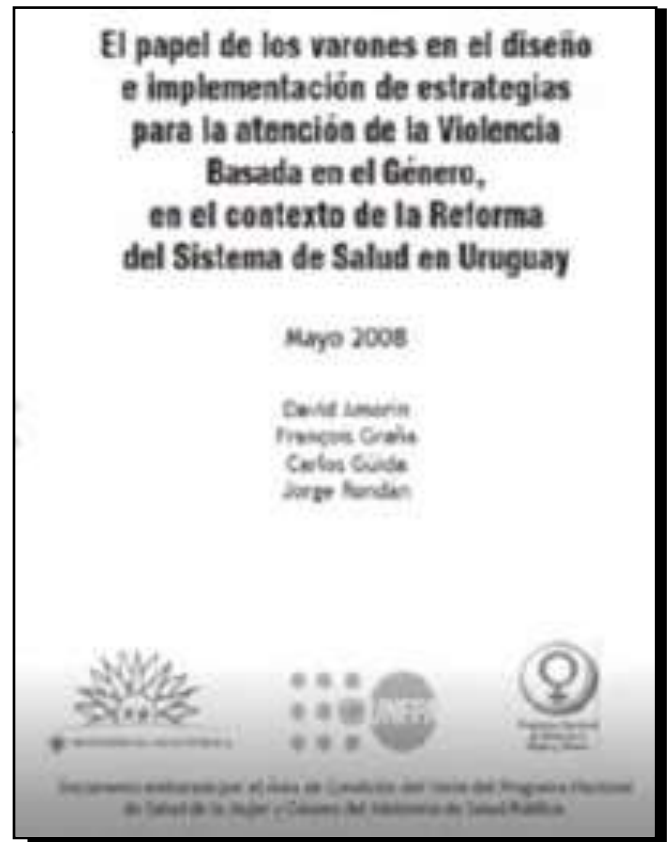
INVITAMOS A REFLEXIONAR

¿Existen posiciones neutras ante la violencia basada en género (VBG)? ¿Puede asumirse una posición distante, no comprometida por parte de los hombres?

¿Cuál es el nivel de profundización y capacitación que se adquiere en la formación de profesionales de la salud ante la VBG? Pensemos en nuestra formación de grado y postgrado y qué lugar y profundidad tenía.

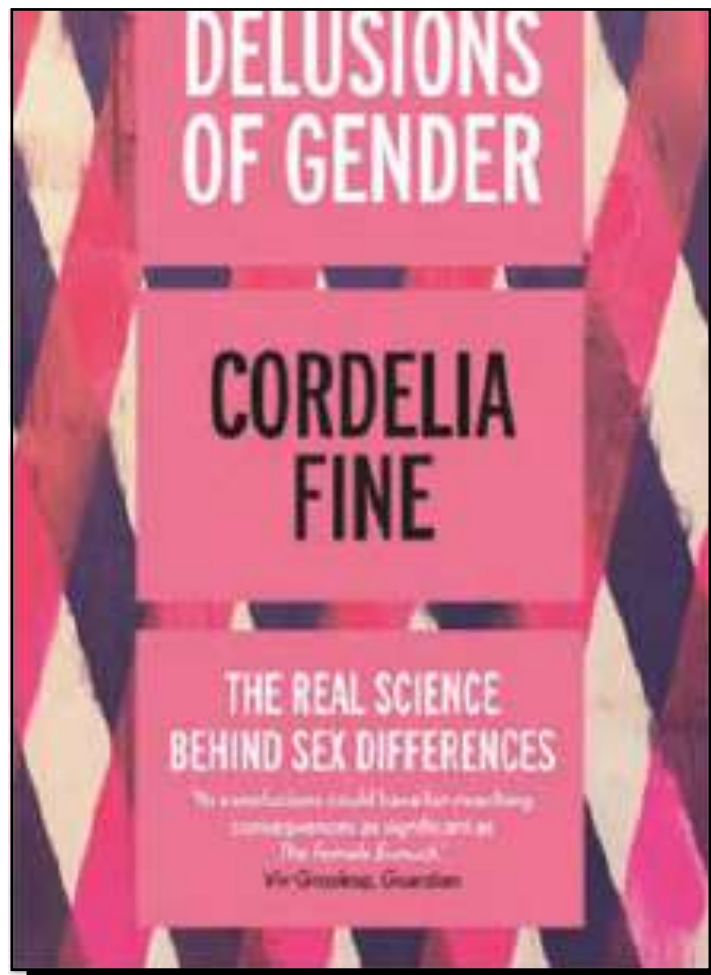
¿Cuál es nuestro posicionamiento profesional ante posturas fundamentalistas que atentan contra los derechos humanos de las mujeres, personas trans y las diversidades sexuales?

