
mujer y desarrollo

Violencia contra la mujer en la pareja: respuestas de la salud pública en Santiago de Chile

Patricia Provoste



Unidad Mujer y Desarrollo



Santiago de Chile, abril de 2007

Este documento fue preparado por Patricia Provoste, consultora de la Unidad Mujer y Desarrollo de la CEPAL.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la Organización

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN impreso 1564-4170

ISSN electrónico 1680-8967

ISBN: 978-92-1-323063-3

LC/L.2722-P

N° de venta: S.07.II.G.63

Copyright © Naciones Unidas, abril de 2007. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen	5
Introducción	7
I. La violencia contra la mujer en la relación de pareja y la acción del estado	9
1. Los enfoques de la violencia contra la mujer	9
2. La magnitud y características del problema	12
3. La violencia contra la mujer en las políticas públicas chilenas: breve trayectoria.....	14
II. La respuesta del sector salud	17
1. Políticas implementadas desde el sector salud en respuesta a las mujeres que viven violencia en la relación de pareja	17
2. La atención a la violencia contra la mujer en el nivel primario	23
3. La atención en el nivel secundario: los COSAM.....	24
4. La violencia contra la mujer en la atención de urgencia	27
III. Conclusiones y recomendaciones	29
1. Conclusiones: oferta limitada, instalación incipiente	29
2. Recomendaciones: la violencia de género como prioridad de la salud chilena.....	31
Bibliografía	33
Anexos	35
Metodología	37
Serie Mujer y desarrollo: números publicados	39

Índice de recuadros

Recuadro 1	Los centros comunitarios de salud mental (COSAM): modelos locales de intervención	19
Recuadro 2	Modelo de intervención integral en violencia intrafamiliar para la atención primaria	21

Índice de gráficos

Gráfico 1	Denuncias de violencia intrafamiliar a nivel nacional año 200 a 2004 (Carabineros de Chile).....	13
-----------	--	----

Resumen

El presente documento entrega el informe final del estudio de casos que se llevó a cabo sobre la capacidad de los servicios de salud pública chilenos para atender a mujeres que viven violencia en la relación de pareja, la manifestación más frecuente de la violencia de género.

El estudio se propuso detectar los principales avances y limitaciones observables en la respuesta concreta a esas mujeres por parte de la institucionalidad de la salud pública chilena, teniendo en cuenta que a partir de 1990 el sector ha desarrollado diversas iniciativas y disposiciones en la materia, como producto de los mandatos recibidos por la legislación y los gobiernos así como de una creciente demanda social frente a la violencia contra la mujer. Se propuso también formular recomendaciones para el desarrollo de la capacidad de respuesta directa de los servicios a las mujeres que viven violencia, con énfasis en los recursos humanos y otros aspectos organizacionales.

El foco de la investigación fue la observación de centros de salud pública de diferente nivel, ubicados en la Región Metropolitana, en los que se indagó la forma concreta en que abordan los casos que reciben de violencia contra la mujer por parte de la pareja (ver detalles en anexo metodológico). Para analizar su capacidad de respuesta se tuvo en cuenta las orientaciones e instrumentos de intervención con que cuenta hoy en este campo la salud pública chilena. Se consideró asimismo las recomendaciones y pautas emanadas de la OPS y otros organismos internacionales, sobre el papel de la salud en el campo de la Violencia doméstica o intrafamiliar.

El texto se organiza en las siguientes secciones:

- La violencia contra la mujer en la pareja y la acción del estado: Contiene los elementos de marco conceptual y de contexto necesarios para el análisis de los resultados de la indagación, lo que incluye: enfoques de la violencia contra la mujer, información disponible sobre la magnitud de la violencia contra la mujer en la relación de pareja en Chile, y trayectoria y alcances de las políticas públicas que se han ocupado de ésta en Chile.
- La respuesta del sector salud: Aborda el papel del sector salud y las condiciones desde las cuales se implementan las responsabilidades del sector. Contiene una reseña de las iniciativas implementadas en este sector, y de las normas y orientaciones vigentes. A continuación examina la capacidad efectiva de respuesta de los servicios de salud en distintos niveles, como son la Atención Primaria, la Atención Secundaria de Urgencia.
- Conclusiones y recomendaciones: Reflexiona sobre la situación observada u formula sugerencias para el avance hacia una mejor respuesta hacia la violencia de género por el sector salud.

Se incluyen referencias bibliográficas y documentales y un anexo metodológico.

Introducción

1. La violencia contra la mujer en la pareja y la acción del estado

Contiene los elementos de marco conceptual y de contexto necesarios para el análisis de los resultados de la indagación, lo que incluye: enfoques de la violencia contra la mujer, información disponible sobre la magnitud de la violencia contra la mujer en la relación de pareja en Chile, y trayectoria y alcances de las políticas públicas que se han ocupado de ésta en Chile.

2. La respuesta del sector salud

Aborda el papel del sector salud y las condiciones desde las cuáles se implementan las responsabilidades del sector. Contiene una reseña de las iniciativas implementadas en este sector, y de las normas y orientaciones vigentes. A continuación examina la capacidad efectiva de respuesta de los servicios de salud en distintos niveles, como son la atención primaria, la atención secundaria de urgencia.

3. Conclusiones y recomendaciones

Reflexiona sobre la situación observada y formula sugerencias para el avance hacia una mejor respuesta hacia la violencia de género por el sector salud.

I. La violencia contra la mujer en la relación de pareja y la acción del estado

1. Los enfoques de la violencia contra la mujer

La violencia ejercida hacia una mujer por parte de un hombre que mantiene o ha mantenido con ella una relación de pareja es una de las más frecuentes formas de violencia social y una expresión extrema de la desigualdad de poder sobre la que se sustentan en nuestra cultura las relaciones de género.

Violencia de género: ¿uso o abuso?

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y erradicar la Violencia contra la Mujer (de Belém do Pará, 1994) ratificada por Chile, 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. Según esta Convención, la violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica:

- que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprenda, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual;

- que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada,

secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y

- que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, dondequiera que ocurra.

De esas definiciones, se desprende que para Belém do Pará la pertenencia al género femenino es un factor de riesgo respecto de la violencia en el espacio familiar y social. El concepto de violencia de género se utiliza en distintos acuerdos internacionales ratificados por Chile.

Las distintas formas que adopta la violencia contra la mujer “con base en su género”, son entendidas, desde algunas teorías, como abusos de poder sustentados en las jerarquías de género, presentes en nuestra sociedad (Ej.: Corsi, 2003; Larraín, 1999). La filósofa Celia Amorós (1990) y otras autoras feministas, se refieren a la violencia que se ejerce sobre las mujeres en tanto mujeres como “violencia sexista” o “violencia patriarcal”, marcando que la probabilidad de ejercicio de esta violencia es uno de los principales mecanismos que perpetúan la posición subordinada de las mujeres del orden patriarcal que aún predomina en nuestra cultura. En este sentido, más que un “abuso” (término que sugiere que la violencia es una excepción), se trataría de un dispositivo político-cultural de dominación. Para los efectos de este documento se utiliza indistintamente los términos de violencia de género, sexista o patriarcal, entendidas todas en la última de las acepciones anotadas, es decir como un dispositivo de dominación de las mujeres.

Derechos humanos, discriminación y ciudadanía

Eradicar la violencia contra las mujeres es un objetivo central para la plena vigencia de los derechos humanos en los países de esta región. En este campo, Chile ha suscrito distintos instrumentos internacionales, como la Convención Interamericana sobre Derechos Humanos; la Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer "Convención de Belém do Pará"; y la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

La violencia sexista no es uno más entre otros problemas de derechos humanos, sino una barrera al pleno disfrute del conjunto de los derechos humanos. Al respecto, Castressana (2006:207) llama la atención sobre la Recomendación XIX (1992) del Comité de la CEDAW, donde se reconoce que a las mujeres “de poco les sirve que se proclamen sus libertades civiles y políticas, su derecho a la educación o a la salud, si no se garantiza previamente su derecho a la vida, a la libertad, a la integridad física y psíquica”. En ese sentido, argumenta, el Comité equipara violencia y discriminación. Esta observación pone de relieve el carácter integral e interdependiente de los diferentes derechos conquistados por la humanidad, y la forma en que la violencia de género es una traba para el ejercicio de todos ellos por las mujeres.

Siguiendo esta perspectiva de análisis, la violencia de género debe ser vista también como una falencia democrática y de ciudadanía, sostenida por las relaciones jerárquicas entre los géneros. Como argumenta Birgin (1996:134), “analizar el tema... en términos de ciudadanía, nos permite encontrar el fundamento mismo de la violencia, que reside en la exclusión de las mujeres y la fragmentación de sus derechos ciudadanos, así como en la manera en que las mujeres se incorporan al orden político”. Sólo una “ciudadanía reducida que niega a las mujeres el carácter de sujeto de derecho” explica para esta autora que la violencia contra la mujer se haya mantenido por siglos en la invisibilidad.

Recogiendo lo recién anotado, aplicar un enfoque de derechos humanos a las leyes y políticas sobre violencia de género, asegurando su efectividad, implica tomar en consideración distintos aspectos, entre los cuales, OPS (2004:13-14) anota:

1. “La incorporación de medidas centradas en la defensa de los derechos de las víctimas y de las mujeres en general, a una vida libre de violencia ...
2. (El) reconocimiento de la autonomía de las mujeres y de sus derechos ciudadanos y por lo tanto, de sus necesidades e intereses específicos.
3. procesos de transformación sistemática de las distintas instituciones y el sistema de creencias, a fin de enfrentar las formas en que reafirma y perpetúa el problema.
4. intervenciones (que) involucren un proceso de empoderamiento y de la participación de las mujeres como actores en las decisiones y acciones que le atañen, más que recipientes o ‘usuarias’ de los servicios e intervenciones.”

Aplicar, en síntesis, una orientación hacia los derechos humanos y el ejercicio ciudadano, significa que todos los agentes públicos que tienen actuación en este campo, conocen los instrumentos internacionales vigentes, adoptan su conceptualización y los aplican en su accionar de modo permanente y pleno.

Un problema estructural y multidimensional

Debido a su origen en un ordenamiento de la sociedad y sus códigos culturales, la violencia de género es un problema de carácter estructural, que se manifiesta y reproduce en distintas dimensiones, ámbitos y niveles de la vida social.

Al tratarse de un problema cultural, y de una manifestación de un tipo de ordenamiento social, la violencia sexista no puede ser superada sino en un camino de largo aliento que vaya modificando las bases de las relaciones de género y el conjunto de factores que mantienen la situación de subordinación de las mujeres. Enfrentar el problema de la violencia sexista desde una perspectiva multidimensional requiere, por lo tanto, considerar factores individuales, familiares, sociales y culturales, todos los cuales tienen que ser considerados en los intentos de erradicación de estas prácticas. En este sentido, la acción del Estado debe comprometer o propiciar desde el servicio a las víctimas de violencia hasta la prevención orientada a todos los niveles que mantienen la situación de violencia, lo que requiere de acciones a nivel jurídico, económico y educacional, entre otros.

De esta manera, el papel de cada organismo público, como es el caso de los servicios de salud se inserta necesariamente en un esfuerzo de cada país y Estado por responder a la problemática de la violencia sexista de manera integral, articulando capacidades de los tres poderes y de los diferentes sectores de gobierno, y contando con la participación de las instituciones y actores de la sociedad.

La violencia contra la mujer por parte de su pareja

La violencia sexista puede ocurrir en los espacios públicos o privados, y puede darse en el marco de relaciones íntimas, o ser ejercida por personas conocidas o por desconocidos. Son expresiones de violencia sexista: la discriminación laboral, el acoso sexual, la violación, el tráfico de mujeres y las formas de maltrato físico, social y sexual que sufren las mujeres en el espacio familiar o de relaciones sexuales y sentimentales por parte de sus parejas. En los últimos años se ha generalizado el término *femicidio* o *feminicidio* para designar los asesinatos de mujeres por razones de género. En este documento nos centramos en aquella ejercida sobre una mujer por su pareja actual o anterior, que es la forma más frecuente de violencia sexista y asimismo, el problema que históricamente da origen a la reflexión y las denuncias feministas sobre violencia de género.

