

# ABORDAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN LAS POLÍTICAS Y PROTOCOLOS DE SALUD DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Un informe de la situación regional





# ABORDAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN LAS POLÍTICAS Y PROTOCOLOS DE SALUD DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

## Un informe de la situación regional

Washington, D.C., 2023

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
Américas

*Abordar la violencia contra las mujeres en las políticas y los protocolos de salud de la Región de las Américas.  
Un informe de la situación regional*

ISBN: 978-92-75-32638-1 (PDF)

ISBN: 978-92-75-32639-8 (versión impresa)

### © Organización Panamericana de la Salud, 2023

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons ([CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

**Adaptaciones:** si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”

**Traducciones:** si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción.”

**Cita propuesta:** Organización Panamericana de la Salud. Abordar la violencia contra las mujeres en las políticas y los protocolos de salud de la Región de las Américas. Un informe de la situación regional. Washington, DC: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326381>.

**Datos de catalogación:** pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

**Ventas, derechos y licencias:** para adquirir publicaciones de la OPS, dirijase a [sales@paho.org](mailto:sales@paho.org). Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase [www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias](http://www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias).

**Materiales de terceros:** si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

**Notas de descargo generales:** las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, 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 OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, 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 OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

NMH/NV/2023

# ÍNDICE

Lista de cuadros, figuras y recuadros.....	vii
Siglas .....	x
Agradecimientos .....	xi
Prefacio .....	xii
Resumen.....	xiii
Objetivos, métodos y público destinatario .....	xvi
Conclusiones y recomendaciones .....	xxii
<b>I. Antecedentes: Por qué es importante este informe .....</b>	<b>1</b>
En la Región de las Américas, la violencia contra las mujeres y las niñas está muy extendida .....	1
Las consecuencias de la violencia contra las mujeres son graves.....	3
La violencia tiene múltiples causas.....	4
La violencia se puede prevenir .....	5
El sistema de salud desempeña un papel fundamental.....	6
La prevención de la violencia no es algo nuevo en la Región de las Américas .....	7
Objetivos y público destinatario del informe .....	10
Estructura del informe.....	11
<b>II. Metodología del informe .....</b>	<b>13</b>
Fuentes de datos .....	13
Documentos de política .....	15
Búsqueda de documentos .....	16
Indicadores de contenido de políticas .....	16
Análisis de los datos .....	17
Limitaciones .....	18
<b>III. Conclusiones .....</b>	<b>21</b>
3.1 Fortalecimiento del liderazgo de la respuesta del sector de la salud a la violencia contra las mujeres .....	21
Resumen de los documentos de política de salud .....	22
La violencia contra las mujeres como prioridad estratégica .....	24
Unidad (o unidades) o coordinador (o coordinadores) del ministerio de salud responsables de la violencia contra las mujeres .....	25
Partidas presupuestarias nacionales de salud para abordar la violencia contra las mujeres .....	25
3.2 Mejora de la calidad de los servicios de salud para las sobrevivientes de la violencia contra las mujeres .....	26
Protocolos del sector de la salud sobre violencia contra las mujeres .....	26
Análisis subregional de la disponibilidad de protocolos del sector de la salud sobre violencia contra las mujeres.....	27
Indicadores clave del contenido de los protocolos del sector de la salud sobre violencia contra las mujeres .....	28

Indagación clínica y el tamizaje universal .....	28
Confidencialidad y privacidad .....	30
Apoyo de primera línea .....	34
Aspectos importantes de la atención clínica después de una agresión sexual.....	37
Evaluación, tratamiento y derivación de salud mental .....	39
Derivaciones fuera del sistema de salud.....	42
Notificación obligatoria .....	44
Capacitación .....	46
3.3 Fortalecimiento del papel del sector de la salud en la respuesta multisectorial a la violencia contra las mujeres .....	48
Políticas multisectoriales sobre la violencia contra las mujeres .....	48
Estudio a nivel subregional de la disponibilidad de un plan nacional o multisectorial para abordar la violencia contra las mujeres que abarca el sistema de salud .....	49
Alineación de los planes multisectoriales con el marco RESPETO .....	50
3.4 Énfasis en los grupos de mujeres en situación de vulnerabilidad.....	54
<b>IV. Conclusiones y recomendaciones .....</b>	<b>57</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>65</b>
<b>Anexo 1. Criterios de inclusión y exclusión de los documentos de política de salud .....</b>	<b>72</b>
<b>Anexo 2. Definiciones de los indicadores .....</b>	<b>73</b>
<b>Anexo 3. Subregiones .....</b>	<b>76</b>

---

# LISTA DE CUADROS, FIGURAS Y RECUADROS

## LISTA DE CUADROS

Cuadro 1.	Estimaciones nacionales de la prevalencia de la violencia física o sexual de pareja a lo largo de la vida y en los últimos 12 meses en mujeres de 15 a 49 años que estuvieron casadas/en pareja alguna vez, Región de las Américas, 2018.....	2
Cuadro 2.	Tipos y descripciones de documentos de política .....	15
Cuadro 3.	Porcentaje de documentos de política nacional de salud encontrados (por tipo).....	22
Cuadro 4.	Políticas nacionales de salud contra la violencia por razones de género .....	23
Cuadro 5.	Proporción de subregiones que proporcionan al menos un elemento del conjunto de servicios de atención posterior a la violación (de conformidad con las directrices de la OMS) .....	39
Cuadro 6.	Ejemplos de intervenciones del marco RESPETO en el Caribe no latino .....	52

## LISTA DE FIGURAS

Figura EX1.	Porcentaje de Estados Miembros que han incluido la violencia contra las mujeres en sus planes o políticas nacionales de salud.....	xvii
Figura EX2.	Porcentaje de Estados Miembros que incluyen los servicios de atención integral posviolación en sus protocolos sobre la violencia contra las mujeres en el sector de la salud.....	xix
Figura EX3.	Porcentaje de Estados Miembros que incluyen al menos una estrategia/intervención de prevención en su plan o política multisectorial.....	xxi
Figura 1.	Modelo ecológico con marco mundial integrado a través del cual analizar la violencia contra las mujeres en los distintos niveles de la ecología social .....	5
Figura 2.	Documentos de política de salud de los Estados Miembros: medida en que incluyen o mencionan la violencia contra las mujeres .....	24
Figura 3.	Número de Estados Miembros que disponen de una unidad o un coordinador responsables de la violencia contra las mujeres adscritos al ministerio de salud .....	25
Figura 4.	Número de Estados Miembros cuyos presupuestos nacionales de salud incluyen una o más asignaciones presupuestarias específicas para apoyar la prevención y respuesta frente a la violencia contra las mujeres .....	25
Figura 5.	Estados Miembros que cuentan con procedimientos operativos estandarizados, protocolos o directrices nacionales para la respuesta del sistema de salud a la violencia contra las mujeres.....	26
Figura 6.	Análisis subregional de la disponibilidad de protocolos del sector de la salud sobre la violencia contra las mujeres .....	27
Figura 7.	Estados Miembros que cuentan con un protocolo del sector de la salud sobre violencia contra las mujeres que hace referencia al tamizaje universal.....	29
Figura 8.	Estados Miembros que cuentan con un protocolo del sector de la salud sobre violencia contra las mujeres que hace referencia a la indagación clínica .....	29

Figura 9.	Mención de la confidencialidad y privacidad en los protocolos del sector de la salud de los Estados Miembros sobre violencia contra las mujeres .....	30
Figura 10.	Estados Miembros con políticas de salud que mencionan el apoyo de primera línea (o algún aspecto del mismo) en sus protocolos del sector de la salud sobre violencia contra las mujeres .....	34
Figura 11.	Inclusión de algún aspecto del apoyo de primera línea en los protocolos del sector de la salud sobre violencia contra las mujeres, por subregión .....	36
Figura 12.	Estados Miembros con protocolos del sector de la salud sobre la violencia contra las mujeres que incluyen la anticoncepción de emergencia, el aborto, la profilaxis posterior a la exposición al VIH y la profilaxis para las ITS .....	37
Figura 13.	Países que informan contar con apoyo de primera línea, anticoncepción de urgencia, aborto, profilaxis posterior a la exposición al VIH y profilaxis para las ITS según los datos de la encuesta del instrumento de compromisos y políticas nacionales del ONUSIDA .....	38
Figura 14.	Estados Miembros cuyos protocolos del sector de la salud sobre la violencia contra las mujeres hacen referencia a la evaluación, el tratamiento y la derivación en materia de salud mental .....	40
Figura 15.	Estados Miembros cuyos protocolos del sector de la salud sobre la violencia contra las mujeres incluyen la derivación a servicios de apoyo fuera del sistema de salud .....	42
Figura 16.	Notificación obligatoria de la violencia contra las mujeres por parte del personal de salud: respuesta de los Estados Miembros .....	45
Figura 17.	Estados Miembros que mencionan un compromiso político para capacitar a los prestadores de atención médica para abordar la violencia contra las mujeres .....	46
Figura 18.	Estados Miembros que tienen un plan nacional o multisectorial para abordar la violencia contra las mujeres que abarca el sistema de salud .....	48
Figura 19.	Estados Miembros que tienen un plan nacional o multisectorial para abordar la violencia contra las mujeres que abarca el sistema de salud, por subregión .....	49
Figura 20.	Estados Miembros que tienen estrategias de prevención en consonancia con el marco RESPETO, según el tipo de intervención o enfoque .....	51
Figura 21.	Reconocimiento de los grupos de mujeres en situación de vulnerabilidad en los planes multisectoriales de los Estados Miembros .....	54
Figura 22.	Mención por parte de los Estados Miembros a los servicios diferenciados para grupos de mujeres en situación de vulnerabilidad .....	55

