



Organización Mundial de la Salud
Departamento Género, Mujer y Salud
20, Avenida Appia,
1211 Ginebra 27
Suiza
Correo electrónico: genderandhealth@who.int
Sitio web: <http://www.who.int/gender>

ISBN 92 4 359351 X



Resumen del informe

Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica

Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia



Organización
Mundial de la Salud



“ Después de saber que estaba embarazada, el cambió. No más palabras dulces y amables... Me pegaba y me tiraba cosas. Hasta quiso matarme. Una vez levantó una mesa y me la aventó... Sobreviví. Esa misma noche nos peleamos. Utilizó una escoba para golpearme varias veces. Tenía moretones por todas partes.

“ Tuve un dolor tan intenso, como nunca antes había sentido...”

Mujer entrevistada en Tailandia

“ Así duermo, me llevo una manta y junto con mis hijos paso la noche en el frío porque me pegaba demasiado; me tenia que llevar a mis hijos para que no les pegue...Me perdía hacia el cerro, así amanecía...Mas de diez veces he dormido en el cerro...”

Mujer entrevistada en el Cuzco, Perú



Resumen del informe **Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer**

Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia

Catalogación **por la Biblioteca de la OMS**

Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer : primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia : resumen del informe.

1. Maltrato conyugal. 2. Delitos sexuales. 3. Salud de las mujeres. 4. Comparación transcultural. 5. Estudios multicéntricos. 6. Estudios epidemiológicos. I. Organización Mundial de la Salud.

ISBN 92 4 359351 X

(Clasificación NLM:WA 309)

© **Organización Mundial de la Salud, 2005**

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Diseño: Grundy & Northedge Designers

Impreso en Suiza

Índice

	Prefacio	vi
	Prólogo	vii
1	Panorama general	I
	Antecedentes	1
	Objetivos	2
	Organización	3
2	Violencia contra la mujer infligida por su pareja	6
	¿Cómo se midió la violencia física o sexual infligida por la pareja?	6
	Violencia física y violencia sexual	7
	Factores que protegen a la mujer o la exponen a una situación de riesgo	9
	Maltrato psíquico infligido por la pareja	10
	Comportamiento dominante	11
	Actitud de la mujer ante la violencia	11
3	Violencia contra la mujer infligida por personas distintas de la pareja	14
	Violencia física y sexual infligida, a partir de los 15 años, por personas distintas de la pareja	14
	Abusos sexuales antes de los 15 años	15
	Primera relación sexual forzada	17
4	La violencia infligida por la pareja y la salud de la mujer	18
	Lesiones derivadas de la violencia física	18
	La violencia infligida por la pareja y la salud física	18
	La violencia infligida por la pareja y la salud mental	19
	La violencia infligida por la pareja y la salud reproductiva	20
5	Defensa y respuesta contra la violencia infligida por la pareja	22
	¿A quién cuentan las mujeres su experiencia violenta?	22
	¿Quién trata de ayudar?	22
	¿A qué instituciones o autoridades se dirigen las mujeres?	22
	¿Se defienden las mujeres con violencia?	24
	Abandonar a una pareja violenta o seguir con ella	25
6	Recomendaciones	27
	Reforzar el compromiso y la acción en el ámbito nacional	27
	Promover respuestas de prevención primaria	29
	Involucrar al sector educación	30
	Reforzar la respuesta del sector salud	31
	Apoyar a las mujeres que conviven con la violencia	32
	Sensibilizar a los integrantes de los sistemas de justicia penal	32
	Apoyar la investigación y la colaboración	33
	Referencias	34

Equipo de investigación principal, Comité Directivo y equipos de investigación nacionales

Equipo de investigación principal

Claudia García-Moreno (Study Coordinator), World Health Organization, Geneva, Switzerland
 Henrica A.F.M. (Henriette) Jansen, World Health Organization, Geneva, Switzerland
 Charlotte Watts, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, England
 Mary Ellsberg, Program for Appropriate Technology in Health (PATH), Washington, DC, USA
 Lori Heise, PATH, Washington, DC, USA

Comité directivo

Jacquelyn Campbell, Johns Hopkins University, Baltimore, MD, USA (co-Chair)
 Lucienne Gillioz, Bureau d'Égalité, Geneva, Switzerland
 Rachel Jewkes, Medical Research Council, Pretoria, South Africa
 Ivy Josiah, Women's Aid Organisation, Selangor, Malaysia
 Olav Meirik, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER), Santiago, Chile (co-Chair)
 Laura Rodrigues, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, England
 Irma Saucedo Gonzalez, El Colegio de Mexico, Mexico City, Mexico
 Berit Schei, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway
 Stig Wall, Umeå University, Sweden

Equipos de investigación nacionales

Bangladesh

Ruchira Tabassum Naved, ICCDR, Dhaka
 Safia Azim, Naripokkho, Dhaka
 Abbas Bhuiya, ICCDR, Dhaka
 Lars Ake Persson, Uppsala University, Sweden

Brasil

Lilia Blima Schraiber, Faculty of Medicine, University of São Paulo, São Paulo
 Ana Flavia Lucas D'Oliveira, Faculty of Medicine, University of São Paulo, São Paulo
 Ivan França Junior, School of Public Health, University of São Paulo, São Paulo
 Carmen Simone Grilo Diniz, Feminist Collective for Sexuality and Health, São Paulo
 Ana Paula Portella, SOS Corpo, Genero e Cidadania, Pernambuco
 Ana Bernarda Ludermir, Medical School, Federal University of Pernambuco

Etiopía

Yemane Berhane, Addis Ababa University, Addis Ababa
 Ulf Hogberg, Umeå University, Sweden
 Gunnar Kullgren, Umeå University, Sweden
 Negussie Deyessa, Addis Ababa University, Addis Ababa
 Maria Emmelin, Umeå University, Sweden
 Mary Ellsberg, PATH, Washington, DC, USA
 Yegomawork Gossaye, Umeå University/Addis Ababa University, Addis Ababa
 Atalay Alem, Addis Ababa University, Addis Ababa

Derege Kebede, Addis Ababa University, Addis Ababa
Alemayehu Negash, Umeå University/Addis Ababa University, Addis Ababa

Japón

Mieko Yoshihama, University of Michigan, Ann Arbor, MI, USA
Saori Kamano, National Institute of Population and Social Security Research, Tokyo
Hiroko Akiyama, University of Tokyo, Tokyo
Fumi Hayashi, Toyo Eiwa University, Tokyo
Tamie Kaino, Ochanomizu University, Tokyo
Tomoko Yunomae, Japan Accountability Caucus, Beijing, Tokyo

Namibia

Eveline January, Ministry of Health and Social Services, Windhoek
Hetty Rose-Junius, Ministry of Health and Social Services, Windhoek
Johan Van Wyk, Ministry of Health and Social Services, Windhoek
Alvis Weerasinghe, National Planning Commission, Windhoek

Perú

Ana Güzemes García, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Lima
Nancy Palomino Ramírez, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima
Miguel Ramos Padilla, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima

Samoa

Tina Tauasosi-Posiulai, Secretariat of the Pacific Community
Tima Levai-Peteru, Secretariat of the Pacific Community
Dorothy Counts, Secretariat of the Pacific Community
Chris McMurray, Secretariat of the Pacific Community

Serbia y Montenegro

Stanislava Otašević, Autonomous Women's Center Against Sexual Violence, Belgrade
Silvia Koso, Autonomous Women's Center Against Sexual Violence, Belgrade
Viktorija Cucic, Medical School, University of Belgrade, Belgrade

Tailandia

Churnrurtai Kanchanachitra, Mahidol University, Bangkok
Kritaya Archavanitkul, Mahidol University, Bangkok
Wassana Im-em, Mahidol University, Bangkok
Usa Lerdsrisanthat, Foundation for Women, Bangkok

República Unida de Tanzania

Jessie Mbwambo, Muhimbili University College of Health Sciences, Dar es Salaam
Gideon Kwesigabo, Muhimbili University College of Health Sciences, Dar es Salaam
Joe Lugalla, University of New Hampshire, Durham, NH, USA
Sherbanu Kassim, Women Research and Documentation Project, Dar es Salaam

Prefacio

La información recogida de 10 países que se presenta en este informe confirma que la violencia infligida por la pareja contribuye en gran medida a la mala salud de las mujeres. El Estudio aporta nuevos datos no sólo sobre la prevalencia de la violencia en países donde se había recopilado poca información al respecto, sino sobre las formas y pautas de la violencia en distintos países y culturas. También documenta cuáles son las consecuencias de la violencia para la salud de las mujeres. Esta información tiene importantes implicaciones para la prevención, la atención y su mitigación.

El sector de la salud puede tener un papel decisivo en la prevención de la violencia contra la mujer, contribuyendo a la detección temprana de los malos tratos, proporcionando a las víctimas el tratamiento requerido y derivando a las mujeres a los servicios idóneos para suministrarles la atención e información necesarias. Los servicios de salud deben ser lugares donde las mujeres se sientan seguras, tratadas con respeto y no estigmatizadas, y donde reciban información y apoyo de calidad. Es preciso que el sector de la salud articule una respuesta integral ante este problema, abordando en particular la resistencia de las mujeres maltratadas a buscar ayuda.

Las elevadas tasas de abuso sexual que, según muestra el Estudio, sufren mujeres y niñas son preocupantes, sobre todo en el contexto de la epidemia de VIH. Hay que promover una mayor concientización del público sobre este problema, así como una respuesta enérgica de la salud pública, centrada ante todo en evitar que esa violencia se produzca.

Felicito a los países participantes por haber realizado este Estudio pionero e insto a sus gobiernos a que actúen basándose en sus conclusiones. Merecen nuestro agradecimiento y elogio los investigadores que llevaron a cabo el Estudio y las representantes de las organizaciones de mujeres que realizaron las entrevistas y trataron con suma delicadeza a las mujeres entrevistadas. Y sobre todo, quisiera darles las gracias a las 24.000 mujeres que compartieron esa importante experiencia en sus vidas, a pesar de las numerosas dificultades que encontraron para hablar sobre ello. El hecho de que hubiera tantas que se atrevieran a contar su experiencia de violencia por primera vez durante el Estudio es un indicio del estado de las relaciones de género en nuestras sociedades y un incentivo para la acción. Ellas, y los países que llevaron a cabo esta investigación han hecho una contribución importante en este tema.

Este Estudio ayudará a que las autoridades nacionales elaboren políticas y programas para comenzar a tratar el problema, al tiempo que contribuyen a que se comprenda mejor la violencia ejercida contra las mujeres así como la imperiosa necesidad de evitarla. Es responsabilidad de todos nosotros cuestionar las normas sociales que excusan la violencia contra las mujeres, y de ese modo contribuyen a perpetuarla. El sector de la salud, secundado por la OMS, tiene que intervenir de forma más activa en la respuesta a las necesidades de las mujeres que están inmersas en relaciones violentas. Se requiere urgentemente una mayor inversión en programas encaminados a reducir la violencia contra las mujeres y apoyar medidas basadas en los resultados y recomendaciones del estudio.

Debemos sacar a la luz el problema de la violencia doméstica, examinarlo como haríamos con cualquier otro problema de salud prevenible y adoptar las mejores medidas disponibles.

LEE Jong-Wook

Director General

Organización Mundial de la Salud

Prólogo

La violencia ejercida contra la mujer es un fenómeno universal que persiste en todos los países del mundo. Las víctimas de dicha violencia conocen con frecuencia bien a sus autores. La violencia doméstica, en particular, continúa siendo terriblemente común y es aceptada como “normal” en demasiadas sociedades del mundo. Desde que se celebró la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, en Viena en el año 2003, y la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer ese mismo año, la sociedad civil y los gobiernos han reconocido que la violencia ejercida contra la mujer constituye una preocupación de las políticas públicas y de los derechos humanos. Aunque la labor realizada en este campo ha generado sus frutos con el establecimiento de normas internacionales, la tarea de documentar la magnitud de la violencia ejercida contra las mujeres y de recopilar información fiable y comparativa para guiar la redacción de políticas y controlar su aplicación ha sido extremadamente difícil. *El Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer* es una respuesta a esa dificultad.

El Estudio desafía la percepción de que el hogar es un lugar seguro para la mujer mostrando que las mujeres corren mayores riesgos de experimentar la violencia en sus relaciones íntimas que en cualquier otro lugar. Según el Estudio, es particularmente difícil responder con eficacia a la violencia doméstica porque muchas mujeres aceptan esa violencia como “normal”. Sin embargo, el derecho internacional sobre derechos humanos es claro en este sentido: los Estados tienen la obligación de adoptar las medidas oportunas para prevenir, procesar y castigar la violencia ejercida contra la mujer.

Al considerar la violencia contra la mujer desde una perspectiva de salud pública, pueden observarse las numerosas dimensiones del fenómeno a fin de establecer respuestas multisectoriales. Los sistemas sanitarios suelen ser el primer punto de contacto con las mujeres que son víctimas de la violencia. La información proporcionada por este Estudio contribuirá a aumentar la sensibilización de los profesionales de la salud acerca de la gravedad del problema y sobre el modo en que afecta a la salud de las mujeres. Lo ideal sería que sus conclusiones permitieran a los gobiernos, incluidos los sectores de la justicia y los servicios sociales, establecer respuestas más eficaces, como un paso para que los Estados cumplan con su obligación de eliminar la violencia contra la mujer.

La violencia ejercida contra la mujer tiene unas repercusiones mucho mayores que el daño inmediato causado a la víctima. Tiene consecuencias devastadoras para las mujeres que la experimentan, y un efecto traumático para los que la presencian, en particular los niños. Representa algo vergonzoso para los Estados que no logran evitarla y las sociedades que la toleran. La violencia ejercida contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos básicos que debe eliminarse mediante la voluntad política y las actuaciones judiciales y civiles en todos los sectores de la sociedad.

El Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer, así como sus recomendaciones, constituye una contribución incalculable en la lucha para eliminar la violencia ejercida contra la mujer.

Yakın Ertürk

Relator Especial sobre la violencia contra la mujer; sus causas y consecuencias

Prólogo

Cada cultura tiene sus dichos y canciones sobre la importancia del hogar, así como la comodidad y la seguridad que encontramos en él. Sin embargo, para muchas mujeres, el hogar es un lugar de dolor y humillación.

Como demuestra sobradamente este informe, la violencia contra la mujer infligida por su pareja es común, se halla generalizada y sus repercusiones son de gran alcance. Esta violencia, que con demasiada frecuencia se ha ocultado detrás de puertas cerradas y se ha evitado en los discursos públicos, no puede negarse por más tiempo ya que forma parte de la vida cotidiana de millones de mujeres.

El Estudio que se presenta en este informe reafirma los mensajes clave del Informe mundial sobre la violencia y la salud (2002) de la OMS, desafiando la noción de que los actos violentos son asunto de la privacidad familiar, elecciones particulares o facetas inevitables de la vida. Los datos recopilados en 10 países por la OMS y distintos grupos de investigadores confirman que la violencia ejercida contra la mujer constituye un problema social fundamental. Dicha violencia es un importante factor de riesgo para la mala salud de las mujeres y debería prestarse más atención a este asunto.

La experiencia, fundamentalmente en los países industrializados, ha demostrado que los enfoques de salud pública pueden influir en esta cuestión. El sector salud posee un potencial único para tratar la violencia ejercida contra la mujer, en particular a través de los servicios de salud reproductiva, a los que acuden la mayoría de las mujeres en algún momento de su vida. El Estudio indica, sin embargo, que este potencial está todavía lejos de lograrse. Ello se debe en parte a que el estigma y el miedo provocan que numerosas mujeres se muestren reacias a revelar sus sufrimientos. Pero también se debe a que muy pocos médicos, enfermeras y demás personal de salud cuentan con la sensibilidad y la formación necesarias para reconocer la violencia como la causa subyacente de los problemas de salud de las mujeres, o pueden prestarles ayuda, en particular en lugares donde no existen servicios de protección o de seguimiento posterior. Evidentemente, el sector salud no puede llevar a cabo estos cambios por sí solo, pero debería hacer realidad este potencial y desempeñar una función destacada en la prevención de la violencia.

La violencia ejercida contra la mujer es tanto la consecuencia como la causa de la desigualdad de género. Los programas de prevención primaria, donde se abordan las desigualdades de género y las numerosas causas de la violencia, se introducen cambios en las legislaciones y se prestan servicios a las mujeres maltratadas, son todos ellos esenciales en este sentido. El Objetivo de Desarrollo del Milenio sobre la educación de las niñas, la igualdad de género y la potenciación de la capacidad de acción de la mujer es un reflejo del reconocimiento de la comunidad internacional de que la salud y las cuestiones de género y desarrollo están estrechamente conectadas entre sí.

La OMS considera la prevención de la violencia en general, y la violencia contra la mujer en particular, como una importante prioridad. Ofrece conocimientos técnicos especializados a países que desean combatir la violencia, e insta a los donantes internacionales a que apoyen esta labor. La OMS continúa subrayando la importancia de que se realicen estudios orientados hacia la acción y basados en guías éticas, como este Estudio, para que comprendamos mejor el problema y sepamos cómo actuar. También insta encarecidamente al sector y a los servicios de salud a que asuman una función más destacada a la hora de responder a las necesidades de las muchas mujeres que viven relaciones violentas.

Joy Phumaphi

Subdirector General, Salud de la Familia y la Comunidad, OMS

Resumen del informe





¹ El término “violencia doméstica” está siendo sustituido actualmente por “violencia infligida por la pareja”

El Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer constituye un hito tanto por su alcance como por el modo en que se ha llevado a cabo. En lo que se refiere a sus resultados, equipos formados específicamente para la ocasión recabaron información de más de 24 000 mujeres procedentes de 15 entornos ubicados en 10 países con diferentes entornos culturales: Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, Samoa, Serbia y Montenegro, Tailandia y la República Unida de Tanzania. La aplicación de una metodología sólida y normalizada ha contribuido, en gran medida, a reducir muchas de las dificultades que surgieron en otros estudios realizados anteriormente sobre la violencia contra la mujer; y ha dado unos resultados que permiten comparar y analizar los distintos entornos culturales objeto de estudio.

Entre otros aspectos positivos del Estudio, cabe mencionar el método participativo utilizado para elaborar el protocolo de investigación y el cuestionario, la participación de organizaciones de mujeres en los equipos de investigación, la atención a las cuestiones éticas y de seguridad, la cuidadosa selección y formación de las entrevistadoras y la creación de capacidad en todos los miembros de los equipos. Otra característica importante del Estudio es su vínculo con los procesos políticos, gracias a la cooperación de los miembros del equipo de investigación con los órganos responsables de la formulación de políticas sobre violencia, así como la participación de los comités consultivos formados por las principales partes interesadas en el tema en el ámbito nacional.

Antecedentes

Hasta hace poco tiempo, la mayoría de los gobiernos y responsables de la formulación de políticas consideraba la violencia contra la mujer como un problema social de importancia

relativamente menor; sobre todo en lo que se refiere a la violencia “doméstica” infligida por el marido o la pareja.¹ Sin embargo, desde la década de los noventa, los esfuerzos emprendidos por las organizaciones de mujeres, los y las expertos y algunos gobiernos comprometidos con esta cuestión han supuesto una profunda transformación de la sensibilización pública con respecto a este problema. Así pues, actualmente es una cuestión ampliamente reconocida que dicha violencia constituye un grave problema de derechos humanos y salud pública que afecta a todos los sectores de la sociedad (1).