¿Puedo permanecer en silencio? ¿Ese silencio es complicidad? ¿Cómo actuamos desde los servicios, desde los espacios de atención, desde los espacios educativos?



En el año 2008 se concluyó una investigación desde el ministerio de salud de Uruguay en el cual vemos cuál era el papel de los varones en el diseño y en la implementación de estrategias para la atención de la VBG en un contexto de reforma del sistema de salud, y pudimos apreciar cómo muchos de los hombres en sus lugares de decisión o implementación, de atención clínica se resistía.

Las resistencias son múltiples. Y son objeto de estudio, y a eso nos hemos dedicado por muchos años, para poder ver en dónde radican esas resistencias.



RESEARCH INTO GENDER REPORT
12 January 2014

Por ej. Una forma de resistirse es pensar que los cerebros masculinos y femeninos son muy diferentes, sin embargo, la diferencia radica sobre todo en las ideas de quien crea esa diferencia, ahí por ej. Una académica muy reconocida nos dice que no existe ninguna estructura cerebral actualmente identificada ni patrón de conectividad, área de descanso, actividad relacionada con las tareas que identifique de manera consistente y fiable un cerebro como masculino de un hombre o femenino de una mujer.

Entonces de esa misma forma podemos ubicar otros estudios recientes en general liderados por mujeres, en donde se intenta combatir ideas que ya tienen cientos de años pero que una y otra vez insisten en una diferencia, la cual genera una diferencia de valor, una diferencia de estatus.

Un ejemplo es el **neurosexismo**, como el uso de lenguaje, o los principios de la neurociencia para justificar viejos añejos estereotipos o roles de género de una forma no sustentada científicamente, como dice Cordelia Fine, otra académica reconocida.

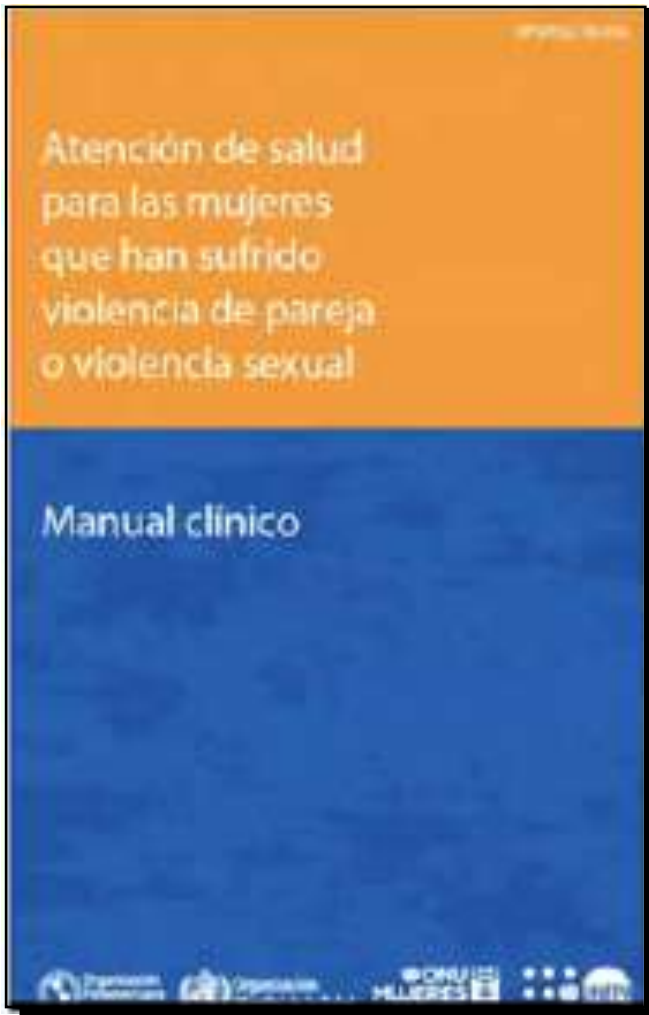
Nosotros nos sumamos a algunos de los cuestionamientos como los que realizan *Anelis Kaiser* sobre la producción académica en neurociencias desde la mirada de género tratando de demostrar cómo una y otra vez se trata de insistir en que hay una diferencia anatómica para explicar determinadas actitudes, conductas, prácticas y de alguna otra manera también para disciplinar a los cuerpos y las mentes.