## LISTA DE RECUADROS

Recuadro EX1.	Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la violencia contra las mujeres .....	xiii
Recuadro EX2.	Estrategia y plan de acción de la OPS sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer 2015-2025 .....	xv
Recuadro EX3.	RESPETO: siete estrategias para poner fin a la violencia contra las mujeres .....	xxi
Recuadro 1.	Violencia contra las mujeres y las niñas en la Región de las Américas .....	1
Recuadro 2.	Muertes a manos de la pareja en el mundo .....	3
Recuadro 3.	RESPETO: siete estrategias para poner fin a la violencia contra las mujeres .....	6



Recuadro 4. Función del sector de la salud .....	7
Recuadro 5. Estrategia y plan de acción de la OPS sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra las mujeres, 2015–2025 .....	8
Recuadro 6. Selección de herramientas y documentos de orientación para apoyar la respuesta del sector de la salud .....	9
Recuadro 7. Políticas sobre la COVID-19 y la violencia contra las mujeres .....	9
Recuadro 8. Otros documentos importantes (Brasil) .....	18
Recuadro 9. Plan Nacional de Prevención y Atención a la Violencia Basada en Género desde el Sistema Nacional de Salud 2020–2025 (Paraguay) .....	23
Recuadro 10. Estrategia Nacional de Salud (Chile) .....	24
Recuadro 11. Indicios que pueden estar asociados con la violencia .....	28
Recuadro 12. Referencia al tamizaje universal (Uruguay) .....	29
Recuadro 13. Confidencialidad y privacidad .....	30
Recuadro 14. Directrices técnicas sobre atención de la salud (El Salvador) .....	31
Recuadro 15. Directrices técnicas para la atención de mujeres que sufren violencia sexual (2016) (Chile).....	31
Recuadro 16. Protocolo de respuesta y denuncia frente a la violencia doméstica y sexual (Saint Kitts y Nevis) .....	31
Recuadro 17. Protocolo para el manejo clínico de la violencia sexual (2020) (República Bolivariana de Venezuela).....	32
Recuadro 18. Manual de atención integral a mujeres que sufren violencia de pareja, sexual y por razones de género en el sistema de salud (Paraguay) .....	32
Recuadro 19. Norma nacional de salud para la atención integral a personas en situación de violencia (Costa Rica) .....	32
Recuadro 20. Principio y límites de la confidencialidad (Granada) .....	33
Recuadro 21. Principio y límites de la confidencialidad (Trinidad y Tabago) .....	33
Recuadro 22. Apoyo de primera línea para sobrevivientes de violencia .....	34
Recuadro 23. Apoyo de primera línea (Panamá) .....	35
Recuadro 24. Apoyo de primera línea (Guatemala) .....	35
Recuadro 25. Apoyo de primera línea (Nicaragua) .....	35
Recuadro 26. Evaluación, tratamiento y derivación de salud mental (El Salvador).....	41
Recuadro 27. Evaluación, tratamiento y derivación de salud mental (Perú).....	41
Recuadro 28. Servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia .....	42
Recuadro 29. Derivaciones fuera del sistema de salud (Estado Plurinacional de Bolivia).....	43
Recuadro 30. Derivaciones fuera del sistema de salud (Saint Kitts y Nevis) .....	43
Recuadro 31. Idioma de la notificación obligatoria (Argentina) .....	45
Recuadro 32. Manual de capacitación nacional (República Dominicana) .....	47
Recuadro 33. Programa de capacitación en línea para trabajadores de la salud (México) .....	47
Recuadro 34. RESPETO a las mujeres: Prevención de la violencia contra las mujeres .....	50
Recuadro 35. Enfoques para el empoderamiento de la mujer (Panamá) .....	51
Recuadro 36. Violencia contra las mujeres pertenecientes a minorías étnicas .....	54
Recuadro 37. Otros grupos vulnerables (Argentina) .....	55

---

# SIGLAS

ENT	enfermedad no transmisible
ITS	infección de transmisión sexual
LGBTI	lesbianas, homosexuales, bisexuales, transgénero e intersexuales
NCPI	Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEPFAR	Plan de emergencia del presidente de los Estados Unidos para el alivio del sida
POE	procedimientos operativos estandarizados
PPE	profilaxis posterior a la exposición
RESPETO	acrónimo usado para el marco de prevención de la violencia contra las mujeres
TEPT	trastorno de estrés postraumático
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana

---

# AGRADECIMIENTOS

La coordinación del presente informe estuvo a cargo de Britta Monika Baer, bajo la dirección estratégica de Silvana Luciani y Anselm Hennis, del Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional de la OMS para las Américas, como parte de las iniciativas para supervisar y evaluar los progresos realizados en la aplicación de la *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra las mujeres* para el período 2015–2025 (resolución CD54.R12).

Britta Monika Baer y Sophie Morse, consultora de la OPS, coescribieron diferentes capítulos del informe. Sophie Morse también representó a la OPS en el equipo de consultoría mundial que trabaja en una base de datos de la OMS sobre políticas relativas a la violencia contra las mujeres y dirigió la introducción, extracción y análisis de datos para las Américas. Carmen Teijeiro prestó asistencia a las oficinas en los países de la OPS en la administración de una encuesta entre los Estados Miembros y la validación de documentos de política en el 2020, cuyos resultados también fundamentaron el presente informe.

El informe no habría sido posible sin el apoyo y el asesoramiento de las oficinas en los países de la OPS, en concreto de los coordinadores para la prevención de la violencia, que hicieron un seguimiento diligente con sus contrapartes nacionales, revisaron los documentos y asesoraron sobre los mensajes.

Además, diversos expertos y asociados, que aparecen a continuación por orden alfabético, revisaron las versiones preliminares y aportaron comentarios sobre las conclusiones del informe: Caroline Allen (OPS), Avni Amin (OMS), Ileana Brea (OPS), Betzabe Butrón (OPS), Claudia Díaz (Universidad Nacional Autónoma de México), Sara Díaz (ONU Mujeres), Rodolfo Gómez (OPS), Susan Jack (Universidad McMaster), Silvana Luciani (OPS), Oscar Ocho (Universidad de las Indias Occidentales), Ana Flavia Pires Lucas D Oliveira (Universidad de Sao Paulo), Courtenay Sprague (Universidad de Massachusetts en Boston) y Leah Tandeter (ONU Mujeres).

El informe también se ha beneficiado de una iniciativa complementaria y financiada por separado por la OMS para crear una base de datos de políticas sobre violencia contra las mujeres. El informe se basa en información obtenida de esta base de datos, que fue creada bajo la supervisión técnica de Avni Amin y Claudia García Moreno, del Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigación, que también está a cargo del Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación en Investigación en Reproducción Humana del PNUD-UNFPA-UNICEF-OMS-Banco Mundial. Expresamos nuestra gratitud a los colegas de la OMS, así como al equipo consultor que trabajó en la base de datos de políticas de la OMS sobre la violencia contra las mujeres, incluyendo a Katherine (Kat) Watson (directora del proyecto), Eva Burke, Judy Gold y Gillian Eva. Otras personas que contribuyeron con la base de datos fueron: Sophie Baumgartner, Vanessa Maag, Mohamed Harby, Noor El Nakib y Claire Veyriras. La plataforma para la base de datos de políticas de violencia contra las mujeres fue desarrollada por Svetlozar Mihaylov y Zvezdalina Dimitrova.

Por último, el informe ha sido posible gracias a la ardua labor y el compromiso de los homólogos nacionales de los ministerios de salud y las instituciones asociadas que se esfuerzan por fortalecer las respuestas del sector de la salud a la violencia contra las mujeres y las niñas en toda su diversidad. La colaboración con todos estos asociados, partes interesadas, expertos y muchas otras personas será fundamental mientras la Región pone en práctica las conclusiones del informe.

# PREFACIO

La violencia contra las mujeres y las niñas es un grave problema de salud pública y derechos humanos en la Región, con consecuencias devastadoras para la salud, el bienestar y la vida de las mujeres y las niñas, sus familias y sus comunidades. Según estimaciones de la OMS, una de cada tres mujeres de las Américas ha sufrido violencia física o sexual a lo largo de su vida. Esta situación es inaceptable, y debe cambiar.

Las cifras de mujeres y niñas afectadas por la violencia en la Región son especialmente indignantes porque sabemos que este problema puede prevenirse. En la actualidad conocemos más que nunca lo que funciona para prevenir la violencia contra las mujeres. La OPS, cuyos Cuerpos Directivos están integrados por los ministros de salud de sus Estados Miembros, fue la primera región de la OMS en adoptar una Estrategia y plan de acción regional sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra las mujeres, en octubre del 2015. Desde entonces, se han logrado avances sustanciales en la elaboración y aplicación de políticas y protocolos de salud, en la mejora de la calidad y el acceso a los servicios esenciales para las sobrevivientes y en el fortalecimiento de la colaboración multisectorial de acuerdo con las normas y objetivos basados en la evidencia concebidos para avanzar en la prevención de la violencia contra todas las mujeres y niñas y la respuesta a este problema. Es esencial que la situación descrita en el presente informe no quede en el olvido, sino que se aproveche y difunda para que las mujeres y las niñas de las Américas puedan disfrutar de una vida larga y saludable.

