



**Universidad Mayor  
Facultad de Ciencias  
Escuela de Salud Pública**

**Caracterización en salud de las mujeres víctimas de trata de personas  
en Chile. 2012-2017**

Trabajo de Titulación para optar al grado de Magister

**Autor**

**Autor: Sebastián Maldonado Vivar.**

**Directora de Tesis  
Dra. Patricia Moya Rivera.**

**Santiago de Chile, Diciembre 2017**

## **TESIS FORMATO MANUSCRITO**

Este trabajo se presenta en formato de manuscrito para su publicación en Revista Gaceta Sanitaria, por lo que sigue las normas de publicación de dicha revista.

“No existe ningún punto de partida si no se sabe bien a donde ir”.

S. Freud

## **Dedicatoria**

A la mejor Matrona de Chile del año 1990, quien recibió el merecido premio Lorenzo Sazie, a ella, la feminista, la radical, a ella, “La Gran Gloria Espinoza Reyes”, quien me hizo amar la Salud Pública, quien me dijo un día muy convencida “tú eres un salubrista visionario”. ¡Dedicada a ti, Glorita!

## **Agradecimientos**

A la vida, mi familia, mis sobrinos Samir y Emilia, quienes con solo una mirada me invitan cada día a amar más la vida.

Al Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género (Sernameg), quienes siempre apoyaron y creyeron en este estudio.

A las profesionales de la casa de Protección para víctimas de Trata: Soledad, Marisol, Ingrid y Denisse, quienes con su fuerza inspiradora y mágica logran reparar todas esas vidas rotas.

A mi trabajo, Servicio de Salud Metropolitano Central, en particular al Departamento de Gestión al Usuario y la Dirección de Atención Primaria, que con su constante respaldo me acompañaron en estos años.

A dos grandes del Ministerio de Salud: señoras Claudia Padilla y Teresa Soto, mujeres merecedoras de toda admiración, precursoras de la respuesta del sector salud. Gracias por instalar el tema, por hacer ruido, por decir y hacer las cosas importantes.

A una extraordinaria mujer que me formó, me pulió, me hizo el salubrista que hoy me siento. A ti, Matrona Andrea Quiero.

A Fabián Olivares (Q.E.P.D), informático del SSMC, quien desinteresadamente arregló mi computadora cuando creía mi trabajo perdido.

A mis alumnos, quienes siempre me recuerdan lo maravilloso que es educar.

A mi directora de Tesis, Dra. Patricia Moya, quien confió ciegamente en esta nueva línea investigativa en la Escuela de Salud Pública.

A mi amiga Andrea Ortiz, quien nunca me dejó solo en este hermoso camino.

A mi profesora y referente Yocelyn Price.

A las luces, las sombras, los abismos, la muerte, la vida, los ciclos, los inviernos, las víctimas. A ellas, las supervivientes, que son el fiel reflejo del amor por la vida, la búsqueda del sentido y el existir.

Finalmente, a la insoportable levedad del ser.

## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| DEDICATORIA.....  | 4  |
| AGRADECIMIENTOS .....   | 5  |
| ÍNDICE.....   | 6  |
| CARACTERIZACIÓN EN SALUD DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE TRATA DE PERSONAS ..... | 7  |
| EN CHILE. 2012-2017 .....   | 7  |
| CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA .....   | 8  |
| RESUMEN.....  | 9  |
| ABSTRACT .....  | 10 |
| INTRODUCCIÓN .....  | 11 |
| MÉTODOS .....   | 12 |
| RESULTADOS.....   | 14 |
| DISCUSIÓN.....  | 18 |
| BIBLIOGRAFÍA.....   | 21 |

# **Caracterización en salud de las mujeres víctimas de trata de personas en Chile. 2012-2017**

Sebastián Maldonado Vivar <sup>a</sup>, Patricia Moya R. <sup>a</sup>, Carolina Vidal G. <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias, Universidad Mayor, Santiago de Chile