Según las investigaciones internacionales que se han llevado a cabo, la violencia contra la mujer es un problema mucho más grave y generalizado de lo que se había sospechado hasta el momento. Tras examinar una serie de estudios realizados antes del año 1999 en 35 países, se comprobó que entre el 10% y el 52% de las mujeres había sufrido maltrato físico por parte de su pareja en algún momento de su vida, y entre el 10% y el 30% había sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja. Entre el 10% y el 27% de las mujeres declaró haber sido objeto de abusos sexuales, siendo niñas o adultas (2, 3). No obstante, los datos de los países en desarrollo eran, por lo general, escasos.

Asimismo, a medida que fue creciendo el volumen de resultados de los estudios, se puso de manifiesto que los niveles de violencia variaban considerablemente de un entorno a otro, tanto entre los distintos países como dentro de cada país. Ello planteó numerosas preguntas, no sólo en lo que se refiere a los factores que contribuyen a estas diferencias, sino también a los métodos utilizados para investigar la violencia en los distintos países. Las numerosas diferencias observadas en los métodos utilizados en los distintos estudios para definir y medir la violencia dificultaron la realización de comparaciones significativas entre estudios o de cálculos fiables en los distintos entornos (3). Además de investigar la prevalencia de la violencia, se prestó cada vez más atención a sus consecuencias para la salud,

en particular atendiendo a los resultados de los estudios realizados en América del Norte (4-6).

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de las Naciones Unidas, celebrada en 1995, incluyó la violencia contra la mujer entre los temas preocupantes que requieren atención, y en su Plataforma de Acción (7) señala que:

“La falta de suficientes estadísticas y datos desglosados por sexo sobre el alcance de la violencia dificulta la elaboración de programas y la vigilancia de los cambios.” (apartado 120).

Además, recomienda, entre otras cosas, promover la *“investigación, recoger datos y elaborar estadísticas, especialmente en lo concerniente a la violencia en el hogar, relacionadas con la frecuencia de las distintas formas de violencia contra la mujer, y fomentar las investigaciones sobre las causas, la naturaleza, la gravedad y las consecuencias de esta violencia...”* (apartado 129a).

En el año 1996, la OMS celebró una reunión consultiva de expertos en violencia contra la mujer que congregó a investigadores, dispensadores de atención para la salud y promotores de la salud de las mujeres procedentes de diversos países. Los participantes recomendaron que la OMS apoyara investigaciones internacionales a fin de explorar el alcance, las consecuencias para la salud y los factores de riesgo de la violencia contra la mujer. En 1997, la OMS puso en marcha el Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer (en adelante denominado “Estudio de la OMS”).

Objetivos

El Estudio de la OMS pretendía abordar algunas de las deficiencias existentes en la investigación internacional sobre la violencia contra la mujer. Concretamente, los objetivos del Estudio fueron los siguientes:

- 1 estimar la prevalencia de la violencia contra la mujer, y especialmente la violencia física, sexual y psíquica infligida por su pareja;**
- 2 evaluar la vinculación existente entre la violencia infligida por la pareja y una serie de síntomas y eventos relacionados con la salud;**
- 3 definir los factores que pueden proteger a la mujer o exponerla a una situación de riesgo de violencia por parte de su pareja;**
- 4 documentar y comparar las estrategias y los servicios que utilizan las mujeres para afrontar la violencia infligida por su pareja.**

Este primer informe sobre los resultados del Estudio de la OMS presenta conclusiones preliminares sobre los objetivos 1, 2 y 4 (prevalencia, consecuencias para la salud y estrategias de manejo). El análisis de los factores de riesgo y de protección en lo que respecta a la violencia se abordará en un próximo informe.

El Estudio de la OMS también tenía por objeto desarrollar nuevos métodos para medir la violencia en diferentes culturas, así como aumentar, en el ámbito nacional, la capacidad y la colaboración entre los investigadores y las organizaciones de mujeres que trabajan en el campo de la violencia. El Estudio también pretendía fomentar la sensibilización sobre esta cuestión entre los investigadores, los responsables de la formulación de políticas y los dispensadores de servicios sanitarios. La participación de organizaciones promotoras de la salud de la mujer en el proceso de investigación ha sido esencial para garantizar el mantenimiento de las normas de seguridad establecidas en el Estudio, la prestación de servicios de seguimiento a las encuestadas que los necesitaban, así como la utilización de las conclusiones del Estudio para defender a la mujer y lograr cambios políticos. El Estudio ha dejado tras de sí, en los países participantes, una red de personas comprometidas con la erradicación de la violencia contra la mujer.

Si bien el plan original del Estudio de la OMS incluía una encuesta realizada a los hombres, no fue posible realizarla (véase el recuadro 1.1).

Recuadro 1.1 Investigación en hombres

En un principio, en el marco del Estudio de la OMS debía entrevistarse tanto a hombres como a mujeres, lo que habría permitido comparar los testimonios sobre la violencia de los hombres y las mujeres e investigar el número de casos de abusos físicos o sexuales infligidos al hombre por su pareja. No obstante, se llegó a la conclusión de que el hecho de entrevistar a hombres y mujeres de una misma familia podía exponer a la mujer a una situación de riesgo de maltrato en el futuro. La alternativa, consistente en entrevistar a un número equivalente de hombres de familias distintas con un equipo de entrevistadores masculino, no contaba con los recursos financieros necesarios. Con todo, la experiencia de los hombres en relación con la violencia infligida por la pareja constituye un tema importante que debe explorarse en el marco de investigaciones futuras. También es esencial conocer las creencias, actitudes y características de los hombres autores de la violencia contra la mujer.

Figura 1 Países que participaron en el Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer



Organización

El Estudio fue coordinado por la OMS y contó con un equipo básico de investigación constituido por expertos internacionales de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, y PATH (Programa de Tecnología Apropiable en Salud) en los Estados Unidos y de la OMS. Además, la OMS creó un comité directivo experto de investigadores y promotores procedentes de diferentes regiones del mundo encargado de prestar apoyo técnico y científico.

Para poner en práctica el Estudio de la OMS, en todos los países participantes se creó un equipo investigador de colaboración, normalmente integrado por representantes de organizaciones con experiencia en encuestas y por una organización de mujeres que presta servicios a mujeres maltratadas. Cada uno de los equipos nacionales de investigación estableció, asimismo, un comité consultivo para prestar apoyo a la realización del Estudio y garantizar la difusión de sus resultados. A fin de garantizar que se mantuviera la comparabilidad entre países, que las mismas cuestiones y los mismos conceptos se exploraran y analizaran del mismo modo en todos los países, los miembros del equipo básico de investigación visitaron todos los países en momentos clave, por ejemplo, durante la formación de las entrevistadoras y la realización de las pruebas piloto.

Elección de países y entornos

Los países participantes fueron elegidos en función de criterios específicos, entre los que cabe mencionar la presencia de grupos locales pacifistas capaces de utilizar la información para fomentar las reformas políticas, la ausencia de información en la materia y un clima político receptivo para abordar esta cuestión.

En cada país, el Estudio consistió en una encuesta domiciliar sobre una muestra transversal de la población, realizada en uno o dos entornos distintos. En la mitad de los países (Bangladesh, Brasil, Perú, Tailandia y la República Unida de Tanzania), las encuestas se realizaron en (a) la capital o una ciudad importante y (b) una provincia o región, normalmente con población urbana y rural (véase también el recuadro 1.2). En Etiopía sólo se estudió un entorno de población rural, y en Japón, Namibia y Serbia y Montenegro sólo se estudió una ciudad importante. En Samoa se tomaron muestras en todo el país. En la Figura 1 aparecen los países que participaron en el Estudio de la OMS.

Definiciones e instrumentos de medición

Uno de los principales desafíos a los que se enfrentan las investigaciones internacionales sobre la violencia contra la mujer es definir claramente los diferentes tipos de violencia, de modo que se puedan realizar comparaciones entre los distintos entornos. Dado que la opinión que existe sobre la violencia varía en función de las personas y las comunidades, el Estudio utiliza

“ Desde que comenzó la formación hasta que finalizó la realización de la encuesta aprendí muchas cosas.(...) Las mujeres entrevistadas realmente necesitaban esta experiencia y disfrutaron con ella, ya que les permitía hablar con alguien. A partir del inicio del período de formación, mi trayectoria profesional cambió, porque me di cuenta de que podía hacer algo para cambiar las cosas en mi país. ”

Entrevistadora en Namibia

² Las definiciones de las distintas formas de violencia figuran en el Capítulo 2 del presente informe.

definiciones “conservadoras” de la violencia². Por tanto, es más probable que los resultados subestimen la prevalencia real de la violencia, en lugar de sobrestimarla.

El cuestionario del Estudio se redactó tras un largo proceso de negociación y consulta. El primer proyecto del cuestionario básico fue redactado por el equipo central de investigación y previamente revisado por el comité directivo de expertos así como por otros profesionales en la materia y, posteriormente, por los equipos nacionales. A continuación se tradujo, se puso a prueba en seis países (Bangladesh, Brasil, Namibia, Samoa, Tailandia y la República Unida de Tanzania) y se volvió a someter a prueba en los demás países participantes.

La adopción de una única metodología en todos los países³ redujo considerablemente el cúmulo de dificultades que habían surgido en estudios anteriores; en particular, la posibilidad de que las diferencias en los muestreos, las definiciones, las preguntas planteadas, etc. generen resultados divergentes. Aunque siempre existirán prejuicios culturales que afectarán a la difusión de la información, gracias a la coherencia metodológica del Estudio de la OMS, las variaciones registradas en la prevalencia de la violencia entre los distintos países y dentro de cada país representan, en la mayoría de los casos, diferencias reales.

Desde que se inició el Estudio de la OMS, otras iniciativas internacionales de investigación han utilizado también encuestas basadas en la población para estimar la prevalencia de la violencia contra la mujer en distintos países y culturas.⁴ Estos estudios permiten realizar comparaciones con el Estudio de la OMS y, en su conjunto, ofrecen ahora una visión más completa de la violencia contra la mujer en el mundo.

Selección y formación de los y las entrevistadores

Se sabe que las características personales de los y las entrevistadores, como el sexo, la

edad, el estado civil, la actitud y las habilidades interpersonales, influyen en la predisposición de las mujeres a revelar experiencias violentas (8). En el Estudio de la OMS se eligió a entrevistadoras y supervisoras siguiendo criterios tales como la madurez psíquica, la habilidad para conversar con personas de orígenes diferentes de un modo empático y sin juicios de valor, así como la capacidad para abordar cuestiones delicadas. Todas ellas recibieron formación en un curso estándar de tres semanas de duración, especialmente diseñado para el Estudio de la OMS (9).

Directrices éticas y de seguridad

El Estudio de la OMS estableció una serie de directrices éticas tituladas *Dar prioridad a la mujer: recomendaciones éticas y de seguridad para las investigaciones sobre la violencia doméstica contra la mujer* (10). Estas directrices se cumplieron en cada uno de los países participantes. Se solicitó autorización para las cuestiones éticas relacionadas con la realización del Estudio al propio grupo de revisión ética de la OMS, a todos los consejos de revisión ética de las instituciones locales y, en su caso, a los consejos de revisión nacionales y a los correspondientes Ministerios de Sanidad. La impresión general en todos los países fue que las mujeres no sólo estuvieron dispuestas a hablar de sus experiencias violentas, sino que además se mostraron, por lo general, profundamente agradecidas por la oportunidad que se les brindaba de contar su experiencia a una persona empática que no iba a juzgarla (9).

“ Por un lado, me sentí bien, porque nunca se lo había contado a nadie. Ahora ya lo sabe alguien. ”

Mujer entrevistada en Brasil

³ En Japón, se introdujeron modificaciones importantes en la metodología.

⁴ Entre dichas iniciativas cabe mencionar los Estudios Mundiales del Maltrato en el Entorno Familiar (WorldSafe) y la Encuesta Internacional de Violencia contra Mujeres (IVAWS). Además, las encuestas demográficas y de salud (DHS) apoyadas por MACRO y las Encuestas Internacionales sobre Salud Reproductiva apoyadas por el CDC contienen cada vez más preguntas sobre la violencia contra la mujer en el marco de encuestas domiciliarias más amplias sobre diferentes asuntos relacionados con la salud.

Difusión nacional y seguimiento

A partir de los resultados obtenidos en el ámbito nacional se elaboró un informe nacional en cada país. Dichos informes han sido ampliamente difundidos a nivel local y nacional, en coordinación con los equipos de investigación nacionales, los grupos consultivos, las oficinas locales de la OMS y los ministerios competentes. Los resultados se están empleando actualmente en las actividades de promoción y abogacía sobre el tema y en la elaboración de políticas, leyes y programas.

Para futuros análisis

Este informe incluye un resumen de los resultados preliminares del Estudio de la OMS, y refleja sólo una pequeña parte del análisis que puede realizarse del mismo. La base de datos puede utilizarse para abordar otras cuestiones relevantes para la salud pública. Por ejemplo, en el Estudio se investigaron varios factores que pueden poner a las mujeres en una situación de riesgo de violencia a manos de su pareja o, por el contrario, protegerlas. Además, se abordaron las consecuencias globales de la violencia contra la mujer infligida por su pareja, entre las que cabe mencionar el modo en el que la violencia afecta a la capacidad de la mujer para mantener a su familia, conservar su trabajo, preservar sus ingresos, permanecer en contacto con su familia y formar parte de grupos o asociaciones. El Estudio también exploró toda una serie de consecuencias para los hijos de estas mujeres y el grado en el que éstos habían sido testigos de la violencia física infligida a sus madres. Entre otras cosas, se preguntó a las mujeres el peso al nacer de su hijo más joven nacido en los últimos cinco años, si sus hijos asistían a la escuela,

si tenían problemas de comportamiento y si alguno de ellos se había escapado de casa.

Se explorarán detalladamente los resultados de estos y de otras cuestiones incluidas en la investigación en futuros informes y artículos.

Recuadro 1.2 Nota terminológica

En este resumen del informe se han adoptado ciertas normas terminológicas para disminuir las redundancias y hacerlo más legible para todo el mundo. La principal consiste en describir a las entrevistadas como personas que “han tenido una experiencia violenta” o “han buscado ayuda” cuando, en realidad, los datos se basan más en la información facilitada por ellas mismas que en la observación. En segundo lugar, el término “abuso” y “maltrato” se emplean con frecuencia como sinónimo de violencia; así pues, “maltratada alguna vez” o “que ha sufrido algún abuso” significa que ha tenido una experiencia violenta en alguna ocasión (o, teniendo en cuenta lo dicho en el punto anterior, que ha informado de que ha sido alguna vez víctima de una experiencia violenta). En tercer lugar, allí donde la investigación se llevó a cabo en dos entornos, se utiliza “urbano” para referirse a la capital o a otra ciudad importante y “provincial” para referirse al segundo entorno, que podría ser rural o una combinación de rural y urbano. Por último, cuando los resultados obtenidos han sido similares en ambos entornos de un país, se utilizará únicamente el nombre del país; por ejemplo, la frase “las familias eran más numerosas en Bangladesh y en el entorno provincial de Perú” significa que las familias eran más numerosas en ambos entornos de Bangladesh pero sólo en el entorno provincial de Perú. En las figuras se utiliza “zona urbana” y “zona rural”.

El Estudio de la OMS se centró, principalmente, en la violencia contra la mujer infligida por su pareja. Dicha violencia incluye la violencia física, sexual y psíquica y los comportamientos dominantes por parte de sus parejas actuales o anteriores, y comprende tanto la situación actual de las mujeres entrevistadas como sus experiencias anteriores. Este informe se centra, fundamentalmente, en las experiencias de violencia física y sexual notificadas por las mujeres, en particular a la hora de evaluar el vínculo de dicha violencia con las repercusiones para la salud, debido a la dificultad que supone cuantificar coherentemente el maltrato psíquico en las distintas culturas.

Los resultados indican que la violencia infligida por la pareja (también denominada “violencia doméstica”) se halla extendida en todos los países donde se realizó el Estudio. No obstante, se registraron numerosas variaciones entre países y entre entornos dentro de un mismo país. Si bien se observaron diferencias en función de la edad, el estado civil y el nivel de instrucción, estos factores sociodemográficos no explicaron las divergencias que se encontraron entre los distintos entornos.

El porcentaje de mujeres que habían tenido pareja alguna vez y que habían sufrido violencia física o sexual, o ambas, por parte de su pareja a lo largo de su vida oscilaba entre el 15% y el 71%, aunque en la mayoría de los entornos se registraron índices comprendidos entre el 24% y el 53%. Las mujeres japonesas eran las que habían experimentado menos violencia física o sexual, o ambas, infligida por su pareja, mientras que el mayor número de experiencias violentas se registraba en entornos provinciales (fundamentalmente de población rural) en Bangladesh, Etiopía, Perú y la República Unida de Tanzania. Sin embargo, incluso en Japón, cerca del 15% de las mujeres que habían tenido pareja alguna vez declaró haber sido objeto de violencia física o sexual, o ambas, en algún momento de su vida. En el último año, los porcentajes de mujeres

que habían sido víctimas de violencia a manos de su pareja oscilaban entre un 4% en Japón y en Serbia y Montenegro y un 54% en Etiopía.

¿Cómo se midió la violencia física o sexual infligida por la pareja?