La atención prestada a este problema es especialmente oportuna en este momento, cuando nos reunimos para ayudar a los Estados a recuperarse mejor de la pandemia de COVID-19. La pandemia no solo ha acelerado la urgencia de actuar para prevenir la violencia en todas sus formas, sino que también ha aumentado la visibilidad de este importante problema para los responsables políticos, los gestores de programas, los representantes de la sociedad civil y las propias comunidades. Las conclusiones y las enseñanzas adquiridas que se documentan en el informe pueden ayudar a orientar los esfuerzos futuros para mantener y ampliar los avances en la Región.

La OPS está dispuesta a trabajar con los países y los asociados para ampliar la base de evidencia disponible sobre lo que funciona, para mejorar las respuestas de los sistemas de salud, para fortalecer las capacidades de prevención y respuesta, y para continuar el seguimiento y la presentación de informes sobre los avances para prevenir la violencia en todas sus formas.

Juntos, pondremos fin a la violencia contra todas las mujeres y niñas de las Américas.

## **Dr. Anselm Hennis**

*Director del Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental*  
Organización Panamericana de la Salud

# RESUMEN

La violencia contra las mujeres es un problema de salud pública, justicia social y derechos humanos persistente y de gran alcance en la Región de las Américas. Una de cada tres niñas y mujeres sufre violencia física o sexual a lo largo de su vida, sobre todo por parte de la pareja. Veintiocho Estados Miembros de la Región de las Américas disponen de estimaciones sobre la violencia contra las mujeres, con tasas de prevalencia de la violencia de pareja a lo largo de la vida que van desde el 14% en Cuba hasta el 42% en el Estado Plurinacional de Bolivia. Es primordial contar con datos de calidad sobre la prevalencia de la violencia contra las mujeres.

## RECUADRO EX1 Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la violencia contra las mujeres

La violencia contra las mujeres está presente en varios ODS, como el 3 (salud y bienestar), el 4 (educación de calidad), el 10 (reducción de las desigualdades), el 11 (ciudades y comunidades sostenibles) y el 16 (paz, justicia e instituciones sólidas). Este tema se destaca explícitamente en el ODS 5.



**Objetivo 5:** Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas.

**Meta 5.2:** Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.

Los ODS también se destacan puesto que, por primera vez, incluyen indicadores medibles acordados a nivel mundial en relación con la violencia contra las mujeres, que los países se comprometen a alcanzar y supervisar. Entre ellos cabe citar:



**Indicador 5.2.1.** Proporción de mujeres y niñas a partir de 15 años de edad que han sufrido violencia física, sexual o psicológica a manos de su actual o anterior pareja en los últimos 12 meses, desglosada por forma de violencia y edad.



**Indicador 5.2.2.** Proporción de mujeres y niñas a partir de 15 años de edad que han sufrido violencia sexual a manos de personas que no eran su pareja en los últimos 12 meses, desglosada por edad y lugar del hecho.

Fuente: Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Nueva York: Naciones Unidas; 2015 [consultado el 1 de julio de 2022]. Disponible en: <https://sdgs.un.org/es/2030agenda>.

---

Las consecuencias de la violencia contra las mujeres en todas sus formas son importantes. Los estudios han relacionado la violencia con una amplia gama de problemas de salud física, sexual, reproductiva y mental, que van desde las muertes hasta los traumatismos que requieren tratamiento de urgencia, pasando por los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual y los problemas ginecológicos, así como las enfermedades mentales y la adopción de comportamientos poco saludables que pueden aumentar el riesgo de enfermedades no transmisibles. Aparte de los costos para la salud y el bienestar de las mujeres, la violencia afecta a sus hijos, familias y comunidades. La exposición a la violencia en el hogar o ser testigo de ella no solo afectan la salud emocional y el comportamiento infantiles, sino que también puede aumentar los riesgos de que un niño sufra o cometa violencia más adelante en su vida.

La carga de la violencia sobre las mujeres y las niñas, sus familias y sus comunidades plantea una situación especialmente desafiante porque estos costos de salud y socioeconómicos son evitables. Los datos demuestran que la violencia contra las mujeres y las niñas puede prevenirse, y que sus consecuencias pueden mitigarse. El sector de la salud desempeña un papel fundamental en la detección y prevención de la violencia contra las mujeres y en su respuesta oportuna, en colaboración con otros sectores y asociados. Ese papel incluye ayudar a detectar el abuso de forma temprana y proporcionar a las sobrevivientes una atención de calidad, basada en protocolos de salud y en orientaciones clínicas fundamentados en la evidencia, demostrando liderazgo y abogando por un enfoque de salud pública que esté respaldado por programas de política de salud sólidos que aborden la violencia, y colaborando con otros sectores gubernamentales y asociados para avanzar en la aplicación de medidas multisectoriales para abordar la violencia contra las mujeres.

La violencia contra las mujeres no es un problema nuevo en la Región de las Américas, donde se elaboró y aprobó el primer tratado internacional de derechos humanos que aborda este tema específicamente: la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, conocida como la Convención de Belém Do Pará, firmada el 9 de junio de 1994.

**La OPS, cuyos Cuerpos Directivos están integrados por los ministros de salud de sus Estados Miembros, fue la primera región de la OMS en adoptar una Estrategia y plan de acción regional sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer, en el 54.º Consejo Directivo, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, el 1 de octubre de 2015 (véase el recuadro EX2).**

Un año más tarde, esta estrategia sirvió de base para elaborar un plan de acción mundial de la OMS destinado a fortalecer el papel del sistema de salud en el marco de una respuesta nacional multisectorial para hacer frente a la violencia interpersonal contra las mujeres, las niñas y los niños. Tanto la estrategia regional como la mundial aplican un enfoque de salud pública a la prevención de la violencia contra las mujeres, y proporcionan una hoja de ruta para que los sistemas de salud puedan unirse a una iniciativa multisectorial orientada a prevenir dicha violencia y responder a ella.

En la Región hay muchos ejemplos de políticas y leyes, estrategias y planes, programas y medidas nacionales aplicadas en los países, regiones y comunidades para prevenir la violencia contra las mujeres y las niñas, y darle respuesta. En esta Región, los progresos en este sentido han venido respaldados por años de promoción, movilización social y esfuerzos conexos por parte de las organizaciones de la sociedad civil, incluidas las organizaciones y los movimientos de mujeres. Dada esta experiencia y la carga que supone la violencia para la población, la Región tiene una importante perspectiva que aportar a este problema. Los Estados Miembros de la Región han insistido repetidamente en la necesidad de dar más visibilidad a los ejemplos regionales de progreso, y el presente informe es una respuesta directa a este pedido.

## **RECUADRO EX2** Estrategia y plan de acción de la OPS sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer 2015-2025

En esta estrategia se establecen cuatro líneas estratégicas de acción, así como indicadores específicos para medir los avances en cada una de ellas:

### **LÍNEA ESTRATÉGICA DE ACCIÓN 1: Fortalecer la disponibilidad y el uso de datos científicos sobre la violencia contra la mujer.**

Los indicadores seleccionados incluyen:

- 1.1.1 Número de Estados Miembros que en los cinco últimos años han realizado estudios de población representativos a nivel nacional sobre la violencia contra la mujer (o que han incluido un módulo sobre la violencia contra la mujer en otras encuestas demográficas o de salud).

### **LÍNEA ESTRATÉGICA DE ACCIÓN 2: Fortalecer el compromiso político y financiero para abordar la violencia contra la mujer en los sistemas de salud.**

Los indicadores seleccionados incluyen:

- 2.1.1 Número de Estados Miembros que han incluido la violencia contra la mujer en sus planes o políticas nacionales de salud.

### **LÍNEA ESTRATÉGICA DE ACCIÓN 3: Fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para prestar una atención y apoyo eficaces a las mujeres que son víctimas de la violencia por parte de la pareja o que han sufrido violencia sexual.**

Los indicadores seleccionados incluyen:

- 3.1.1 Número de Estados Miembros que cuentan con procedimientos operativos, protocolos o directrices nacionales relativos a la respuesta de los sistemas de salud a la violencia de pareja, que estén en consonancia con las directrices de la OMS.
- 3.1.2 Número de Estados Miembros que prestan servicios integrales de atención posviolación en los servicios de salud de urgencia, que estén en consonancia con las directrices de la OMS.

### **LÍNEA ESTRATÉGICA DE ACCIÓN 4: Fortalecer el papel de los sistemas de salud en la prevención de la violencia contra la mujer**

Los indicadores seleccionados incluyen:

- 4.1.2 Número de Estados Miembros que tienen un plan nacional o multisectorial para abordar la violencia contra la mujer (que incluye al sistema de salud) que propone al menos una estrategia para prevenir la violencia contra las mujeres, por tipo de estrategia.

*Fuente:* Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer 2015-2025 Washington (DC): 2015 [consultado el 9 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/CD54-9-s.pdf>.