## **Autor para correspondencia**

Sebastián Maldonado Vivar

tsmaldonadov@gmail.com

José Toribio Medina, 38, Santiago de Chile, 8340587

Nº de palabras del resumen en español: 209

Nº de palabras del resumen en inglés: 185

Nº de palabras del texto principal: 2.761

## **Contribuciones de autoría**

Sebastián Maldonado Vivar concibió el estudio y fue la persona responsable de la recogida de datos, redacción, análisis y discusión y visión crítica con importantes contribuciones intelectuales. Patricia Moya R. tabuló los datos, los interpretó y realizó un análisis y revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales, así como la aprobación de la versión final para su publicación, esta última junto con Carolina Vidal G.

## **Financiación**

Esta investigación se financió a través del Fondo Concursable de Investigación 2017 de la Universidad Mayor, Escuela de Salud Pública. El monto adjudicado fue de \$2.000.000 pesos chilenos.

## **Agradecimientos**

Nuestro más sincero agradecimiento a diferentes personas e instituciones que han colaborado en el desarrollo de esta investigación. A Gloria Espinoza y Andrea Quiero, matronas, colegas y amigas. A Claudia Padilla y Teresa Soto, valientes precursoras del tema en el Ministerio de Salud de Chile. A las profesionales de la casa de protección para víctimas de trata, Soledad, Marisol, Ingrid y Denisse, quienes con fuerza inspiradora y mágica logran reparar todas esas vidas rotas. Y, por último, a Marta Villar, por la redacción y revisión crítica del manuscrito.

## **Conflictos de intereses**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## **Resumen**

Actualmente, el fenómeno de la trata de personas tensiona los países del mundo a dirigir sus políticas hacia esta forma de esclavitud moderna, enfatizando la detección, prevención, reparación y protección de las víctimas. En Chile, los escasos estudios existentes respecto a la trata de personas se limitan a las variables descriptivas y geográficas de la caracterización del delito, sin tener en cuenta las variables de acceso, atención y tratamientos de salud en profundidad. Este estudio pretende conocer y describir las características sociodemográficas y el estado de salud de las víctimas de trata de personas en Chile, entre 2012 y el primer semestre de 2017, mediante los ingresos formales a la única casa de protección en Chile. El estudio es cuantitativo de tipo descriptivo y de corte transversal de los registros de las víctimas. Las participantes fueron 43 mujeres víctimas de trata, de 32 años de media y con uno/a o más hijos/as. Se constata un multidiagnóstico de las víctimas, debido a la cantidad de enfermedades y programas de salud a los que ingresan. Por último, se evidencia una falta de protocolo entre la casa de protección y el sistema de salud, el cual es de vital importancia para definir la calidad de salud de las víctimas de trata de personas.

## **Palabras clave**

Trata de personas, Esclavitud moderna, Explotación sexual, Derechos Humanos, Víctimas, Atención en salud.

# **Characterization in health of women victims of human trafficking in Chile. 2012-2017**

## **Abstract**

Nowadays, the phenomenon of human trafficking is pressuring countries around the world to direct policies towards this form of modern slavery, emphasizing the detection, prevention, reparation and protection of victims. In Chile, there are few studies about human trafficking. They are limited to the descriptive and geographical variables of the crime characterization, without taking into account the variables of access, care and health treatments. This study pretends to know and describe the sociodemographic characteristics and health status of human trafficking victims in Chile, between 2012 and the first half of 2017, considering only the registered admissions into the only human trafficking protection home in Chile. The study is quantitative of a descriptive and cross-sectional nature of the victims' records. The sample consists in 43 women victims of trafficking, 32 years old on average and with one or more children. A multidiagnosis of the victims is identified due to the number of diseases and health programs registered. Finally, there are very few protocols concerning the relation between protection home and the health system, which is very important to determine the health of the human trafficking victims.