Las estimaciones de la prevalencia de violencia física y sexual se obtuvieron preguntando a las entrevistadas, de un modo directo y claro, acerca de sus experiencias concretas. La violencia física se definió en función de la siguiente lista de actos violentos infligidos por la pareja, donde la mujer había sido:

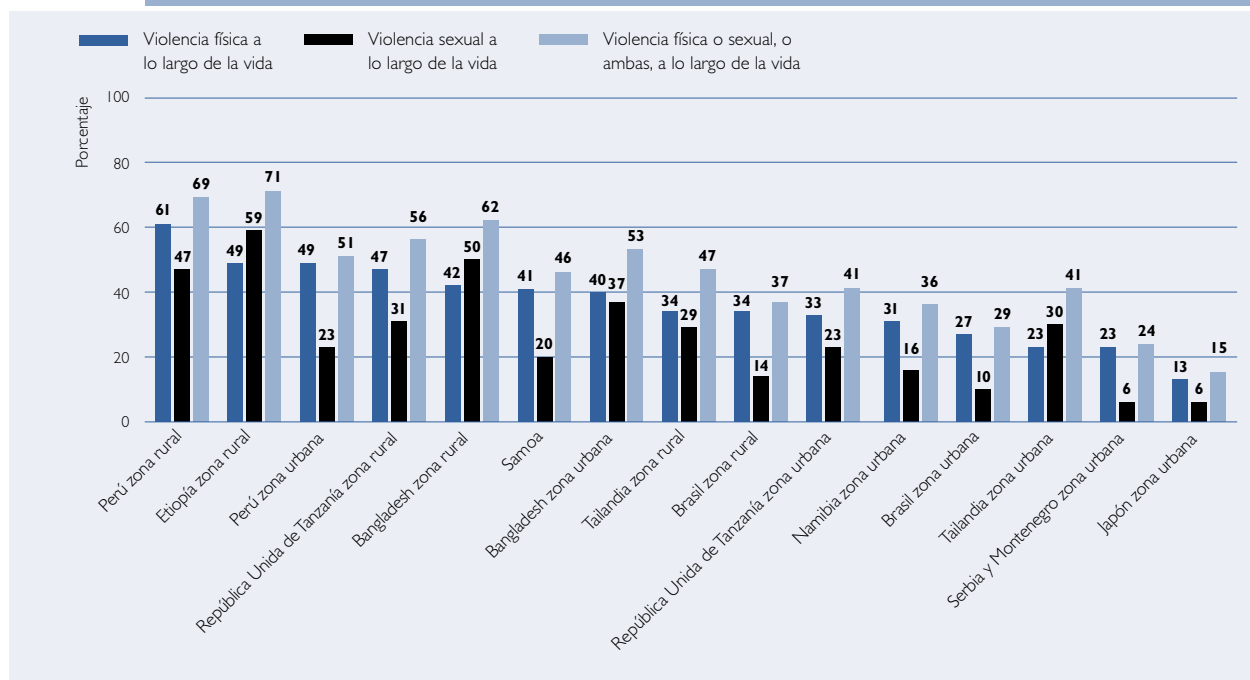
- abofeteada o le habían arrojado algún objeto que pudiera herirla;
- empujada o le habían tirado del cabello;
- golpeada con el puño u otra cosa que pudiera herirla;
- golpeada con el pie, arrastrada o había recibido una paliza;
- estrangulada o quemada a propósito;
- amenazada con una pistola, un cuchillo u otra arma o se había utilizado cualquiera de estas armas contra ella.

La violencia sexual se definió en función de los tres comportamientos siguientes:

- ser obligada a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad;
- tener relaciones sexuales por temor a lo que pudiera hacer su pareja;
- ser obligada a realizar algún acto sexual que considerara degradante o humillante.

Además, se recopiló información sobre la frecuencia y el momento en que se habían producido los actos de violencia, lo que permitió analizar si las diferentes formas de violencia habían tenido lugar durante los 12 meses anteriores a la entrevista o a lo largo de la vida de la mujer. Esta información, combinada con la relativa al momento de la relación en que

Figura 2 Prevalencia, por lugar, de la violencia física y sexual infligida por la pareja durante la vida de la mujer, entre mujeres que habían tenido pareja alguna vez



tienen lugar dichas experiencias, permite evaluar asimismo si estas formas de violencia ocurrieron antes del matrimonio o la cohabitación, durante el matrimonio o la cohabitación, o después de la separación. Los datos recabados pueden explicar también cómo cambió el riesgo de violencia para las mujeres a lo largo de su relación.

Violencia física y violencia sexual

Gran diversidad en los datos sobre prevalencia

Las numerosas diferencias existentes entre entornos pueden observarse en la Figura 2, que muestra el porcentaje de mujeres en los distintos entornos que habían tenido pareja alguna vez y habían sido víctimas de violencia física o sexual a lo largo de su vida. El porcentaje de mujeres que habían sufrido violencia física a manos de sus parejas oscilaba entre el 13% en Japón y el 61% en el entorno provincial de Perú. Japón también registraba el nivel más bajo de violencia sexual (6%), mientras que el más elevado se registraba en Etiopía (59%).

Aunque los actos de violencia sexual fueron mucho menos frecuentes que los de violencia física en la mayoría de los entornos, ocurrieron más a menudo en el entorno provincial de Bangladesh, Etiopía y en el entorno urbano de Tailandia. En los países donde se estudiaron tanto ciudades grandes como entornos provinciales, los niveles globales de violencia infligida por la pareja fueron siempre más elevados en las provincias, con una población rural más numerosa, que en los núcleos urbanos.

Actos, gravedad y frecuencia de la violencia física

El acto de violencia más común que habían sufrido las mujeres era una bofetada propinada por su pareja, oscilando entre el 9% en Japón y el 52% en el entorno provincial de Perú. Seguidamente se encontraba el puñetazo y, una vez más, en estos dos entornos se registraban los extremos (2% y 42%, respectivamente). En la mayoría de los lugares, entre el 10% y el 20% de las mujeres había recibido puñetazos propinados por sus parejas.

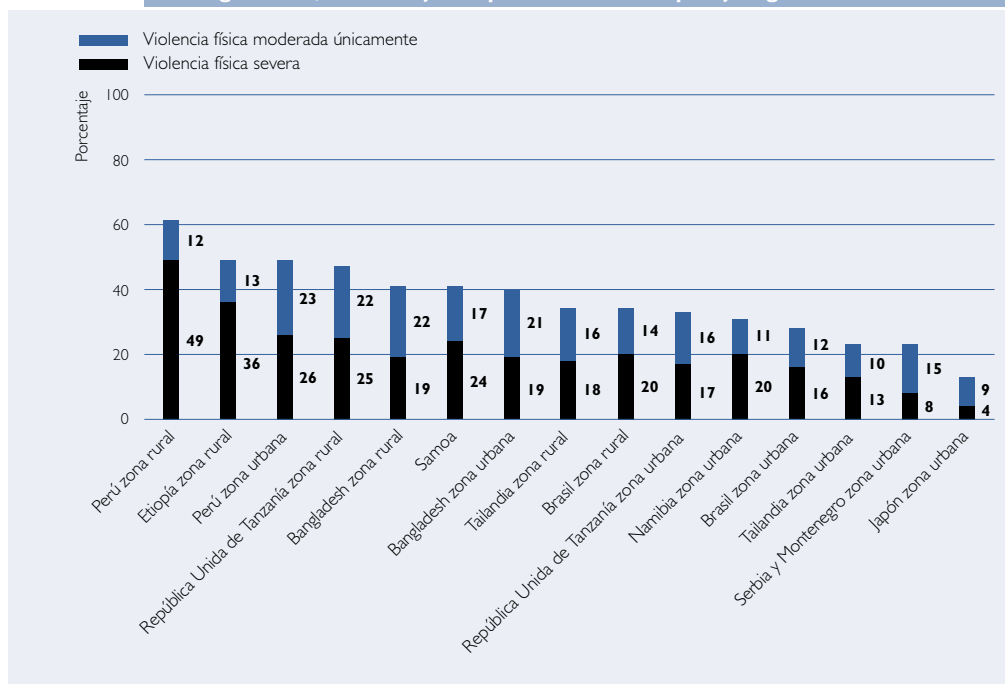
La gravedad de los actos de violencia física se clasificó en función de las probabilidades de que causara lesiones. La bofetada y el empujón se definieron como violencia moderada. Y el ser golpeada con el pie, arrastrada o amenazada con un arma, o la utilización de un arma contra la mujer; se definió como violencia grave.¹ Según esta definición, el porcentaje de mujeres que alguna vez habían tenido pareja y habían sido víctimas de violencia física grave variaba entre el 4% de las mujeres en Japón y el 49% en el entorno provincial de Perú,

“ Los golpes eran cada vez más fuertes... Al principio se limitaba a pegarme en casa, pero poco a poco, ya no le importó. Me abofeteaba delante de los demás y continuaba amenazándome... Cada vez que me pegaba, era como si estuviera poniendo a prueba mi capacidad de aguante, para ver cuánto era capaz de soportar. ”

Mujer de 27 años, licenciada universitaria de Tailandia

¹ La clasificación de estos actos en función de su gravedad es un asunto controvertido. Es evidente que, en determinadas circunstancias, un empujón puede causar lesiones graves, aunque se haya clasificado como violencia “moderada”. Sin embargo, por regla general, esta clasificación se ajusta a otras medidas de gravedad, como las lesiones físicas.

Figura 3 Prevalencia, por lugar, de la violencia física infligida por la pareja en función de su gravedad, entre mujeres que habían tenido pareja alguna vez



aunque en la mayoría de los países se situaba entre el 15% y el 30%. Como también muestra la Figura 3, cuando la mujer ya ha sido víctima alguna vez de violencia infligida por su pareja, es muy probable que en algún momento ocurra un acto de violencia grave. Únicamente hubo tres países (Bangladesh, Japón y Serbia y Montenegro) en los que una mayor proporción de mujeres había sufrido sólo violencia moderada frente a violencia grave.

En general, fueron más las mujeres que declararon haber sido víctimas de violencia física grave hacía más de un año que en los últimos 12 meses, a excepción del entorno urbano de Bangladesh, Etiopía, Namibia y Samoa, donde más mujeres habían sufrido actos de violencia graves en los últimos 12 meses. Es probable que esta situación se deba a la falta de opciones de ayuda en estos entornos, lo que limita la posibilidad que tienen las mujeres maltratadas de abandonar a su pareja, incluso habiendo sido víctimas de violencia física grave.

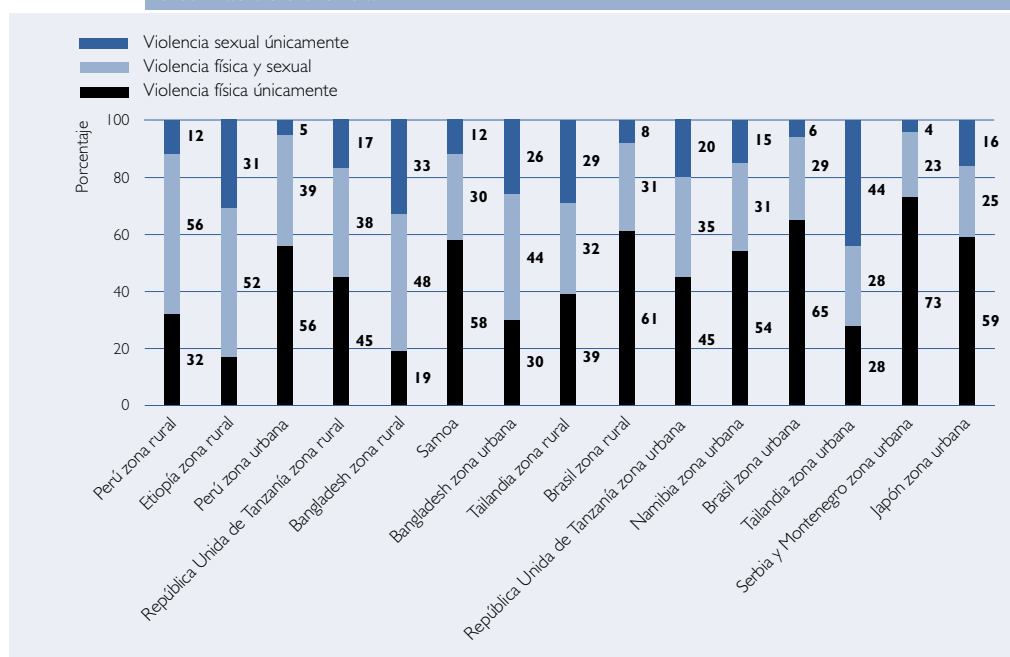
Lejos de tratarse de un hecho aislado, la mayoría de los actos de violencia física infligida por la pareja sigue un patrón de maltratos continuados. La gran mayoría de las mujeres que habían sido víctimas de maltratos físicos en manos de sus parejas había sufrido actos de violencia más de una vez, y en ocasiones con frecuencia. A excepción de la mayor parte de los distintos tipos de violencia física grave (estrangulamiento, quemaduras y la amenaza o el uso real de un arma) en todos los entornos, más de la mitad de las mujeres que habían sido víctimas de un acto violento en los últimos 12 meses lo había sufrido más de una vez.

Violencia sexual

Por regla general, el porcentaje de mujeres que declararon haber sido víctimas de abusos sexuales por parte de su pareja oscilaba entre el 6% en Japón y Serbia y Montenegro, y el 59% en Etiopía, si bien el porcentaje registrado en la mayoría de los entornos se situaba entre el 10% y el 50%. La proporción de mujeres que habían sido coaccionadas a tener relaciones sexuales oscilaba entre el 4% en Serbia y Montenegro y el 46% en los entornos provinciales de Bangladesh y Etiopía. Cerca del 33% de las mujeres etíopes había sido coaccionada físicamente por su pareja a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad en los últimos 12 meses previos a la entrevista. Este alto porcentaje de sexo forzado es especialmente alarmante a la luz de la epidemia de SIDA y de la dificultad que tienen muchas mujeres para protegerse de la infección por el VIH.

En la mayoría de los entornos, cerca del 50% de los casos de violencia sexual había sido consecuencia de la fuerza física más que del miedo. Sin embargo, en Etiopía y Tailandia hubo un mayor porcentaje de mujeres que declararon haber tenido relaciones sexuales por temor a lo que pudieran hacer sus parejas. En todos los entornos, hubo mujeres que habían sido forzadas por sus parejas a realizar actos sexuales que consideraban degradantes o humillantes. Menos del 2% de las mujeres en Etiopía, Japón, Serbia y Montenegro y el entorno urbano de la República Unida de Tanzania informó haber sufrido esta experiencia, frente al elevado porcentaje, superior al 11%, de mujeres en el entorno provincial de Perú.

Figura 4 Distribución, por lugar, de la frecuencia de los tipos de violencia contra la mujer infligida por su pareja, entre mujeres que habían sido alguna vez víctimas de violencia



Superposición entre la violencia física y sexual infligida por la pareja

El Estudio de la OMS ofrece uno de los primeros exámenes entre culturas de los patrones de violencia infligida por la pareja. Como muestra la Figura 4, el patrón más común es que las mujeres sean víctimas de violencia física únicamente, o de violencia física y sexual. En la mayoría de los entornos, entre el 30% y el 56% de las mujeres que habían sido víctimas de algún tipo de violencia por parte de su pareja informó que se había tratado tanto de violencia física como sexual. Sólo en los entornos urbanos de Brasil y Tailandia, así como en Japón y en Serbia y Montenegro, la superposición entre violencia física y sexual era inferior al 30%.

Sin embargo, este patrón no se repite en todos los entornos. En los entornos urbano y rural de Tailandia, así como en el entorno provincial de Bangladesh y Etiopía, se registró un porcentaje considerable de mujeres que habían sufrido violencia sexual únicamente.

Factores que protegen a la mujer o la exponen a una situación de riesgo

Uno de los principales objetivos del Estudio de la OMS era investigar los factores personales, familiares y sociales que pueden proteger a la mujer de la violencia o ponerla en situación de mayor riesgo. Adoptando un enfoque “ecológico”, las entrevistas abarcaron diversos factores en diferentes niveles y distintos contextos de la vida de una mujer (2, 11, 12):

- Los factores individuales comprendían el nivel educativo de la mujer; su autonomía financiera, el historial de victimización anterior; el nivel de potenciación de su capacidad (‘empoderamiento’) y apoyo social, y si había habido un historial de violencia en su familia cuando era niña.
- Los factores relacionados con la pareja abarcaban el nivel de comunicación del hombre con su mujer; el consumo de alcohol y drogas, su situación laboral, si había presenciado actos de violencia entre sus padres cuando era niño y si era agresivo físicamente con otros hombres.
- Los factores relacionados con el contexto social inmediato comprendían el grado de desigualdad económica entre hombres y mujeres, los niveles de movilidad y autonomía de la mujer; las actitudes hacia los papeles asignados a cada sexo y la violencia contra la mujer; la intervención de los familiares más cercanos, vecinos y amigos en los incidentes de violencia doméstica; el porcentaje de agresiones y delitos entre hombres, así como la evaluación del capital social.

En futuros análisis se explorará el grado y el modo en que estos factores se interrelacionan para aumentar o reducir el riesgo de que una mujer pueda ser víctima de violencia a manos de su pareja. El presente análisis descriptivo se centra únicamente en la influencia que factores sociodemográficos tales como la edad, la situación de la pareja y la educación ejercen sobre la prevalencia del maltrato.

“ Un día volvió a casa muy tarde, así que le pregunté: “¿Qué tarde llegas... ¿Dónde has estado?” Él me respondió: “He ido al “barrio rojo”. ¿Te molesta?” Empecé a gritarle e inmediatamente me pegó un puñetazo en el ojo derecho. Chillé y me agarró por el pelo y me arrastró de una habitación a otra al tiempo que me daba patadas y puñetazos. Y no se quedó ahí... Se quitó el cinturón y me pegó todo lo que quiso. Sólo quienes han sido golpeados con un cinturón saben lo que es eso. ”

Mujer universitaria casada con un médico, Bangladesh

Edad

Las mujeres más jóvenes, sobre todo con edades comprendidas entre 15 y 19 años, tenían más riesgo de ser objeto de violencia física o sexual, o ambas, (en los últimos 12 meses) infligida por su pareja en todos los entornos, excepto en Japón y Etiopía. Por ejemplo, en el entorno urbano de Bangladesh, el 48% de las mujeres de entre 15 y 19 años declaró haber sufrido violencia física o sexual, o ambas, a manos de sus parejas en los últimos 12 meses, frente al 10% de las mujeres de entre 45 y 49 años. En el entorno urbano de Perú, la diferencia era del 41% entre las mujeres de entre 15 y 19 años, frente al 8% de las que tenían entre 45 y 49 años. Este patrón puede reflejar, en parte, el hecho de que los hombres más jóvenes suelen ser más violentos que los mayores y de que la violencia suele empezar temprano en muchas relaciones. En algunos entornos, es posible que un mayor número de mujeres jóvenes viviera con su pareja sin estar casada, y estas mujeres, por lo general, presentan mayores riesgos de ser víctimas de violencia. También en algunos entornos, las mujeres mayores tienen un estatus social más alto que las jóvenes, y, por ende, pueden ser menos vulnerables a la violencia.

Estado de la relación

A excepción de dos entornos, las mujeres que estaban separadas o divorciadas declararon que habían sido víctimas de muchos más actos de violencia infligida por sus parejas a lo largo de su vida que las mujeres casadas (excepto en Bangladesh y Etiopía, donde el porcentaje de mujeres divorciadas o separadas es, por lo general, relativamente bajo). También se dieron más casos de violencia infligida por la pareja entre las mujeres que cohabitaban (es decir, que vivían con un hombre) sin estar casadas. En casi la mitad de los entornos examinados, se habían producido más casos de violencia en los últimos 12 meses entre las mujeres que estaban separadas o divorciadas, lo que implica que, en algunos casos, la violencia puede persistir incluso después de la separación.

Educación

En el Estudio de la OMS se comprobó que, en muchos entornos, cuanto mayor era el nivel educativo menor era el número de casos de violencia. En algunos entornos (entorno urbano de Brasil, Namibia, Perú, Tailandia y la República Unida de Tanzania) se observó que el efecto protector de la educación parece empezar cuando la mujer cursa estudios más allá de la escuela secundaria. Investigaciones anteriores habían sugerido que la educación tiene un efecto protector para la mujer, independientemente de sus ingresos y su edad (13, 14). Puede ser que las mujeres con un mayor nivel educativo tengan más posibilidades de elegir a su pareja y mayor capacidad para elegir entre casarse o no, y sean capaces de negociar mayor autonomía y control de los recursos dentro del matrimonio.