En el año 2003 nos reunimos junto a un grupo de personas convocadas por Naciones Unidas de distintas partes del mundo en un meeting para asesorar al secretario general de la ONU,- en ese momento Ban ki-moon - para avanzar en el rol que los hombres y los niños debieran tener para promover la igualdad de género. Muchos años han pasado, en el año 2004 el secretario general de la ONU realizó una exposición ante la comisión jurídica de la mujer en el marco de las Naciones Unidas planteando la necesidad y uno de los puntos más importantes es el involucramiento de los hombres en el abordaje de la VBG.



Simplemente pueden mirar la declaración de Astana, del año 2018, a 40 años de Almata, podrán ver cuál es el rol de los hombres y el lugar que tiene el género en este cambio o muchos otros documentos de organizaciones tan importantes como la OMS en donde en cientos de páginas no aparecen mencionadas la figura paterna ni el hombre comprometido desde una nueva masculinidad y son instrumentos que se usan a nivel mundial siendo de relevancia porque son documentos de referencia.

Vemos documentos que son muy buenos como la respuesta a la violencia de pareja, hacia la violencia sexual contras las mujeres. Sin embargo, a pesar de que, por ejemplo, en este texto hay 78 menciones a las mujeres, no se mencione en ninguna sola vez a los hombres. O sea, esa violencia no sabemos de donde proviene. Aunque sospechamos, pero si no se habla, si no se dialoga y no se involucran a los hombres en las políticas, en los programas, en los proyectos, en los manuales, es muy difícil después contar con su presencia.



Lo mismo puede aparecer aquí en los manuales clínicos y cuales son los tipos de terapia que se recomiendan en donde verán que tan de acuerdo pueden estar o no con respecto a estos tratamientos terapéutico para mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual.

Sin embargo hay experiencias muy buenas, por ejemplo la desarrollada por la universidad de Sao Paulo, con sede en Riberon Preto, con el sistema único de salud en Brasil.

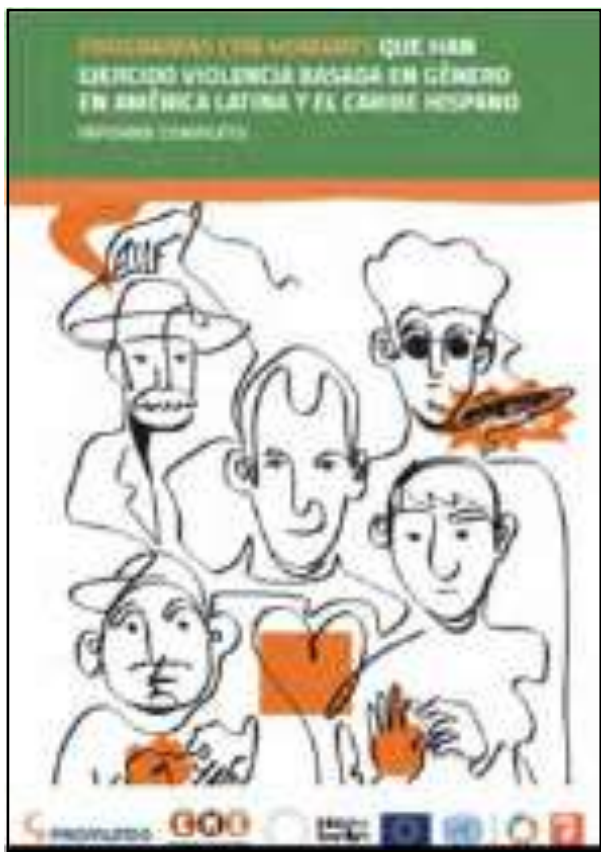
Por ejemplo, la iniciativa del prenatal de la pareja nace desde una universidad fundamentalmente para mirar el problema y actuar sobre el problema de las infecciones de transmisión sexual en mujeres que cursan embarazos y se empieza a extender y abarca otras áreas tremendamente importantes. Entonces acá se va a trabajar en la prevención de la violencia de genero y se va a trabajar además por mejorar el vínculo asociado al cuidado.