## **Key words**

Human trafficking, Modern slavery, Sexual exploitation, Human rights, Victims, Health care.

## Introducción

La esclavitud moderna traducida al fenómeno de trata de personas está presente en todos los continentes del mundo, razas, niveles socioeconómicos y posiciones sociales. El Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas de las Naciones Unidas define la trata como: «la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad, o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación»<sup>1</sup>. Se entiende por explotación tanto explotación sexual como trabajos forzados, esclavitud o tráfico de órganos.

El Informe Mundial sobre la Trata de Personas de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) de 2014 aporta elementos transregionales para caracterizar este fenómeno. Las víctimas provienen principalmente de países en vías de desarrollo, mientras que el delito ocurre en países con mayor desarrollo económico. Se constata que seis de cada diez personas víctimas de trata son trasladadas cruzando al menos una frontera nacional de manera ilegal y clandestina y que, a nivel mundial, el 49% son mujeres adultas<sup>2</sup>.

A pesar de la falta de influencia de literatura nacional e internacional sobre la temática, algunos estudios desarrollados en Europa y relacionados con el ámbito de la salud y la trata con fines de explotación sexual destacan en las víctimas problemas físicos –como lesiones, traumatismos, trastornos alimentarios–, problemas sexuales o reproductivos –violaciones, abortos, enfermedades de transmisión sexual (ETS)–, problemas de salud mental, trastornos del ánimo y comportamiento –ansiedad, fobia, depresión– y consumo y dependencia de medicamentos o drogas<sup>3</sup>.

En 2008 surge en Chile la Mesa Intersectorial contra Trata de Personas (MITP). En 2011 se promulga el Proyecto de Ley contra Trata de Personas, incluido en el Código Penal, y se crea el Protocolo Intersectorial para entregar una oportuna atención y acceso a los servicios, así como protección, reparación y prevención de victimización secundaria<sup>4</sup>, con el fin de hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las víctimas. «Se deriva por victimización secundaria las relaciones entre la víctima y las instituciones

sociales (servicios sociales, sanitarios, medios de comunicación, jurídicos, etc.)<sup>5</sup>, quienes en algunas oportunidades brindan una mala o inadecuada atención a la víctima»<sup>6</sup>. Así mismo el Ministerio de Salud forma parte del Protocolo Intersectorial para la atención de víctimas desde 2013, dados los compromisos internacionales que suscribe Chile en materia de combate del delito de la trata.

A pesar de los avances institucionales en el acceso y atención de las víctimas, Chile carece de una caracterización en salud de esta problemática, por lo que se desconocen las principales necesidades de salud de las víctimas. Los últimos datos recogidos entre 2011 y fines de 2016 identifican un total de 206 víctimas de trata en Chile, 87 de las cuales son mujeres<sup>7</sup>. Se proyecta que los equipos de salud tendrán, en algún momento, contacto con una persona que ha estado expuesta a la trata<sup>8</sup>. Dada la limitada evidencia acerca de la situación de salud de las víctimas de trata de personas en Chile, el propósito de este estudio es aportar un perfil y una caracterización en salud de las víctimas de trata en Chile entre los años 2012 y el primer semestre de 2017, ya que salud es un sector clave para contribuir a esta temática y tomar decisiones para el cuidado, tratamiento y reparación de las víctimas, basadas en la evidencia específica para este fenómeno local.

## **Métodos**

Este estudio es cuantitativo, descriptivo y transversal, a partir de los registros administrativos y sanitarios de mujeres víctimas de trata de personas. Las víctimas fueron identificadas a través de las denuncias efectuadas por instituciones pertenecientes a la Mesa Intersectorial sobre Trata de Personas (MITP) e ingresadas a la única casa de protección de víctimas de trata en Chile, ubicada en la Región Metropolitana. Este organismo es dependiente del Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género (Sernameg).