En las políticas, los análisis, la legislación y los medios de comunicación, se utilizan diferentes términos para referirse a la violencia contra las mujeres en la relación de pareja, sin que exista pleno acuerdo sobre cuál es el más adecuado. Suelen presentarse como alternativas los de

violencia intrafamiliar y violencia doméstica, aún cuando algunas legislaciones de los países de la región utilizan uno u otro término como sinónimos.¹

La violencia intrafamiliar pone énfasis en las relaciones entre los integrantes de un grupo familiar e incluye como posibles víctimas de la violencia a todos los miembros de la familia (niños y niñas, adultos mayores, hombres y mujeres), considerando las agresiones ocurridas tanto en el hogar como fuera del mismo. El uso del concepto de violencia intrafamiliar oscurece el hecho de que las principales víctimas de la violencia son las mujeres y que esta violencia es ejercida principalmente por hombres, en un contexto de discriminación social y cultural.

El concepto de violencia doméstica tiene una trayectoria social originada en los movimientos de mujeres, donde ha adquirido un significado de denuncia de formas de abuso de poder de hombres sobre mujeres, entendido históricamente como un asunto privado y fuera del alcance de la ley. Aunque el marco explicativo atiende a las desigualdades de género, en nuestra opinión el término violencia doméstica, al igual que el de violencia intrafamiliar, no traduce de manera adecuada las relaciones de desigualdad que están en su base, resultando además inadecuado para casos de violencia ejercidos por una pareja anterior, una de las causas más frecuentes de los feminicidios.

Considerando que ninguno de los términos mencionados da cuenta específicamente de la situación de violencia que se ejerce en contra de la mujer por parte de su pareja, como una manifestación de la violencia sexista, en el presente trabajo se utilizará el concepto de “*Violencia contra la mujer por parte de su pareja*”, entendiendo esta categoría como una de las formas que adopta la violencia intrafamiliar y como una manifestación de la violencia sexista en el ámbito familiar y de las relaciones afectivas.

2. La magnitud y características del problema

En Chile son escasos y carentes de periodicidad los estudios de prevalencia de la violencia contra la mujer en sus distintas formas, siendo esta una de las necesidades más urgentes de abordar desde las políticas públicas. Un estudio de prevalencia encargado por SERNAM y publicado en 2002 que compara algunas regiones, da cuenta de que en la Región Metropolitana la mitad de las mujeres de 15 a 49 años de edad (un 50,3 por ciento) ha vivido alguna forma de violencia en la relación de pareja (física, psicológica o sexual) mientras que en la Región de la Araucanía la proporción es levemente menor, alcanzando un 47,1 por ciento. El estudio permitió establecer por primera vez la prevalencia de la violencia sexual en las relaciones de pareja. En la Región Metropolitana un 14,9 por ciento de las mujeres, actual o anteriormente casadas o en convivencia, vive violencia sexual, mientras que en la Araucanía (población urbano-rural e indígena) el porcentaje es de un 14,2 por ciento.²

La misma investigación informa que la Violencia en la pareja está presente en todos los estratos socioeconómicos, si bien el porcentaje aumenta en los sectores de menor ingreso. Así, en la Región Metropolitana un 38,8 por ciento de las mujeres de estrato socioeconómico alto y medio-alto ha vivido situaciones de violencia en la pareja. El porcentaje sube un 44,8, en las de sectores medios, mientras que en sectores bajos asciende a un 59,4. Por su parte, en la Región de la Araucanía, un 33,8 por ciento de las mujeres de estrato socioeconómico alto y medio-alto ha vivido situaciones de violencia en la pareja, porcentaje que sube a un 45,8 en sectores medios y a un 50 por ciento en los sectores bajos. La correlación pobreza – violencia es relativizada por un análisis realizado por SUR para la División de Seguridad Ciudadana (2004), que georeferencia las denuncias de Violencia Intrafamiliar en Santiago. Al mostrar cómo las tasas de denuncia aumentan

¹ Bolivia utiliza el concepto de violencia contra la mujer, Brasil violencia doméstica y Chile y Costa Rica violencia intrafamiliar. En España, el año 2004 se aprobó la Ley Integral contra la Violencia de Género.

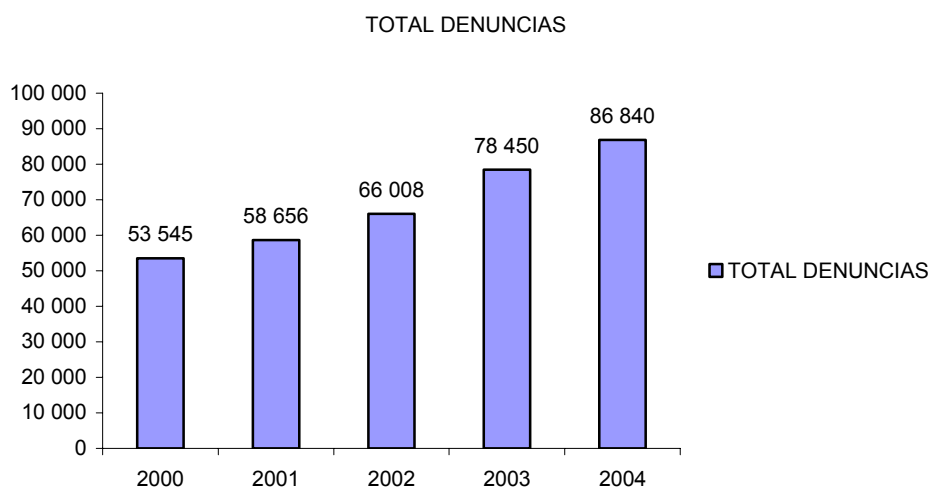
² Urzúa y otros autores, 2002.

notoriamente en los barrios de vivienda social, que no son todos los barrios habitados por población de escasos recursos, se concluye que no es la pobreza en sí misma, sino el hacinamiento el factor que tiene una correlación más alta con la violencia intrafamiliar.

Por otra parte, el primer estudio sobre *femicidio* o *feminicidio* en Chile, realizado con fuentes judiciales³, concluye que un grupo de 84 asesinatos de mujeres registrados entre 2001 y 2002 - la mayoría de ellos cometidos en el espacio de las relaciones íntimas – pueden ser atribuidos a razones de género, en el sentido de que muestran como patrón común el intento de dominación, posesión y control sobre las mujeres. Sin embargo, se constata la imposibilidad de cuantificar la magnitud real de los feminicidios, ya que la ausencia de información estadística respecto del sexo de las víctimas y del vínculo con el agresor, impide identificar cuándo se trata de mujeres asesinadas por razones de género.

Otra forma de medición de la violencia contra las mujeres en la relación de pareja es ofrecida por el registro que desde el año 2000 está realizando Carabineros de Chile, y que está siendo informada por el Ministerio del Interior junto a los delitos de “mayor connotación social” en el sitio web de Seguridad Ciudadana. Todos los años se ha registrado un incremento de denuncias por Violencia Intrafamiliar, llegando a las 86.840 en 2004, como se aprecia en el gráfico. Es probable que este incremento no se deba al aumento de casos sino a una mayor disposición a denunciar. No obstante, da cuenta de cómo la Violencia Intrafamiliar se ha convertido en un problema de seguridad ciudadana. Las denuncias de registradas por Carabineros en 2004 corresponden aproximadamente al 20% de los Delitos de Mayor Connotación Social. Aproximadamente el 90% de las denunciadas son mujeres.

Gráfico 1
DENUNCIAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR A NIVEL NACIONAL
AÑO 2000 A 2004 (CARABINEROS DE CHILE)



Fuente: División de Seguridad Ciudadana, Ministerio del Interior, julio 2005.

³ Rojas Soledad (coordinadora) y otras, 2004.

Para el año 2005, las cifras de denuncia policial volvieron a subir, llegando a 93.404 para todo el país, de las cuales 33.645, algo más de la tercera parte, corresponden a La Región Metropolitana. En las comunas consideradas en este estudio, la de mayor cantidad de denuncias en el año 2005 fue La Florida, con 1.667. La comuna de Quinta Normal registró 399 denuncias y la de Independencia 272.⁴

En un nivel algo mayor que el de las cifras policiales, el año 2004 se realizaron 106.000 denuncias por violencia intrafamiliar en los juzgados civiles. Por otra parte, en las tres primeras semanas de funcionamiento desde la creación de los tribunales de familia el primero de octubre del año 2005 (1 al 24 de Octubre de 2005) se registraron 5.570 causas de violencia intrafamiliar, equivalentes a un 22% de las causas ingresadas. Muchas de estas causas están siendo derivadas al nuevo sistema penal, sin que pueda establecerse por ahora cuáles serán las cifras máximas a las que llegará la demanda a los tribunales y las demandas asociadas de patrocinio jurídico

Finalmente, en los servicios de salud, el 51,4% de las mujeres con pareja, usuarias del Programa de Depresión, refirieron haber vivido hechos de violencia durante los últimos 2 meses⁵. El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud (2001), estima que 336 de cada mil mujeres entre 15 y 65 sufre algún grado de violencia en sus relaciones familiares, y que por cada 1000 mujeres atendidas en la Atención Primaria de Salud, 60 presentarían una situación de violencia grave en el hogar que motiva una consulta por otros motivos. No obstante, se estima que por carecer de un estatuto específico dentro de las categorías de atención en salud, la demanda de atención por violencia intrafamiliar o doméstica está subregistrada.

En síntesis, pese a que los registros son aún muy insuficientes como para dimensionar la violencia contra la mujer por su pareja, los avances legislativos y judiciales, así como la creciente conciencia social sobre el problema están generando una progresiva presión sobre los servicios públicos.

3. La violencia contra la mujer en las políticas públicas chilenas: breve trayectoria

La Violencia en contra de las mujeres es uno de los temas emblemáticos con los que en Chile se instalan las políticas dirigidas a superar las desigualdades y las discriminaciones vividas por las mujeres. Al crearse en 1990 el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), se recoge esta demanda específica del movimiento de mujeres – que la venía denunciando desde los años '80 como una violación a los derechos humanos - a través de la instalación un Programa de Violencia Intrafamiliar. Desde aquí se impulsa la creación de centros comunales de atención, bajo metodologías integrales y se inicia un trabajo de difusión y sensibilización a la sociedad sobre el problema.

Tal vez el hito de mayor significación en las políticas públicas es la aprobación en 1994 de la Ley 19.325 de Violencia Intrafamiliar, una iniciativa parlamentaria que recoge propuestas de la sociedad civil y que es tramitada con cierta expedición una vez que el gobierno le entrega su patrocinio. Si bien el término *intrafamiliar* es rechazado por las organizaciones feministas, debido a que saca el foco de las principales afectadas, las mujeres, esta norma logró instalar por primera vez en Chile la responsabilidad concreta de actuación del Estado y los gobiernos sobre la violencia contra la mujer desde una óptica nueva para los poderes públicos: la caracteriza como una práctica abusiva inaceptable para la sociedad chilena. De esta manera se abre paso a

⁴ www.seguridadciudadana.gob.cl Cifras delictuales: Serie datos 2001-2005

⁵ Minsal-Universidad de Chile, 2002, citado en: Martínez y otras, c.2005. p. 8.

la comprensión del vínculo de esta violencia con las desigualdades de género en la vida familiar.

El sector salud fue el primer convocado a asumir tareas en este campo, al establecerse en esa norma a los Centros Comunales de Salud Mental como espacio para prestar atención a las víctimas. La ley también facilitó la articulación entre el Servicio Nacional de la Mujer y otros organismos públicos, abriendo un fructífero período en que este servicio desarrolló programas de capacitación a jueces, funcionarios públicos y policías en todo el país.

A partir de 2001, SERNAM implementa el Programa Centros de Prevención y Atención en Violencia Intrafamiliar, el cual es ejecutado externalizando los servicios. Los centros, que en 2006 alcanzan la cantidad de 23, están conformados por equipos interdisciplinarios (Abogados, Psicólogos, Asistentes Sociales) que brindan atención especializada e integral a quienes viven situaciones de violencia intrafamiliar y desarrollan estrategias de prevención en el tema.