Los agentes comunitarios de salud que forman parte de los equipos de salud del sistema único de salud de Brasil tienen también un trabajo para hacer al respecto.





Pueden haber diferentes enfoques, algunos más conservadores, otros más creativos, pero podemos ver cómo diferentes países que tienen políticas de salud dirigidas hacia los hombres, se trabajan y se abordan las masculinidades con diferentes perspectivas de acuerdo a la cultura, pero que sin duda constituyen un avance.



En cuanto a VBG hay estudios como los que han hecho ONU, Mujeres, Promundo, MenEngage, EME, fondo de población de naciones unidas y conocidos y queridas personas que han investigado que muestran cómo los hombres pueden ser incluidos y desde qué tipo de intervenciones. Hace poco tiempo hubo un lanzamiento haciendo hincapié en mostrar los programas con hombres que han ejercido VBG en América latina y caribe hispano, y tenemos por ejemplo la conclusión de lo que ha sucedido con el componente de los centros de reeducación a los hombres en el marco del programa de atención, protección y reparación en violencia contra las mujeres en Chile y ahí ustedes podrán ver las conclusiones y algunas recomendaciones.



Sin duda que hay muchas formas de poder incidir. Pero lo mejor como siempre es trabajar desde la promoción de salud, desde la alfabetización crítica en salud, desde una mirada en las competencias culturales para no reproducir nuevamente formas que muestren el saber poder en un lado y al otro construirlo como un mero paciente y no como un agente o sujeto de cambio.

Y colaboramos con las recomendaciones para el abordaje de la salud sexual y salud reproductiva de los varones entre 20 a 65 años en el primer nivel de atención, pero eso llevo años de construcción por las resistencias mismas, las resistencias institucionales cuando se avanza en algún plano y hay documentos como este otro en argentina en donde hay herramientas pedagógicas, porque muchas veces planteamos que trabajamos desde el punto de vista educativo, pero para eso hay que tener herramientas educativa elaboradas por gente que sepa y que además tiene planes para trabajar desde el campo de la prevención de violencia de género.

En espacios de atención clínica

1. La importancia del trabajo interprofesional para el abordaje de la violencia de genero.

2. La necesidad de contar con tiempo, contar con espacios y también con protocolos bien claros para la atención a mujeres víctimas de violencia de género y en otros casos también otras personas, incluyendo a hombres.

3. Saber de que con la sensibilización que tantos años se ha hablado no alcanza, hay que pasar a la capacitación y formación en género que son cosas muy distintas.

Los hombres tienen que ser aliados para la atención a la violencia de género

Así vamos a lograr niveles mucho mayores en erradicar este gran problema, esta gran epidemia de salud pública a nivel mundial y en esta etapa que hemos estado atravesando quedo aun más patente.

- Hay que favorecer la revisión de los prejuicios y estereotipos en las personas pero fundamentalmente en los hombres.

- Implicar a los varones de distintos estamentos en la prevención y atención oportuna y

- Contar con una red de derivación intersectorial apropiada para varones que han ejercido violencia basada en género además de las medidas judiciales cuando corresponda.

MÓDULO III

Abordaje integral y herramientas prácticas para el equipo de salud.