---

## OBJETIVOS, MÉTODOS Y PÚBLICO DESTINATARIO

El informe es especialmente digno de mención porque es el primero de este tipo en la Región de las Américas que permite examinar más de cerca los indicadores clave de progreso en consonancia con los compromisos adquiridos en el marco de la estrategia y plan de acción. Se dirige a los responsables de las políticas de salud, incluidos los coordinadores de prevención de la violencia del ministerio de salud, así como a las personas que trabajan con el sector de la salud, incluidos los representantes de otros sectores gubernamentales, las organizaciones de la sociedad civil, el mundo académico y los asociados a nivel nacional, subregional y regional que participan en el fortalecimiento de la prevención de la violencia contra las mujeres y las niñas y de la respuesta a este problema. El informe tiene como objetivo específico:

- **poner de relieve los desafíos y logros en la prevención y respuesta frente a la violencia contra las mujeres en la Región de las Américas, en consonancia con algunos indicadores seleccionados de la estrategia y plan de acción sobre la violencia contra las mujeres y las orientaciones pertinentes de la OPS/OMS;**
- **analizar las enseñanzas adquiridas específicas de la Región para fundamentar la política y la práctica futuras en los países; y**
- **movilizar a las partes interesadas de la Región para que profundicen en el diálogo, refuercen las alianzas y actúen en función de los resultados para prevenir la violencia contra las mujeres y las niñas, y responder a ella.**

El informe se basa en los datos recogidos en el marco del seguimiento del progreso de la estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra las mujeres, y amplía el análisis centrándose en los indicadores que se beneficiarían de una revisión documental más profunda, incluidos los relacionados con las políticas y los planes de salud, los protocolos y las directrices del sistema de salud, y la política nacional multisectorial.

Los resultados de la revisión de políticas se complementan con la información recopilada como parte de una encuesta realizada por la OPS en los Estados Miembros, así como con los datos de la encuesta del Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales, que administra el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) como componente de la plataforma de vigilancia mundial del sida. El presente informe también se basa en la colaboración con la OMS para elaborar una base de datos sobre políticas mundiales relativas a la violencia contra las mujeres y el correspondiente análisis general de los datos sobre los indicadores del plan de acción mundial de la OMS.



## RESUMEN DE LAS CONCLUSIONES

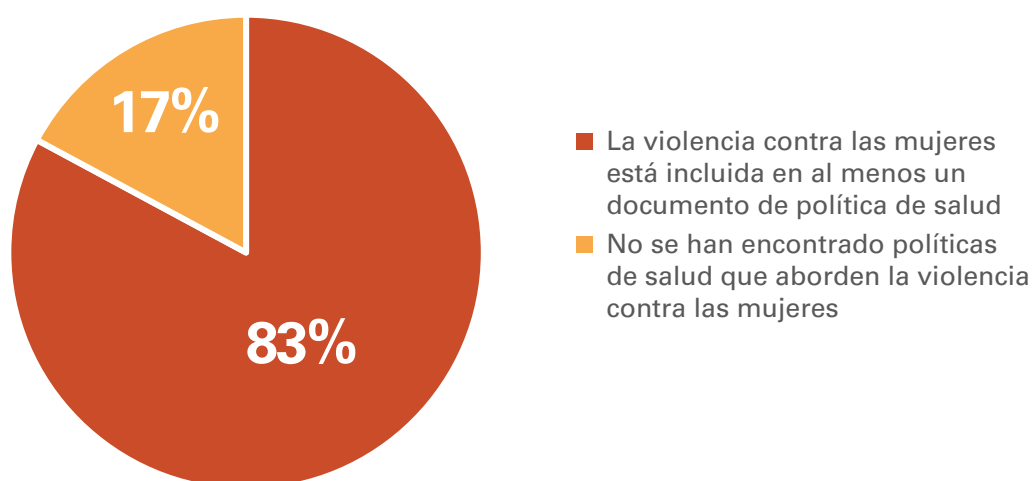
Si bien la naturaleza multidimensional de la violencia contra las mujeres requiere la participación y el compromiso de diversos actores, el liderazgo eficaz del sector de la salud es un factor crucial para el avance de las iniciativas nacionales de prevención y respuesta. Una respuesta firme y visible del sistema de salud transmite a la sociedad un mensaje de inaceptabilidad de la violencia y anima a un mayor número de sobrevivientes a buscar ayuda.

Como se destaca en la estrategia y plan de acción, un punto de partida clave para fortalecer el liderazgo del sector de la salud es la integración del contenido, la evidencia y las respuestas relativas a la violencia contra las mujeres en las políticas y los planes nacionales y subnacionales dentro del sistema de salud, incluidos los planes estratégicos nacionales de salud.

Como se destaca en este informe, el 80% de los Estados Miembros han incluido la violencia contra las mujeres en sus planes o políticas de salud (véase la **figura EX1**). Una referencia de este tipo en un documento normativo puede marcar la pauta del futuro compromiso de los agentes de salud para abordar la violencia contra las mujeres, establecer un mandato, y fijar objetivos y metas de actuación, incluidas las prioridades para fortalecer el acceso de las sobrevivientes a los servicios de salud y su calidad.

La profundidad de las referencias a la violencia difiere mucho entre los documentos de política, y solo el 63% de los Estados Miembros reconocen la violencia contra las mujeres como una prioridad estratégica en sus políticas de salud. Esto señala un punto importante de la agenda de políticas de la Región para seguir fortaleciendo la atención a la violencia contra las mujeres en las políticas, las estrategias y los planes nacionales de salud.

**Figura EX1.** Porcentaje de Estados Miembros que han incluido la violencia contra las mujeres en sus planes o políticas nacionales de salud



---

Cuando las mujeres y las niñas sufren violencia, el sistema de salud desempeña un papel fundamental para responder a sus necesidades, prevenir nuevos daños y mitigar las consecuencias de la violencia. Las sobrevivientes de la violencia suelen mencionar al personal de salud como el primer contacto profesional al que acudirían en busca de ayuda. Además, los datos sugieren que, incluso cuando el resultado de la violencia no sea el motivo de consulta, las sobrevivientes acuden a los servicios de salud con más frecuencia que otras mujeres.

Por lo tanto, es imperativo que los sistemas de salud estén preparados para ofrecer a las sobrevivientes una atención y un apoyo integrales del trauma y la violencia basados en la evidencia, que respondan a las necesidades físicas, emocionales, de seguridad y de apoyo de las mujeres. Esto se destaca en la estrategia y plan de acción, que incluye una línea estratégica de acción sobre el fortalecimiento de la capacidad de los sistemas de salud para proporcionar atención y apoyo eficaces a las mujeres que han sufrido violencia sexual o de pareja.

**Un hito para una respuesta sólida del sistema de salud a la violencia contra las mujeres es que haya al menos un protocolo del sector de la salud que aborde ese problema, en el que se ofrezca información sobre los servicios y la atención que deben prestarse a las sobrevivientes de la violencia. El 60% de los Estados Miembros cuenta con procedimientos operativos estandarizados, protocolos o directrices nacionales para la respuesta del sistema de salud a la violencia contra las mujeres. Esos protocolos son fundamentales para orientar la prestación de servicios de salud de buena calidad y también pueden ser útiles para la capacitación y el desarrollo profesional del personal de salud. Los países pueden contar con uno o varios protocolos nacionales sobre la violencia contra las mujeres en el sector de la salud centrados en formas específicas de violencia, entornos o grupos específicos de sobrevivientes.**

Aunque el gran número de protocolos es un logro importante para la Región, es necesario realizar más esfuerzos para mejorar la calidad de los documentos y su consonancia con la evidencia actual. Un examen más detallado del contenido de los protocolos pone de manifiesto que solo el 40% de los Estados Miembros incluyó los cuatro criterios que se ajustan a las directrices de la OMS definidas en el plan de acción regional. Sin embargo, en los cuatro criterios hubo algunos matices entre los Estados Miembros: el 54% incluyó algún aspecto del apoyo de primera línea; el 57% mencionó medidas para mejorar la seguridad de la mujer; el 49% incluyó derivaciones a otros servicios esenciales (por ejemplo, apoyo jurídico); y el 54% señaló la prestación (directa o a través de derivaciones) de servicios de salud mental.

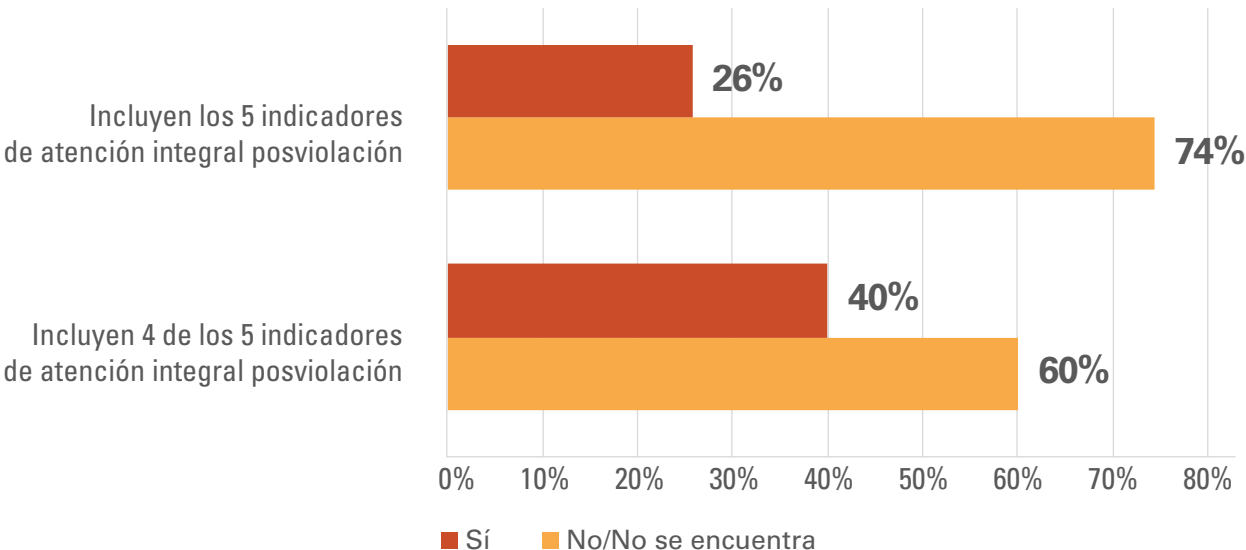
La violencia sexual es un problema especialmente grave en la Región que requiere la intervención oportuna del sistema de salud para mitigar las consecuencias para la salud y el bienestar de las sobrevivientes. Los servicios de atención integral después de una agresión sexual (posviolación) en los servicios de salud de urgencia incluyen:

- a) apoyo de primera línea y primeros auxilios psicológicos;
- b) anticoncepción de urgencia para las mujeres que acudan a la consulta en un plazo de cinco días;
- c) derivación para practicar un aborto seguro si la mujer está embarazada como resultado de una violación, cuando estos servicios estén permitidos por la legislación nacional;
- d) tratamiento de infecciones de transmisión sexual o profilaxis posterior a la exposición al VIH, según los protocolos aplicables; y
- e) vacunación contra la hepatitis B.