Luego de un proceso de evaluación y recogiendo críticas operativas y conceptuales de la sociedad civil y de los propios tribunales de justicia, la ley de Violencia Intrafamiliar fue revisada y sustituida por la Ley 20.066, que convierte en delito la violencia intrafamiliar que cae bajo la tipificación de maltrato habitual, y establece de manera más precisa las responsabilidades del Estado.⁶ Entre los deberes de gobierno destaca el de elaboración anual de un Plan tendiente a dar respuesta y controlar el problema, otorgando mayores atribuciones a SERNAM para liderar y coordinar la acción de los organismos públicos pertinentes.

Los procesos de reforma del Estado han creado por su parte, espacios favorables para mejorar la respuesta pública hacia la violencia contra la mujer. Particular importancia ha adquirido la reforma al sistema judicial. La revisión de la ley de Violencia Intrafamiliar empalmó con la creación de los Tribunales Familia (Ley 19.968), que se concreta en 2005, a los cuales se entrega la función de tramitar causas en esta materia, o bien de canalizarlas al también recientemente reformado sistema de justicia penal. Por la juventud de estas iniciativas, está pendiente su seguimiento y evaluación. El sistema penal presenta complejos desafíos para la aplicación de la nueva ley VIF y está siendo objeto de un intenso escrutinio público que incluye entre otros temas, su capacidad de actuar en casos de *femicidio*, o asesinato de mujeres por razones de género, de frecuente ocurrencia en el país.

Otro espacio favorable dentro de la Modernización del Estado han sido los Programas de Mejoramiento de la Gestión (PMG), en el Área de Equidad de Género, exigidos por el Ministerio de Hacienda a todos los organismos dependientes del Ejecutivo entre 2001 y 2005. El PMG de género exige la desagregación por sexo de toda la información relativa a usuarios/as o destinatarios/as de la gestión, y la revisión los productos estratégicos de cada servicio para que incorporen un enfoque de equidad de género. Entre los organismos que por esta vía integraron la problemática de la Violencia contra la Mujer destaca el Ministerio del Interior, cuya División de Seguridad Ciudadana empezó a publicar periódicamente las cifras y tasas de denuncias en Violencia Intrafamiliar, y a mejorar su coordinación con la policía y el Ministerio Público para mejorar y unificar los registros de distinto origen. Por su parte, el programa “Comuna Segura”, de esta División establece la variable “Tasa de denuncias en Violencia Intrafamiliar” como una de las que determinan el ingreso de una comuna al programa. Este incluye un sistema de fondos concursables abiertos a organizaciones locales, entre los que se incentiva la presentación de proyectos para prevenir la violencia intrafamiliar. En el ámbito de

⁶ La Ley N° 20.066 se promulga en octubre de 2005, sustituyendo la Ley N° 19.325 de 1994. Reconoce los derechos de la mujer contenidos en la Convención de Belem Do Pará, y establece como políticas públicas imperativas las tareas de la prevención, sanción y erradicación de la violencia en contra de la mujer. Califica la conducta de maltrato como delito infraccional civil, entregándole su conocimiento a los Juzgados de Familia. Cuando el maltrato es habitual, lo califica como delito y entrega la competencia y conocimiento de ellos a los actuales Tribunales Orales y de Garantía.

la Salud, finalmente el PMG de género de FONASA (Fondo Nacional de Salud) dio lugar a la inclusión en el Plan AUGE de la atención de lesiones producidas por la violencia intrafamiliar.⁷

Distintas evaluaciones de las políticas públicas en la materia reconocen estos avances, pero resaltan su insuficiencia para dar respuesta a una problemática de gran envergadura, multidimensional y de fuertes raíces culturales. Las propuestas de política integral (SERNAM, 2005), señalan vacíos importantes en materia de prevención de este abuso y de protección a las mujeres que lo viven, llamando a la vez a mejorar sustancialmente la atención directa, ampliando la cobertura y coordinando esfuerzos de atención en salud, asistencia social, refugio, apoyo legal y policial.

Desde la sociedad civil, la violencia doméstica y sexual en contra de las mujeres ha constituido un objeto permanente de acción desde la década de los 80, y durante todo el período democrático iniciado en 1990. Esta acción se ha centrado tanto en su denuncia como una violación a los Derechos Humanos, como en la exigencia de acción estatal en cumplimiento de la normativa internacional vigente en el país. Aunque sin un carácter masivo, en distintos puntos del país se registran periódicamente actividades de organizaciones sociales y organismos no gubernamentales asociadas en la Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual. Pese a la actual carencia de recursos públicos, privados y de cooperación internacional dirigidos a la sociedad civil, estos organismos han sido pioneros en la oferta de servicios y modelos integrales de atención a mujeres víctimas de la violencia de pareja, existiendo hoy algunas casas de refugio para mujeres en grave riesgo. En el plano de la denuncia pública, la velocidad con que el término *femicidio* se instaló en la prensa y la opinión pública a partir de un libro publicado en 2004 por la Red Chilena contra la Violencia hacia la Mujer, da cuenta del impacto de estas organizaciones en una acelerada expansión de la demanda social hacia una mejor intervención de los tres poderes del Estado en este campo.

⁷ El Plan AUGE o Sistema de Garantías Explícitas en Salud es un área relevante de la reforma de la Salud en Chile, que configura un conjunto de garantías de oportunidad, prestaciones y financiamiento en morbilidades establecidas como prioritarias. FONASA es el organismo encargado de definir la “canastas de prestaciones” requerida por cada morbilidad y el valor de cada atención que ésta incluye.

II. La respuesta del sector salud

1. Políticas implementada desde el sector Salud en respuesta a las mujeres que viven violencia en la relación de pareja

El Sector Salud ha acumulado en Chile una significativa experiencia en el desarrollo de intervenciones y modelos para el abordaje de la violencia contra la mujer en la relación de pareja. Esa experiencia se desarrolla fundamentalmente a partir de la promulgación de la Ley 19.325 de Violencia Intrafamiliar, en agosto de 1994, la que impuso al sector una responsabilidad frente a este problema y contribuyó a que lentamente esta forma de abuso, así como sus consecuencias y su prevención se posicionaran como una problemática significativa para la salud pública nacional.

Dicha Ley mencionaba específicamente a los Centros Comunitarios de Salud Mental, (COSAM) como una de las instituciones encargadas de entregar atención psicológica a mujeres y hombres derivados desde los Tribunales Civiles. Con el objeto de apoyar la labor que desarrollaban los profesionales de la salud pública y dar una respuesta adecuada a la nueva demanda, se llevó a cabo acciones de capacitación y se elaboraron desde el Ministerio de Salud orientaciones técnicas para la atención de la violencia intrafamiliar, quedando radicado en el nivel local el desarrollo de modelos concretos de intervención.

Todos los COSAM tuvieron en algún momento un subprograma de violencia intrafamiliar (VIF) o profesionales que se encargaba de manera específica de esta problemática. En los COSAM también se atendió a los hombres que ejercían violencia, que eran derivados desde los Tribunales Civiles, así como a niños y niñas víctimas de maltrato infantil. La mayoría de las mujeres ingresaban al programa referidas por los Tribunales Civiles competentes en esta materia, por los Consultorios de Atención Primaria ubicados en la misma unidad territorial que el COSAM, o por consulta espontánea. También las mujeres que vivían violencia eran detectadas por profesionales de otros subprogramas del COSAM y derivadas internamente al programa VIF. En los COSAM también se atendió a los hombres que ejercían violencia, que eran derivados desde los Tribunales Civiles y a los niños y niñas víctimas de maltrato infantil.

Cada COSAM desarrolló su propio modelo de atención para mujeres que vivían violencia doméstica, con base en las orientaciones desarrolladas por el Ministerio de Salud y la capacitación recibida, no existiendo un modelo común que hiciera comparable la metodología utilizada y la efectividad de las intervenciones.

Actualmente la realidad de los COSAM es aún más diversa, pues el Ministerio de Salud ha establecido en el transcurso de los últimos años que forman parte del nivel secundario de atención en salud, existiendo distintos grados y modalidades de inserción en este nuevo enfoque, que se agregan a los modelos previamente desarrollados.

En el ámbito ministerial, durante el primer periodo de la aplicación de la Ley de Violencia Intrafamiliar, esta problemática queda radicada en las unidades de Salud Mental del Ministerio y de los Servicios,⁸ en la cuales existió un profesional encargado del Programa de Violencia Intrafamiliar. Desde estas unidades se desarrollaron importantes iniciativas, entre las que destaca la elaboración del Manual de Apoyo Técnico para las acciones de Salud en Violencia Intrafamiliar (MINSAL, 1998) y la inclusión de la violencia intrafamiliar como un segundo diagnóstico de Salud Mental. El Servicio de Salud Metropolitano Occidente, por su parte, diseñó e implementó (1998), un sistema de registro unificado de los casos de violencia intrafamiliar, siempre en el marco del Programa de Salud Mental. La conformación de redes territoriales para el abordaje de la violencia intrafamiliar es impulsada también desde estas unidades, con la finalidad de coordinar las diferentes instituciones que participaban en la atención de mujeres y generar instancias de sensibilización y prevención respecto de esta temática a nivel comunal.

La falta de registros adecuados que permitieran conocer efectivamente cuál era la real dimensión y demanda de esta problemática para el sector salud y cuáles eran las necesidades y perfil de la población atendida en esta materia, motivó la elaboración de una Ficha de Seguimiento Epidemiológico de los casos de violencia intrafamiliar. Con esta ficha se pretendía además hacer comparable la información de los diferentes Servicios de Salud. Se desarrolló además un software, capaz de procesar la información en ella registrada. Para la difusión y conocimiento público de esta ficha, en el año 1998 la Unidad de Salud Mental del Servicio de Salud Metropolitano Occidente publicó el libro, “Sistematización de Acciones en Violencia Intrafamiliar”. En él se realiza una breve reseña de la trayectoria del SSMOC en la materia y se da a conocer la Ficha de Seguimiento Epidemiológico, se muestra el formulario para la realización del informe semestral de los casos de violencia intrafamiliar atendidos y se entrega una propuesta de informe para los juzgados civiles desde el sector salud. Sin embargo, esta ficha fue implementada por un corto periodo, pues no existió una normativa que obligara a los servicios a utilizarla.

⁸ Un Servicio de Salud es un organismo estatal, funcionalmente descentralizado, dotado de personería jurídica y patrimonio propio. Depende administrativamente del Ministerio de Salud, debiendo cumplir con las políticas, normas y planes generados por dicha secretaría de estado. Es responsable de la red de establecimientos públicos de distinto nivel situados en su territorio. En Chile existen 28 servicios de Salud distribuidos en sus 13 Regiones.

RECUADRO 1
LOS CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL (COSAM)
MODELOS LOCALES DE INTERVENCIÓN

A pesar de las diferencias de enfoques teóricos y metodológicos, en los modelos implementados por los diferentes COSAM existieron y existen aún algunos elementos comunes. En todos ellos hay una primera instancia que es la *Entrevista de Ingreso*, cuyo objeto es conocer los antecedentes de la persona que consulta y su situación, entregar un primer apoyo y contención emocional y definir el tipo de intervención requerida. Dependiendo de sus necesidades y la gravedad de la violencia que vivían, las mujeres eran derivadas a diferentes servicios que ofrecían, y en algunos casos siguen ofreciendo, los COSAM:

- Evaluación Psicosocial, realizada por una Asistente Social.
- Orientación social y legal, generalmente entregada por una Asistente Social
- Atención individual, realizada usualmente por una psicóloga. Esta intervención puede ser combinada con una de tipo grupal.
- Intervención grupal, la que, según el COSAM que la realice puede constar de grupos cerrados, mixtos y abiertos y tener un énfasis psicoeducativo o más bien terapéutico.

La intervención de los COSAM incluye a menudo los siguientes elementos adicionales, entendidos como parte de una atención integral:

- Visitas domiciliarias.
- Elaboración de Informes a Tribunales.
- Elaboración de Informes Sociales.
- Derivación a redes.

El modelo implementado por todos los COSAM tiene un énfasis importante en el *enfoque de red*, lo que implica distintos niveles de coordinación con instituciones que de una u otra manera están vinculadas a la temática, tales como Carabineros de Chile, Consultorios de Atención Primaria, Centros de Referencia en Salud (CRS), Unidades de Salud Mental de los hospitales, por mencionar los más frecuentes. En los espacios territoriales en los que existen redes temáticas vinculada a la violencia intrafamiliar, los COSAM han tenido una activa participación y en muchas comunas han liderados estas iniciativas.