CLASE SINCRÓNICA/ CLASE 20 - Cómo denunciar acoso sexual: pasos, procedimiento, sanciones y acciones comprobadas de prevención

* **María Jesus Abdeladim Maldonado**, Abogada, U. Diego Portales. Actualmente Representante y Asesora de víctimas LGBTQIA+ en el Movimiento de Integración y liberación Homosexual (MOVILH) y recientemente se desempeñó como abogada en el INDH sede regional Región de Los Lagos (2020-2021). Ha trabajado en distintos organismos internacionales y nacionales con enfoque territorial tales como SENAME del Ministerio de Justicia y DDHH en la Región de Los Lagos (2017), Ministerio de la Mujer y Equidad de Género en la provincia de Palena (2016), Cárcel de Mujeres en San Miguel (2013), Naciones Unidas en Santiago (2011), Corte Internacional de DDHH, Costa Rica (2011). Diplomada en Derechos sexuales y reproductivos, Fundación Henry Dunant y en igualdad y no discriminación, U. Buenos Aires.

Contacto:

Conceptos a tratar

Esta clase fue realizada en modalidad presencial y fue transmitida en vivo en plataformas de streaming del Colegio Médico. Se levantó esta instancia para resolver dudas específicas sobre acoso sexual, en tiempo real. La Clase se encuentra abierta en plataforma Youtube de Colegio Médico.

Nota: Esta charla se resume a través de un flujograma para comprender conceptos, tiempos y agentes. La clase se encuentra abierta en plataforma Youtube de Colmed "Cómo denunciar acoso sexual."



¿Cómo identificar acoso sexual?

- Requerimientos de carácter sexual
- Sin consentimiento
- Que amenazan o perjudican la situación laboral u oportunidades en el empleo.

DENUNCIA

Se recomienda que sea con la asesoría del **Depto de Bienestar Laboral del servicio** o entidad similar a fin de que se haga un relato de los hechos adecuadamente insumar la información más completa posible

JEFATURA SUPERIOR



En algunos lugares existe el "Examen de admisibilidad de denuncia" *

*Según la profesora esta práctica puede desincentivar a denunciar, mecanismo que por lo mismo está en regresión