Para conocer el perfil sociodemográfico y la caracterización en salud de las víctimas de trata de personas a nivel nacional entre los años 2012 y el primer semestre de 2017 se cuenta con la coordinación y articulación de esta única casa actualmente en funcionamiento para todo Chile, lo cual implica que las víctimas que solicitan ayuda desde cualquier punto del país son trasladadas a la Región Metropolitana.

Durante la etapa inicial de la investigación –diciembre de 2016– se contactó directamente con el equipo directivo de la casa de protección, se informó del motivo del estudio y se solicitó su colaboración. Se incluyeron todas las mujeres mayores de 18 años víctimas de trata de personas ingresadas formalmente a la casa de protección a través del protocolo de trata de personas del Ministerio del Interior y Seguridad Pública entre los años 2012 y el primer semestre de 2017. El estudio contó con la aprobación del Comité de ético científico del Servicio de Salud Metropolitano Central, el cual autorizó la revisión de fichas clínicas electrónicas de salud por parte del equipo de investigación con previa autorización bajo consentimiento informado de las de las víctimas que se encontraban en la casa al momento de realizar el estudio, en el caso de las víctimas que no se encontraran en la casa de protección en el momento del estudio –por abandono, retorno a su país o fallecimiento- se autorizó la “dispensa de consentimiento informado” tras realizar múltiples formas de toma de contacto con ellas vía telefónica y/o internet.

El estudio describe las variables sociodemográficas –edad, ocupación, número de hijos/as, país de origen, fines de la trata, entre otras–, las variables de salud –diagnósticos en salud, clasificación nutricional por el Índice de Masa Corporal (IMC), talla, entre otras– y de utilización de atenciones de salud –atenciones recibidas por Garantías Explícitas en Salud (GES), ingreso a programas de salud en Atención Primaria de Salud (APS), derivaciones a nivel secundario, entre otras–.

En relación a los tipos de programas de salud, se entiende primer y segundo registro como el número de ingresos que tiene cada mujer víctima de trata asociado a un programa –Programa de Salud Cardiovascular, Programa de la Mujer, Programa Respiratorio, entre otros–.

La recolección de la información se realizó a partir de la ficha de ingreso a la casa de protección, así como también de la ficha electrónica en el centro de salud primaria. Las fuentes secundarias de información correspondieron al Repositorio Nacional de Lista de Espera (RNLE) y al Sistema General de Garantías Explícitas en Salud (SIGGES).

Se construyó una base de datos en Excel para el análisis estadístico. Posteriormente, se calcularon frecuencias relativas, medidas de tendencia central y de dispersión para describir el perfil de las mujeres estudiadas. Se utilizó el software STATA 12.0.

## Resultados

Participaron 43 mujeres víctimas de trata de personas. Las pérdidas respecto al número de participantes se deben a que algunas víctimas no se encontraban en la casa de protección en el momento del estudio, pues algunas habían retornado a su país de origen, habían abandonado la casa, fallecido, entre otros motivos. Más allá de estas dificultades propias del tamaño de participación, cabe destacar que Chile no ofrece un sistema preventivo ni reparativo en salud ni para hombres ni para niños, niñas y adolescentes víctimas de trata, como lo es la casa de protección para mujeres ya mencionada y su articulación con salud. Como consecuencia de este escape de datos relevante, el tamaño de participación no es significativamente representativo ni probabilístico, pues se trata de un fenómeno poco abordado y poco conocido en la realidad nacional.

La tabla 1 muestra las principales variables estudiadas, identificadas según las características sociodemográficas y nutricionales de las víctimas. La edad media de las víctimas es de 32,2 años (SD 7,9). Se identifica una clara mayoría (79,1%) de víctimas provenientes de América del Sur, principalmente de Colombia y Bolivia. De las 43 mujeres, 5 se reconocen pertenecientes a pueblos originarios: 1 tacana, 1 otavaleña y 3 aymaras. Destacan, también, 1 siria y 1 Sudafricana.