Otra línea de actuación del MINSAL en respuesta a la Violencia Intrafamiliar son los lineamientos entregados a los equipos PRAIS (Programa de Reparación y Atención Integral en Salud y Derechos Humanos)⁹ entre 1995 y 1996, recomendando incorporar como población objetivo a las personas afectadas por violencia intrafamiliar. Este propósito fue objetado por algunos equipos profesionales, teniendo en cuenta que los beneficiarios del programa conforman un conjunto delimitado por normas taxativas. Por otra parte, se argumentó que no correspondía mezclar problemas vinculados a la violencia de Estado con la violencia producida al interior de la familia. En este marco, la posibilidad de atender la violencia intrafamiliar estaría dada por su inclusión como una de las secuelas de la represión. En la práctica, cada equipo PRAIS de acuerdo a sus definiciones asumió o no la atención de las víctimas de violencia intrafamiliar. Al igual que en los COSAM no existió un modelo común para abordar esta problemática en los equipos PRAIS. Aquellos que asumieron la atención de mujeres que vivían violencia de parte de sus parejas, lo hicieron de acuerdo a las orientaciones generales del Ministerio de Salud en la materia, las capacidades internas de los profesionales de cada equipo y la realidad local en que estaban insertos, principalmente en lo

⁹ El PRAIS, nació en 1991 como respuesta del sector salud al compromiso de reparación asumido por el Estado con los familiares y víctimas de la represión política ocurrida durante el período de la dictadura (1973-1990) en Chile. Garantiza a sus beneficiarios/as el acceso gratuito a todas las prestaciones de salud disponibles en todos los establecimientos de la red pública de salud, y el tratamiento de las secuelas en la salud mental, consistente en: atención psiquiátrica, psicoterapia individual, familiar y grupal, intervenciones psicosociales, entre otras. Existe un equipo PRAIS en cada uno de los Servicios de Salud del país. (información en: www.INP.cl y en [www.minsal.cl/salud mental](http://www.minsal.cl/salud%20mental)).

que se refiere al trabajo en red. En los últimos años se ha ampliado la acción de este programa, elaborándose nuevas normas técnicas, en las cuales no se hace mención a esta problemática.¹⁰

A partir del año 2001 la violencia intrafamiliar es definida como una prioridad programática del Ministerio de Salud, en el área de Salud Mental. El “Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría” (2001), que incluye entre su población objetivo la atención de mujeres y adultos mayores afectados por violencia intrafamiliar, así como la de niñas, niños y adolescentes afectados por maltrato.¹¹

La evaluación de la implementación del Programa de Depresión, orientado principalmente hacia las mujeres que acuden a los consultorios familiares de atención primaria, permitió establecer que existía una estrecha relación entre la depresión y la violencia doméstica. Como se señaló en la sección anterior, se detectó que más de la mitad de las usuarias de este programa que tenían una pareja, vivía violencia doméstica. La alta prevalencia de la violencia y la negativa influencia de ésta en la efectividad del tratamiento de la depresión, hizo necesaria la incorporación de la violencia que viven las mujeres de un modo más específico.

En esa dirección, los equipos encargados de la atención de pacientes con diagnóstico de depresión en los distintos niveles fueron capacitados para subsanar esta situación y contar, de este modo, con herramientas para que la atención de estas mujeres tuviera como foco no sólo la sintomatología depresiva sino también la violencia doméstica, sin embargo esto no significó un cambio sustantivo en el tipo de atención que se brindaba a estas mujeres. Es así como el Ministerio de Salud, en alianza con SERNAM, encarga a una consultora externa la elaboración de un modelo específico de intervención en violencia para el Sector Salud.

En el año 2003 se realizó una aplicación piloto del *Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento de las Personas Afectadas por Violencia Intrafamiliar* en tres centros familiares de salud, del Servicio de Salud Metropolitano Occidente. A partir de esta aplicación piloto, se crea un modelo de intervención integral en violencia intrafamiliar, que considera la intervención médica y psicosocial, a nivel individual, grupal y familiar a personas afectadas por esta problemática.

El modelo puede considerarse como una síntesis y perfeccionamiento de las experiencias de los COSAM, en la que se ha avanzado en la protocolización de los procedimientos, desarrollando instrumentos detallados para cada etapa de la intervención. La finalidad es brindar una atención tendiente a favorecer la protección de la mujer, eliminar la violencia, disminuir las consecuencias de la violencia en las mujeres y sus familias y desarrollar habilidades alternativas a la violencia. El modelo otorga gran importancia a la coordinación interinstitucional y el trabajo en red, incluyendo roles definidos para los distintos actores institucionales locales, principalmente los del nivel secundario en salud y del sector judicial.

¹⁰ Se trata de dos normas de diciembre 2005: una sobre el artículo 7° de la ley 19.980, y la otra sobre artículo 10 de la ley 19.992. La ampliación del accionar de este programa, responde a una agenda judicial y gubernamental más activa en relación a la violación de derechos humanos ocurridas durante la dictadura, y a situaciones que han causado conmoción pública, como los errores cometidos en la identificación de víctimas de la dictadura exhumados desde una fosa común del Cementerio General de Santiago. Nuestro estudio no abarcó entrevistas a los equipos PRAIS actuales, quedando abierta la pregunta sobre la incidencia y atención de la violencia de género como secuela de la represión. Subyace a esta pregunta un debate más amplio sobre la consideración de la violencia de género como una violación a los derechos humanos por parte de los agentes institucionales y políticos que se ocupan de éstos.

¹¹ Cabe observar que las iniciativas revisadas sobre atención a Violencia Intrafamiliar no incluyen orientaciones específicas para abordar la violencia en contra de las niñas. Esta es entendida como una manifestación de maltrato infantil y no como una problemática específica. Por otra parte, no existe un modelo unificado para el abordaje del maltrato infantil en salud. Sin embargo el Ministerio de Salud ha desarrollado orientaciones para los equipos que atienden esta problemática. Entre ellas se encuentran las “Orientaciones Técnicas y Programáticas en Maltrato Infantil” (1998). Del mismo modo, algunas unidades especializadas en atención de niños y niñas han desarrollado modelos de intervención en maltrato infantil y han elaborado manuales y guías de orientación para los profesionales. Uno de estos servicios es el Hospital Roberto del Río que produjo “Maltrato Infantil, Guía Clínica”. Ninguna de estas orientaciones utiliza un enfoque de género para abordar la violencia en contra de las niñas.

Recuadro 2
MODELO DE INTERVENCIÓN INTEGRAL EN VIOLENCIA
INTRAFAMILIAR PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA¹²

Este modelo, que en 2006 se implementaría en 60 centros del nivel primario de atención, contempla las siguientes fases o etapas:

1. Detección: En esta primera etapa los/las profesionales del salud realizan la aplicación de un **Instrumento de Tamizaje¹**, destinado a pesquisar situaciones de violencia en el servicio maternal, el Programa de la Mujer y el Programa de Depresión.

2. Intervención de primer orden y diagnóstico: Esta fase tiene como finalidad fortalecer los recursos personales y relacionales en las mujeres, favoreciendo su protección y su vinculación a recursos de atención especializada. Para este fin se elaboró un detallado **Instrumento de Diagnóstico en Violencia Intrafamiliar**, que permite establecer las características y grados de la violencia hacia la mujer de parte de su pareja y determinar el diseño más adecuado de la intervención para cada caso. Aquellas mujeres que presentan un perfil leve a moderado y sin factores de riesgo vital, serán la población objetivo del Programa en el Nivel Primario. Las que presentan perfiles de moderados a severos serán derivadas al nivel secundario de atención.

Intervención Integral. Esta fase contempla tres modalidades de intervención, que están apoyadas en una **Guía Clínica** y un **Protocolo de Grupo**. La principal es la Intervención Psico-social de Grupo, prevista para 12 sesiones de 2 horas cada una. Se recurre a la Atención Individual en casos especiales. Se considera también una Intervención Familiar, que incluye a personas significativas del entorno inmediato de la mujer, exceptuando a quien ejerce abuso.

Intervenciones Complementarias. Además de las fases señaladas, el modelo considera otras formas de intervención tales como: visita domiciliaria; control y seguimiento de casos; tratamiento farmacológico; consulta social y/o consulta jurídica.

Cada mujer puede recibir algunas o todas estas prestaciones, dependiendo de sus necesidades y características y de la situación de violencia que vive.

El *Programa* fue instalado en el año 2004 en 30 centros de atención primaria del país y para el año 2006 se ha proyectado duplicar la cantidad de centros en los que se desarrolla.

Con base en este modelo, en el año 2005 el Ministerio de Salud publicó la “Guía Clínica para la Atención Primaria. Violencia Intrafamiliar, detección, diagnóstico y tratamiento” en la que se describe el modelo de intervención para los casos de violencia doméstica. Junto con esta publicación, se desarrolló un manual de procedimientos para la intervención en violencia intrafamiliar en Atención Primaria y una cartilla educativa.

Las iniciativas del Ministerio y los Servicios de Salud en relación a la violencia contra la mujer en la relación de pareja han ido más allá de los marcos de la atención primaria y de la salud mental. En el año 2004, la Subsecretaría de Salud difunde el documento “Cómo contribuir a prevenir y controlar la violencia” elaborado por el Programa Intersectorial de Violencia, que atribuye a los servicios de urgencia un papel de importancia en el monitoreo de la Violencia y lo propone como pieza relevante de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica. En este marco se difunde un Formulario para el Monitoreo de la Violencia. Uno de los problemas relevantes en el papel de los servicios de urgencia en salud frente a la violencia de pareja y otras formas de violencia de género es la insuficiencia de los registros de atención, que señalan la lesión o daño sin precisar las causas, desatendiendo en particular la relación entre agresor y agredido/a. Aunque aún no se generaliza su aplicación, la iniciativa es importante, ya que además de registrar distinto tipo de violencia (intrafamiliar, sexual, autoinfligida, colectiva, etc.), consigna la relación de la persona afectada con el agresor.

¹² Basado en el capítulo III de “Entre territorios y Sentidos. Evaluación de un Modelo de Atención en Violencia hacia la Mujer en Atención Primaria de Salud Centro Clínico y de Investigación”. Corporación La Morada.

A partir de la Reforma Procesal Penal, el Ministerio de Salud, constituyó una mesa de trabajo con la Fiscalía Nacional a partir de la cual se elaboró un protocolo para la atención de los casos de violencia sexual (2004).¹³ El documento que lo difunde se sustenta en la Ley de Delitos Sexuales (1999) - una norma que actualiza las concepciones legales en materia de derechos sexuales y reproductivos - y está alineado con las concepciones de derechos sexuales y reproductivos presentes en distintos instrumentos internacionales e incluye las desigualdades de género como factor relevante en la violencia sexual. Hace una referencia especial a la violencia sexual en el contexto de las relaciones de pareja: señalado: “Es necesario considerar que es probable que para muchas personas resulte aún difícil conceptualizar el acto sexual no consentido por la pareja, como un delito. Por ello es necesario enfatizar, en la capacitación del personal de salud, que constituye un delito de violación cometido en contra del cónyuge o conviviente, con quien se hace vida en común y que la atención de la víctima debe cumplir rigurosamente las normas y realizarse de acuerdo a la presente guía clínica.”

A partir del trabajo conjunto con la Fiscalía Nacional se dispuso la creación, en los servicios de urgencia, de una sala especial para la realización del examen ginecológico de las víctimas de delitos sexuales, que cuente con la privacidad adecuada y todo el instrumental necesario para dicho examen pericial. La disposición está empezando a ser implementada, avanzando en la constatación de lesiones producto de estos delitos.

Tanto la norma sobre delitos sexuales, como la reciente modificación (2005) a la Ley de Violencia Intrafamiliar, que la definió como un delito, complejizan el papel de estos servicios en la atención de las víctimas de la violencia de género, tensionando sus prácticas y concepciones respecto de su misión.

Por su parte, FONASA (Fondo Nacional de Atención a la Salud, organismo que financia la atención que prestan los servicios públicos de salud y define el valor y tipo de las prestaciones que son financiadas) aborda el problema de la violencia de género en el marco de sus Programas de Mejoramiento de la Gestión (PMG) en el Área Equidad de Género. FONASA advierte que el Ministerio de Salud, a través del área de salud mental, ha cubierto los problemas psicológicos derivados de la violencia física y sexual y los propios de violencia psicológica, pero que no ha existido una preocupación similar por las secuelas físicas producto de la violencia física y sexual. Es así como se aboca a elaborar un producto integral orientado a la rehabilitación de las consecuencias físicas que pueden enfrentar las mujeres agredidas físicamente.