Maltrato psíquico infligido por la pareja

En las investigaciones cualitativas se muestra de forma sistemática que las mujeres a menudo consideran el maltrato psíquico más devastador que la violencia física. Los actos específicos de maltrato psíquico infligido por la pareja que se incluyen en el Estudio de la OMS son los siguientes:

- ser insultada o hacerla sentirse mal sobre ella misma;
- ser humillada delante de los demás;
- ser intimidada o asustada a propósito (por ejemplo, por una pareja que grita y tira cosas);
- ser amenazada con daños físicos (de forma directa o indirecta, mediante la amenaza de herir a alguien importante para la entrevistada).

En todos los países objeto del Estudio, entre el 20% y el 75% de las mujeres había experimentado, como mínimo, uno de estos actos, en su mayoría en los últimos

12 meses previos a la entrevista. Los que más se mencionaron fueron los insultos, la humillación y la intimidación. Las amenazas con daños físicos fueron menos frecuentes, aunque casi una de cada cuatro mujeres en los entornos provinciales de Brasil y Perú declaró que había sido amenazada. Entre las mujeres que informaron haber sido objeto de este tipo de violencia, al menos dos tercios había sufrido la experiencia en más de una ocasión.

Dada la complejidad que supone definir y medir el maltrato psíquico de modo relevante y significativo en todas las culturas, los resultados de la investigación del Estudio de la OMS sobre la violencia psíquica y los comportamientos dominantes deben considerarse más un punto de partida que una medida global de cualquiera de las formas de maltrato psíquico. Sin embargo, en futuros análisis se examinará la conexión que existe entre el maltrato psíquico y sus consecuencias para la salud, el maltrato psíquico en sí mismo y el maltrato psíquico unido a la violencia física o sexual infligida por la pareja.

Comportamiento dominante

Los hombres que infligen maltratos psíquicos a sus parejas también registran un porcentaje más elevado de comportamiento dominante que los hombres que no lo hacen (3, 15). El Estudio de la OMS definió el comportamiento dominante de la pareja de una mujer incluyendo los actos siguientes:

- impedirle ver a sus amigas;
- limitar el contacto con su familia carnal;
- insistir en saber dónde está en todo momento;
- ignorarla o tratarla con indiferencia;
- enojarse con ella si habla con otros hombres;
- acusarla constantemente de serle infiel;
- controlar su acceso a la atención para la salud.

El porcentaje de mujeres que declararon haber sufrido uno o más de estos comportamientos variaba entre un 21% en Japón y casi un 90% en la República Unida de Tanzania. Esta situación sugiere que existen numerosas diferencias en cuanto al grado en el que dicho comportamiento se considera aceptable (normativo) en las diferentes culturas.

Cabe destacar que, según se desprende del Estudio de la OMS, la violencia física o sexual, o ambas, suele ir acompañada, en todos los entornos, de un comportamiento más dominante de la pareja.

“ El maltrato psíquico es peor. Cuando te están humillando continuamente y te dicen que eres una inútil, que no vales nada. ”

Mujer entrevistada en Serbia y Montenegro

Actitud de la mujer ante la violencia

Además de la experiencia de actos violentos vivida por las mujeres, el Estudio de la OMS investigó dos aspectos importantes de la actitud de la mujer ante la violencia de su pareja:

- las circunstancias en que la mujer considera que es aceptable “pegar a la mujer” (“pegar a la mujer” es probablemente la expresión más común de violencia física infligida por la pareja masculina);
- las creencias de las mujeres sobre si pueden negarse a tener relaciones sexuales con su marido y cuándo pueden hacerlo.

En primer lugar, a las mujeres se les presentaron seis situaciones diferentes y se les preguntó, en cada caso, si estaban de acuerdo en que estaba justificado que el marido le pegara a la mujer. Entre los motivos más frecuentes que se les dieron cabe mencionar los siguientes: no realizar correctamente las tareas domésticas, negarse a tener relaciones sexuales, desobedecer al marido y serle infiel. Como muestra la Figura 5, hubo grandes diferencias sobre la aceptación de los distintos motivos por parte de las mujeres, y en particular con respecto a la idea de que se pudiera justificar la violencia en algún caso. Las variaciones más marcadas se produjeron entre los entornos urbanos e industrializados y los entornos rurales y tradicionales.

Mientras que más de las tres cuartas partes de las mujeres de los entornos urbanos de Brasil, Japón, Namibia y Serbia y Montenegro consideraban que no había ningún motivo que justificara la violencia, sólo una cuarta parte de las mujeres de los entornos provinciales de Bangladesh, Etiopía, Perú y Samoa no compartía esta opinión. En todos los entornos examinados, el motivo más común para justificar la violencia era la infidelidad de la mujer, si bien las cifras oscilaban entre el 80% en la provincia de Etiopía y el 6% en Serbia y Montenegro. Desobedecer al marido o a la pareja era el siguiente motivo más aceptado.

Figura 5 Porcentaje, por lugar, de mujeres que aceptan determinados motivos para pegar a la mujer, entre todas las encuestadas

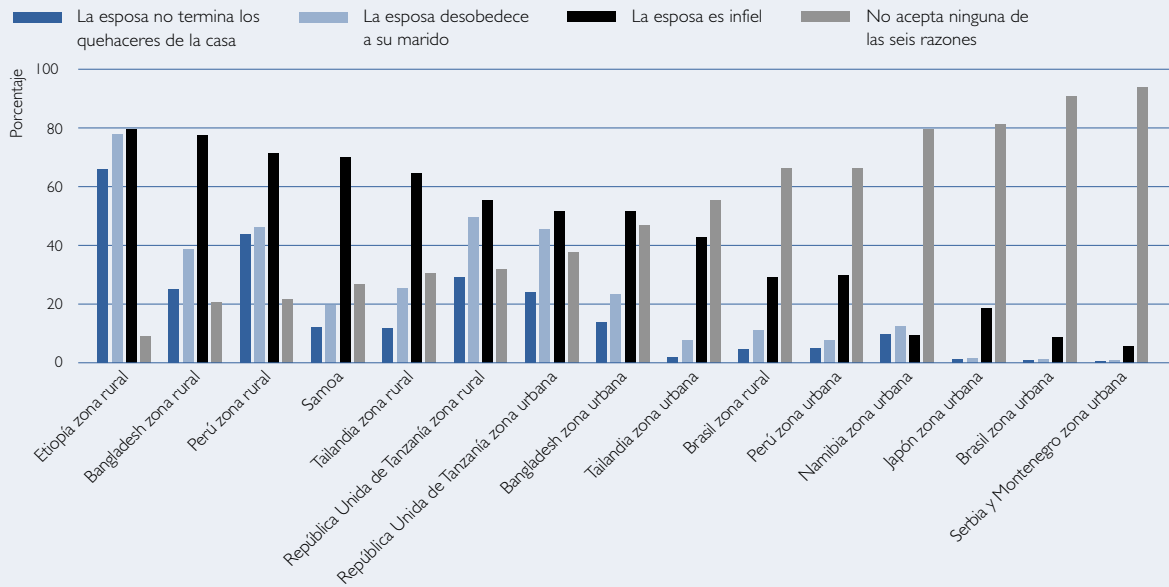
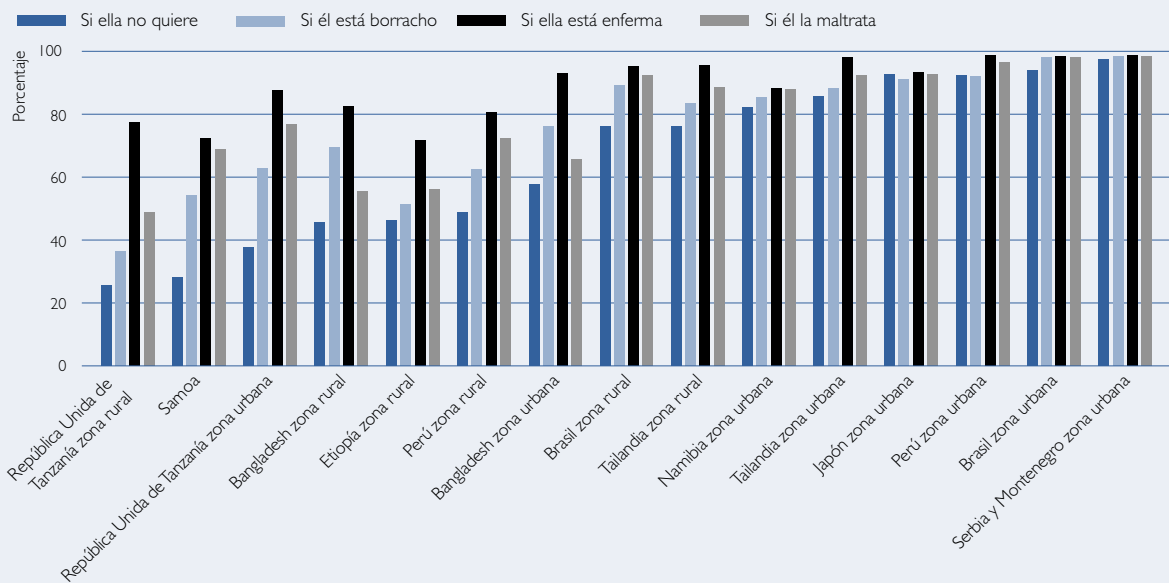


Figura 6 Porcentaje, por lugar, de mujeres que creen que una mujer tiene derecho a negarse a tener relaciones sexuales con su marido en determinadas circunstancias, entre todas las encuestadas



“ Mi marido me pega, me obliga a tener relaciones sexuales con él y tengo que aceptarlo. Antes de esta entrevista ni siquiera había reflexionado sobre ello. Pensaba que era natural, que se trataba del comportamiento normal de un marido. ”

Mujer entrevistada en Bangladesh

En casi todos los casos y para todos los motivos expuestos, la aceptación de los motivos para pegar a la mujer era más elevada entre mujeres que habían sido víctimas de violencia que entre las que no lo habían sido, lo que puede indicar que las mujeres aprenden a “aceptar” la violencia en

situaciones en las que son víctimas de la misma, o que las mujeres que consideran la violencia como algo “normal” tienen más posibilidades de establecer o tolerar relaciones violentas. En análisis futuros se investigará si los niveles de violencia en una comunidad son más elevados en entornos en los que existe una aceptación generalizada de la violencia contra la mujer.

También se preguntó a las entrevistadas si consideraban que una mujer tenía derecho a negarse a tener relaciones sexuales con su marido en determinadas situaciones, por ejemplo, si está enferma, si no desea tener relaciones, si su marido está borracho y si la maltrata (Figura 6). Al igual que en el caso de la violencia física, las mujeres tampoco coincidían en cuanto a las razones que les parecían

aceptables para negarse a tener relaciones sexuales. Había menos mujeres que pensaban que podían negarse a tener relaciones sexuales basándose en la preferencia de la mujer (no querer tenerlas) que si estaban enfermas o su pareja estaba borracha o la maltrataba. En los entornos provinciales de Bangladesh, Perú y la República Unida de Tanzania, así como en Etiopía y Samoa, entre el 10% y el 20% de las mujeres pensaba que no tenía derecho a negarse a tener relaciones sexuales en ninguna de las circunstancias descritas.

“ Tenía esta pistola, no sé de quién era...Y les diría a las niñas: “Voy a matar a su madre... El día menos pensado su madre aparecerá muerta...” Yo dormía en una habitación cerrada con llave y junto con un perro. Mi perro. Así no me mataría. ”

Mujer entrevistada en Brasil

Además de la violencia infligida por la pareja, el Estudio de la OMS también recabó información sobre el maltrato físico y sexual ejercido por hombres distintos de la pareja actual o anterior y mujeres. Este capítulo examina:

- la violencia sexual y física infligida, a partir de los 15 años, por personas distintas de la pareja;
- el abuso sexual de menores de 15 años;
- la primera relación sexual bajo coacción.

Violencia física y sexual infligida, a partir de los 15 años, por personas distintas de la pareja

La información facilitada por las mujeres que habían sido víctimas, desde los 15 años, de violencia física o sexual, o ambas, ejercida por una persona distinta de su pareja variaba mucho de un lugar a otro. La prevalencia combinada de violencia física y sexual infligida, después de los 15 años, por una persona distinta de la pareja oscilaba entre el 5% en Etiopía y el 65% en Samoa. En todos los países, los entornos urbanos registraron niveles más elevados de este tipo de violencia que los entornos provinciales, excepto en Perú. A pesar del alto índice de violencia infligida por la pareja en la provincia de Etiopía, es interesante saber que menos del 5% de las mujeres en estos entornos declaró haber sufrido maltrato físico o sexual infligido por alguien distinto de su pareja.

Violencia física desde los 15 años

El índice más elevado de violencia física infligida por una persona distinta de la pareja se registró en Samoa (62%), seguido de Perú (28% en el entorno urbano y 32% en el provincial). Incluso en los entornos que registran los porcentajes más bajos (Etiopía y Japón), la cifra se situaba en torno al 5%. En la mayoría de los entornos, en general la violencia fue infligida por una persona, aunque en el entorno provincial de

Bangladesh, Namibia, Perú, Samoa y la República Unida de Tanzania, más de una quinta parte de las entrevistadas que habían sido víctimas de violencia física por parte de una persona distinta de la pareja mencionó a dos o más autores. Entre los autores del maltrato físico infligido por alguien distinto de la pareja que más se mencionaron destacan los padres y otros miembros masculinos o femeninos de la familia, aunque en algunos entornos (Bangladesh, Namibia, Samoa y la República Unida de Tanzania) también fueron mencionados con frecuencia los profesores.

Violencia sexual desde los 15 años

Se preguntó a las entrevistadas si, desde los 15 años, alguien que no fuera su pareja las había forzado a tener relaciones sexuales o a realizar un acto sexual que no desearan. El índice más elevado (entre el 10% y el 12%) se registró en Perú, Samoa y en el entorno urbano de la República Unida de Tanzania, y los niveles inferiores a 1% se registraron en los entornos provinciales de Bangladesh y Etiopía. Entre los autores citados destacan extraños, novios y miembros varones de la familia (sin incluir a los padres) o amigos varones de la familia.

Comparación entre la violencia infligida por la pareja y la violencia infligida por una persona distinta de la pareja

Una percepción común es que las mujeres corren mayor riesgo de sufrir experiencias violentas a manos de extraños que a manos de sus parejas o de otros conocidos. Sin embargo, los datos recabados muestran que ese no es ni mucho menos el caso (Figura 7). Mientras que entre el 4% (Etiopía) y el 35% (provincia de Perú) de las mujeres que declararon haber sido víctimas de violencia desde los 15 años había sufrido maltrato tanto por sus parejas como por otras personas, en Etiopía casi todos los actos violentos son infligidos por la pareja, mientras

que en Samoa las mujeres son víctimas sobre todo de violencia ejercida por personas distintas de su pareja. En la mayoría de los entornos examinados, más del 75% de las mujeres que habían sido víctimas de violencia física o sexual desde los 15 años informó haber sufrido maltrato a manos de su pareja. Sólo en los entornos urbanos de Brasil y Samoa, al menos el 40% de las mujeres había sido víctima de violencia infligida por alguien distinto de su pareja.

Abusos sexuales antes de los 15 años

Puesto que el abuso sexual en una etapa temprana de la vida es un asunto extremadamente delicado y difícil de examinar en un estudio, se adoptaron dos enfoques diferentes para preguntar acerca de esta cuestión. Se preguntó primero a las mujeres directamente si alguien las había tocado físicamente o las había obligado a realizar algún acto sexual que no quisieran antes de los 15 años. En todos los

Figura 7 Distribución, por lugar, de la violencia física o sexual, o ambas, infligida por la pareja y por una persona distinta de la pareja, entre las encuestadas que declararon haber sido víctimas de dicha violencia desde los 15 años

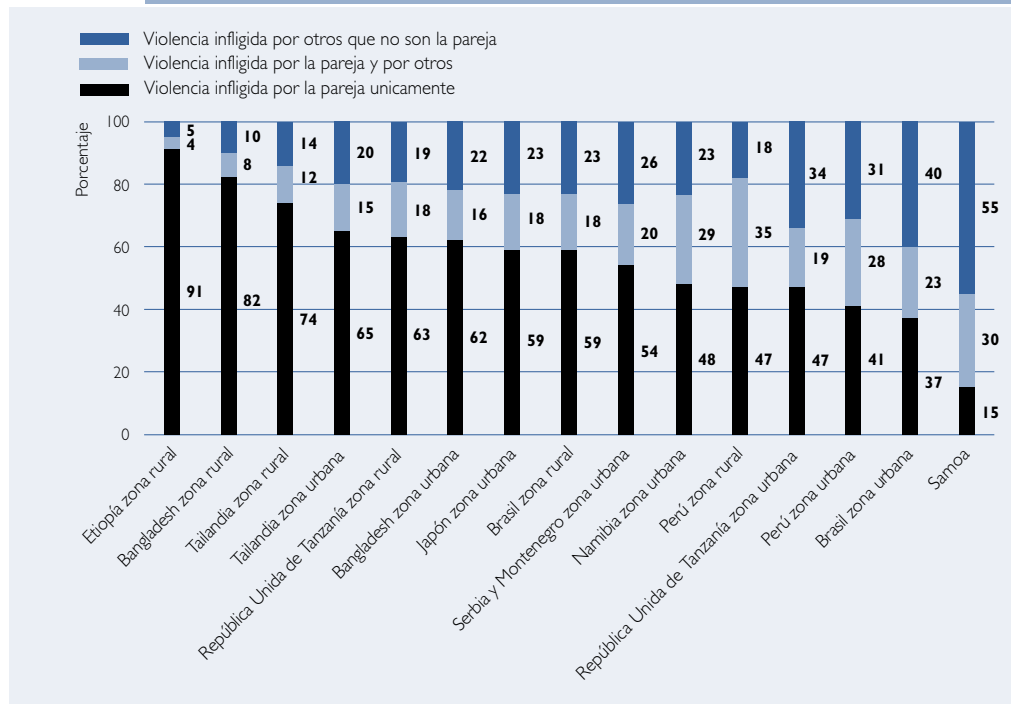
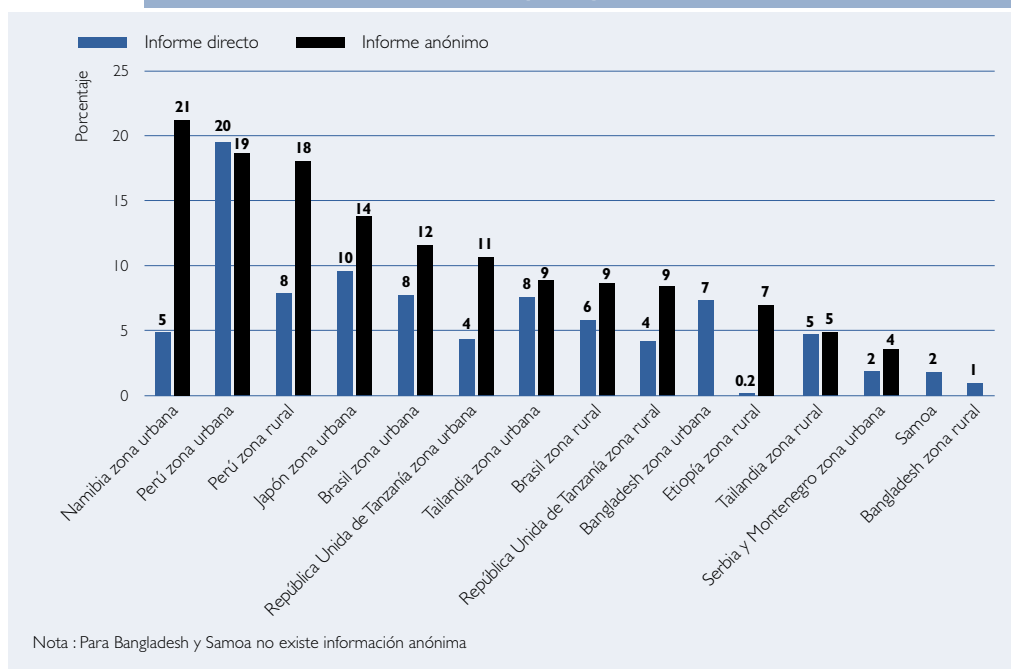


Figura 8 Abusos sexuales antes de los 15 años: información directa frente a información anónima de todas las encuestadas, por lugar



países, a excepción de Bangladesh, se les volvió a hacer la misma pregunta al final de la entrevista, aunque esta vez se les invitó a marcar sus respuestas en una tarjeta con una representación pictórica de "sí" y "no" (una cara de una niña sonriente y otra llorando). A continuación, tenían que doblar la tarjeta o meterla en un sobre cerrado, evitando así que se conociera su respuesta, de modo que no tuvieron que revelársela siquiera a la entrevistadora.