**Tabla 1. Características sociodemográficas y nutricionales de las mujeres víctimas de trata de personas. Región Metropolitana de Santiago de Chile. 2012-2017**

| <b>VARIABLES</b>           | <b>MEDICIONES</b>      |            |
|----------------------------|------------------------|------------|
| <b>Edad (años)</b>         | Media (SD)             | 32,2 (7,9) |
| <b>Estado conyugal (%)</b> | Soltera                | 83,7       |
|                            | Casada                 | 4,7        |
|                            | Divorciada             | 6,9        |
|                            | Viuda                  | 4,7        |
| <b>Ocupación (%)</b>       | Empleada dependiente   | 11,4       |
|                            | Trabajadora particular | 4,7        |
|                            | Sin ocupación formal   | 30,2       |
|                            | Sin información        | 46,5       |
|                            | Cesante                | 6,9        |

|                                 |                  |      |
|---------------------------------|------------------|------|
| <b>Nº de hijos/as (%)</b>       | Sin hijos/as     | 30,2 |
|                                 | 1 o 2 hijos/as   | 56,5 |
|                                 | 3 o más hijos/as | 23,3 |
| <b>Continente de origen (%)</b> | América del Sur  | 79,1 |
|                                 | América Central  | 9,3  |
|                                 | África           | 2,3  |
|                                 | Asia y Oceanía   | 9,3  |

En relación a la escolarización de las víctimas, destaca, en primer lugar, el 27,9% con educación secundaria completa, seguida de la educación universitaria (superior) completa, con un 20,9%, y la educación primaria incompleta, con un 13,9%. En cuarta posición, sobresale la educación primaria completa, representada con un 11,6%.

En la tabla 2 se observa que el principal fin de la trata de personas es la explotación sexual (58,1%), seguido de los trabajos o servicios forzados (25,6%). Esto tiene relación con los datos entregados por la ONU a nivel mundial. Según estos datos, las formas más destacadas de explotación entre las víctimas de trata son, también, la explotación sexual (53%) y los trabajos forzosos (40%)<sup>9</sup>.

**Tabla 2. Distribución porcentual de los fines de la trata en las mujeres víctimas de trata de personas. Región Metropolitana de Santiago de Chile. 2012-2017**

| <b>Fines de la trata</b>                           | <b>N</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| Explotación sexual                                 | 25       | 58,1     |
| Trabajos o servicios forzados                      | 11       | 25,6     |
| Servidumbre, esclavitud o práctica análoga a estas | 2        | 4,7      |
| Otro/No describe                                   | 5        | 11,6     |
| Total  | 43       | 100      |

El año registrado con un mayor número de ingresos a la casa de protección es el 2012, ya que es el año de su apertura y coincide con los primeros registros en salud. Los registros de atención no sólo se asocian a la inscripción al sistema de salud propiamente

tal, por lo que hay que considerar las consulta espontáneas (en el caso de las urgencias), en otros casos una víctima puede ingresar a más de un programa y/o ser derivada a más de una especialidad.

Desde Atención Primaria derivan un 27,9% a nivel secundario, principalmente por patologías ginecológicas y de la esfera de salud sexual y reproductiva, como embarazo de alto riesgo, confirmación de VIH, tuberculosis y otras ETS. También destacan las derivaciones a oncología, infectología, gastroenterología, dermatología, traumatología, psiquiatría y neurología.