En el año 2005 se realiza un breve estudio con el fin de determinar cuáles eran las principales causas por las cuales eran atendidas las mujeres en los servicios de urgencias. Con base en registros de atención y entrevistas a las y los especialistas que las entregaban, se analizaron casos ingresados a posta de urgencia del San Juan de Dios, a las unidades odontológicas de urgencia y al Instituto Traumatológico, concluyendo que entre las lesiones con secuelas físicas graves más frecuentes, se ubicaban principalmente los traumatismos de piezas dentales y los traumatismos de extremidades superiores, específicamente los de muñeca.

A partir de la información obtenida en este estudio, se decide desarrollar dos experiencias pilotos de tratamiento de estas lesiones con la finalidad de detallar las atenciones requeridas hasta su recuperación, y establecer el costo de ellas.

Los resultados de estas experiencias piloto fueron utilizados para generar una canasta de prestaciones, dirigida a la rehabilitación física de dichas lesiones, de acuerdo a los distintos niveles de compromiso de los órganos que hayan sido afectados. Estas prestaciones serán incorporadas en el presupuesto de 2006 y estarán al alcance de las personas en 2007.

¹³ “Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual”.

En síntesis desde la llegada de la democracia en 1990 y con la promulgación de leyes que han puesto en el tapete el problema de la violencia que sufren las mujeres de parte de sus parejas, el Ministerio de Salud ha ido incorporando crecientemente esta problemática en sus planes y programas,¹⁴ en un proceso muy dinámico que - aún cuando no llega a responder a cabalidad a las necesidades existentes, ofrece interesantes perspectivas de avance. Las iniciativas descritas reconocen diversos impulsos, además de los provenientes del propio ministerio. Entre otros, ha incidido el Programa de la Mujer, La Salud y el Desarrollo de la OPS, que ha mantenido un diálogo permanente con el Ministerio.

En este camino, se ha ido advirtiendo el carácter integral de la violencia contra la mujer en la pareja y la importancia de operar de manera intersectorial y coordinada entre diferentes instancias públicas.

En las próximas secciones se intenta una radiografía de los logros y los desafíos pendientes en la implementación práctica de estos avances, y las áreas específicas de desarrollo de capacidades institucionales donde se concentran los principales nudos.

2. La atención a la violencia contra la mujer en el nivel primario

Para caracterizar las respuestas que está entregando en la práctica el nivel primario de atención en salud, se seleccionó tres tipos de centros de este nivel, de acuerdo al grado de implementación del modelo de atención diseñado para esta finalidad: uno donde se partió con el plan piloto y se sigue aplicando el modelo (Centro de Salud Familiar Garín) un segundo donde el programa se instaló más recientemente y aún no forma parte de las actividades habituales del consultorio (Consultorio Cruz Melo) y uno donde no se ha instalado el programa (Consultorio Bellavista). En todos ellos se entrevistó a personal que realiza distintas funciones. También se consultó a la Jefa del Departamento Modelo de Atención del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC).

Los servicios de atención primaria en salud enfrentan cotidianamente el problema de la violencia contra la mujer, en las distintas unidades a las que llegan las mujeres con sus hijos y/o en busca de atención para su propia salud. Tradicionalmente, como señaló una entrevistada, la violencia era considerada “un tema de la asistente social”, que acogía a las mujeres y las orientaba hacia otros apoyos. Como se relató en la sección sobre trayectoria de la salud, el problema empieza a ser considerado como una tarea sanitaria a partir de la instalación del programa de salud mental, que recibe una gran demanda de atención de depresiones, originadas muchas de ellas – según se detectó – en situaciones de violencia doméstica. Es así como el MINSAL desarrolla un Modelo para la atención de mujeres que viven Violencia Intrafamiliar en el Nivel Primario. El *Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento de las personas afectadas por Violencia Intrafamiliar* fue instalado como experiencia piloto en el año 2004 en 30 centros de atención primaria, para ser implementado por la Unidad de Salud Mental de cada centro del nivel primario.

La instalación del tema de la violencia contra la mujer en Salud Mental puede ser valorada desde dos ángulos opuestos. Por un lado, otorga al problema una entidad como problema de salud pública, que nunca había tenido. Por otro lado, al entrar como Salud Mental se desperfila la violencia contra la mujer. Adicionalmente, la propia área de Salud Mental – un campo de acción de psicólogas/os - enfrenta dificultades para legitimarse en un sistema medicalizado y hegemonizado por la profesión médica, de modo que la violencia intrafamiliar viene siendo un programa secundario al interior de un espacio de importancia secundaria. Todo esto hay que considerarlo para explicar el alcance limitado de lo realizado hasta ahora.

¹⁴ Las iniciativas descritas reconocen diversos impulsos, además de los provenientes del propio ministerio. Entre otros, ha incidido el Programa de a Mujer, La Salud y el Desarrollo de la OPS, que ha mantenido un diálogo permanente con el Ministerio.

Para dimensionar los alcances del modelo de atención en el nivel primario hay que tener en cuenta que todavía es muy reducido el número de centros que lo aplican. De acuerdo a la información recabada en el MINSAL, se esperaba duplicar el número de establecimientos que incorporan el programa en 2006. Si esta meta se cumpliera, el presente año llegarían a 60 o algo más los centros de atención primaria que cuentan con Programa de Violencia Intrafamiliar, lo que representa sólo un 10% del total de centros de este nivel en el país.¹⁵

Otro aspecto a considerar es que, a diferencia de otros programas, los protocolos y guías para la intervención Violencia Intrafamiliar no son obligatorios, es decir, no tienen carácter de norma, sólo de herramientas de apoyo a los establecimientos y profesionales involucrados. En la salud chilena hay experiencia de cambios que han pasado por un período experimental, pero su instalación se ha hecho efectiva cuando el Ministerio lo establece de manera perentoria. En este sentido lo que ocurre en la atención primaria puede entenderse como una etapa aún incipiente de instalación de la atención en Violencia Intrafamiliar en el nivel Primario.

Lo anterior puede contribuir a explicar la baja cobertura de las atenciones entregadas en la salud primaria. En el consultorio Garín (con programa instalado) durante el 2005 el programa atendió a 165 mujeres, algunas de ellas ingresada en 2004, y dio de alta a 80. En el Consultorio Cruz Melo (con programa más reciente) entre mayo de 2005 y marzo de 2006 ingresaron al programa 66 mujeres, y fueron dadas de alta 23. Y en el Consultorio Bellavista (sin programa) ninguna mujer recibió atención especializada en Violencia Intrafamiliar. De acuerdo a datos entregados por la Jefa de la Unidad de Salud Mental, durante el 2005 fueron detectadas sólo 18 mujeres, que fueron derivadas al Centro de Atención Familiar, de la Municipalidad de La Florida,¹⁶ pese a que esta es una de las comunas que presenta mayor cantidad de denuncias por Violencia Intrafamiliar.

Las coberturas anotadas, aún las más altas, no guardan ninguna proporción con la magnitud social del problema. Si se estima que en uno de cada cuatro hogares se viven situaciones de violencia tendríamos que, por ejemplo, el CESFAM Garín, con una población asignada de 102.600 personas y 38.000 familias,¹⁷ tiene en su territorio un grupo de alto riesgo de a lo menos 9.500 mujeres, lo que contrasta con las 165 atendidas en un año. No todas ellas demandarían atención, pero sí alguna acción preventiva.

En el caso del Servicio de Salud Metropolitano Central,¹⁸ durante el año 2005 se atendieron en sus 10 centros de Atención Primaria un total de 424 mujeres con diagnóstico de violencia intrafamiliar, sin que se lograra cubrir la meta propuesta de 615 mujeres.¹⁹ Como explica la persona entrevistada en este servicio, las exiguas coberturas se deben a que en el caso de Violencia Intrafamiliar, las metas se fijan de acuerdo a las capacidades de atención de los servicios, y no de las necesidades de la población, que serían imposibles de cubrir con los medios actuales.

De esta manera, sólo algunos Consultorios de Atención Primaria o Centros de Salud Familiar brindan atención especializada a mujeres que viven violencia y lo hacen en pequeña escala. A pesar de lo anterior, aquellos centros de salud que cuentan con un programa de atención a mujeres víctimas de violencia lo desarrollan de acuerdo al modelo que ha sido espacialmente desarrollado para este nivel de atención en salud, explicado en la sección precedente

¹⁵ Entre Consultorios de Atención Primaria, Centros de Salud Familiar, Consultorios Generales Urbanos y Consultorio Generales Rurales existen en Chile 605 establecimientos de atención en el Nivel Primario de Salud.

¹⁶ En La Florida, al asumir un alcalde de UDI (partido político de derecha) en el año 2000, se suprimió un programa de atención a mujeres que se realizaba a través de una ONG especializada en Violencia Doméstica. En cambio instituyó el referido centro de Atención Familiar que trata distintos temas.

¹⁷ El Consultorio Cruz Melo tiene una población asignada de 47.999 Personas y el Consultorio Bellavista, de 63.000 personas.

¹⁸ El Servicio de Salud Metropolitano Central es uno de los seis con que cuenta la Región Metropolitana. Atiende al 61,6% de la población de las 5 comunas que abarca: Santiago, Estación Central, Cerrillos, Pedro Aguirre Cerda y Maipú. Tiene una población beneficiaria de 825.000 personas, de las cuales, algo más del 51% son mujeres. Fuente: Cuenta Pública 2003 del Servicio de Salud Metropolitano Central.

¹⁹ Información entregada por la encargada de la Unidad Modelo de Atención del SSMC.

Si bien los Centros de Salud Primaria utilizan este modelo para abordar esta problemática, no todos cumplen a cabalidad con cada una de las etapas definidas en él. En cuanto a la detección, se observó que en ningún servicio de los visitados se realiza el tamizaje tal como se ha establecido en el modelo diseñado para la atención de mujeres que viven violencia en el nivel primario, en el que se establece que este debería ser hecho en forma amplia por el personal de salud.²⁰ En la práctica no se aplica, o bien se aplica en pequeña escala, por ejemplo, por parte del propio personal de Salud Mental y de las matronas del Programa de Salud de la Mujer. Esto sucede incluso en los consultorios con programa VIF. Entre las razones para no realizar esta actividad se mencionan: falta de sensibilización de parte del personal, falta de tiempo, una alta demanda de atención asistencial, desconocimiento del instrumento, falta de capacitación y/o porque la detección no es una tarea obligatoria dentro de las actividades que desarrolla el personal de salud. También se señala que no tiene sentido detectar cuántas mujeres requieren una atención que no es posible entregar. Una experiencia significativa al respecto se vivió en el CESFAM Garín. Durante la aplicación piloto del Modelo de Intervención en Violencia se instruyó a todos su equipo profesional para que hiciera tamizaje, detectándose una cifra tan alta tasa de mujeres afectadas por violencia, que era evidente que el programa no tenía como responder. Por esta razón, se decidió restringir el tamizaje a los programas de Salud de la Mujer y Morbilidad de Adultos. Con el paso del tiempo y lo no obligatoriedad de la aplicación de este instrumento, dejó de ser aplicado en forma sistemática, reduciéndose así la práctica de detección. Es así como una sistematización del propio programa estableció que entre agosto de 2003 y agosto de 2004 se aplicaron 366 encuestas de tamizaje, mientras que entre los meses de agosto de 2004 y 2005 se aplicaron 168.

Una última observación a registrar es que en los consultorios en que existe un Programa VIF, los conceptos e instrumentos desarrollados por este modelo²¹ son manejados sólo por los integrantes del equipo de salud mental y los profesionales que realizan tamizaje. El resto de los funcionarios entrevistados no tiene conocimiento de la existencia de tales herramientas desarrolladas para apoyar su labor. Allí donde no hay programa las normas y orientaciones no son conocidas ni utilizadas ni siquiera por el equipo de salud mental. De esta manera no pueden ser aplicadas las diferentes recomendaciones (por ejemplo, OPS, 2003) sobre la necesidad de que la violencia contra las mujeres sea integrada transversalmente a todos los subprogramas que en este nivel se desarrollan.