INVESTIGACIÓN INICIAL

Se analiza gravedad de denuncia de acuerdo con ello se abre

INVESTIGACIÓN SUMARIA

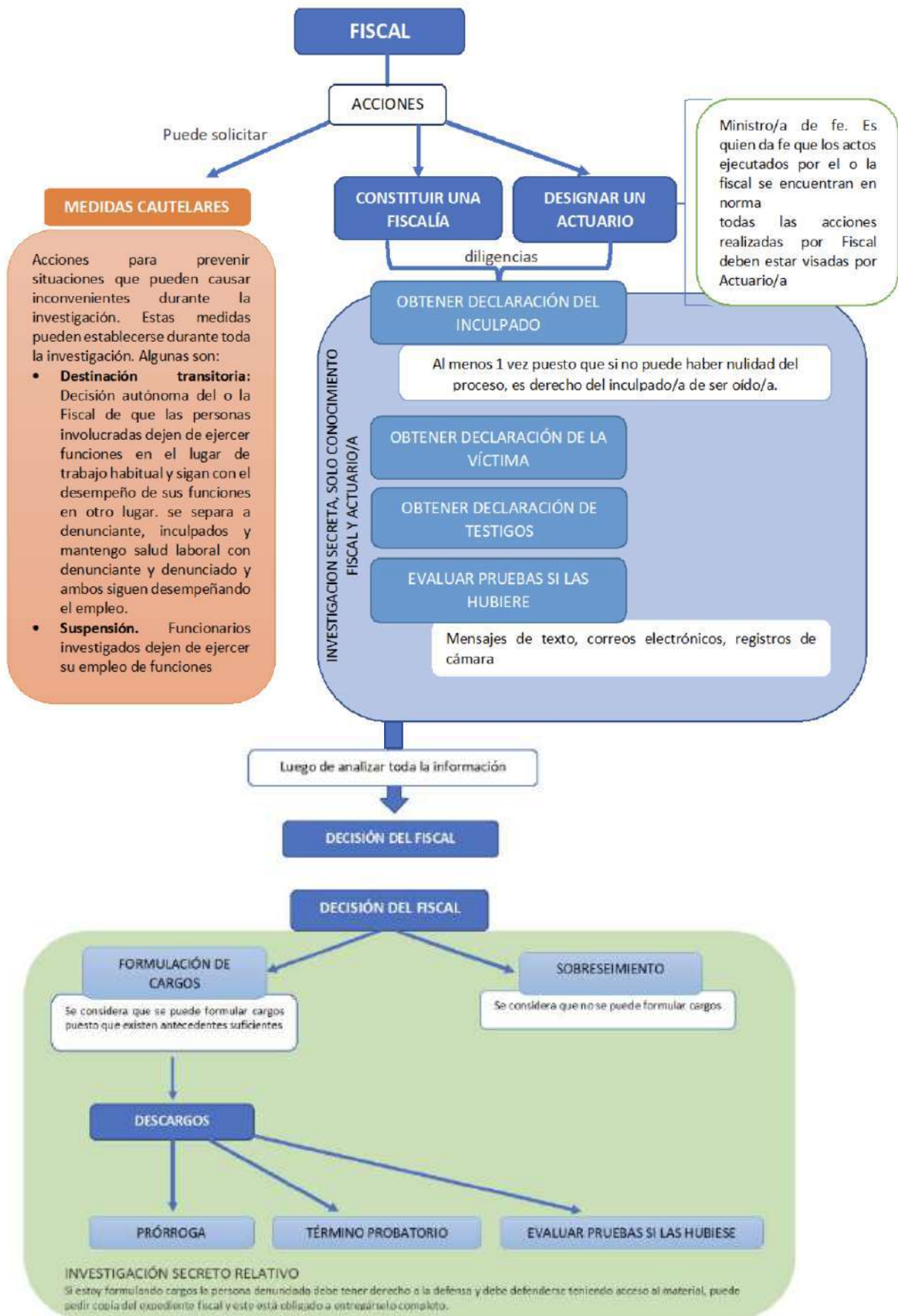
SUMARIO ADMINISTRATIVO

Si existe hechos de gravedad puede pasar a ser

La jefatura asigna

FISCAL

- Es un/a administrativo/a
- Puede ser de planta, a contrata, a contrata de reemplazo o contrata a plazo fijo.
- Debe tener mayor grado que la/s persona/s que está investigando



Respuestas de los Ejercicios

- **Clase 1: Introducción a la Violencia de Género y bases estructurales**

1.A, 2.A, 3.A

- **Clase 2: Violencia Intrafamiliar y Vicaria**

1.A, 2.B, 3.C

- **Clase 3: Violencia sexual**

1.B, 2.C, 3.C

- **Clase 4: Maltrato infantil y abuso sexual infantil**

1.E, 2.C, 3.B

- **Clase 5: Violencia Político - Sexual**

1.B, 2.C, 3.A

- **Clase 6: Violencia en los centros de salud y abordaje desde las universidades**

1.A, 2.B, 3.A

- **Clase 7: Violencia Gineco Obstétrica**

1.B, 2.C, 3.C

- **Clase 8: Violencia en Salud hacia migrantes**

1.C, 2.C, 3.C

- **Clase 9: Violencia Digital**

1.C, 2.C, 3.A

- **Clase 11: Marco jurídico internacional y nacional de la violencia de género**

1.C, 2.C

- **Clase 12: Lineamientos generales del abordaje clínico en personas víctimas de violencia de género**

1.A, 2.C, 3.A

- **Clase 13: Respuesta universitaria frente a la violencia de género: Perspectiva desde los estudiantes**

1.C, 2.B, 3.A

- **Clase 14: Ley IVE y atención médica: deberes como profesional objetor y no objetor**

1.C, 2.A, 3.A

- **Clase 15: Red de atención institucional a víctimas de género**

1.C, 2.C, 3.C

- **Clase 16: Red de atención territorial a víctimas de violencia de género**

1.A, 2.A, 3.C

- **Clase 17: Atención de urgencia y primera acogida a víctimas de violencia sexual**