**Tabla 3. Distribución de las mujeres víctimas de trata de personas según año de ingreso a la casa de protección y características del acceso al centro de salud de atención primaria. Región Metropolitana de Santiago de Chile. 2012-2017**

| <b>Variables</b>  | <b>N</b> | <b>%</b> |
|---|----------|----------|
| <b>Año de ingreso a la casa de protección</b>   |          |          |
| 2012  | 14       | 32,6     |
| 2013  | 3        | 6,99     |
| 2014  | 8        | 18,6     |
| 2015  | 8        | 18,6     |
| 2016  | 6        | 13,9     |
| 2017  | 4        | 9,3      |
| <b>Ingresos a programas en atención primaria, urgencias y/o derivaciones a nivel secundario</b> |          |          |
| Registra ingreso a un centro de salud   | 25       | 58,1     |
| Registra ingreso a uno o más programas de salud   | 22       | 51,2     |
| Registra atenciones por GES   | 15       | 34,9     |
| Registra derivaciones a nivel secundario  | 12       | 27,9     |
| Registra atenciones médicas de urgencia   | 11       | 25,6     |

Para el estudio se tomaron dos cortes de ingreso. El mayor porcentaje corresponde a las víctimas sin registro de ingreso a programa alguno. Aquellas que ingresaron se concentran en el Programa de la Mujer –problemas de salud sexual y reproductiva, enfermedades e infecciones de transmisión sexual, regulación de fecundidad y fertilidad y otras problemáticas asociadas a la esfera sexual– y en el Programa Chile Crece Contigo (ChCC) –temas de control de gestión y maternidad–.

Se constata el ingreso al Programa de Salud Cardiovascular, el cual responde a patologías como la hipertensión y diabetes. Destaca la presencia de ingreso al programa de tuberculosis. Asimismo, se observa el ingreso al programa salud mental y programa respiratorio.

**Tabla 4. Distribución porcentual del ingreso según tipo de programas de salud de las mujeres víctimas de trata de personas. Región Metropolitana de Santiago de Chile. 2012-2017**

| Tipos de programas de salud      | 1 <sup>o</sup> registro de ingreso a programa |      | 2 <sup>o</sup> registro de ingreso a programa |      |
|----------------------------------|---|------|---|------|
|                                  | N   | %    | N   | %    |
| Programa de Salud Cardiovascular | 3   | 6,9  | 0   | 0,0  |
| Programa de la Mujer             | 6   | 13,9 | 5   | 11,6 |
| Programa de TBC                  | 0   | 0,0  | 1   | 2,3  |
| Programa ChCC                    | 2   | 4,7  | 1   | 2,3  |
| Programa Respiratorio            | 1   | 2,3  | 0   | 0,0  |
| Programa de Salud Mental         | 2   | 4,7  | 1   | 0,0  |
| Sin registro de ingreso          | 29  | 67,4 | 35  | 81,4 |

Hay una fuerte presencia de mujeres en más de un programa por su alta carga de enfermedades. Esto significa que una mujer víctima de trata puede estar en más de un

programa al mismo tiempo, con el fin de definir la carga de enfermedades a la que está expuesta.

Por un lado, las principales sospechas diagnósticas corresponden a anemia, VIH, diabetes, violencia sexual, tumor del cuello del útero, problemas relacionados al uso de drogas, embarazo no deseado, psicosis, entre otras. Los principales diagnósticos registrados en las fichas clínicas corresponden, por otro lado, al control de fecundidad, diabetes, supervisión de uso de drogas anticonceptivas, embarazo de alto riesgo, ETS sin especificar, enfermedades infecciosas y parasitarias, traumatismos, depresión, abuso sexual reiterado, entre otros.

## **Discusión**

El estudio tiene un carácter innovador y sustancial a nivel nacional e internacional, ya que no se registra literatura previa sobre la trata de personas en Chile, en el ámbito de la evidencia sanitaria y demográfica de las víctimas. Los años de corte –2012 hasta primer semestre de 2017– son de suma relevancia al tratarse de un estudio transversal, pues desde que entra en funcionamiento la casa de protección y el mismo protocolo de asistencia no se cuenta con una caracterización en salud de las víctimas de trata.