Aunque una referencia textual a estos criterios no significa necesariamente que estos servicios estén disponibles y sean accesibles, es un punto de partida importante que se los mencione específicamente en los protocolos que describen la respuesta del sistema de salud a la violencia contra las mujeres.

En la **figura EX2** se indica que el 26% de los Estados Miembros incluyen los cinco indicadores que componen el indicador de servicios de atención posterior a la violación del plan de acción regional. Catorce Estados Miembros, o el 40%, incluyen cuatro de los cinco indicadores. De los cinco indicadores, el 54% de los Estados Miembros proporciona apoyo de primera línea y el 49% anticoncepción de urgencia y profilaxis para las ITS o la infección por el VIH. El 43% de los Estados Miembros incluyen la vacunación contra la hepatitis B en sus protocolos. Un servicio que debe mejorarse es el del aborto, sujeto a la legislación nacional, ya que menos de un tercio de los Estados Miembros (29%) lo menciona en sus protocolos.

**Figura EX2.** Porcentaje de Estados Miembros que incluyen los servicios de atención integral posviolación en sus protocolos sobre la violencia contra las mujeres en el sector de la salud



**La atención posterior a la violación es especialmente oportuna en el contexto de la pandemia de COVID-19, que ha aumentado la visibilidad del problema y las oportunidades de cambio. Es necesario fortalecer continuamente la promoción de la inclusión de la atención posterior a la violación en las políticas y los protocolos de salud, incluidos sus componentes básicos y su base de evidencia, en consonancia con las iniciativas más amplias para fortalecer las capacidades de los ministerios de salud y otras partes interesadas en la mejora de los servicios disponibles para las mujeres que sobreviven a la violencia sexual a través de la mejora del acceso. La referencia explícita a los servicios esenciales de atención posterior a la violación en las políticas y protocolos es un paso importante para satisfacer las necesidades y preferencias de esas mujeres.**

Los sistemas de salud también pueden desempeñar un papel clave en las iniciativas multisectoriales para prevenir la violencia. El enfoque de la salud pública en materia de prevención incluye cuatro pasos fundamentales:

- a) definir el problema mediante la recopilación de datos sobre la magnitud, las características y las consecuencias de la violencia contra las mujeres;
- b) investigar los factores de riesgo y de protección para entender por qué se produce este problema;
- c) elaborar, aplicar y evaluar estrategias de prevención de la violencia en el sector de la salud y en otros sectores; y
- d) difundir información sobre la eficacia de los programas y ampliar los programas que han demostrado ser eficaces.

En el proceso, los sistemas de salud deben coordinarse con otras partes interesadas y sectores (en particular, los de educación y justicia) y colaborar con los mecanismos nacionales de coordinación multisectorial y las organizaciones de la sociedad civil.

Un fundamento sólido para esta colaboración puede ser un plan nacional multisectorial que reúna los esfuerzos de las diferentes partes interesadas en la prevención y respuesta frente a la violencia contra las mujeres. Alrededor del 80% de los Estados Miembros cuentan con una política multisectorial sobre la violencia contra las mujeres o una política nacional sobre género que incluye este problema de manera significativa.

Es crucial que estos planes multisectoriales se elaboren con la colaboración del sector de la salud y que el plan o la política multisectorial se base en la mejor evidencia disponible con el mayor potencial para prevenir y reducir la violencia contra las mujeres. En consecuencia, los indicadores específicos de la estrategia giran en torno no solo a que haya planes multisectoriales, sino también a que los planes propongan al menos una estrategia para prevenir la violencia contra las mujeres.

RESPETO (véase el **recuadro EX3**) hace referencia a un marco multisectorial y multiinstitucional elaborado por la OMS, ONU-Mujeres y sus asociados, que describe siete estrategias basadas en la evidencia para prevenir la violencia contra las mujeres. El porcentaje de Estados Miembros de la Región que incluyen al menos una estrategia o intervención de prevención en su plan o política multisectorial alcanza el 77% (véase la figura EX3). Cada Estado Miembro que tiene un plan o una política multisectorial con al menos una estrategia incluye una media de siete intervenciones o enfoques asociados a RESPETO. Sin embargo, ocho Estados Miembros incluyen de 1 a 4 intervenciones, 13 incluyen de 5 a 9 intervenciones y solo seis incluyen 10 o más intervenciones.

Lo ideal es que los planes o las políticas multisectoriales incluyan un elevado número de estrategias que, aplicadas conjuntamente, sirvan para prevenir la violencia a corto, mediano y largo plazo. Por ello, es importante que los Estados Miembros se esfuercen no solo en cumplir el indicador regional de tener al menos una estrategia, sino que vayan más allá e incluyan muchas estrategias. El nivel de inclusión de diferentes enfoques específicos utilizando el marco RESPETO también varía mucho; por ejemplo, el 6% de los Estados Miembros menciona la terapia de pareja y el 71% menciona las estrategias de sensibilización.

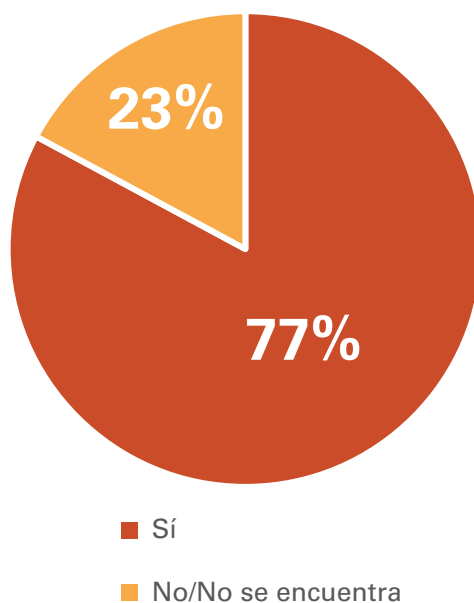
## RECUADRO EX3

**RESPETO: siete estrategias para poner fin a la violencia contra las mujeres**

- R**elaciones con habilidades fortalecidas
- E**mpoderamiento de la mujer
- S**ervicios garantizados
- P**obreza reducida
- E**ntornos seguros
- T**rabajo de prevención del abuso de niños, niñas y adolescentes
- O**btención de un cambio en las actitudes, las creencias y las normas

*Fuente:* Organización Mundial de la Salud. RESPETO a las mujeres: Prevención de la violencia contra las mujeres [Internet]. Ginebra: 2020 [consultado el 9 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-18.19>.

**Figura EX3.** Porcentaje de Estados Miembros que incluyen al menos una estrategia/intervención de prevención en su plan o política multisectorial



## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente informe es un hito importante en el camino de la Región hacia la consecución de las metas y objetivos establecidos en el Plan Estratégico de la OPS 2020-2025, en la *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer*, y en los compromisos conexos asumidos por los Estados Miembros. La información analizada en el informe ofrece una visión general de los esfuerzos realizados en los países mediante el compromiso de los gobiernos, la sociedad civil, las asociaciones profesionales, el mundo académico, los asociados internacionales y las comunidades.

Aunque en la Región se han realizado esfuerzos considerables para avanzar en la prevención y respuesta frente a la violencia contra las mujeres y las niñas, aún queda mucho por hacer. A medida que la Región se acerca al 2025, es necesario aprovechar estos logros y estos conocimientos, y seguir fortaleciendo los esfuerzos orientados a ese año y más allá.