En este marco, no hay cabida para las acciones de prevención que el servicio debería realizar frente a los grupos de riesgo, ni en la promoción de una vida libre de violencia que debería estar integrada a los nuevos conceptos de salud pública. Una observación adicional es que, hasta donde pudimos indagar, el hecho de que los centros del nivel primario se estén convirtiendo en Centros de Salud Familiar, no se ha traducido en la incorporación de la violencia en las relaciones familiares a los problemas de salud que deben atender los Equipos multidisciplinarios encargados de la atención integral a una cifra determinada de las familias de la comuna.²²

En suma, si bien la violencia doméstica ha comenzado lentamente a ser vista como un problema que es necesario abordar desde la Atención Primaria, en la actualidad no constituye una prioridad.

²⁰ “Guía Clínica para la Atención Primaria, Violencia Intrafamiliar, detección, diagnóstico y tratamiento” FLUJOGRAMA.

²¹ Op. Cit.

²² De acuerdo con el sitio web del Servicio de Salud Metropolitano Central, “el Ministerio de Salud está desarrollando el Modelo de Salud con enfoque Familiar y Comunitario en todos los Centros de Salud de la Atención Primaria. ... Éste consiste en que cada familia será atendida por un equipo de salud (médico, enfermera, matrona, kinesiólogo, entre otros) que se preocupará de diagnosticar y dar tratamiento a sus eventuales enfermedades, pero también de entregarles elementos de prevención y promoción de su salud”.

3. La atención en el nivel secundario: los COSAM

Los Centros de Salud Mental Familiar (COSAM), que a lo largo de todo Chile son 34, presentan una realidad muy diversa en relación a esta problemática.

Como se señaló anteriormente, los COSAM han mantenido un Subprograma de Violencia Intrafamiliar, desde que la primera ley de violencia intrafamiliar (N° 19.325) los incluye como responsables de recibir a todas las personas derivadas desde los Tribunales Civiles. Por esta razón, la mayoría de ellos atendía tanto a hombres como mujeres. En algunos establecimientos el Programa de Violencia Intrafamiliar incluía la atención de niños/as víctimas de maltrato infantil. Con posterioridad fueron adscritos al nivel secundario de salud, en la medida que entregan atención especializada a público derivado desde el nivel primario o desde los tribunales - aunque también algunos casos ingresan directamente - y desde entonces existe poca claridad de cuáles son las problemáticas de salud mental a las que se dedicarán y qué tipo de prestaciones entregarán.

No existen normativas y guías en violencia intrafamiliar para estos servicios, lo que hace que cada COSAM, de acuerdo a su experiencia, recursos humanos y demanda, implemente distintas estrategias y modelos para abordar esta problemática.

A pesar de lo anterior y en virtud de la tradición de estos establecimientos en la materia, en muchos de ellos la Violencia Intrafamiliar sigue siendo una de las líneas programáticas. Sin embargo, no fue posible acceder al número preciso de COSAM que cuentan con este tipo de programas, ni a las cifras de atención, que dependen técnicamente de las Unidades de Salud Mental de cada Servicio, no existiendo información centralizada al respecto.²³

La Asistente Social del COSAM Quinta Normal entrevistada, que hasta el año pasado era encargada del Programa de Violencia, entregó información en relación a lo que éste hace en la actualidad en la materia.

En primer lugar, como ya se señaló no cuenta con un modelo de atención definido desde el nivel central. Las intervenciones que se desarrollan están basadas en la experiencia de las personas que atienden a las mujeres, según las pautas que históricamente ha aplicado este establecimiento. Si bien saben de la existencia de las orientaciones diseñadas por MINSAL para la Atención Primaria, no han tenido acceso a este material. Durante el último año no han recibido capacitación en la materia. Los profesionales más antiguos fueron capacitados cuando se promulgó la Ley 19.325 que impuso al Sector Salud la atención de personas derivadas desde los Tribunales.

Las mujeres que acuden a COSAM por esta problemática, presentan mayoritariamente violencia leve y moderada. El 50 % de ellas han sido derivadas desde los Tribunales Civiles y/o de Familia. El resto de las mujeres atendidas por este subprograma han sido detectados por otros subprogramas del mismo COSAM o han solicitado atención en forma espontánea. Es decir, no opera en conexión con los centros de salud primaria de la comuna.

Las prestaciones que entrega el COSAM a estas mujeres son: atención individual y/o grupal, atención social y derivaciones a otras instancias de la red. No se realizan visitas domiciliarias por falta de recursos. El espacio físico es apropiado para atender a las mujeres, cuentan con oficinas con la privacidad necesaria y con salas espaciosas e iluminadas para hacer las terapias grupales. Para este año 2006 se ha proyectado incluir en la entrevista de ingreso preguntas que pueden identificar la existencia de violencia intrafamiliar.

²³ En el caso del COSAM de Quinta Normal existe un registro que permite conocer cuántas mujeres se atienden por esta problemática cada año. Sin embargo, la información no está fácilmente disponible y no había sido recibida hasta la redacción de este informe.

En la actualidad el COSAM de Quinta Normal entrega atención a mujeres víctimas de violencia y también a hombres agresores. No está claro cuál será el futuro de este establecimiento en relación a este problema.

4. La violencia contra la mujer en la atención de urgencia

La capacidad de respuesta de la atención de urgencia es de la mayor importancia en la atención de la salud pública a la violencia contra la mujer, debido a que recibe a quienes sufren los daños físicos y los traumas más severos como producto del maltrato por su pareja, o de abusos sexuales.

El centro asistencial considerado fue el Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP), más conocido como Posta Central,²⁴ que es el centro de urgencia de adultos más grande de la ciudad, y el que recibe mayor afluencia de público desde distintos puntos de ésta.²⁵ Atenderemos a la capacidad de respuesta a las víctimas de violencia por parte de la pareja, considerando la implementación de las iniciativas anotadas en la sección anterior.

El resultado principal de la observación es que este problema no recibe una atención específica y que se atiende a las víctimas por su lesión, al igual que a cualquier persona que llega, aunque existe personal sensibilizado y/o que ha recibido alguna formación al respecto, que aplica criterios adecuados en la medida de sus posibilidades. Las unidades de urgencia no cuentan con normas precisas para la atención a víctimas de violencia intrafamiliar, que no está tipificada como parte de sus obligaciones. El servicio, no obstante, cuenta con las normas y procedimientos para la atención a víctimas de violencia sexual,²⁶ que se aplican a una parte de las personas afectadas por Violencia Intrafamiliar, como se informó en la sección anterior. Estas normas dan cuenta de un proceso de articulación entre los servicios de salud y las Fiscalías de la Región Metropolitana en el ámbito de la violencia sexual, con base en la Ley de delitos sexuales aprobada en 1999. La nueva ley de Violencia Intrafamiliar, en cambio, aún no ha sido objeto de difusión o capacitación al interior de este servicio, ni ha generado guías clínicas de urgencia como las vigentes para violencia sexual. Tampoco ha sido parte del trabajo conjunto entre los servicios de salud y el Ministerio Público.

Como consecuencia de lo anterior, es desconocida la cifra de mujeres que llegan a la Posta Central por agresiones de su pareja. El registro del ingreso utiliza un formulario que consigna la causa de la lesión, pero sólo en algunos casos se consigna la violencia intrafamiliar como causa. De acuerdo con distintas personas entrevistadas, en la mayor parte de los casos, las personas no dicen nada, ya sea por pudor o porque quieren evitar la denuncia. El personal, por su parte, no tiene instrucciones para pesquisar el problema.

En la atención médica sucede algo parecido. La ficha clínica puede o no consignar la Violencia Intrafamiliar como causa de la lesión, dependiendo de que la persona afectada lo mencione. No hay estadísticas al respecto. Se constata que no se está aplicando el Formulario de Monitoreo de la Violencia distribuido en 2004 por la Subsecretaría de Salud, que debería llenarse al momento de la atención médica. El hecho se atribuye a dificultades operativas, como la falta de tiempo de quienes están prestando la atención de urgencia. También se atribuye a la falta de obligatoriedad del mismo. Como sea, al no aplicarse, se ha desactivado en sus inicios el sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia que había intentado impulsar el propio Ministerio.

²⁴ Se entrevistó a la encargada de Admisión, a la Enfermera Supervisora de Urgencias, al Abogado y a la Encargada de Estadísticas.

²⁵ Existen en la ciudad otros servicios de urgencia pediátrica y de adultos, dependientes de distintos hospitales, y además se ha desarrollado un sistema de atención primaria de urgencia (SAPU).

²⁶ “Norma y guía clínica para la atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual”, Ministerio de Salud. Abril 2004. Las normas incluyen conceptos de violencia de género y derecho a la integridad sexual, y entregan orientaciones de acogida y atención integral que pueden ser aplicadas a casos de violencia intrafamiliar.

En este marco, la atención que reciben las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar no es especializada ni se realiza en las mejores condiciones. No hay un trabajo de contención, o de apoyo psicológico, ni de orientación legal o de otro tipo. El personal de salud se concentra en el daño físico, que es lo que siempre han atendido y la mayor parte de quienes atienden no están entrenados para atender aplicando los criterios recomendados por el propio Ministerio en sus documentos. La victimización secundaria puede ocurrir con facilidad por falta de preparación. No obstante, cuando hay denuncia por medio, las víctimas pueden ser atendidas en el “box médico-legal”, que ofrece una mayor discreción y un mayor cuidado en evitar la re-victimización. Este box fue implementado en el marco del trabajo conjunto con las Fiscalías para la aplicación del nuevo sistema penal, las han impulsado la instalación de salas especiales para la atención de víctimas de violencia sexual. En el caso de la Posta Central, el box aún no cuenta con todas las condiciones estipuladas, por ejemplo, carece del instrumental para practicar los exámenes en caso de violación y por lo tanto las víctimas deben ser enviadas al Instituto Médico Legal. Otros hospitales estarían más avanzados en este aspecto.

De acuerdo a un sondeo encomendado por FONASA, las lesiones más frecuentes en las mujeres que llegan a la atención de urgencia por violencia Intrafamiliar son en el rostro y los brazos, destacando las quebraduras de dientes y muñecas como los efectos más graves. Recientemente (La Nación marzo 17 de 2006) se anunció que estos dos tipos de lesiones, producidas por Violencia Intrafamiliar, serán incluidas dentro del Sistema de Garantías Explícitas a partir de 2007, lo que debería inducir alguna revisión del tema en los servicios de urgencia, puesto que para acceder al beneficio, deberá estar registrada la Violencia Intrafamiliar como causa de la lesión.

En relación con la denuncia a la policía, cuando la víctima expresa su voluntad de hacerlo se avisa al policía que está de turno en el lugar, que es el que maneja los procedimientos establecidos por la ley. El punto es delicado, ya que los protocolos recomiendan que el personal no formule denuncias sin el consentimiento de la víctima. Sólo estarían obligados a hacerlo en casos de menores de edad, los que usualmente van a las postas pediátricas. La mayoría de las veces las mujeres no quieren denunciar, lo que se debería a pudor, al temor a una golpiza mayor, o al problema económico que se derivaría de la prisión del proveedor del grupo familiar.

En cuanto a los recursos humanos, el personal de la Posta no cuenta con la preparación necesaria para atender este problema. Ocasionalmente se ofrecen cursos en la materia. El Servicio de Salud Metropolitano Central organizó en 2005 un curso sobre la atención a víctimas de distintas formas de violencia, en que se detectó la necesidad de un desarrollo más sistemático de capacidades en este campo. En ese curso también se puso en evidencia que muchas veces el personal que atiende violencia es víctima o agresor en su propia casa, lo que complejiza aún más el tipo de proceso formativo que se requiere desarrollar.

En síntesis puede decirse que la violencia intrafamiliar llega con frecuencia a los centros de atención de urgencia del país, pero no se ha convertido en un objeto específico de estos servicios. El personal reconoce la magnitud del problema y la necesidad de preparación para atenderlo, pero este sigue siendo un objetivo de futuro, sin metas claras.

III. Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones: oferta limitada, instalación incipiente

Después de 15 años, y de una cantidad de esfuerzos desplegados puede decirse que hay mayor sensibilidad sobre la importancia de la violencia contra la mujer para la salud pública, y que hay una gama importante de experiencias realizadas, pero que los logros son aún pequeños, lo que se refleja en que la cobertura es reducida, la intervención es parcial y la institucionalización es débil. Veamos por partes.

Baja cobertura

Como vimos, la atención con que cuentan los servicios públicos en violencia intrafamiliar llega a una muy reducida cifra de mujeres. Existen metas de cobertura dentro de las de salud mental, que no guardan proporción con la población afectada, mientras que en la atención de urgencia se desconoce la cifra de mujeres atendidas por esta causa.

La demanda potencial sigue siendo una incógnita, ya que si bien se estima que en 1 de cada 4 hogares se vive violencia. Es decir, en Chile habría más de un millón de hogares afectados por esta epidemia,²⁷ se ignora cuántos de ellos pueden requerir servicios de salud.

²⁷ El Censo de 2002 registra 4.141.427 hogares.

Por su parte, el Observatorio de Equidad de Género en Salud en Chile (OPS/OMS 2006) consigna como un indicador sin avances en el país el de “Implantación de un sistema de registro estadístico integrado sobre mujeres afectadas por violencia doméstica”. Esto, pese a que hoy sería posible contar con mejor información sobre demanda y oferta de servicios, articulando estudios de prevalencia, registros de denuncias judiciales y policiales, cifras de atenciones en salud y servicios de asistencia jurídica.

Intervención parcial

De acuerdo a las recomendaciones de OPS (2003), responder desde el sector salud a la violencia contra la mujer exige una estrategia integral con tres tipos de intervenciones centrales: Detección; Atención y asistencia; y Promoción y prevención

Es cierto que estos tres grandes campos de tareas competen a muchos otros actores de los gobiernos, los municipios y la comunidad; sin embargo es importante especificar el papel del sector salud en cada una de ellas. Los antecedentes revisados muestran que la suma de esfuerzos realizados en el sector se centran en el campo de la atención asistencia - aunque esta sea insuficiente - que no se aplican instrumentos de detección, aún cuando estos existen y que casi no existen experiencias en promoción y prevención, pese a que los lineamientos de la reforma de salud reiteran la necesidad de salir de un enfoque medicalizado de la salud, y la prioridad de la prevención y la promoción. Aún en el marco de las reformas estructurales y los programas dirigidos a establecer este enfoque (salud familiar, promoción de la salud), la violencia contra las mujeres sigue manteniéndose lejos de las prioridades.

Por su parte, la asistencia que se entrega a las mujeres puede considerarse adecuada en aquellos centros y programas del nivel primario que aplican el modelo desarrollado específicamente con este fin, aunque éste requiere ser evaluado. Pero, como se vio, su alcance es limitado y no existe un modelo equivalente para los niveles secundario y terciario. Algunas iniciativas de importancia, como la recientemente anunciada por FONASA - inclusión de algunas lesiones por VIF en el Sistema de Garantías - podrían dar lugar a una revisión en este sentido.

La parcialidad de la atención, de cara a la integralidad que exige el problema, se refleja también en un problema que trasciende a los servicios de salud como es la debilidad de una red asistencial capaz de responder de inmediato y de modo coordinado a las situaciones de emergencia. Esta red tendría que incluir patrocinio legal, protección policial, refugio, asistencia económico-social y sistemas interconectados de registro y seguimiento, y además dar entrada a un proceso de empoderamiento y autonomización de las mujeres. La falta de redes institucionales de soporte a las mujeres que viven violencia es en sí misma una limitante para el desarrollo del papel del sector salud.

El precario nivel de desarrollo de todos estos componentes indica que falta mucho para que en Chile se de cumplimiento a la nueva Ley de Violencia Intrafamiliar, la que se instala como un mandato a desarrollar por todos los actores involucrados, bajo el liderazgo del Servicio Nacional de la Mujer y con un rol relevante del sector salud.

Institucionalización débil

Finalmente, las falencias registradas pueden explicarse por la débil institucionalización que hasta hoy ha logrado la problemática de la violencia contra las mujeres. Esta debilidad reconoce distintos factores:

Primero, la débil instalación conceptual de la violencia de género en las políticas de salud – y por ende en el sistema de salud pública - como una epidemia, es decir como un problema de salud de primera importancia. De aquí se desprenden los demás factores:

Segundo, la falta de normas obligatorias, que articulen y proyecten la experiencia acumulada, y permitan la instalación de la violencia de género en la gestión de todos los niveles y ámbitos de la salud pública. Tercero: El “lugar” de tercer orden en que se han instalado los programas, es decir, dentro de la Salud Mental, que es un programa con recursos reducidos y que sólo puede hacerse cargo de un aspecto del problema. Si bien este paso fue fundamental para dar a la violencia contra las mujeres un estatuto de problema de salud, actualmente esta ubicación resulta limitante.

Como lo ha señalado OPS (2003) en sus orientaciones para el abordaje de la violencia que viven las mujeres, la ubicación de ésta como un problema de salud mental, diluye la responsabilidad de los otros profesionales y funcionarios en relación a esta temática. Si se la considera un problema de salud mental, se entrega en forma implícita el mensaje de que se trata de un problema de orden psíquico, cuando en realidad corresponde a un problema de carácter público, que involucra la vulneración de derechos fundamentales, afecta la salud física y mental de quien lo padece y que requiere del compromiso y la participación coordinada de muchos sectores e instituciones para abordarla

Cuarto, debido a esa ubicación precaria, hay una falta de desarrollo de los distintos elementos del sistema de salud pública que deberían coordinarse para una respuesta adecuada, entre ellos los sistemas de vigilancia epidemiológica y los de desarrollo de competencias humanas y organizacionales.

2. Recomendaciones: la violencia de género como prioridad de la salud chilena

Para mejorar la respuesta del sector salud, recogiendo las observaciones y conclusiones de este estudio se recomienda acciones dirigidas a los siguientes objetivos y ámbitos, enmarcadas en el objetivo de instalación política e institucional de la violencia de género como una prioridad de la salud chilena.

1. Tránsito hacia una conceptualización más amplia de la violencia que viven las mujeres como un problema prioritario de salud pública, vinculándola con otras formas de violencia de género que requieren la intervención del sector y asignándole un lugar central en las políticas de salud.
2. Institucionalización de la Violencia de Género como un programa de carácter transversal en los distintos niveles y espacios de gestión de la salud pública, con recursos propios, metas anuales específicas y sujetas a evaluación.
3. Instalación de estudios regulares de prevalencia, unidos a la medición de la demanda real hacia los servicios de salud en todos sus niveles.
4. Implementación de un sistema de registro de consultas y atenciones en Violencia contra la mujer y aplicación de un sistema de detección que contribuya a la medición del problema y la demanda asociada a éste.
5. Formación de recursos humanos del sector salud sobre la nueva ley de Violencia Intrafamiliar, y sobre las tareas que se derivan de esta norma para el sector, en el marco de un concepto de la violencia de género como un problema de salud pública
6. Realización de investigaciones sobre la violencia de género que pueden vivir las funcionarias de la salud o que pueden practicar algunos funcionarios, desde la perspectiva de su impacto en la atención y del desarrollo de condiciones organizacionales adecuadas.

7. Sistematización y evaluación del conjunto de experiencias llevadas a cabo por los servicios de salud en el país, tendientes a perfilar el papel de la salud pública, e incluyendo también el papel de la salud privada y el sistema de Isapre.
8. Estudio de la calidad de la atención entregada desde el punto de vista de las mujeres, incluyendo el análisis de las “rutas internas” que siguen al ingresar al sistema de salud y a las derivaciones que desde allí las canalizan hacia otros servicios
9. Análisis de las oportunidades y condicionantes, tanto conceptuales como prácticas, que el nuevo modelo de atención familiar en salud plantea para la atención a la violencia de género.
10. Análisis del impacto de las reformas judiciales y legales sobre la atención de la violencia de género en la salud, destacando las consecuencias de reformas como:
 - Nuevo Sistema Procesal Penal
 - Tribunales de Familia
 - Nueva ley de Violencia Intrafamiliar
 - Ley sobre delitos sexuales
11. Articulación salud-comunidad: revisar experiencias y generar nuevas propuestas para la articulación de los centros de salud con la población en campos centrales como la detección, la protección, la prevención y la promoción, de manera que se plasme el aporte de la salud a una mejor calidad de vida y se dinamice el papel de actores clave en la materia, como son la educación, las municipalidades y las organizaciones sociales, entre otros.

Bibliografía

- Amorós, Celia: “Violencia contra las mujeres y pactos patriarcales”, en Virginia Maquieira y Cristina Sánchez (comp.): *Violencia y Sociedad Patriarcal*, Editorial Pablo Iglesias, Madrid, 1990.
- Birgin, Haydée: “Violencia doméstica: una cuestión de ciudadanía. La reforma legal”. *Encuentro Bicameral en homenaje al Día Internacional de la Mujer*. H.Senado de la Nación, Secretaría Parlamentaria, Dirección Publicaciones, Argentina, 1996.
- Castressana, Jorge “Derechos fundamentales de la mujer y violencia de género”, en: Sonia Montañó y Verónica Aranda, *Reformas constitucionales y equidad de género*, Naciones Unidas CEPAL, Informe final Seminario Internacional, Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, 2006.
- Corsi, Jorge; Aumann, Verónica y Monzón Lara, Inmaculada. “Maltrato y abuso en el ámbito doméstico”, Paidós, Buenos Aires, 2003.
- División de Seguridad Ciudadana, Ministerio del Interior, Chile: “Género y Seguridad Ciudadana, Perspectiva de la División de Seguridad Ciudadana”; Ponencia al Seminario *Perspectiva de género y políticas de seguridad ciudadana: ¿una propuesta pendiente?*, Sur Profesionales, Santiago de Chile, 26 de julio de 2005
- Larraín, Soledad: “Curbing Domestic Violence: Two Decades of Action”, en: Andrew Morrison y Loreto Biehl, editores: *Too Close to Home: Domestic Violence in the Americas*. Inter-American Development Bank and Johns Hopkins University Press, Washington, DC, IDB 1999.
- Martínez, Valentina y otras: “Entre Territorios y Sentidos. Evaluación de un Modelo de Atención en Violencia hacia la Mujer en la Atención Primaria de Salud”, Centro Clínico y de Investigación de la Corporación La Morada; Santiago de Chile, s.f (c.2005).
- Ministerio de Salud de Chile: “Guía Clínica para la Atención Primaria, Violencia Intrafamiliar, detección, diagnóstico y tratamiento”, Santiago, 2005.
- ____ “Manual de procedimientos para la atención de violencia”, 2005

- ___ “Cómo contribuir a prevenir y controlar la violencia”, Programa Intersectorial de Violencia; Subsecretaría de Salud, Santiago, 2004.
- ___ “Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual”, Santiago, Abril 2004.
- ___ “Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría”, Cap. 4: Trastornos de la Salud Mental Asociados a la Violencia; Santiago, 2001, en: www.minsal.gov.cl/ici/s_1/u_14/VIF.pdf
- ___ “Orientaciones Técnicas y Programáticas en Maltrato Infantil”, Santiago, 1998.
- ___ “Guía para la Detección y Respuesta al Maltrato Físico y Abuso Sexual en los Servicios de Urgencia”, Santiago, 1998
- ___ “Manual de Apoyo Técnico para las acciones de Salud en Violencia Intrafamiliar” MINSAL División de Programa de Salud, Dpto. Programa de las Personas, Unidad de Salud Mental. Producción general, Rosario Domínguez y Patricia Narváez, Santiago, 1997.
- ___ “Sistematización de Acciones en Violencia Intrafamiliar”. Cuadernos de Salud Mental, Documento N° 2. Subprograma de Derechos Humanos, Salud y Violencia, Servicio de Salud Metropolitano Occidente, Unidad de Salud Mental. Maressa Jeria, Valeria Garbarini, Lucy Poffald y Lina Rottman, Santiago, 1997.
- ___ Ficha de seguimiento epidemiológico, Santiago, 1997
- ___ “Guía clínica para la Atención Primaria. La Depresión, detección, diagnóstico y tratamiento” Unidad de Salud Mental y Dpto. Modelo de Atención, Santiago, s.f.
- ___ “Ficha de Monitoreo de la Violencia, para ser aplicada en Servicios de Urgencia”, Ministerio de Salud, Santiago. s/f.
- OPS/OMS, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, “Observatorio de Equidad de Género en Salud: Informe 2005”; Proyecto Género, Equidad y Reforma de la Salud en Chile, Segunda Fase. Serie Género y Reforma de la Salud N° 2, Santiago de Chile, enero 2006.
- ___ “Modelo de leyes y políticas sobre violencia intrafamiliar contra las mujeres”, Washington DC, 2004.
- ___ “Violencia contra las mujeres: responde el sector salud”, Washington DC, 2003
- Rojas Soledad (Coordinadora); Maturana, Camila; Maira, Gloria, (investigadoras). “Femicidio en Chile”, Naciones Unidas, Santiago, Chile, 2004.
- SERNAM, Servicio Nacional de la Mujer “Propuesta de política pública para: Prevenir, Atender y Sancionar la Violencia Contra las Mujeres por parte de la pareja”, Informe Final de Consultoría elaborada por Soledad Larraín, Patricia Provoste y colaboradoras, Santiago, Noviembre de 2005.
- Urzúa, Raúl; Ferrer, Marcela; Gutiérrez, Claudia; Larraín, Soledad; Meza, M. Eugenia. "Detección y Análisis de la Prevalencia de la Violencia Intrafamiliar", SERNAM, Santiago de Chile, junio 2002.