Tal como se presenta en la Figura 8, en todos los entornos a excepción de uno (entorno urbano de Perú), se comprobó que en las respuestas anónimas hubo un mayor número de mujeres que declararon haber sido víctimas

de abusos sexuales antes de los 15 años. Por ejemplo, en Etiopía se registró el índice más bajo de abusos sexuales revelados directamente (menos de un 1%), si bien esta cifra ascendió al 7% en las respuestas anónimas. También se produjeron importantes diferencias entre las respuestas reveladas de forma directa y las respuestas anónimas en Japón (10% frente al 14%), Namibia (5% frente al 21%) y en el entorno urbano de la República Unida de Tanzania (4% frente al 11%). Las mujeres de Bangladesh se sentían incómodas haciendo una marca en un papel sin el permiso de sus maridos, por lo que sólo hubo respuestas directas (7% en el entorno urbano y 1% en el entorno

Figura 9 Porcentaje, por lugar, de mujeres que declararon que su primera relación sexual fue forzada, entre mujeres que habían tenido alguna vez relaciones sexuales

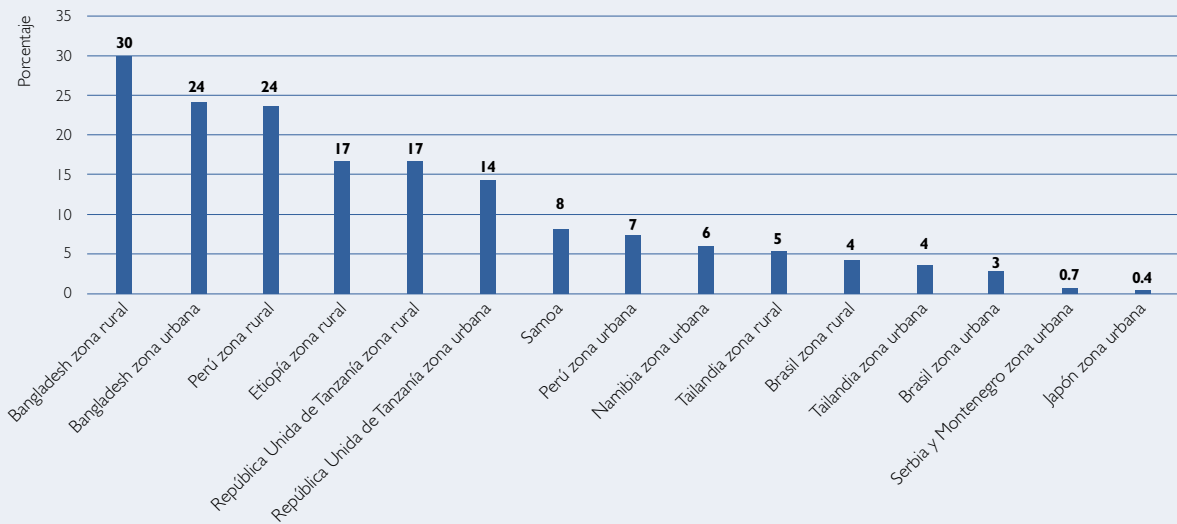
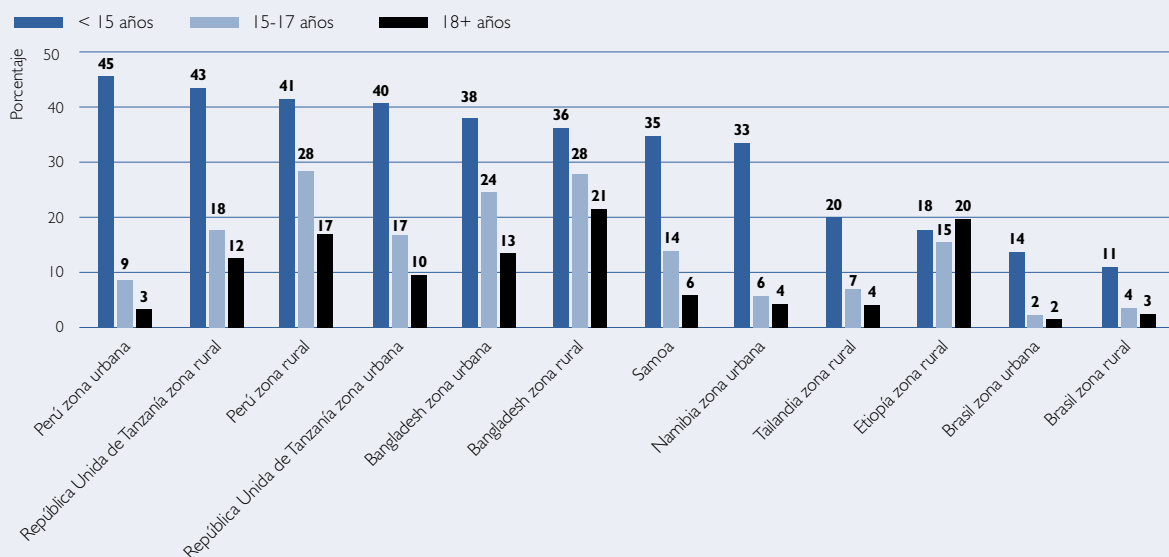


Figura 10 Porcentaje de mujeres que declararon que su primera relación sexual fue forzada, entre mujeres que habían tenido relaciones sexuales alguna vez, por lugar y por la edad de la mujer en el momento de tener su primera experiencia sexual



Nota : Las zonas urbanas de Japón, Serbia y Montenegro, y Tailandia no están representadas por los bajos porcentajes obtenidos.

provincial). Los autores que se mencionaron con mayor frecuencia fueron los miembros varones de la familia distintos del padre o padrastro.

Primera relación sexual forzada

Se preguntó a las entrevistadas si su primera relación sexual fue (a) forzada, (b) no deseada, aunque no forzada, o (c) de elección propia, y la edad en la que había tenido lugar. En 10 de los 15 entornos examinados, más del 5% de las mujeres que habían tenido relaciones sexuales declaró haber sido forzada a tenerlas, como muestra la Figura 9. Esta cifra superó el 14% en Bangladesh, Etiopía, y en el entorno provincial de Perú y la República Unida de Tanzania. Las considerables variaciones registradas pueden deberse, en parte, a las actitudes sociales sobre la sexualidad femenina (por ejemplo, en las culturas donde está mal visto que las mujeres expresen su deseo de tener relaciones sexuales, puede que haya una mayor tendencia a que las mujeres informen de haber sido forzadas a

tener su primera relación sexual) o a verdaderas diferencias culturales en la capacidad de la mujer para controlar las circunstancias de su primera experiencia sexual.

En todos los entornos examinados, con la excepción de Etiopía, cuanto más joven era la mujer en el momento de tener su primera experiencia sexual, más probabilidades había de que hubiera sido forzada a tenerla. La Figura 10 muestra que en más de la mitad de los entornos estudiados, más del 30% de las mujeres que habían tenido relaciones sexuales por primera vez antes de los 15 años declaró haber sido forzada a tener dicha experiencia sexual. Este resultado coincide con el de otros estudios, que han revelado la existencia de un fuerte vínculo entre la iniciación sexual precoz y la coacción (16). En algunos países, concretamente en Bangladesh y Etiopía, es probable que el alto índice de primeras experiencias sexuales forzadas esté relacionado con la iniciación sexual precoz en el contexto de los matrimonios prematuros, más que con la violencia infligida por personas conocidas o extraños.

La relación entre la violencia infligida por la pareja, por un lado, y las lesiones y la mala salud de las mujeres, por otro, se ha convertido en un importante tema de salud pública. El Estudio de la OMS recabó información sobre la salud física y mental actual de las entrevistadas y sobre si habían padecido alguna enfermedad y utilizado los servicios de salud durante el mes anterior a la entrevista. A las mujeres que declararon haber sido víctimas de violencia física infligida por sus parejas se les preguntó por los tipos de lesiones sufridas, la frecuencia y, en su caso, la atención a la salud recibida.

También se recopiló información sobre el historial reproductivo de las mujeres, como el número de embarazos, muertes prenatales, abortos espontáneos o inducidos, hijos nacidos vivos e hijos actualmente vivos. También se recabaron datos sobre el hijo nacido vivo más reciente en los últimos cinco años.

Aunque un estudio sobre una muestra transversal de población no establece si la violencia causa algún problema de salud específico (a excepción, obviamente, de las lesiones sufridas), los resultados del Estudio de la OMS coinciden plenamente con otros estudios que han encontrado un fuerte vínculo entre la violencia y los síntomas físicos y mentales de salud precaria.

Lesiones derivadas de la violencia física

Se preguntó a las entrevistadas si habían sufrido lesiones como consecuencia de la violencia física infligida por su pareja (a) una o dos veces, (b) de tres a cinco veces o (c) más de cinco veces. La prevalencia de lesiones entre las mujeres que alguna vez habían sido víctimas de violencia oscilaba entre el 19% en Etiopía y el 55% en el entorno provincial de Perú, y estaba asociada con los casos de violencia grave. En Brasil, en el entorno provincial de Perú, Samoa, Serbia y Montenegro y Tailandia, más del 20% de las mujeres que habían

sido heridas alguna vez declaró haber sufrido lesiones en más de cinco ocasiones.

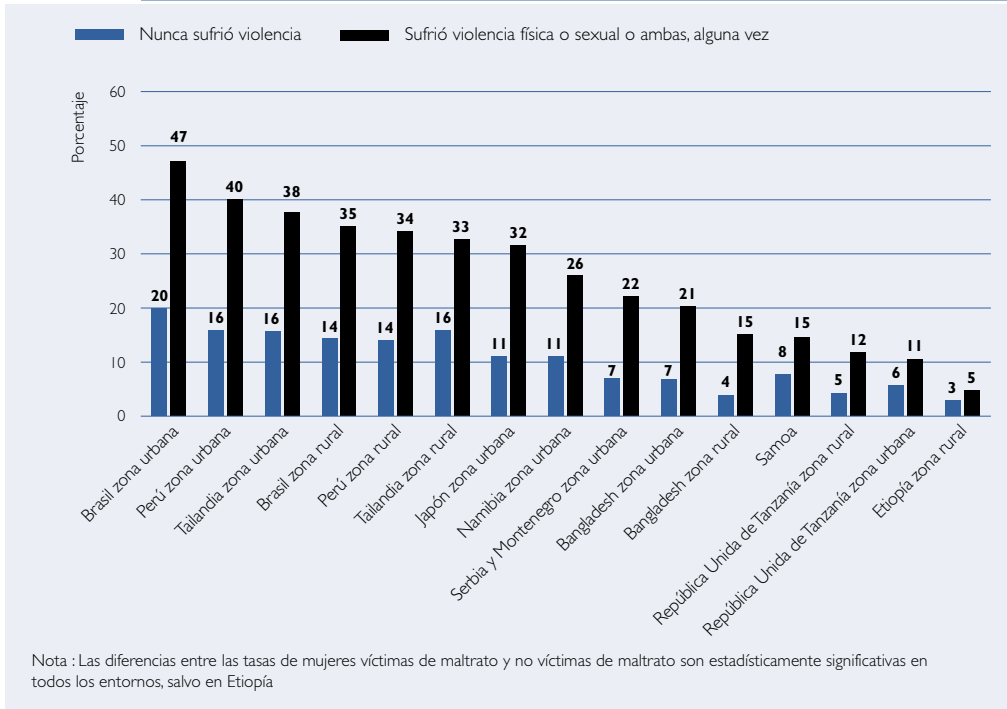
Aunque la mayoría de las lesiones eran leves (moretones, rasguños, cortes, pinchazos y mordiscos), en algunos entornos era común encontrar lesiones más graves (huesos rotos, daños en oídos y ojos). Al menos el 20% de las mujeres que habían sufrido lesiones alguna vez en Namibia, el entorno provincial de Perú, Samoa, el entorno urbano de Tailandia y la República Unida de Tanzania declaró haber sufrido daños en los ojos y los oídos. En Bangladesh, Etiopía, el entorno provincial de Perú y en Samoa, más de una cuarta parte de las mujeres que habían sufrido lesiones alguna vez informó haber perdido el conocimiento a raíz de algún acto violento infligido por su pareja.

La violencia infligida por la pareja y la salud física

Aunque se trata de una medida subjetiva, en una encuesta basada en la población, la información facilitada por uno mismo sobre su salud puede pronosticar una enfermedad (17, 18). En el Estudio de la OMS se preguntó a las entrevistadas si consideraban que su estado de salud general era excelente, bueno, normal, malo o muy malo. También se les preguntó si habían sufrido alguno de los problemas de salud que aparecían en una lista durante las cuatro semanas anteriores a la entrevista y, en su caso, la gravedad de los síntomas.

En la mayoría de los entornos (excepto en Japón, Samoa y el entorno urbano de la República Unida de Tanzania), era mucho más probable que las mujeres que habían sido víctimas de violencia infligida por su pareja afirmaran tener mala o muy mala salud en comparación con las mujeres que nunca habían sufrido maltrato por parte de su pareja. También era más probable que las mujeres que alguna vez habían sido víctimas de violencia hubieran

Figura 11 Porcentaje, por lugar, de mujeres con pensamientos suicidas, en función de su experiencia de violencia física o sexual, o ambas, infligida por su pareja, entre mujeres que habían tenido pareja alguna vez



tenido problemas al caminar y realizar sus tareas cotidianas o hubieran sentido dolores, pérdida de memoria, mareos y pérdidas vaginales en las cuatro semanas anteriores a la entrevista. Cabe señalar, en particular, que los problemas de salud recientes estaban relacionados con experiencias de violencia a lo largo de la vida. Ello sugiere que los efectos físicos de la violencia pueden persistir mucho después de que la experiencia violenta haya finalizado, o que el maltrato acumulado afecta a la salud en mayor medida.

En los entornos en los que no se encontró un vínculo directo entre la violencia y la mala salud, los resultados pueden haberse visto afectados por el bajo índice de síntomas de mala salud notificados. Por ejemplo, menos del 3% de las mujeres que no habían sido víctimas de violencia en Etiopía, Japón, Namibia, Samoa y el entorno urbano de la República Unida de Tanzania declaró tener problemas de salud. Sin duda, las diferencias encontradas entre los distintos entornos también pueden deberse a las diferencias culturales en la percepción de la salud y la enfermedad.

“ **Sufrió durante mucho tiempo y me tragué todo el dolor. Por eso estoy continuamente yendo al médico y tomando medicamentos. Nadie debería hacer esto.** ”

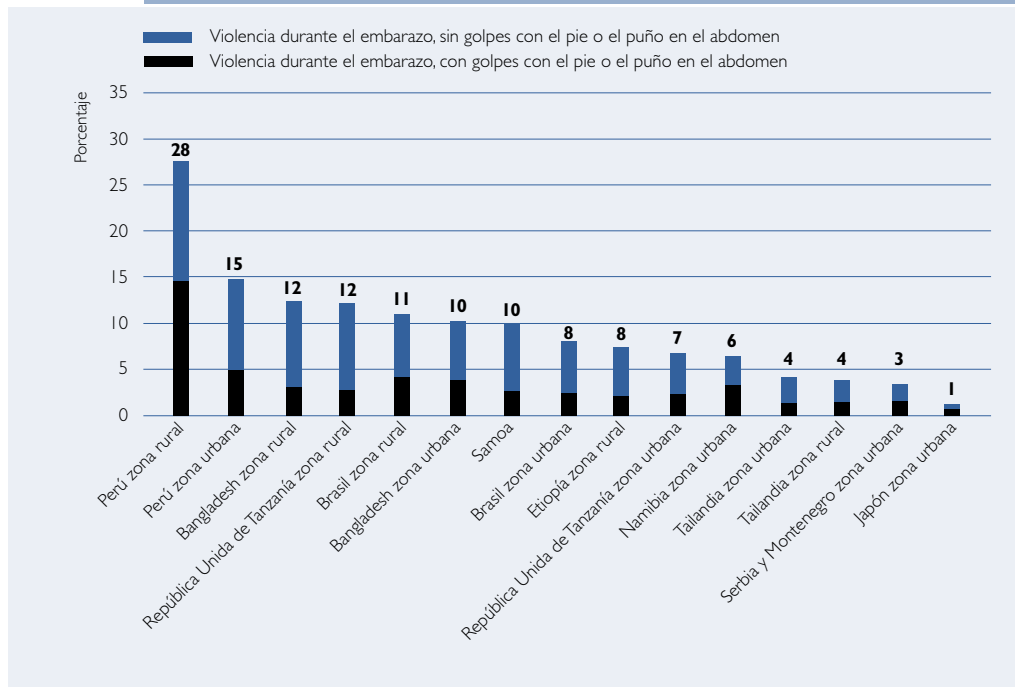
Mujer entrevistada en Serbia y Montenegro

La violencia infligida por la pareja y la salud mental

Es común que las mujeres de todo el mundo que han sido víctimas de violencia infligida por su pareja tengan problemas de salud mental, angustia emocional y comportamientos suicidas (2). En el Estudio de la OMS se identificó la angustia emocional mediante síntomas como el llanto fácil, la incapacidad para disfrutar de la vida, la fatiga y los pensamientos suicidas durante las cuatro semanas anteriores a la entrevista. En todos los entornos estudiados, las mujeres que habían tenido pareja alguna vez y que habían sufrido violencia física o sexual, o ambas, por parte de su pareja registraban unos niveles considerablemente más altos de angustia emocional en comparación con aquellas que no habían sido víctimas de violencia.