1.C, 2.A, 3.A

- **Clase 18: Salud Mental: Ejercicios guiados como herramientas prácticas de reflexividad**

1.B, 2.C, 3.C

- **Clase 19: Nuevas Masculinidades ¿Como construirlas?**

1.B, 2.C, 3.A

Bibliografía de cada clase ---

Clase 1: Introducción a la Violencia de Género y bases estructurales

- Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la Violencia contra la mujer, 1994 (CBDP)
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CETFDICM o CEDAW, 1979)
- Declaración de las Naciones Unidas sobre la Erradicación de la Violencia Contra la Mujer (1993)

Clase 2: Violencia Intrafamiliar y Vicaria

- Centro de Estudios y Análisis del Delito (CEAD)
- Fiscalía de Chile
- Sala CEAD

Clase 3: Violencia sexual

- Fernández, C. Dides, C. (2017) Violencia Sexual. En Primer Informe Salud Sexual Salud Reproductiva y Derechos Humanos en Chile Estado de la situación 2016. Editoras y compiladoras Claudia Dides, Constanza Fernández Editoras. Miles, Santiago.
- Delitos sexuales: balance primer trimestre 2021 <https://www.pdichile.cl/centro-de-prensa/detalle-prensa/2021/05/12/delitos-sexuales-balance-primer-trimestre-2021>
- Marta Lamas Acoso. ¿Denuncia legítima o victimización? 2018. México. Fondo de Cultura Económica.
- Mujeres en tiempos de esperanza, crisis y pandemia.
- Biblioteca del Congreso Nacional, 2021 disponible en https://www.bcn.cl/publicaciones/ediciones-bcn/detalle_libro?id=102211/82517

Clase 4: Maltrato infantil y abuso sexual infantil

- Barudy, J. "Maltrato Infantil. Ecología social: Prevención y Reparación". Editorial GALDOC. 1998.
- Díaz, J. Ofensores sexuales juveniles (2003). Revista de Estudios de juventud 62/03. Págs. 93-109.
- Marshall, W. Agresores Sexuales. Estudios sobre la violencia. Editorial Ariel. Barcelona, España. 2001.
- Martínez, J. Abuso sexual y dinámica relacional: El lugar de los terceros (2014). Revista Testimonio, N°266. Págs. 22-30.
- Ravazzola, M.C., 2004. Historias infames: Los maltratos en las relaciones. Editorial Paidós. 1997.

Clase 5: Violencia Político - Sexual

No tiene bibliografía

Clase 6: Violencia en los centros de salud y abordaje desde las universidades

- Acoso en el campus: EL Acoso Sexual en la Universidad de Chile. Dirección de Igualdad de Género de la Universidad de Chile, Enero, 2020.
- Datos 2020, Encuesta Nacional sobre Acoso Sexual en Contexto Educativo, OCAC.
- Modelo Educativo, Universidad de Chile, 2021

Clase 7: Violencia Gineco Obstétrica

- Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Asamblea General Naciones Unidas, 11 de julio 2019
- Ley Adriana, Establece derechos en el ámbito de la gestación, preparto, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual, y sanciona violencia gineco obstétrica. Boletín N° 12148-11

Bibliografía de cada clase ---

Clase 8: Violencia en Salud hacia migrantes

- No tiene bibliografía

Clase 9: Violencia Digital

- Research/scan Dr Chuck Hillman University of Illinois

Clase 10: Historia del derecho a la sombra de la violencia

- No tiene bibliografía

Clase 11: Marco jurídico internacional y nacional de la violencia de género

- Convenios OIT ratificados por Chile: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:11200:0::NO::P11200_COUNTRY_ID:102588.