### Las principales conclusiones y recomendaciones incluyen:

- **Aprender de los logros descritos en este informe y aprovecharlos, y acelerar el progreso hacia la plena aplicación de la *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer* y la eliminación de todas las formas de violencia contra las mujeres mediante la formulación y aplicación de políticas y protocolos basados en la evidencia.**
- **Seguir incluyendo la violencia contra las mujeres en las nuevas políticas de salud y fortalecer la integración de la violencia contra las mujeres en los documentos estratégicos del sector de la salud, incluidas las políticas, las estrategias y los planes nacionales de salud.**
- **Ampliar el alcance de la información sobre la violencia contra las mujeres en las políticas de salud, incluso enmarcándola como una prioridad estratégica para la acción del sector de la salud en colaboración con otros sectores.**
- **Fortalecer la capacidad institucional del sector de la salud, incluidos los coordinadores del ministerio de salud sobre la violencia contra las mujeres, para aplicar los compromisos políticos mediante la capacitación, la dotación de recursos y el apoyo continuo.**
- **Mejorar la calidad de los protocolos del sistema de salud y de las directrices clínicas de acuerdo con la base de evidencia, consagrando el papel de los servicios de salud y del personal de salud en la detección de la violencia, la prestación de apoyo de primera línea, la atención oportuna posterior a la violación y otras normas esenciales.**
- **Fortalecer la aplicación de los protocolos del sistema de salud, incluso mediante la elaboración de manuales clínicos, guías prácticas y herramientas de referencia similares, así como la capacitación del personal de salud.**
- **Seguir fortaleciendo los marcos políticos multisectoriales y los enfoques de prevención, así como su armonización con la base de evidencia, y fomentar la capacidad de los países en relación con el marco RESPETO, incluso en el sector de la salud.**
- **Potenciar el diálogo regional y subregional entre los países y asociados a fin de impulsar el aprendizaje sobre lo que funciona para prevenir la violencia contra las mujeres en toda su diversidad y de darle respuesta.**

- **Mejorar la atención de los grupos en situación de vulnerabilidad en los documentos de política, y fortalecer la orientación para los trabajadores y servicios de salud en función de las circunstancias y preferencias de cada grupo.**
- **Considerar la posibilidad de realizar evaluaciones periódicas de los servicios, incluidas las que incorporen las opiniones y preferencias de las propias sobrevivientes, para supervisar los avances sobre el terreno y complementar las revisiones de las políticas.**
- **Invertir en análisis adicionales y periódicos para seguir ampliando la base de evidencia sobre lo que sabemos acerca de las políticas y protocolos que previenen la violencia contra las mujeres y le dan respuesta.**
- **Establecer alianzas entre sectores, organizaciones y países para mantener el impulso y adoptar medidas concertadas para la plena aplicación de la *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer y su visión.***

El informe no debe considerarse como la conclusión del proceso de seguimiento y presentación de informes sobre la situación de la prevención y respuesta frente a la violencia contra las mujeres y las niñas en la Región de las Américas, sino como un hito de referencia en dicho proceso. Presenta una instantánea de los esfuerzos realizados por los Estados Miembros y sus asociados, pero sería conveniente realizar más análisis periódicos para seguir ampliando la base de evidencia sobre lo que sabemos acerca de las políticas y protocolos que previenen la violencia contra las mujeres y le dan respuesta.

En el informe se destacan muchos ejemplos de los esfuerzos realizados por los gobiernos y sus asociados en la Región, así como el gran potencial que tienen los países y las comunidades para aprender unos de otros y ayudar a recopilar la evidencia regional y mundial sobre la violencia contra las mujeres y las niñas. La atención centrada en la prevención y respuesta frente a la violencia es especialmente oportuna en el contexto de COVID-19 y el aumento de la visibilidad y la urgencia de la acción para abordar este problema. La pandemia no solo ha aumentado los riesgos de violencia para muchas mujeres y niñas, sino que también ha exacerbado las deficiencias de los servicios, lo que pone de manifiesto el papel fundamental de los sistemas de salud para contribuir a prevenir la violencia en todas sus formas y darle respuesta. Las conclusiones y las enseñanzas adquiridas pueden orientar los esfuerzos futuros para mantener el impulso de los logros actuales y adoptar medidas concertadas para subsanar las lagunas detectadas de cara a los últimos años de aplicación de la *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer.*

La violencia contra las mujeres en todas sus formas se puede prevenir y se pueden mitigar sus consecuencias. La OPS se compromete a seguir trabajando con los asociados y los países en el avance de este programa para asegurar que las mujeres y las niñas de la Región de las Américas, de todas las condiciones sociales, puedan vivir una vida sin miedo y sin violencia, y con salud y bienestar.





# I. ANTECEDENTES: POR QUÉ ES IMPORTANTE ESTE INFORME

## EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS, LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LAS NIÑAS ESTÁ MUY EXTENDIDA

La violencia contra las mujeres y las niñas, definida como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (1), es una forma extrema de desigualdad de género y en la Región de las Américas es un problema de salud pública y derechos humanos persistente.

La violencia contra las mujeres afecta a una gran parte de la población de la Región. Aproximadamente una de cada tres mujeres y niñas ha sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja o violencia sexual fuera de la pareja en su vida (2). La violencia contra las mujeres adopta muchas formas, todas ellas igualmente inaceptables, siendo la más común la violencia de pareja (véanse el recuadro 1 y el cuadro 1 para las estimaciones recientes sobre la violencia de pareja y la violencia sexual fuera de la pareja en la Región). Las tendencias de la violencia han recibido una nueva atención en el contexto de COVID-19.

Para comprender la verdadera magnitud de la violencia en la Región, supervisar los progresos y fundamentar las políticas y prácticas a nivel regional, subregional y nacional, es fundamental que los países realicen periódicamente estudios basados en la población con datos representativos que midan la prevalencia de la violencia contra las mujeres y los factores de riesgo y las consecuencias conexas. Esta necesidad se reitera en la *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra las mujeres*, que incluye un indicador específico sobre el número de Estados Miembros con datos de prevalencia. Según el último análisis de la OMS y sus asociados, 28 Estados Miembros de las Américas disponen de estimaciones de la prevalencia de la violencia contra las mujeres.

### RECUADRO 1.

#### Violencia contra las mujeres y las niñas en la Región de las Américas



En la Región de las Américas, una de cada cuatro mujeres de 15 años o más ha sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja en su vida.



Casi una de cada 8 mujeres (12%) de 15 años o más ha sufrido violencia sexual fuera de la pareja en su vida.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva sobre la Región de las Américas de la OMS: Prevalencia estimada de la violencia contra las mujeres, 2018. Ginebra, 2021. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55197/OPSNMHN210024\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55197/OPSNMHN210024_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

**Cuadro 1.** Estimaciones nacionales de la prevalencia de la violencia física o sexual de pareja a lo largo de la vida y en los últimos 12 meses en mujeres de 15 a 49 años que estuvieron casadas/en pareja alguna vez, Región de las Américas, 2018

Región/Estado Miembro	Estimación puntual de la violencia de pareja a lo largo de la vida (porcentaje)	Estimación puntual de la violencia de pareja en los últimos 12 meses (porcentaje)
Antigua y Barbuda	-	-
Argentina	27	5
Bahamas	-	-
Barbados	-	-
Belice	24	8
Bolivia (Estado Plurinacional de)	42	18
Brasil	23	11
Canadá	-	3
Chile	21	6
Colombia	30	12
Costa Rica	27	7
Cuba	14	5
Dominica	-	-
República Dominicana	19	10
Ecuador	33	8
El Salvador	21	6
Granada	28	8
Guatemala	21	7
Guyana	31	10
Haití	23	12
Honduras	17	7
Jamaica	24	7
México	24	10
Nicaragua	23	6
Panamá	16	8
Paraguay	18	6
Perú	38	11
Saint Kitts y Nevis	-	-
Santa Lucía	-	-
San Vicente y las Granadinas	-	-
Suriname	28	8
Trinidad y Tabago	28	7
Estados Unidos de América	26	6
Uruguay	18	4
Venezuela (República Bolivariana de)	19	8

*Nota:* Estas estimaciones se obtuvieron de la siguiente publicación: WHO Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Para conocer los intervalos de confianza del 95% y obtener más información sobre la metodología, consúltese el informe completo [aquí](#).

## LAS CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES SON GRAVES

La violencia contra las mujeres rara vez es un acto aislado. Por ejemplo, la violencia de pareja tiende a intensificarse y agravarse con el paso del tiempo y, si no se interviene, puede dar lugar a la muerte. Sin embargo, esas muertes son evitables. La violencia contra las mujeres provoca muchas muertes cada año. En el 2019, la violencia interpersonal causó más de 24.000 muertes entre las mujeres. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) estima que en el 2019 hubo más de 4.600 feminicidios en 21 países de América Latina y el Caribe<sup>1</sup>. Es importante señalar que las mujeres corren un riesgo especial de sufrir violencia por parte de una persona conocida.

Más allá del riesgo de muerte, la violencia -perpetrada por la pareja o por personas que no lo son- puede tener múltiples consecuencias para la salud a corto, mediano y largo plazo, incluyendo problemas físicos, sexuales, reproductivos y psicológicos que afectan a la salud y el bienestar de las mujeres y las niñas (3,4,5,6,7). La violencia también puede provocar traumatismos que requieren atención de urgencia.

Se asocia a una serie de consecuencias para la salud mental, como la depresión, los trastornos de ansiedad, incluido el trastorno de estrés postraumático (TEPT), y las autolesiones. Las experiencias de violencia aumentan la probabilidad de que las sobrevivientes adopten comportamientos poco saludables, como el consumo de alcohol y drogas o el tabaquismo, comportamientos comúnmente asociados a un mayor riesgo de enfermedades no transmisibles. Además, las experiencias de violencia sexual se asocian a una serie de resultados negativos en materia de salud sexual y reproductiva, como un mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual, como el VIH, embarazos no planificados y problemas ginecológicos (8). En la Región, se ha demostrado que la violencia de pareja está asociada con resultados negativos para la salud, incluidos un mayor riesgo de anemia y niveles más bajos de hemoglobina (9), así como con un mayor consumo de tabaco y de infecciones de transmisión sexual (10). Por ello, las sobrevivientes de la violencia tienden a utilizar los servicios de salud con mayor frecuencia (11,12).