Cabe destacar los esfuerzos por mantener la confidencialidad sobre la ubicación de la casa de protección. El estudio pretende mantener su anonimato y prevenir problemas posteriores de identificación de las víctimas. Es por este motivo que no se menciona en ningún momento el nombre de la casa de protección estudiada. Se concluye que indicar la región –Metropolitana– donde se ubica da suficiente margen de confidencialidad y no revela un sitio específico.

Debido a que algunas víctimas no se encuentran en la casa de protección en el momento del estudio, este depende, en algunos casos, de la dispensación de consentimiento informado, entregado por el Comité Ético Científico (CEC). Sin embargo, la mayoría de los resultados obtenidos se recogen de la base de datos propia de la casa de protección, como la revisión de las fichas clínicas electrónicas –y el correspondiente consentimiento de las personas que han autorizado su revisión–. Chile sigue la normativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del consentimiento informado y

tiene especial cuidado en la protección de la información biomédica de las pacientes –la Ley 20.584 regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud<sup>10</sup>–.

En la casa de protección hay un número importante de víctimas que no ingresa a salud, debido a los procesos particulares que vive cada víctima y al tiempo de permanencia en la casa. Existe una brecha protocolaria por parte de la casa de protección, ya que no cuenta con un sistema preventivo de ingreso a salud, independientemente del tiempo de estadía de las víctimas. Sin embargo, hay otro número de víctimas que sí ingresa a salud, pero el sistema –como estado nacional– no pesquisa los elementos para la atención básica, a causa de la ausencia de protocolo para las víctimas de trata. Es decir, ingresar al sistema de salud no garantiza el tratamiento de las necesidades demandadas por las víctimas, como su estado nutricional, lo cual evidencia que el sistema no está preparado para una recepción inicial.

Prueba de esto se evidencia un alto porcentaje de desinformación (74,4%) del estado nutricional de las víctimas, debido a que no registran relación con ningún centro de salud previa al ingreso a la casa de protección, por otro lado las que logran ingresar al sistema de salud estando en la casa de protección tampoco tienen una revisión exhaustiva de su estado nutricional. Este dato puede generalizarse a través de los datos de la tabla 4, la cual evidencia que, si bien algunas víctimas de trata están inscritas en un centro de salud, no necesariamente ingresan a un programa de salud. Entiéndase como programa de salud la atención integral y específica de un ciclo vital y/o patología.

Llama la atención la alta carga de enfermedad en perfiles muy dañados. Esto se evidencia por las derivaciones a nivel secundario a infectología, dermatología, ginecología y traumatología, así como las GES –diabetes, VIH y cáncer cérvicouterino– o enfermedades parasitarias, como dermatomicosis, y enfermedades reemergentes, como la tuberculosis.

Es importante que las víctimas de trata tengan acceso a salud, dada la alta carga de enfermedades registradas. Entiéndase carga de enfermedad como la prevalencia de incidencia de enfermedades relacionadas con la trata, es decir, el daño acumulado en las víctimas. Sin ser el objetivo del estudio, se evidencia este multidiagnóstico de las mujeres, debido a la cantidad de enfermedades y programas de salud a los que asisten.

De los resultados del estudio se desprende una caracterización de la víctima: mujer, joven (SD 32 años), con uno/a o más hijos/as. Existe una evidente relación entre la vulnerabilidad de la mujer indígena, el fenómeno de la migración sur-sur y su corta edad. Tres de las víctimas no hablan español, lo cual dificulta su acceso al sistema de salud, e incluso cultural y social, del país. Respecto a su ocupación, hay un vacío desinformativo debido a que el mismo fenómeno de la trata distorsiona la ocupación de las víctimas; un 30,2% de las víctimas registra no tener ocupación formal, lo cual no implica su desocupación, ya que, en el momento en que adquieren la condición de víctimas de trata, dejan su condición laboral anterior –en caso de que la tuvieran– por la de esclavitud y/o explotación. Por su parte, el nivel de escolaridad no muestra relación directa con la trata, ya que existe gran diversidad en los resultados.