Asimismo, en todos los entornos examinados, era mucho más probable que las mujeres que habían sido víctimas de violencia infligida por su pareja hubieran pensado en suicidarse alguna vez (Figura 11) y que lo hubieran intentado (Figura 12), en comparación con las mujeres que no habían sido víctimas de violencia. Estos datos coinciden con los de otros estudios realizados en países en desarrollo e industrializados. Como en el Estudio no se recabó información sobre los suicidios cometidos, es probable que se haya subestimado la relación que existe entre la violencia y los comportamientos suicidas.

Figura 12 Porcentaje, por lugar, de mujeres que habían estado embarazadas alguna vez y que habían sido golpeadas durante al menos un embarazo



“**Traté de beber Genola, un detergente líquido... Me ingresaron en el hospital y me ayudaron. Veo sus caras, las caras de su familia mirándome fijamente, echándome el mal de ojo. Como si pensarán que debería hacerlo, que debería morirme.**”

Mujer entrevistada en Samoa

La violencia infligida por la pareja y la salud reproductiva

Violencia durante el embarazo

El porcentaje de mujeres que alguna vez habían estado embarazadas y habían sido víctimas de violencia física durante al menos un embarazo superaba el 5% en 11 de los 15 entornos examinados. La cifra más baja se registró en Japón (1%) y la más alta en el entorno provincial de Perú (28%). Entre el 25% y el 50% de las mujeres que habían sufrido maltrato físico durante el embarazo había recibido patadas y puñetazos en el abdomen (Figura 12). En todos los entornos estudiados, salvo en uno, entre el 11% y el 44% de las mujeres que alguna vez habían estado embarazadas y habían sido víctimas de violencia declaró haberlo sido durante el embarazo, con la excepción de Japón, donde la cifra se situó en el 8%. En todos los entornos, más del 90% de las mujeres había sido víctima de violencia infligida por el padre biológico del hijo en gestación. En casi todos los casos, el padre biológico vivía con la mujer en el momento de la agresión.

“**Me pegó en la barriga y me hizo abortar de dos, no sé si gemelos o mellizos, pero de dos bebés. Fui al Loayza [hospital] con hemorragia y me hicieron una limpieza.**”

Mujer entrevistada en el entorno urbano de Perú

Aunque la mayoría de las mujeres que habían sido golpeadas durante el embarazo había sido víctima de violencia física anteriormente, entre el 13% (Etiopía) y aproximadamente el 50% (el entorno urbano de Brasil y Serbia y Montenegro) afirmó haber sido golpeada por primera vez durante el embarazo.

La mayoría de las mujeres que habían sido víctimas de violencia antes y durante el embarazo en todos los entornos declararon que, en el último embarazo durante el cual sufrieron malos tratos, el grado de violencia fue igual, menor o menos frecuente que antes del embarazo. Los resultados confirman las conclusiones obtenidas tanto en los países en desarrollo como en los industrializados de que el embarazo constituye con frecuencia un estado que protege contra la violencia, aunque esta conclusión no se aplica a todas las culturas (19).

Abortos espontáneos o inducidos

En la mayor parte de los entornos estudiados, las mujeres que habían estado alguna vez embarazadas y que habían sido víctimas de violencia infligida por su pareja afirmaron haber

tenido más abortos inducidos. Sin embargo, las diferencias no fueron relevantes desde el punto de vista estadístico en el entorno provincial de Bangladesh, Namibia y Samoa, donde se registraron muy pocos abortos. También era más probable que las mujeres maltratadas hubieran tenido algún aborto espontáneo, en comparación con las mujeres que nunca habían sido víctimas de violencia infligida por su pareja.

Utilización de los servicios de atención prenatales y postnatales

En la mayoría de los entornos examinados, no había diferencias en cuanto a la utilización de los servicios de atención prenatal entre las mujeres que habían sido víctimas de violencia y las que no lo habían sido. Sin embargo, en el

entorno urbano de Bangladesh, Etiopía y en el entorno provincial de la República Unida de Tanzania, era menos frecuente que las mujeres que habían sido víctimas de violencia física o sexual infligida por su pareja hubieran recibido atención prenatal durante el embarazo de su hijo vivo más reciente. Hubo más diferencias entre los distintos países en los niveles de contacto con los servicios postnatales. En los núcleos urbanos de Bangladesh, Brasil, Perú y Tailandia y en el entorno provincial de la República Unida de Tanzania era menos frecuente que las mujeres que habían sufrido malos tratos por parte de su pareja hubieran recibido atención postnatal tras el parto de su último hijo vivo, en comparación con las mujeres que no habían sido maltratadas por su pareja.

Los estudios ms recientes llevados a cabo sobre las respuestas de las mujeres a la violencia infligida por su pareja se han centrado en las mujeres que utilizan los servicios de apoyo como refugios o servicios de asesoramiento. Sin embargo, al nivel de la población se sabe poco sobre la respuesta de la mujer a la violencia o sobre la ayuda que recibe de las redes informales (familia, amigos, etc.) y de los servicios de salud o sociales. Así pues, el Estudio de la OMS dedicó una parte importante de su investigación a examinar esta cuestión.

¿A quién cuentan las mujeres su experiencia de violencia?

En todos los países objeto de estudio, la entrevistadora era a menudo la primera persona a la que las mujeres víctimas de la violencia hablaban sobre los malos tratos sufridos a manos de su pareja. Como se presenta en la Figura 13, las dos terceras partes de las mujeres que habían sido víctimas de violencia física infligida por su pareja en Bangladesh, y cerca de la mitad en Samoa y en el entorno provincial de Tailandia, no le habían contado a nadie su experiencia violenta antes de la entrevista. En cambio, cerca del 80% de las mujeres que haban sufrido maltrato físico en Brasil y Namibia se lo había contado a alguien, normalmente a su familia o a amigos. Pero, incluso en estos dos entornos, dos de cada diez mujeres habían decidido no contar su experiencia.

En todos los entornos, relativamente pocas mujeres que habían sido víctimas de violencia física habían acudido al personal de servicios formales o a las autoridades, como líderes religiosos o tradicionales, el personal de salud, la policía, asesores o el personal de organizaciones no gubernamentales de mujeres, para contar sus experiencias violentas. En todos los entornos examinados, era más probable que las mujeres que habían vivido experiencias violentas físicas graves hablaran con alguien que las que habían sido víctimas de violencia moderada.

¿Quién trata de ayudar?

Si bien muchas entrevistadas declararon haber hablado con familiares o amigos sobre la violencia infligida por su pareja, se mostraban más reacias a informar sobre si esas personas habían intentado ayudarlas. De hecho, en todos los entornos examinados, entre el 34% y el 59% de las mujeres que habían sido víctimas de violencia física informó de que nadie había intentado ayudarlas. En el entorno provincial de la República Unida de Tanzania, por ejemplo, aunque una cuarta parte de las mujeres había hablado con los dirigentes locales, sólo el 7% afirmó que dichos dirigentes habían intentado ayudarlas. No está claro si dicho contacto había mejorado la situación. En algunos casos, por ejemplo, puede que los miembros de la familia toleren la violencia del hombre o sugieran una solución que anteponga las necesidades o el bienestar de la familia a la seguridad de la mujer.

¿A qué instituciones o autoridades se dirigen las mujeres?

De las investigaciones realizadas en numerosos países se desprende que las redes informales, como la familia, los amigos y los vecinos, constituyen, normalmente, el primer punto de contacto de las mujeres que son víctimas de violencia, en lugar de los servicios oficiales (20). Esta conclusión ha sido corroborada por los resultados del Estudio de la OMS, en el que se preguntó a las entrevistadas si habían acudido a los diferentes servicios oficiales (servicios de salud, asesoramiento jurídico, refugios) o si se habían puesto en contacto con las autoridades (policía, organizaciones no gubernamentales de mujeres, dirigentes locales, líderes religiosos). La Figura 14 muestra que, incluso cuando las mujeres cuentan a alguien su experiencia de violencia física, en todos los entornos, el porcentaje de mujeres que buscan ayuda es

Figura 13 Porcentaje, por lugar, de mujeres que alguna vez habían sido víctimas de violencia física y que no habían contado a nadie, que habían contado a alguien o que habían contado al personal de un servicio o una institución su experiencia de violencia infligida por su pareja

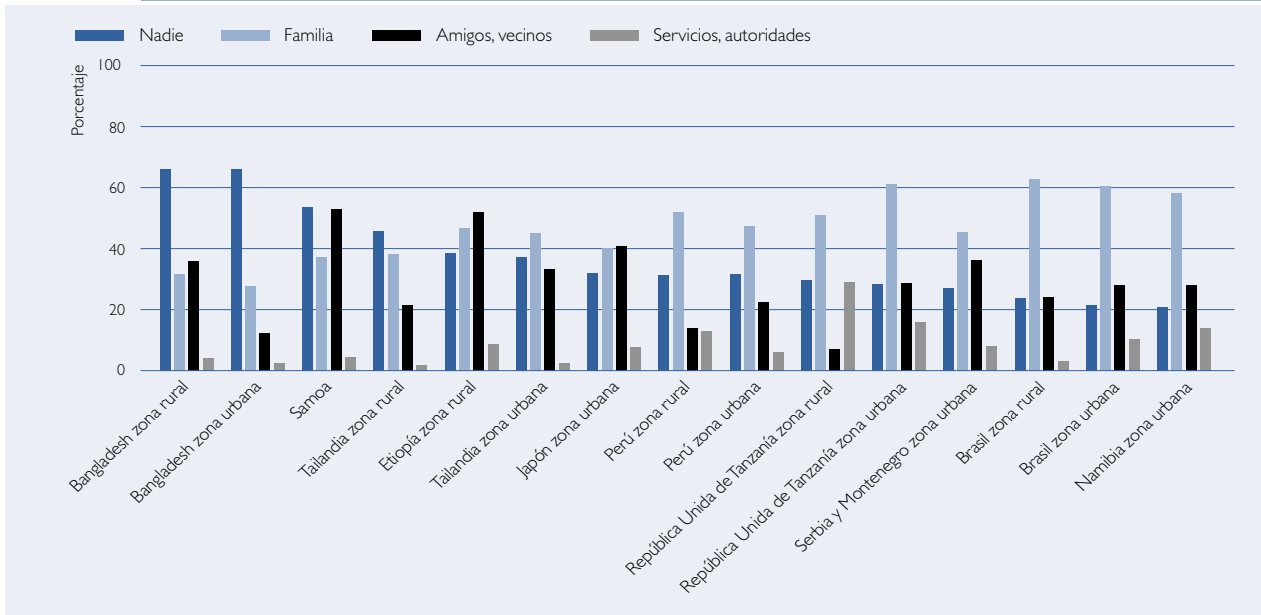
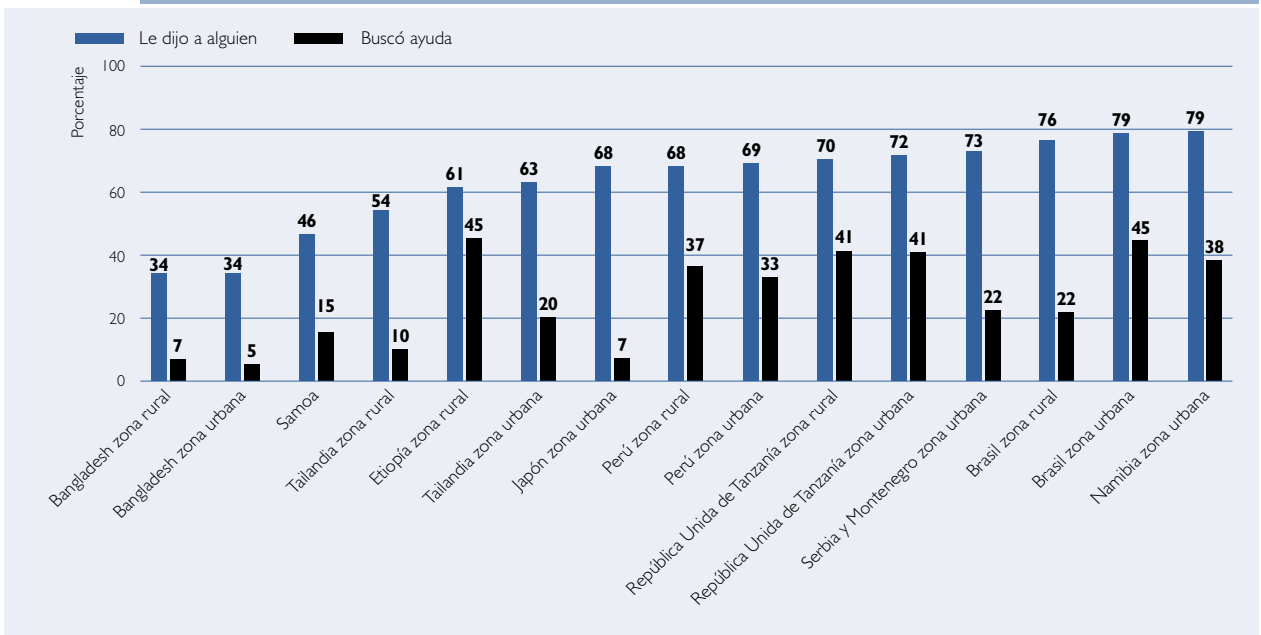


Figura 14 Porcentaje, por lugar, de mujeres que habían contado a alguien su experiencia de violencia física infligida por su pareja, frente al porcentaje de mujeres víctimas de violencia física que habían buscado ayuda

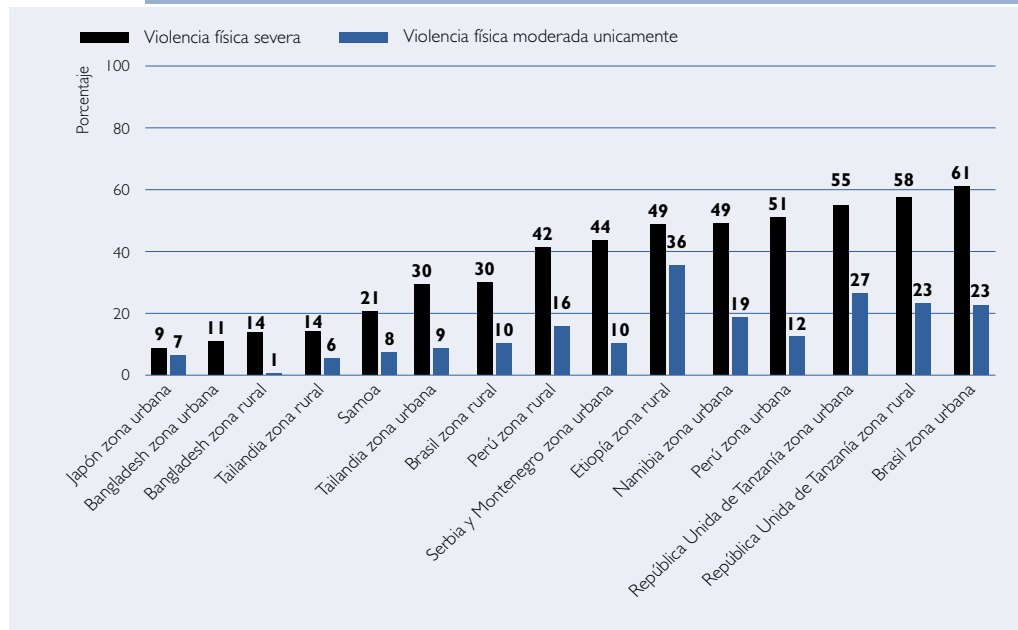


mucho menor. De hecho, la mayoría de las mujeres que han sido víctimas de violencia física (entre el 55% y el 95%) reconoció que nunca había acudido a estas instituciones.

La conclusión de que más mujeres habían hablado con un interlocutor informal, en lugar de buscar ayuda oficial puede deberse, en parte, a que la respuesta de una persona a la violencia tarda tiempo en desarrollarse. En algunos casos, pueden pasar años antes de que una mujer comience a hacer frente a la violencia en su vida o a cuestionarla, o incluso más tiempo antes de que busque ayuda (21).

Los índices más bajos de contacto con diferentes instituciones y autoridades para buscar ayuda se registraron en Bangladesh, Japón, Samoa y el entorno provincial de Tailandia. Sólo en Namibia y Perú, más del 20% de las mujeres que habían sido víctimas de violencia física se puso en contacto con la policía, y sólo en Namibia y el entorno urbano de la República Unida de Tanzania, más del 20% de las mujeres solicitó ayuda a los servicios de atención médica. En ocho de los entornos objeto de estudio, menos del 10% de las mujeres que habían sido víctimas de violencia física declaró haber acudido a los

Figura 15 Porcentaje de mujeres que habían acudido al menos a una institución o autoridad en busca de ayuda, entre las mujeres que habían sido alguna vez víctimas de violencia física infligida por su pareja, en función de la gravedad del acto violento y por lugar



servicios de salud en busca de ayuda. En Etiopía y el entorno provincial de la República Unida de Tanzania, el 15% y el 31%, respectivamente, de las mujeres que habían sido víctimas de violencia física pidió ayuda a los dirigentes locales, mientras que en el entorno urbano de Brasil, el 15% de las mujeres buscó la ayuda de líderes religiosos.

¿Por qué buscan ayuda las mujeres o por qué no la buscan?

En todos los entornos examinados, era más probable que las mujeres que habían sido víctimas de violencia física grave acudieran a una institución o a las autoridades en busca de ayuda, frente a las que habían sido víctimas de violencia moderada (Figura 15). Las razones más frecuentes que se adujeron para buscar ayuda estaban relacionadas con la gravedad de la violencia (por ejemplo, no podía soportarlo más o estaba gravemente herida), sus repercusiones sobre los hijos de la pareja o el consejo de amigos y familiares de que buscaran ayuda.

La razón más común que adujeron las entrevistadas para no buscar ayuda fue que o bien consideraban la violencia como algo normal o trivial (del 29% de las mujeres que declararon no haber buscado ayuda en el entorno provincial de Perú al 86% en Samoa), o que temían las consecuencias que podrían derivarse, como más actos violentos, perder a sus hijos o avergonzar a su familia. Algunas pensaban que no las creerían o que no serviría de nada.