### RECUADRO 2. Muertes a manos de la pareja en el mundo



A nivel mundial, entre el **38%** y el **50%** de los homicidios de mujeres son cometidos por sus parejas.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. RESPETO a las mujeres: Prevención de la violencia contra las mujeres [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [consultado el 8 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-18.19>

<sup>1</sup> Definido como el número total anual de homicidios de mujeres de 15 años o más, asesinadas por violencia de género. Según las leyes nacionales, se denomina femicidio, feminicidio u homicidio agravado por razón de género.

Además, la violencia contra las mujeres genera importantes costos socioeconómicos, incluidos los costos económicos directos derivados del mayor uso de los servicios para las sobrevivientes y sus familias, así como el impacto financiero negativo más amplio en las comunidades y sociedades. La violencia en sus diversas formas incide negativamente en la participación de la mujer en el mercado laboral, ya que el abuso al que se ven sometidas puede afectar su capacidad para conseguir o mantener un empleo (13). En la Región de las Américas, la evidencia muestra que las interrupciones relacionadas con el trabajo, incluido el ausentismo y el abandono del trabajo, son mayores entre las mujeres que sufren violencia de pareja (13, 14, 15). El Banco Interamericano de Desarrollo (16) sugiere que las pérdidas económicas entre el 1,6% y el 4,2% del producto interno bruto se consideran en algunos países como resultado de la violencia doméstica. Un estudio realizado en los Estados Unidos estimó los costos relacionados con la violación, la agresión física y el acoso por parte de la pareja en 5.800 millones de dólares anuales, una parte considerable de los cuales correspondía a los costos directos de la atención médica (17).

Los efectos de la violencia de pareja también se extienden más allá de las mujeres que la sufren. Los datos demuestran que los niños que viven en hogares donde hay violencia también tienen más probabilidades de sufrir abuso por parte del agresor y de verse afectados negativamente de diversas maneras.

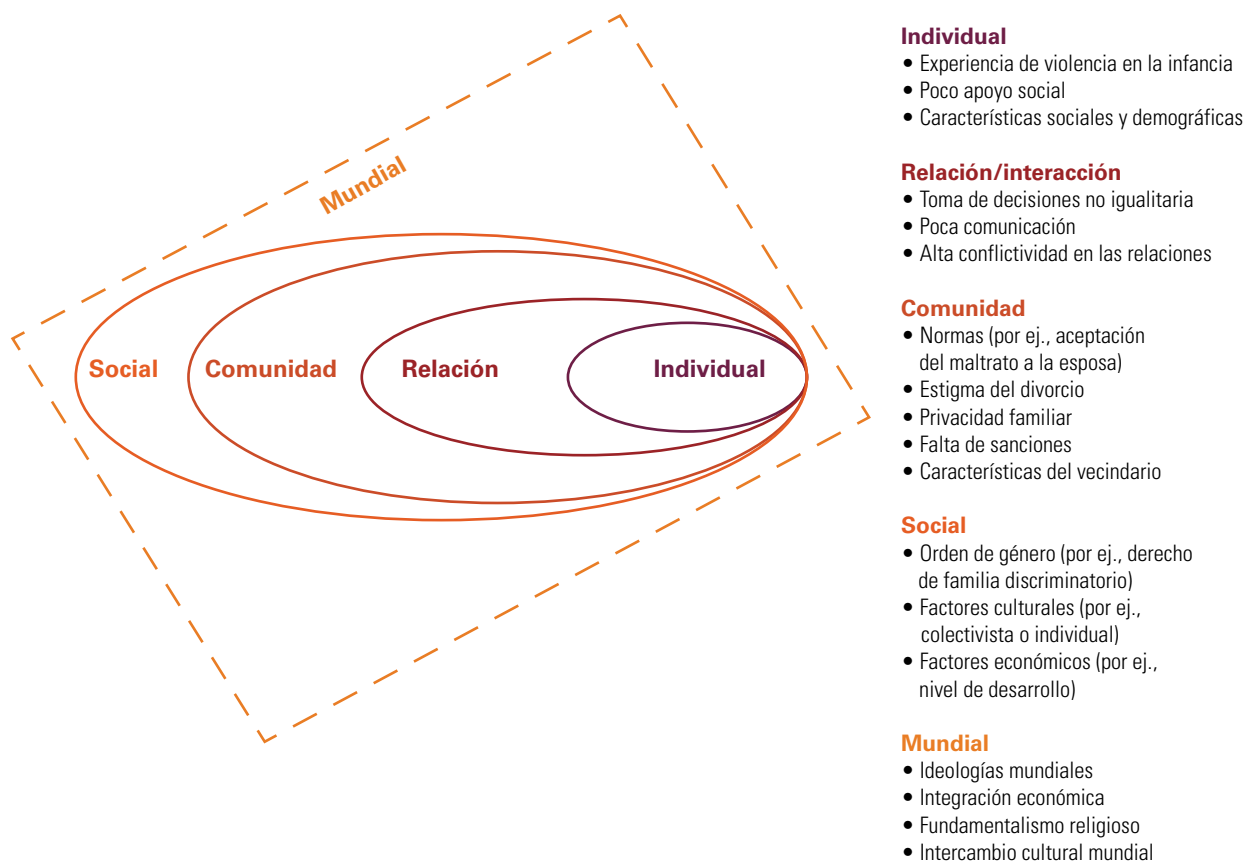


En la Región de las Américas, se ha documentado el impacto negativo en las mujeres que sufren violencia física y en sus hijos. Esto da comienzo en el útero, con la menor asistencia a visitas prenatales por parte de las mujeres embarazadas que sufren violencia de pareja en comparación con las que no la sufren, y persiste después del parto con un menor peso entre los hijos de las sobrevivientes, así como una menor probabilidad de que esos niños sean vacunados (9). Además, se ha demostrado que la asistencia a la escuela de los niños con madres sometidas a la violencia de pareja también se ve alterada, y que aumenta el abandono escolar (18, 19).

## LA VIOLENCIA TIENE MÚLTIPLES CAUSAS

No existe una única explicación de por qué ciertas personas ejercen violencia contra las mujeres o por qué dicha violencia es más frecuente en ciertas comunidades. La violencia está influenciada por una compleja interacción de factores a nivel individual, relacional, comunitario y social, tal y como se articula en el modelo ecológico, que muestra los factores de riesgo en los distintos niveles de la ecología social (véase la figura 1) (20,21). Tiene su origen en las desigualdades de género y los desequilibrios de poder entre hombres y mujeres, y entre niños y niñas, que deben abordarse examinando otras formas de inequidades sociales y de salud.

**Figura 1.** Modelo ecológico con marco mundial integrado a través del cual analizar la violencia contra las mujeres en los distintos niveles de la ecología social



Fuente: Fulu E, Miedema S. Violence Against Women: Globalizing the Integrated Ecological Model. Violence against women [Internet]. 2015 [consultado el 6 de octubre del 2022];21(12):1431-55. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1077801215596244>

## LA VIOLENCIA SE PUEDE PREVENIR

La carga de la violencia para la salud y el bienestar de las mujeres y las niñas hace que sea una prioridad de salud pública para las Américas. La variación en la prevalencia de la violencia dentro de los países y entornos y entre ellos demuestra que no es inevitable (2,22,23). Esta importante carga sobre la salud puede prevenirse y sus consecuencias pueden mitigarse con el compromiso activo del personal y gestores de salud, el personal del ministerio de salud y otros agentes del sector de la salud, en colaboración con otros sectores gubernamentales y organizaciones no gubernamentales.

Los datos apuntan a una serie de estrategias e intervenciones de eficacia probada con el mejor potencial para reducir la violencia contra las mujeres

## RECUADRO 3.

### RESPETO: siete estrategias para poner fin a la violencia contra las mujeres

- R**elaciones con habilidades fortalecidas
- E**mpoderamiento de la mujer
- S**ervicios garantizados
- P**obreza reducida
- E**ntornos seguros
- T**rabajo de prevención del abuso de niños, niñas y adolescentes
- O**btención de un cambio en las actitudes, las creencias y las normas

*Fuente:* Organización Mundial de la Salud. RESPETO a las mujeres: Prevención de la violencia contra las mujeres [Internet]. Ginebra: 2019 [consultado el 5 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337198/WHO-RHR-18.19-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



(véase el recuadro 3) (24). Se han observado resultados prometedores, por ejemplo, en relación con las intervenciones que refuerzan las sanciones legales contra la violencia, desafían las normas sociales y de género asociadas a la violencia, invierten en la capacitación económica y la educación de las mujeres, previenen el abuso infantil contra niños y niñas, y refuerzan el acceso a los servicios de apoyo necesarios, incluidos los servicios de salud para las sobrevivientes.

## EL SISTEMA DE SALUD DESEMPEÑA UN PAPEL FUNDAMENTAL

Los sistemas de salud desempeñan un papel crucial en la respuesta multisectorial a la violencia (25). Dada la repercusión directa de la violencia en la salud, las mujeres que la han padecido suelen acudir con frecuencia a los servicios de salud. Las mujeres y las niñas que han sufrido violencia también definen al personal de salud como el primer punto de contacto profesional en el que más confiarían para revelar que han sufrido abuso (26). Los servicios de salud suelen prestarse en estrecho contacto con las comunidades, incluso a través de sus actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud, lo que puede ayudar a detectar lo antes posible a las personas en riesgo. El personal de salud, capacitado para saber cuándo y cómo preguntar sobre la violencia, puede tener una gran incidencia en la vida y la salud de las sobrevivientes al proporcionarles una atención empática, sin prejuicios, oportuna y de calidad adecuada (27). Los sistemas de salud y los ministerios de salud deben garantizar que los proveedores de servicios de salud estén preparados para satisfacer las necesidades de las sobrevivientes que los solicitan, ya que una intervención temprana adecuada puede minimizar las consecuencias psicológicas y físicas de la violencia (26,28).