Anexo

METODOLOGÍA

Esta sección recapitula los objetivos del estudio, y da cuenta de la metodología seguida, y de las delimitaciones para la recopilación de información. Indica los servicios seleccionados para la observación directa y enuncia las actividades realizadas.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la(s) respuesta(s) concretas que los servicios públicos de salud entregan a las mujeres que viven violencia por parte de su pareja, detectando los principales avances y limitaciones observables en la institucionalidad de la salud pública.
2. Entregar recomendaciones para mejorar la capacidad institucional de respuesta, particularmente en el plano de la atención directa al público y con énfasis en los recursos humanos.

Metodología y delimitaciones del campo de observación

El eje metodológico fue la observación de casos, tomando como unidades de observación algunos centros de atención de la salud pública de diferente nivel, en la Región Metropolitana. El foco de la indagación es la forma concreta en que esos centros tratan con los casos de la violencia contra la mujer por parte de la pareja.

La observación sigue dos tipos de criterios. Por un lado, las orientaciones e instrumentos de intervención con que cuenta hoy en este campo la salud pública chilena, luego de una trayectoria de década y media. Por el otro, las recomendaciones y pautas emanadas de la OPS y otros organismos internacionales, sobre el papel de la salud en el campo de la Violencia doméstica o intrafamiliar.

Los instrumentos utilizados para realizar la observación son de dos tipos:

- Revisión y sistematización de fuentes secundarias, para la caracterización de los avances y desafíos en la incorporación de la problemática en las políticas de salud pública. Estas fuentes comprenden documentos e instructivos ministeriales y análisis elaborados al respecto.
- Entrevistas a funcionarias(os), jefes y otros responsables de dichos centros de salud, así como a algunas usuarias de los servicios. Las entrevistas se centran en las condiciones con que cuentan los servicios para responder a esta problemática, en aspectos como manejo de normas y orientaciones, registro de casos, instrumentos de trabajo, formación de recursos humanos, capacidades físicas y otros recursos.

Selección de servicios

Para la entrevista directa, se consideraron los siguientes servicios, ubicados en la Región Metropolitana.

- **Atención primaria:** 3 centros de este nivel, con distintos grados de avance en la implementación de programas de atención en Violencia Intrafamiliar.
- **Atención de urgencia:** Hospital de Urgencia Asistencia Pública (UHAP) o Posta Central, que recibe la mayor afluencia de público en la ciudad de Santiago.
- **Atención nivel secundario:** un Centro de Salud Mental (COSAM)

Entrevistas realizadas

Las entrevistas abarcaron los siguientes centros y cargos

- a. Posta Central, entrevistas a:
 - Encargada de Admisión
 - Enfermera Supervisora de Urgencias
 - Abogado del Hospital
 - Encargada de Estadísticas
- b. Consultorio “Dr. Agustín Cruz Melo”, Comuna de Independencia; entrevistas a:
 - Directora
 - Asistente Social Asistencial
 - Asistente Social Equipo de Salud Mental
 - Médico General Morbilidad

- Matrona Clínica del programa de la Mujer
- c. Centro de Salud Familiar “Garín”, Comuna de Quinta Normal:
 - Enfermera Subdirectora Técnica
 - Asistente Social Encargada Programa Violencia
 - Matrona Jefa del Programa de la Mujer
 - Asistente Social Integrante de equipos de atención integral de la familia Zonas I y III
- d. Consultorio Bellavista, Comuna La Florida:
 - Directora
 - Matrona Clínica
 - Jefa Unidad de Salud Mental
 - Asistente Social Unidad de Salud Mental
- e. COSAM Quinta Normal:
 - Asistente Social
- f. Servicio de Salud Metropolitano Central:
 - Encargada del Departamento Modelo de Atención
- g. Servicio de Salud Metropolitano Occidente:
 - Encargada del Programa de Violencia Intrafamiliar



NACIONES UNIDAS

Serie

C E P A L

Mujer y desarrollo

Números publicados

El listado completo de esta colección, así como las versiones electrónicas en pdf están disponibles en nuestro sitio web: www.cepal.org/publicaciones

85. Violencia contra la mujer en la pareja: respuestas de la salud pública en Santiago de Chile, (LC/L.2722-P), Patricia Provoste, No de venta: S.07.II.G.63, 2007.
84. Violencia contra la mujer en la pareja: Respuestas de la salud pública en El Alto, Bolivia (LC/L.2721-P), Eliana Arauco Lemaitre, Rosario Mamani Apaza, Jimena Rojas Silva, No de venta: S.07.II.G.62, 2007.
83. Incorporando un módulo de uso del tiempo a las encuestas de hogares. Restricciones y potencialidades, Vivian Milosavljevic y Odette Tacla, (LC/L.2709-P), No de venta: S.07.II.G.57, 2007.
82. Trabajo, educación y salud de las niñas en América Latina y el Caribe. Indicadores elaborados en el marco de la plataforma de Beijing, Daniela Zapata, (LC/L.2708-P), No de venta: S.07.II.G.56, 2006.
81. Las metas del Milenio y la igualdad de género. El caso de Colombia, Silvia Lara, (LC/L.2612-P), N° de venta: S.06.II.G.137, 2006.
80. Las metas del Milenio y la igualdad de género. El caso de Ecuador, Silvia Lara, (LC/L.2611-P), N° de venta: S.06.II.G.136, 2006.
79. Las metas del Milenio y la igualdad de género. El caso de Paraguay, Claudia Giacometti, (LC/L.2577-P), N° de venta: S.06.II.G.107, 2006.
78. Destinatarios y usos de remesas. ¿Una oportunidad para las mujeres salvadoreñas?, Diana Santillán y María Eugenia Ulfe, (LC/L.2455-P), N° de venta: S.05.II.G.202, 2006.
77. Un marco de análisis para el fomento de las políticas de desarrollo productivo con enfoque de género, Alma Espino, (LC/L. 2437-P), N° de venta: S.05.II.G. 183, 2005.
76. Redes e institucionalización en Ecuador. Bono de desarrollo humano, Amparo Armas, (LC/L. 2405-P), N° de venta: S.05.II.G. 152, 2005.
75. Buenas prácticas para la erradicación de la violencia doméstica en la región de América Latina y el Caribe, Luz Rioseco, (LC/L.2391-P), N° de venta: S.05.II.G.134, 2005.
74. Las metas del Milenio y la igualdad de género. El caso de Guatemala, Isolda Espinosa, (LC/L.2378-P), N° de venta: S.05.II.G.122, 2005.
73. Las metas del Milenio y la igualdad de género. El caso de la República Bolivariana de Rep. Bolivariana de Venezuela, Rosa Bravo, (LC/L.2377-P), N° de venta: S.05.II.G.121, 2005.
72. Las metas del Milenio y la igualdad de género. El caso de Argentina, Claudia Giacometti, (LC/L.2368-P), N° de venta: S.05.II.G.109, 2005.
71. Las metas del Milenio y la igualdad de género. El caso de Bolivia, Rosa Bravo y Daniela Zapata, (LC/L. 2367-P), N° de venta: S.05.II.G. 108, 2005.
70. La política social en la globalización. Programas de protección en América Latina, Claudia Serrano, (LC/L.2364-P), N° de venta: S.05.II.G.103, 2005.
69. Políticas de empleo en la planificación turística local de Ecuador. Herramientas para su formulación, Martha Ordóñez Andrade y Flavia Marco Navarro, (LC/L.2346-P), N° de venta: S.05.II.G.85, 2005
68. Las metas del Milenio y la igualdad de género. El caso de Nicaragua, Isolda Espinosa G., (LC/L.2353-P), N° de venta: S.05.II.G.92, 2005.
67. Las metas del Milenio y la igualdad de género. El caso de México, Instituto Nacional de las Mujeres, (LC/L.2339-P), N° de venta: S.05.II.G.83, 2005.

66. A pobreza e as políticas de gênero no Brasil, Hildete Pereira de Melo y Lourdes Bandeira, (LC/L.2322-P), N° de venta: P.05.II.G.67, 2005.
65. El tiempo, los tiempos, una vara de desigualdad, Rosario Aguirre, Cristina García y Cristina Carrasco, (LC/L.2324-P), N° de venta: S.05.II.G.71, 2005.
64. Sector financiero y empleo femenino. El caso uruguayo, Alma Espino, (LC/L.2323-P), N° de venta: S.05.II.G.70, 2005.
63. Os programas de combate a pobreza no Brasil e a perspectiva de gênero no periodo 2000-2003: avanços e possibilidades, Ceres Alves Prates y M. Beatriz B. Nogueira, (LC/L.2309-P), N° de venta: P.05.II.G.58, 2005.
62. El empleo en los servicios financieros. Costa Rica: buenas y no tan buenas noticias..., Juliana Martínez Franzoni, (LC/L.2295-P), N° de venta: S.05.II.G.43, 2005.
61. Demandas de capacitación del sector financiero. Sesgos de género y evaluación por competencias, Mariela Quiñónez Montoso, (LC/L.2267-P), N° de venta: S.05.II.G.20, 2005.
60. Calidad del empleo y calidad de la atención en la salud de Córdoba, Argentina. Aporte para políticas laborales más equitativas, Jacinta Burijovich y Laura C. Pautassi, (LC/L.2250-P), N° de venta: S.05.II.G.8, 2005.
59. Trayectorias laborales en el sector financiero. Recorridos de las mujeres, Amalia Mauro (LC/L.2177-P), N° de venta: S.04.II.G.104 (US\$ 10.00), 2004.
58. El empleo en el sector financiero en Chile, Amalia Mauro (LC/L.2172-P), N° de venta: S.04.II.G.107 (US\$ 10.00), 2004.
57. Políticas de género en la Unión Europea y algunos apuntes sobre América Latina, Judith Astelarra (LC/L.2154-P), N° de venta: S.04.II.G.82 (US\$ 10.00), 2004.
56. Legislación laboral en seis países Latinoamericanos. Avances y omisiones para una mayor equidad, Eleonor Faur, Natalia Gherardi y Laura C. Pautassi (LC/L.2140-P), N° de venta: S.04.II.G.68 (US\$ 10.00), 2004.
55. Las metas del Milenio y la igualdad de género: el caso de Perú, Rosa Bravo (LC/L.2126-P), N° de venta: S.04.II.G.53 (US\$ 10.00), 2004.
54. Sistemas electorales y representación femenina en América Latina, Line Bareiro, Oscar López, Clyde Soto, Lilian Soto (LC/L.2077-P), N° de venta S.04.II.G.20 (US\$ 15.00), 2004.
53. Una aproximación a la problemática de género y etnicidad en América Latina, Elizabeth Peredo Beltrán (LC/L.2066-P), N° de venta: S.04.II.G.09 (US\$ 10.00), 2004.

- El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, correo electrónico: publications@cepal.org

Nombre:

Actividad:

Dirección:

Código postal, ciudad, país:

Tel.:..... Fax:..... E.mail:.....