Este bajo índice de utilización de los servicios oficiales también se debe, en parte, a la limitada

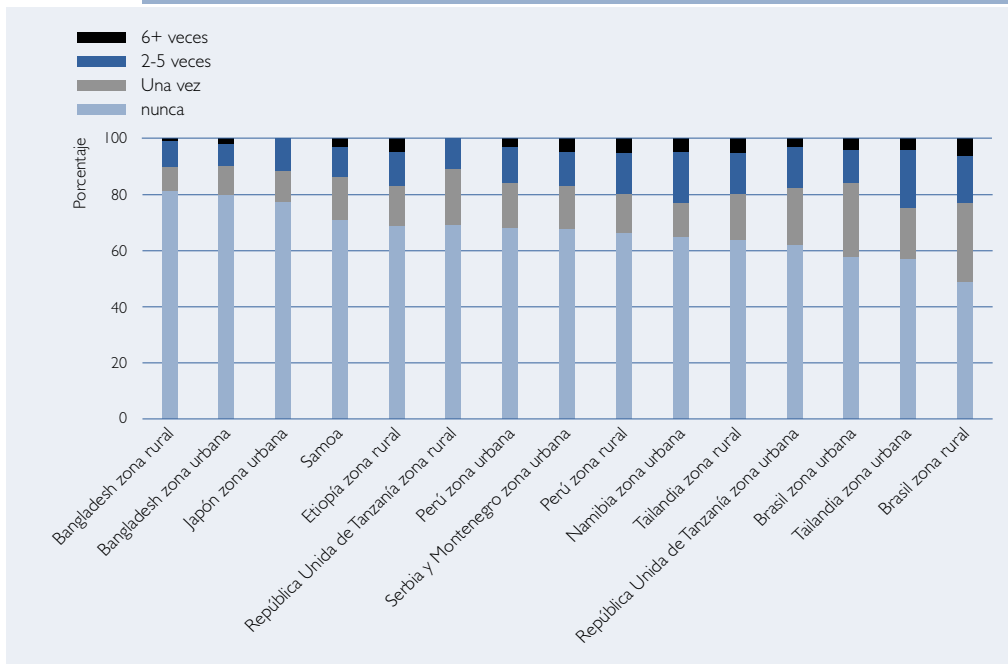
disponibilidad de dichos servicios en muchos lugares. No obstante, incluso en países que disponen de un nivel razonable de recursos destinados a ayudar a las mujeres que son víctimas de violencia, las barreras como el miedo, el estigma y la amenaza de perder a los hijos disuaden a muchas mujeres de buscar ayuda (22).

¿Se defienden las mujeres con violencia?

El porcentaje de mujeres que declaró haber respondido con violencia a sus parejas varió considerablemente entre los distintos entornos, oscilando entre el 6% en el entorno provincial de Bangladesh al 79% en el entorno urbano de Brasil. En ocho de los 15 entornos (Japón, Serbia y Montenegro, así como en los entornos provinciales y urbanos de Brasil, Perú y Tailandia), más de la mitad de las mujeres que habían sufrido maltrato físico grave afirmó haber respondido con violencia. En todos los entornos objeto de estudio, las probabilidades de hacerlo eran más elevadas entre las víctimas de violencia física grave que entre las víctimas de violencia física moderada.

Como se ha explicado anteriormente, en el Estudio de la OMS no se abordó la cuestión de la violencia infligida contra los hombres por sus parejas. Sin embargo, a cada una de las mujeres maltratadas entrevistadas se les preguntó si habían iniciado un acto violento contra sus parejas sin que ellos les hubieran infligido maltrato físico. Sólo en Tailandia, más del 15% de las mujeres maltratadas declaró haberlo hecho en más de dos ocasiones

Figura 16 Número de veces, por lugar, que las mujeres abandonaron su hogar, durante al menos una noche, debido a la violencia física infligida por su pareja, entre las mujeres que habían sido víctimas de dicho tipo de violencia



en su vida. Este porcentaje era extremadamente bajo en sociedades más tradicionales. En el entorno provincial de Bangladesh y Etiopía, menos del 1% de las mujeres que habían sido víctimas de violencia física reconoció haber iniciado un acto violento contra su pareja alguna vez. Estas conclusiones coinciden con los resultados de las encuestas demográficas y de salud llevadas a cabo en otros países (23).

¿Abandonar a una pareja violenta o seguir con ella?

Como muestra la Figura 16, entre el 19% y el 51% de las mujeres que habían sido víctimas de violencia física infligida por su pareja abandonó su hogar durante al menos una noche. Entre el 8% y el 21% declaró haberse marchado entre 2 y 5 veces. Una vez más, existe un fuerte vínculo entre el abandono del hogar y la gravedad de la violencia. De hecho, la gravedad de la violencia fue el principal motivo que dieron las mujeres para marcharse de casa (ya no podían soportarlo más, estaban gravemente heridas o su pareja las había amenazado o había intentado matarlas).

En la mayoría de los entornos estudiados, las mujeres que se marcharon de casa declararon que se habían ido con sus familiares, y en menor medida con amigos o vecinos. Sin embargo, en Namibia y en los entornos provinciales de Bangladesh y la República Unida de Tanzania, entre el 10% y el 16% de las mujeres que habían abandonado su hogar al menos una vez afirmó que se había quedado

en casa de la familia de su pareja la última vez que se había marchado. Los refugios se mencionaron únicamente en los entornos urbanos de Brasil y Namibia, y en muy pocas ocasiones (menos del 1% de las mujeres que se habían marchado de casa). Nuevamente, es probable que estos patrones se deban a la disponibilidad de lugares seguros para las mujeres y sus hijos, y a factores culturales relacionados con la aceptación del abandono del hogar por parte de la mujer o de que ésta se vaya a algún lugar sin su pareja.

En todos los entornos examinados, casi todas las mujeres que habían abandonado su hogar (entre el 43% y el 90%) declararon haberlo hecho porque “no podían soportarlo más” o por la gravedad de la violencia. Por ejemplo, en Namibia y en las provincias de Perú y la República Unida de Tanzania, más del 20% de las mujeres había abandonado su hogar a consecuencia de lesiones graves. En el entorno provincial de Brasil, Namibia, así como en ambos entornos de Perú, más del 10% informó de que sus parejas las habían amenazado de muerte.

“ Así duermo, me llevo una manta y junto con mis hijos, paso la noche en el frío porque me pegaba demasiado; me tenía que llevar a mis hijos para que no les pegue a ellos. Me perdía hacia el cerro, así amanecía... Fui al cerro a dormir algo más de diez veces. ”

Mujer entrevistada en el entorno provincial de Perú

¿Por qué regresan las mujeres?

Se observaron grandes diferencias entre entornos en cuanto a los motivos que dieron las mujeres para regresar a casa con una pareja que las había maltratado. A menudo, las mujeres afirmaron que habían vuelto porque no podían dejar a sus hijos, o "por el bien de la familia". Otras de las razones que se dieron es que la mujer quería a su pareja, que su pareja le había pedido que volviera, que le había perdonado o pensaba que cambiaría, o porque su familia

le había aconsejado que regresara. Las mujeres que nunca se habían ido de casa dieron motivos similares, e indicaron asimismo que no hubieran sabido dónde ir.

“ No sabía dónde ir para conseguir ayuda. Ahora lo sé. Estaba buscando un lugar así. Es bueno abordar estos asuntos en una encuesta. ”

Mujer entrevistada en Japón

Los resultados del Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer subrayan la necesidad de que una amplia variedad de instancias, que van desde las autoridades de salud locales y dirigentes comunitarios hasta los gobiernos nacionales y los donantes internacionales, tomen medidas urgentes.

Como demuestra gráficamente el Estudio, la violencia contra la mujer es una práctica generalizada y profundamente arraigada que tiene graves consecuencias para la salud y el bienestar de las mujeres. Su persistencia es moralmente inaceptable; sus costos son incalculables para los individuos, los sistemas de salud y para la sociedad en general. Sin embargo, hasta hace relativamente poco, ningún otro problema tan importante de salud pública había sido tan ampliamente desatendido y mal comprendido.

Las amplias diferencias en la prevalencia y en los patrones de violencia encontradas de un país a otro, y sobre todo de un entorno a otro dentro de los distintos países examinados, indican que no hay nada que sea “natural” o inevitable sobre este problema. Las actitudes pueden y deben cambiar; las condiciones de la mujer pueden y deben mejorarse; y hombres y mujeres pueden y deben convencerse de que la violencia infligida por la pareja no puede aceptarse en una relación humana.

Las siguientes recomendaciones se han extraído, fundamentalmente, de las conclusiones del Estudio, aunque también se sustentan en estudios y lecciones aprendidas de otras experiencias en numerosos países. Concretamente, las recomendaciones corroboran las conclusiones y recomendaciones presentadas en el Informe mundial sobre la violencia y la salud de la OMS (2), y en particular las recomendaciones descritas en los capítulos 4 (Violencia en la pareja) y 6 (Violencia sexual). Se agrupan en las siguientes categorías:

- Reforzar el compromiso y la acción en el ámbito nacional;
- Promover respuestas de prevención primaria;
- Involucrar al sector educación;
- Reforzar la respuesta del sector salud;
- Apoyar a las mujeres que conviven con la violencia;
- Sensibilizar a los integrantes de los sistemas de justicia penal;
- Apoyar la investigación y la colaboración.

A fin de abordar y prevenir la violencia ejercida contra las mujeres, es necesario que muchas instancias y sectores tomen medidas en numerosos ámbitos. Sin embargo, es importante que los Estados asuman la responsabilidad de la seguridad y el bienestar de sus ciudadanos. En este sentido, los gobiernos nacionales, en colaboración con las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones internacionales y los donantes, han de conceder prioridad a las siguientes recomendaciones.

Reforzar el compromiso y la acción en el ámbito nacional

Recomendación 1.

Promover la igualdad de género y los derechos humanos de las mujeres

La violencia contra la mujer es una manifestación extrema de la desigualdad de género y debe abordarse con carácter urgente; dicha violencia, a su vez, perpetúa esta desigualdad. La situación de desigualdad de las mujeres también se asocia a la violencia doméstica y a la respuesta de las mujeres a dicha violencia. Es probable que, a largo plazo, la mejora de la situación jurídica y socioeconómica de las mujeres se convierta en una medida de intervención clave para reducir la vulnerabilidad de las mujeres ante la violencia. Y aquí se incluye la sensibilización con respecto a sus derechos, mejoras para garantizar los derechos de las mujeres vinculados a la posesión

y venta de propiedad y de bienes, así como el acceso al divorcio y la custodia de los hijos tras la separación. También deberá fomentarse en gran medida, como parte de los esfuerzos globales que se realicen en la lucha contra la violencia, el acceso de las mujeres a la educación, concretamente, exigiendo que las niñas permanezcan matriculadas hasta completar su educación secundaria, así como a un empleo seguro y fructífero. También es importante que se realicen esfuerzos a nivel nacional para desafiar la tolerancia y aceptación generalizadas de algunas formas de violencia.

Se podrían realizar avances considerables si los gobiernos cumplieran los tratados sobre derechos humanos y otros acuerdos internacionales que ya han ratificado, como la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979), la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de las Naciones Unidas (1993), el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 (24), la Declaración y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995 - la "Declaración de Beijing") (7) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio de 2000 (25).

Los gobiernos deberían adoptar medidas para adaptar su legislación a estos compromisos e introducir los cambios necesarios en las legislaciones, las políticas y los programas nacionales. Es necesario reforzar la defensa de la igualdad entre los géneros y los derechos humanos en general y vigilar los avances realizados en el ámbito nacional en relación con los compromisos internacionales.

Recomendación 2.

Establecer, ejecutar y supervisar planes de acción multisectoriales para abordar la violencia contra la mujer.

Los gobiernos deben comprometerse a reducir la violencia contra la mujer; ya que se trata de un importante problema de salud pública que debe prevenirse. La prevención de la violencia contra la mujer debería ser una prioridad en los programas nacionales de salud pública, sociales y normativos tanto de los países industrializados como en desarrollo.

Los gobiernos deberían reconocer públicamente que existe ese problema, comprometerse a actuar, elaborar y aplicar programas nacionales para evitar actos futuros de violencia y responder a ellos cuando ocurran, así como asignar una cantidad importante de recursos a programas dirigidos a abordar el tema de la violencia contra la mujer y, en particular, la violencia infligida por la pareja o los abusos sexuales de menores.

Aquellos países que estén elaborando planes de acción nacionales para prevenir la violencia, lo que se recomienda vivamente en el Informe mundial sobre la violencia y la salud (1), deberán dar prioridad a la prevención de la violencia contra la mujer y, en particular, la violencia infligida por la pareja.

La eliminación de la violencia contra la mujer exige que distintas instancias (a saber, los servicios de salud y sociales, las organizaciones religiosas, el sistema judicial y la policía, los sindicatos y las empresas, así como los medios de comunicación) tomen medidas concertadas y coordinadas. Es necesario que se establezca un mecanismo oficial con los recursos suficientes para coordinar los esfuerzos multisectoriales, a ser posible en el nivel más alto de las instancias políticas.

Recomendación 3.

Conseguir el apoyo de los dirigentes sociales, políticos, religiosos y de otros líderes para que se opongan a la violencia contra la mujer.

Las personas, y sobre todo los hombres, que ocupan cargos de autoridad e influencia (como por ejemplo, los dirigentes políticos, religiosos y tradicionales) pueden desempeñar una importante función a la hora de aumentar la sensibilidad que existe sobre el problema de la violencia contra la mujer; y modificar los conceptos equivocados y las normas erróneas existentes, así como orientar el debate de forma que se promueva un cambio positivo. Sería más eficaz adoptar medidas coordinadas mediante coaliciones o alianzas de figuras de sectores diferentes, que identificar este asunto con una única figura o un único sector.

Recomendación 4.

Incrementar la capacidad y establecer sistemas de recopilación de información para vigilar la violencia contra la mujer, así como de las actitudes y las creencias que la perpetúan.

La vigilancia es un elemento clave para un enfoque sobre salud pública que permita controlar las tendencias existentes y valorar el impacto de las intervenciones. La responsabilidad de dicha vigilancia debería recaer de forma explícita en una institución, organismo o instancia gubernamental, con el fin de que se utilice una metodología estándar y se disponga de mecanismos que garanticen la difusión y utilización adecuada de la información. La

creación de capacidad en materia de vigilancia, incluida la utilización de encuestas, constituye un elemento importante en este sentido.

Actualmente, se están manteniendo debates en el ámbito internacional sobre cuál es el mejor mecanismo para vigilar la violencia ejercida contra la mujer; utilizando tanto encuestas periódicas como la recopilación sistemática de datos en diferentes lugares. El cuestionario y las directrices éticas y de seguridad de la OMS desarrolladas para el Estudio (10), así como el Manual on research methodologies for studying violence against women (Manual sobre metodologías de investigación para el estudio de la violencia contra la mujer) elaborado por la OMS y el Program for Appropriate Technology in Health (PATH) (26), de próxima publicación, constituyen herramientas útiles en este sentido. Las Injury surveillance guidelines (directrices para la vigilancia de lesiones) establecidas por la OMS y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) también proporcionan consejos prácticos para la recopilación sistemática de datos sobre lesiones, en función de criterios internacionales (27)¹. Es esencial que las oficinas de estadísticas nacionales y los correspondientes ministerios, en particular los de salud y justicia, así como las organizaciones que prestan servicios a las mujeres, garanticen que se recopile la información de forma que se respete la confidencialidad y no se ponga en peligro la seguridad de las mujeres (28).

Promover respuestas de prevención primaria

Recomendación 5.

Desarrollar, ejecutar y evaluar programas destinados a la prevención primaria de la violencia y de la violencia sexual infligida por la pareja.

La prevención de la violencia infligida por la pareja exige cambiar las actitudes, creencias y los valores relacionados con el papel de los sexos tanto de las mujeres como de los hombres, en el ámbito de la sociedad y del individuo. Por tanto, los esfuerzos de prevención deberían abarcar actividades multimedia y otras actividades de sensibilización pública para desafiar la subordinación de la mujer y contrarrestar las actitudes, creencias y valores, sobre todo entre hombres, que consideran la violencia de la pareja como algo normal.

Los medios específicos y los mensajes clave deberán basarse en un proceso de investigación

y consulta. Uno de los principales objetivos será eliminar las barreras que impiden a las mujeres hablar sobre el problema y utilizar los servicios de ayuda disponibles. Para ello, es necesario reducir el estigma, la vergüenza y el rechazo que existe sobre la violencia contra la mujer infligida por su pareja y reforzar las redes de apoyo informales animando a los miembros de las familias y comunidades a ayudar y apoyar a las mujeres que conviven con la violencia.

Deberían realizarse esfuerzos específicos para implicar a los hombres. Las estrategias mediáticas que animan a los hombres no violentos a rechazar abiertamente la violencia y a desafiar su aceptación contribuirán a refutar la idea de que todos los hombres aprueban la violencia. También sirven para ofrecer modelos alternativos de comportamiento masculino frente a los que se describen normalmente en los medios de comunicación.

Deberían realizarse esfuerzos específicos en centros de salud, escuelas, lugares de trabajo y dentro de las distintas profesiones y sectores. Deberían estudiarse otras estrategias de comunicación, como los enfoques de base comunitaria (por ejemplo, programas de alfabetización en leyes, movilización comunitaria sobre el VIH/SIDA, iniciativas mediáticas locales) y otras actividades destinadas a factores de riesgo específicos para la existencia de violencia como el consumo de alcohol. Concretamente, debe promoverse el diálogo sobre la violencia de la pareja en las comunidades y desafiar su aceptación. Sobre todo, es necesario intensificar los esfuerzos en el ámbito de la prevención primaria.²

Recomendación 6.

Dar prioridad a la prevención de los abusos sexuales de menores.

Es extremadamente preocupante el alto índice registrado en el Estudio de abusos sexuales infligidos a menores. Dichos actos constituyen una grave violación de los derechos básicos y de la integridad física de una niña o adolescente, y pueden tener profundas consecuencias para su salud, de forma inmediata y a largo plazo. Así pues, los esfuerzos para combatir los abusos sexuales de menores (tanto niñas como niños) deberían ser un asunto prioritario en la planificación de la salud pública, así como en las respuestas de otros sectores como el judicial, la educación y los servicios sociales.

Los dirigentes y otras figuras de prestigio pueden contribuir a “romper el silencio” y a crear un espacio social para que se debata el problema dentro de las familias y de las comunidades.

¹ Las Injury Surveillance Guidelines (Directrices para la vigilancia de lesiones) están disponibles en http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/surveillance/surveillance_guidelines/enf_o_travs_de_la_oms.

² La Campaña Mundial de Prevención de la Violencia de la OMS tiene como objetivo que exista una mayor sensibilización sobre el problema de la violencia, destacar la importante función que puede desempeñar la salud pública a la hora de abordar sus causas y consecuencias, y promover que se adopten medidas en todos los ámbitos de la sociedad. Para obtener más información visite http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en/

Los sectores de la salud y la educación han de ser capaces de identificar y tratar el problema del abuso sexual de menores. Deberían establecerse protocolos y proporcionarse recursos y formación a los profesionales de la salud.

Igualmente, los profesores y demás profesionales de la educación necesitan recibir una formación que les permita reconocer la existencia de abusos sexuales, así como protocolos y políticas para la derivación de casos a los servicios médicos o sociales. Las escuelas deberían también desarrollar programas preventivos y de asesoramiento cuando los medios lo permitan.

Recomendación 7.

Integrar las respuestas a la violencia contra la mujer en programas existentes para la prevención del VIH y el SIDA, así como para la promoción de la salud de los adolescentes.

Las conclusiones del Estudio demuestran que existen altos niveles de violencia sexual contra las mujeres y las niñas y concuerdan con otros estudios que sugieren que la violencia contribuye a la vulnerabilidad de las mujeres frente a la infección del VIH. La prevención de la violencia contra la mujer contribuirá a mejorar la eficacia de los programas de VIH y SIDA. Por tanto, los programas sobre la prevención del VIH deberían abarcar actividades para sensibilizar a la opinión pública y fomentar la prevención de la violencia sexual y de la violencia infligida por la pareja, reconocer en qué medida se obliga a tener relaciones sexuales y abordar explícitamente temas como el consentimiento y la coacción. Deben desarrollarse estrategias para responder a la situación de mujeres que están sufriendo o temen sufrir actos violentos y que acuden a los servicios de lucha contra el VIH, de planificación familiar u otros servicios de salud sexual y reproductiva. Los programas de salud sexual y reproductiva, así como aquellos que se centran en fomentar la salud de los adolescentes, deben abordar asimismo la violencia infligida por la pareja, la coacción y el sexo forzado.