A pesar del esfuerzo por caracterizar en salud a las víctimas de trata, y más allá de las variables negativas encontradas –como el tamaño de participación–, se constata que el hecho de contar con un protocolo en sintonía y coordinado en red –casa de protección y sistema de salud– es clave. La caracterización de poblaciones específicas es relevante para la toma de decisiones en salud, sobre todo cuando se trata de este flagelo global. El protocolo no es una tarea administrativa. El gran desafío de Chile reside en dar orden a estas respuestas, ya que el protocolo va a definir la calidad de la salud entregada a esta población vulnerable.

## Bibliografía

1. Naciones Unidas. Protocolo Para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, Especialmente Mujeres y Niños, que Complementa la Convención de las Naciones Unidas Contra la Delincuencia Organizada Transnacional. 2000 [Internet]; 1-10 p. Disponible en: <https://www.unodc.org/pdf/cld/TOCebook-s.pdf>.
2. UNODC. Global Report on Trafficking in Persons [Internet]. New York; 2014. Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/glotip/GLOTIP\\_2014\\_full\\_report.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/glotip/GLOTIP_2014_full_report.pdf).
3. Giménez-Salinas Framis A. La explotación y trata de mujeres con fines sexuales: el papel del sector salud. Gac Sanit [Internet]. 2011;25(5):351-2. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112011000500001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000500001).
4. Acci PDE, Contra N, Trata LA, Convenci L, Unidas N, Transnacional DO, et al. Plan de Acción Nacional contra la Trata de personas. 2013;6.
5. Albertin, P. (2006). Psicología de la victimización criminal. En Soria, M y Saíz, D. (.), Psicología Criminal. (coord.). (pp 245-276) España: Pearson Educación.
6. Beristain, Antonio. (1999). Criminología y Victimología. Colombia: Leyer.
7. Mesa Internacional Sobre Trata de Personas. Ministerio del Interior y Seguridad Pública [Internet]. Chile; 2001-2016. Disponible en: <http://tratadepersonas.subinterior.gov.cl/media/2017/08/1.-MITP-Panorama-Trata-de-Personas-en-Chile.pdf>.
8. Organización Internacional para las Migraciones. Oficina Regional para América del Sur. Cuidados para la Salud y la Trata de Personas: Guías para Proveedores de Salud [Internet]. Buenos Aires, Argentina; 2012. 1-10 p. Disponible en: [http://publications.iom.int/bookstore/index.php?main\\_page=product\\_info&cPath=47&products\\_id=852](http://publications.iom.int/bookstore/index.php?main_page=product_info&cPath=47&products_id=852).
9. UNODC. Global Report on Trafficking in Persons [Internet]. New York; 2014. Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/glotip/GLOTIP\\_2014\\_full\\_report.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/glotip/GLOTIP_2014_full_report.pdf).
10. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile/BCN. Ley 20.584 [Internet]. Ministerio de Salud; 2012. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>.

### **¿Qué se sabe sobre el tema?**

Existen estudios de caracterización tanto mundiales como chilenos que identifican el origen de las víctimas de trata de personas, los avances en materia legal y la caracterización del delito.

También a nivel mundial existe evidencia sanitaria limitada como por ejemplo algunos estudios de trata relacionados a la arista de salud sexual y salud mental.

### **¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?**

Este estudio pretende colaborar en la generación de un perfil de las víctimas de trata de personas en Chile, en el ámbito específico de salud pública, considerando elementos como la atención en salud, diagnósticos en salud, clasificación de programas en los que están en tratamiento las víctimas entre otros con el único fin de ampliar la evidencia internacional, para así mejorar la toma de decisiones en salud y otras políticas públicas.

Conocer el estado de salud y los determinantes sociales aportan elementos interculturales y territoriales, como factores de riesgo, y añade elementos de alerta en la pesquisa y tratamiento inicial de las víctimas en los centros de salud públicos chilenos.