Clase 12: Lineamientos generales del abordaje clínico en personas víctimas de violencia de género

- Commission on Social Determinants of Health (CSDH). A conceptual framework for action on the social determinants health discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health (draft), April 2007
- Distribución de cuidadores/as familiares que prestan ayuda a algún integrante del hogar con dependencia funcional, según sexo del cuidador/a .. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta Casen 2017. www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/index3.html
- Atención de Salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual Clínico. OMS 2013.
- Manual de Apoyo Técnico para las acciones de Salud en Violencia Intrafamiliar. MINSAL, 1998

Clase 13: Respuesta universitaria frente a la violencia de género: Perspectiva desde los estudiantes

- Reglamento sobre normas de conducta, criterios y protocolos de actuación para prevenir y enfrentar situaciones de acoso u hostigamiento sexual o sexista. Universidad de Valparaíso
- Protocolo de Actuación ante denuncias sobre acoso sexual, violencia de género, acoso laboral y discriminación arbitraria. Universidad de Chile
- Protocolo de prevención y acompañamiento ante faltas a la sana convivencia y enfrentamiento al acoso sexual, Universidad Andrés Bello

Clase 14: Ley IVE y atención médica: deberes como profesional objetor y no objetor

- Mortalidad Materna, según causas CIE-10, Chile acumulado 2000-2012. DEIS- DIPLAS. MINSAL 2015
- Informe de Monitoreo Social. Implementación de la ley de interrupción del embarazo en tres causales. Fondo Alquimia. Mesa acción por el aborto en Chile. 2019.

Clase 15: Red de atención institucional a víctimas de género

- Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la Violencia contra la mujer. “Convención de Belém do Pará” (1994)

Clase 16: Red de atención territorial a víctimas de violencia de género

- Ley 20.066 de violencia intrafamiliar.
- Ley 20.609 “Ley Zamudio”.
- Circular n°21, Minsal
- Circular n°336, Superintendencia de Salud
- Circular n°0768. Superintendencia de Salud

Bibliografía de cada clase ---

Clase 17: Atención de urgencia y primera acogida a víctimas de violencia sexual

- Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio del Interior y Seguridad Pública (2018). Tercera Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales: Presentación de Resultados.
- Contreras J et al. Sexual violence in Latin America and the Caribbean: a desk review. Pretoria, Sexual Violence Research Initiative, 2010
- Casas L. Mera A (2004). Violencia de Género y Reforma Procesal Penal Chilena. Delitos Sexuales y Lesiones. Santiago: Ediciones Facultad de Derecho, Universidad Diego Portales.
- “Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia Sexual”. 2013, OMS.
- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
- Davidson J., Stein D., Shalev A., Yehuda R. “Posttraumatic Stress Disorder: Acquisition, Recognition, Course, and Treatment”. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 16:2, Spring 2004.
- C.A. Courtois and J.D. Ford, in “Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence-Based Guide” edited by C.A. Courtois, J.D. Ford, 2009.
- “Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part One: Assessment” T. Luxenberg, PsyD, J. Spinazzola, PhD, and B. A. van der Kolk, MD, in Directions in Psychiatry, Vol 21, Lesson 25.
- Segundo Informe sobre salud sexual, salud reproductiva y derechos humanos en Chile. Corporación MILES, 2018.

Clase 18: Salud Mental: Ejercicios guiados como herramientas prácticas de reflexividad

- Nora Levinton, 2000, El superyo femenino: la moral en las mujeres.
- Bradley et al., 2005; Fergusson, Boden, Horwood, 2006; Kendall-Tackett, 2007; Nicolaidis et al., 2004; Street et al., 2005; Vaeth, Ramisetty-Mikler, Caetano, 2010

Clase 19: Nuevas Masculinidades ¿Cómo construirlas?

- El papel de los varones en el diseño e implementación de estrategias para la atención de violencia basada en el género, en el contexto de la reforma del sistema de salud en Uruguay. Mayo 2008. David Amorin, Francois Graña, Carlos Guida, Jorge Rondan
- El Género y Nuestros Cerebros. La nueva neurociencia rompe el mito del cerebro femenino. Ginna Rippon.
- Delusions of Gender. Cordelia Fine. The Real science behind sex differences.
- Atención de Salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual Clínico. OMS 2013.

Clase 20: Cómo denunciar acoso sexual: pasos, procedimiento, sanciones y acciones comprobadas de prevención

- No tiene bibliografía