Recomendación 8.

Convertir los espacios físicos en lugares más seguros para la mujer.

Las medidas que se adopten a fin de que los núcleos urbanos sean más seguros para la mujer pueden contribuir a la prevención primaria. Esas medidas deberían implantarse de forma sistemática: primero, identificando los lugares

donde ocurren normalmente los actos violentos contra la mujer y, luego, analizando los motivos por los que suceden.

Dependiendo de los factores de riesgo que se identifiquen y de los recursos disponibles, la seguridad podrá reforzarse mediante medidas concretas. Estas medidas comprenden mejorar la iluminación, aumentar la presencia policial y otras medidas de vigilancia, concretamente en zonas donde se consuma alcohol u otras drogas, y abrir "puntos ocultos" donde se podrían producir agresiones sin ser vistos u oídos.

Involucrar al sector educación

Recomendación 9.

Hacer que las escuelas sean un lugar seguro para las niñas.

Los sistemas de educación primaria y secundaria deberían contribuir en gran medida a que las escuelas fueran un lugar seguro, mediante medidas como la erradicación de la violencia infligida por los profesores, así como participando en esfuerzos pacíficos más generales.

Deben mejorarse las medidas adoptadas para erradicar la violencia física y sexual infligida por los profesores a los alumnos en casi todos los países y todas las escuelas. En algunos casos será necesario acometer importantes reformas en el sector de la educación, las políticas de los centros escolares, los entornos y los planes de estudio. Las políticas de los centros escolares deben prohibir el uso de la violencia como una forma de castigo, así como rechazar la violencia física y el acoso ejercido por y entre profesores y alumnos, si bien dichas políticas deberían ser objeto de supervisión.

La enseñanza basada en aptitudes constituye un modo eficaz de que los alumnos y el personal escolar reduzcan los conflictos potenciales y participen en medidas comunitarias dirigidas a reducir la violencia y promover los comportamientos pacíficos. Los programas escolares sobre salud, como los programas de prevención del VIH y de salud reproductiva (en particular, aquellos que tratan sobre las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados entre adolescentes), deben abordar cuestiones de género, capacidad y consentimiento.

Con el fin de garantizar su eficacia, los programas deberían comenzar temprano, hacer que participen tanto niñas como niños (aunque probablemente proporcionándoles información y mensajes clave diferentes, y estableciendo un

equilibrio entre los debates de un solo sexo y de ambos) y aplicar las experiencias de aprendizaje apropiadas para cada edad durante todo el proceso de escolarización de los niños. Dichos programas también deberían estar respaldados por las correspondientes políticas escolares, por un entorno escolar favorable, unos servicios de salud en la escuela o de remisiones a centros de atención y de asesoramiento a las víctimas y testimonios de incidentes violentos y de acoso.

Reforzar la respuesta del sector salud

Recomendación 10.

Desarrollar una respuesta global del sector salud sobre los efectos de la violencia contra la mujer.

Muchos dispensadores de atención sanitaria ven y tratan (sabiéndolo o no) a millones de mujeres que son víctimas de violencia en sus relaciones personales. Es crucial que el sector sanitario desarrolle una respuesta global a los distintos efectos de la violencia contra la mujer; aunque también es necesario que los diferentes servicios de atención para la salud adopten medidas específicas. En lo que se refiere a la planificación, será necesario que las autoridades de salud identifiquen las ventajas concretas del sector; en el marco de una respuesta multisectorial más amplia, para fomentar la prevención y prestar servicios dirigidos a las mujeres que han sido víctimas de violencia. Concretamente, es importante abordar la reticencia mostrada por las mujeres maltratadas a la hora de buscar ayuda. En lo que se refiere a los servicios, las respuestas a la violencia contra la mujer deberán integrarse en todos los ámbitos de la atención (los servicios de emergencia, los servicios de salud reproductiva como la atención prenatal, la planificación familiar y la atención postaborto, los servicios de salud mental y los servicios relacionados con el VIH y el SIDA). Es necesario mejorar el acceso a los servicios de salud mental que no estigmaticen a las mujeres y que sean capaces de reconocer los vínculos existentes entre violencia y salud mental, en particular la depresión y los pensamientos suicidas. Estos servicios han de proporcionar seguridad a las mujeres que deben hacer frente a la violencia y evitar respuestas médicas excesivas al problema.

Los profesionales de la salud que ven y atienden a mujeres maltratadas necesitarán coordinarse y trabajar con otros sectores, en particular con la policía y los servicios sociales. Ello no debería hacerse de forma aislada, sino

que exigir la creación de procedimientos y protocolos oficiales de derivación de casos.

Además de fomentar la sensibilización sobre este asunto, el sector salud ha de buscar formas de convencer a las mujeres de que: (a) no hay nada de malo en buscar ayuda en instituciones de salud cuando hayan experimentado actos violentos, (b) si lo hacen, recibirán una atención médica apropiada y otros tipos de asistencia, y (c) se garantizará su confidencialidad y seguridad. Entre otras cosas, la formación debería tener por objeto garantizar que los profesionales estén sensibilizados con respecto a las cuestiones relacionadas con la violencia, que traten a las mujeres con respeto, que mantengan la confidencialidad, que no refuercen sus sentimientos de estigma y de culpa, y que sean capaces de prestar una atención adecuada o derivar los casos cuando sea necesario.

Recomendación 11.

Utilizar el potencial de los servicios de salud reproductiva como punto de acceso para localizar y apoyar a las mujeres que son víctimas de violencia infligida por su pareja, y derivarlas a otros servicios de apoyo.

La disponibilidad y el uso extendido de los servicios de salud reproductiva (incluida la atención prenatal, la planificación familiar, la atención postaborto y los servicios sobre infecciones de transmisión sexual) en la mayoría de los países les dan una ventaja potencial para localizar a las mujeres maltratadas y derivarlas a otros servicios de apoyo. No obstante, a menos que los dispensadores de servicios de salud sean conscientes y estén dispuestos a tratar la violencia y la coacción, éstos no podrán promover eficazmente la salud sexual y reproductiva de la mujer.

Conviene sensibilizar a los dispensadores de servicios de salud reproductiva y proporcionarles formación para que aprendan a reconocer la violencia y responder a ella, en particular durante y después del embarazo. No obstante, reconociendo que no basta la localización, deberían establecerse protocolos y sistemas de derivación de casos para garantizar la atención, el seguimiento y el apoyo requerido en tales casos. En lugares con escasos recursos y donde no es posible la derivación de casos, el personal sanitario debería como mínimo ser consciente del problema y ofrecer información sobre las opciones legales y de asesoramiento existentes, así como mensajes de apoyo que destaquen que la violencia es algo negativo y que se trata de un problema extendido. Garantizar la

confidencialidad y la seguridad de las mujeres ha de ser prioritario. En aquellos lugares donde en los servicios prenatales participan las parejas en clases de preparación al parto y otras actividades similares, añadir un componente “antiviolenca” a dichas actividades puede constituir una vía para tratar de cambiar actitudes machistas y prevenir la violencia.

Apoyar a las mujeres que conviven con la violencia

Recomendación 12.

Reforzar los sistemas de apoyo oficiales y no oficiales a las mujeres que conviven con la violencia.

Sólo una minoría de las mujeres entrevistadas en el Estudio buscó ayuda de los servicios o instituciones de apoyo oficiales (como trabajadores sociales, asesores, refugios). Ello se debe a numerosos factores, uno de los más importantes es sencillamente la ausencia de dichos servicios, sobre todo en zonas rurales. Además, muchas mujeres desconfiaron de que los servicios y autoridades existentes las escucharían con sensibilidad o imparcialidad, o pudiesen cambiar su situación. Este hecho pone de manifiesto la necesidad de ampliar y mejorar los servicios de apoyo donde las mujeres puedan revelar de forma segura sus experiencias de violencia.

Aunque deberían ampliarse o mejorarse los servicios oficiales de las instituciones de salud o de los tribunales, también deberían examinarse otros modelos de prestación de servicios, que se construirán sobre los recursos de apoyo no oficiales a los que acuden las mujeres. Estos modelos podrían incluir la sensibilización de los líderes religiosos y otras personas respetables de la comunidad sobre este problema, animándoles a participar en la prestación de apoyo e incluso a ofrecer refugio temporal a las mujeres que son víctimas de violencia. Los esfuerzos se centrarían en prestar servicios de formación y orientación a los participantes, así como a sus organizaciones, sobre estas cuestiones, como el carácter de lacra del problema, cuestiones de procedimiento, como la confidencialidad, y la complejidad de las respuestas a la violencia infligida por la pareja.

Dado que lo más probable es que las mujeres maltratadas busquen ayuda de redes informales de amigos, familiares y vecinos, es importante reforzar estas redes informales, de modo que, cuando las mujeres acudan a sus amigos y familiares, éstos estén mejor preparados para prestarles el apoyo que necesitan. Los

programas mediáticos que subrayen el alcance de la violencia y promuevan la función de los amigos, vecinos y familiares, así como las intervenciones para reducir la lacra social que gira en torno a la violencia pueden contribuir a desarrollar respuestas constructivas.

Sensibilizar a los integrantes de los sistemas de justicia penal

Recomendación 13.

Sensibilizar a los regímenes jurídicos y judiciales sobre las necesidades específicas de las mujeres que son víctimas de violencia.

Se debería formar y sensibilizar a todos los integrantes de los sistemas de justicia penal (policía, investigadores, personal médico y jurídico, abogados y jueces, entre otros) para que tuvieran en cuenta las necesidades específicas y las prioridades de las mujeres que son víctimas de violencia, en particular de la violencia infligida por su pareja o ex pareja.

Los encargados de investigar las denuncias de casos de violencia contra la mujer deberían aprender a utilizar técnicas para recabar pruebas de naturaleza médica y jurídica, sobre todo en el caso de las denuncias de violaciones y agresiones sexuales, de manera respetuosa y sin emitir juicios de valor. Recopilar estas pruebas debe formar parte de un amplio programa de asistencia que incluya el asesoramiento y el tratamiento oportunos.

Los sistemas de justicia penal en general han de evaluarse minuciosamente para garantizar que las mujeres que acuden a los mismos en busca de justicia y protección reciban un trato adecuado y profesional. Los integrantes del sistema de justicia penal, sobre todo la policía, deben apoyar a las mujeres denunciadoras y no socavar su confianza poniéndose de parte del autor de la violencia, denigrando a las denunciadoras o poniendo en duda su testimonio.

Las leyes sobre agresiones asumen con frecuencia que el autor y la víctima no se conocen, una pauta que se aplica con menos frecuencia cuando se examina la violencia contra la mujer. La realidad es que las mujeres suelen conservar lazos afectivos con su pareja a pesar de su violencia, o que el hecho de encarcelar a la pareja puede poner en peligro el sustento de la mujer y de sus hijos. Para garantizar la seguridad de las mujeres, debería aplicarse un enfoque coordinado entre los sistemas de justicia penal y derecho civil. Además, los culpables deben

recibir el castigo que contempla la ley. Deberá examinarse la posibilidad de sentencias flexibles o sanciones alternativas, con el fin de prevenir nuevos casos de violencia.

Apoyar la investigación y la colaboración

Recomendación 14.

Apoyar las investigaciones sobre las causas, las consecuencias y los costos de la violencia contra la mujer y sobre medidas de prevención eficaces.

Dado que en algunos lugares existen pocos datos sobre la violencia contra la mujer, es necesario investigar con urgencia la magnitud del problema de la violencia contra la mujer en países o entornos concretos, para que exista una base para la promoción y la acción. Paralelamente, deben realizarse investigaciones sobre las causas de la violencia contra la mujer en culturas y circunstancias diferentes. Dichas investigaciones deberían tener como objetivo comprender mejor los factores de riesgo y de protección relacionados con la violencia, centrándose, en particular, en identificar los principales factores que se prestan a la intervención. El análisis continuado de la base de datos establecida en el curso de la realización del Estudio contribuirá en gran medida a comprender los factores determinantes de las diferentes pautas de violencia, dentro de los países y lugares examinados y entre ellos.

Para entender mejor el problema, es preciso investigar las actitudes y creencias masculinas que contribuyen a la violencia infligida por la pareja. También es necesario realizar estudios "longitudinales" sobre la evolución del comportamiento violento de las parejas con el paso del tiempo, y examinar si varía respecto del desarrollo de otros comportamientos violentos y el modo en que lo hace.

Las futuras investigaciones destinadas a arrojar luz sobre el diseño y la necesidad de las intervenciones, allí donde no existan, deberán ir acompañadas de estudios de evaluación sobre los efectos a corto y largo plazo de los programas para prevenir y responder a la violencia de la pareja, incluidos los programas escolares, los cambios políticos y legislativos, los servicios dirigidos a las víctimas de la violencia, los programas destinados a los autores de la violencia y las campañas dirigidas a modificar las

normas sociales. En este sentido, el Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes (manual para la documentación de los programas de prevención de la violencia) (29) constituye una guía útil para la recopilación sistemática, en diversos entornos, de información sobre los programas para la prevención de la violencia interpersonal. En última instancia, el objetivo del manual consiste en describir las intervenciones prometedoras y que hayan tenido éxito, así como divulgar los resultados, a fin de promover el aumento de dichos esfuerzos.

Recomendación 15.

Incrementar el apoyo a programas destinados a reducir y responder a la violencia contra la mujer.

Aunque muchas de las medidas que se exigen en estas recomendaciones son relativamente baratas, la realidad es que los países con pocos recursos están luchando por mantener sus sistemas de salud pública y sus servicios sociales. Las nuevas actividades y programas destinados a combatir la violencia contra la mujer tendrán que competir con toda una serie de prioridades urgentes de los gobiernos nacionales. Aunque exista el compromiso político, puede que sea difícil plasmar dicho compromiso en medidas concretas sin una financiación adicional. Por tanto, los donantes internacionales, los organismos de desarrollo y las organizaciones no gubernamentales deberían estar preparados para ofrecer ayuda financiera y técnica dirigida a propuestas concretas y bien diseñadas por los gobiernos nacionales y sus homólogos en materia de desarrollo (en particular, las organizaciones de mujeres) que tienen por objeto prevenir la violencia contra la mujer; ofrecer servicios a las mujeres que han sido víctimas de violencia o reducir las desigualdades de género.

Los donantes y las organizaciones internacionales deben apoyar los esfuerzos que se realicen para investigar sobre este tema. También deberían fomentar la colaboración entre los diferentes países y regiones. Ello contribuirá a mejorar los conocimientos sobre esta cuestión.

El desafío final es prevenir y, en última instancia, eliminar cualquier forma de violencia contra la mujer. La labor inmediata será apoyar y ofrecer opciones a las mujeres que conviven con la violencia o que han sido víctimas de algún tipo de violencia.

Referencias

1. *Violencia contra la mujer: Consulta de la OMS, Ginebra, 5-7 febrero de 1996*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento FRH/WHD/96.27, disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/FRH_WHD_96.27.pdf, desde el 18 de marzo de 2005).
2. **Krug EG et al., eds.** *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
3. **Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M.** *Ending violence against women*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1999.
4. **Campbell J et al.** Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*, 2002, 162:1157-1163.
5. **Gazmararian JA et al.** The relationship between pregnancy intendedness and physical violence in mothers of newborns. Grupo de trabajo PRAMS. *Obstetrics and Gynecology*, 1995, 85:1031-1038.
6. **Golding J.** Sexual assault history and women's reproductive and sexual health. *Psychology of Women Quarterly*, 1996, 20:101-121.
7. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China, 4-15 de septiembre de 1995. Nueva York, Naciones Unidas, 1995 (documento A/CONF.177/20)
8. **Koss M.** Detecting the scope of rape. A review of prevalence research methods. *Journal of interpersonal violence*, 1993, 8: 93-103.
9. **Jansen HAFM et al.** Interviewer training in the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *Violence Against Women*, 2004, 10:831-849.
10. *Dando prioridad a las mujeres: Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (documento WHO/EIP/GPE/01.1, disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_GWH_01.1.pdf, desde el 18 de marzo de 2005).
11. **Heise L.** Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 1998, 4:262-290.
12. **Belsky J.** Child maltreatment: an ecological integration. *The American Psychologist*, 1980, 35:320-335.
13. **Jones A et al.** Annual and lifetime prevalence of partner abuse in a sample of female HMO enrollees. *Women's Health Issues*, 1999, 9:295-305.
14. **Tjaden P, Thoennes N.** Extent, nature and consequences of intimate partner violence: findings from the National Violence Against Women Survey. Washington, DC, Instituto Nacional de Justicia, Centros de Control y Prevención de Enfermedades, 2000.
15. **Johnson M.** Conflict and control: images of symmetry and asymmetry in domestic violence. In: Booth A, Crouter A, Clements M, eds. *Couples in conflict*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 2000.
16. **Jewkes R, Sen P, Garcia-Moreno C.** Sexual violence. In: Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.
17. **McDonough P et al.** Income dynamics and adult mortality in the United States, 1972 through 1989. *American Journal of Public Health*, 1997, 87:1476-1483.
18. **Sorlie PD, Backlund E, Keller JB.** US mortality by economic, demographic, and social characteristics: the National Longitudinal Mortality Study. *American Journal of Public Health*, 1995, 85:949-956.
19. **Campbell J, Garcia-Moreno C, Sharps P.** Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women*, 2004, 10:770-789.
20. **Rose L, Campbell J, Kub J.** The role of social support and family relationships in women's responses to battering. *Health Care for Women International*, 2000, 21:27-29.
21. **Landenburger K.** A process of entrapment in and recovery from an abusive relationship. *Issues in Mental Health Nursing*, 1989, 10:209-227.
22. **Dutton MA.** Battered women's strategic response to violence: the role of context. In: Edelson JL, Eiskovits ZC, eds. *Future interventions with battered women and their families*. London, Sage Publications, 1996.
23. **Kishor S, Johnson K.** Profiling domestic violence: a multi-country study. Calverton, MD, ORC MACRO, Measure DHS+, 2004.
24. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Cairo, Egipto, 5-13 de septiembre de 1994. Nueva York, Naciones Unidas, 1994 (documento A/CONF.171/13).
25. *Declaración del Milenio de las Naciones Unidas*, Resolución de la Asamblea General, 55ª reunión, documento A/RES/55/2, Capítulo III, número 11, septiembre de 2000.
26. **Ellsberg MC, Heise L.** Researching violence against women: a practical guide for researchers and activists. Washington, DC and Geneva, PATH/World Health Organization, In press.
27. **Holder Y et al., eds.** Injury surveillance guidelines. Atlanta, GA, Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), y Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.
28. **División para el Adelanto de la Mujer (DAW),** *Violence against women: a statistical overview, challenges and gaps in data collection and methodology and approaches for overcoming them*. Reunión de grupo de expertos, DAW, CEE y la OMS. Ginebra, 11-14 de abril de 2005 (www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw-stat-2005).
29. **OMS.** Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.