Los servicios de salud pueden actuar como puerta de entrada a otros servicios esenciales para las sobrevivientes, facilitando derivaciones adecuadas y atentas a la policía, la justicia, la protección, el refugio, el apoyo social y otros servicios. Como profesionales de confianza, el personal de salud están en una situación única para animar a las sobrevivientes a solicitar el tipo de ayuda que satisfaga todas sus necesidades. Esto es fundamental para mejorar los resultados de salud a corto y largo plazo, prevenir la violencia en el futuro y garantizar la seguridad de las mujeres y sus hijos.

Algunos servicios, como los de salud sexual y reproductiva y los de atención primaria, están especialmente bien situados para detectar casos de violencia y prestar una atención oportuna y de calidad. Los datos demuestran que estas intervenciones pueden aumentar la disposición de las mujeres a enfrentarse

a la violencia de género, aumentar los comportamientos que promueven la seguridad, reducir la reexposición a algunos tipos de violencia de género y mejorar la salud (29,30).

En colaboración con otros sectores, los agentes de salud pueden garantizar la inclusión adecuada de mensajes de prevención basados en la igualdad de género y los derechos humanos en sus actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades. El sistema de salud suele tener acceso a información crucial, como la prevalencia y las consecuencias para la salud de la violencia, así como sobre el uso de los servicios por parte de las sobrevivientes, lo que puede contribuir a fundamentar la política y la acción.

## LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA NO ES ALGO NUEVO EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

La comunidad internacional reconoce cada vez más la violencia contra las mujeres como un importante problema de salud pública, gracias a diversos factores, como las iniciativas de las organizaciones de mujeres, el compromiso de los gobiernos, la evidencia cada vez mayor de la magnitud y las consecuencias de la violencia, y las políticas públicas innovadoras (31).

Se han firmado varios convenios a nivel mundial y regional, entre ellos la *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, en 1979, y la *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra las mujeres*, conocida como Convención de Belém do Pará, en 1994, que ofrecen un sólido marco de derechos humanos para orientar la acción en la política y la práctica (32,33).

### RECUADRO 4. Función del sector de la salud



Aunque la prevención y respuesta frente a la violencia contra las mujeres requieren un enfoque multisectorial, el sector de la salud desempeña un papel fundamental, entre otras cosas, para:

1. detectar a las personas que sufren violencia y proporcionarles servicios de salud integrales;
2. facilitar el acceso a otros servicios de apoyo esenciales en otros sectores que las sobrevivientes de la violencia necesitan y desean;
3. incorporar mensajes sobre las violaciones de los derechos humanos y las consecuencias perjudiciales para la salud y de otro tipo asociadas a la violencia en las actividades de educación sobre la salud y promoción de la salud con los pacientes y las comunidades, así como sobre la necesidad de buscar una atención adecuada y oportuna;
4. documentar la magnitud del problema, sus causas y consecuencias, y utilizar esta información para impulsar la prevención multisectorial coordinada y la aportación de respuestas eficaces; y
5. contribuir a la prevención de la violencia abordando los factores de riesgo y promoviendo los factores de protección de la violencia en colaboración con otros sectores, como son el consumo de alcohol y sustancias nocivas, el acceso a la educación, los entornos seguros, etc.

La Región de las Américas ha sido pionera en la respuesta a la violencia contra las mujeres, ya que fue la primera región de la OMS en aprobar un marco de acción para abordar ese problema. En el 2015, la OPS aprobó la *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra las mujeres* (34). En el 2016, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el plan de acción mundial para fortalecer el papel del sistema de salud dentro de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños (35). El plan de acción mundial se ajusta estrechamente a la estrategia regional.

La estrategia y plan de acción sobre la violencia contra las mujeres (véase el recuadro 5) refleja las prioridades y los esfuerzos de los Estados Miembros y las organizaciones de mujeres para llamar la atención sobre este problema y catalizar la acción orientada a hacerle frente, incorporando evidencia, prácticas, normas, principios, estándares y directrices técnicas elaboradas por la OPS, la OMS y otros actores del sistema de las Naciones Unidas (34). Esto proporciona un mandato institucional muy claro para la actuación de la OPS y sus Estados Miembros y ofrece un marco definido para analizar los avances en la Región.

Los principales indicadores de progreso miden el número de Estados Miembros que incluyen la violencia contra las mujeres en sus planes o políticas nacionales de salud, incluidos los planes estratégicos nacionales de salud, así como las políticas específicas de los programas de salud, como las relativas a la salud sexual y reproductiva o al VIH. La inclusión de la violencia contra las mujeres en los documentos de política puede adoptar muchas formas diferentes, por lo que se requiere un análisis de texto más exhaustivo para definir el alcance y la profundidad de las referencias.

Otra herramienta clave para que los Estados Miembros potencien la respuesta del sector de la salud a la violencia contra las mujeres, en consonancia con las prioridades de la estrategia y plan de acción, es la elaboración de procedimientos operativos, protocolos o directrices nacionales estandarizados para proporcionar una atención y un apoyo seguros y eficaces a las mujeres que sufren violencia de pareja o violencia sexual fuera de la pareja. Los sistemas de salud deben elaborar protocolos para garantizar la prestación de un apoyo de primera línea que responda a las necesidades físicas, emocionales, de seguridad y de apoyo de las mujeres (36).

Un punto de partida clave es la existencia de al menos un protocolo nacional basado en la evidencia que oriente la respuesta del sistema de salud a las sobrevivientes de la violencia contra las mujeres (34). Ese protocolo también es importante para orientar la elaboración de herramientas clínicas y la capacitación de los trabajadores de la salud a fin de que puedan prestar una atención clínica adecuada y realizar derivaciones dentro y fuera del sector de la salud.

## RECUADRO 5.

**Estrategia y plan de acción de la OPS sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra las mujeres, 2015–2025**

Líneas estratégicas de acción:

1. Fortalecer la disponibilidad y el uso de datos científicos sobre la violencia contra las mujeres.
2. Fortalecer el compromiso político y financiero para abordar la violencia contra las mujeres en los sistemas de salud.
3. Fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para prestar una atención y apoyo eficaces a las mujeres que son víctimas de la violencia por parte de la pareja o que han sufrido violencia sexual.
4. Fortalecer el papel de los sistemas de salud en la prevención de la violencia contra las mujeres



Para respaldar este importante programa, la OPS/OMS y sus asociados han elaborado varias herramientas y documentos de orientación (véase el **recuadro 6**).

Aunque el sector de la salud desempeña un papel importante, su respuesta a la violencia contra las mujeres debe complementar la respuesta multisectorial más amplia. Para orientar la colaboración con otros sectores gubernamentales y asociados no gubernamentales, muchos países han elaborado políticas o planes nacionales multisectoriales que describen su visión, objetivos y medidas estratégicas prioritarias para abordar la violencia contra las mujeres en todos los sectores y organismos. Es importante que el sector de la salud se comprometa con estos marcos de política multisectoriales más amplios. Las herramientas de alcance mundial como RESPETO ofrecen una orientación útil que puede servir de base para la elaboración de esos marcos de política en consonancia con la base de datos.

En el Plan Estratégico de la OPS también se han incluido indicadores de progreso similares sobre las políticas de salud, los protocolos o directrices de salud y los planes multisectoriales, fortaleciendo así el mandato para la acción.

El informe del 2021 sobre los progresos realizados en la aplicación de la estrategia y plan de acción celebró los avances de la Región en este sentido, al tiempo que recomendó la necesidad de un análisis más profundo de los indicadores seleccionados y los documentos de referencia conexos (37). El presente informe es una respuesta directa a esta recomendación; se espera que sirva de base para los próximos pasos dirigidos a fortalecer la respuesta del sector de la salud a la violencia contra las mujeres, a medida que la Región avanza hacia los últimos años de aplicación de la estrategia y plan de acción. El informe también es oportuno dada la mayor visibilidad y la renovada urgencia del problema en el contexto de la pandemia de COVID-19 (véase el **recuadro 7**).

## RECUADRO 6.

### Selección de herramientas y documentos de orientación para apoyar la respuesta del sector de la salud

Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines.

Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual: Manual clínico.

Fortalecimiento de los sistemas de salud para responder a las mujeres que sufren violencia de pareja o violencia sexual: Manual para gerentes de salud.

Atención para las mujeres que han sufrido violencia: programa de capacitación de la OMS dirigido a los prestadores de servicios de salud.

## RECUADRO 7. Políticas sobre COVID-19 y la violencia contra las mujeres



Muchos gobiernos de la Región han elaborado nuevos documentos de política para orientar las respuestas a la pandemia de COVID-19. Dadas las implicaciones de la pandemia en las iniciativas que se ocupan de la violencia, ha habido oportunidades para fortalecer las orientaciones que abordan ese problema en emergencias como la de esa pandemia. Por ejemplo, en el 2020, Ecuador publicó un protocolo de comunicación y atención de casos de violencia por razones de género y violencia doméstica durante la pandemia: Protocolo de comunicación y atención para casos de violencia de género e intrafamiliar durante la emergencia sanitaria por coronavirus (COVID-19). Ese protocolo surgió de varios sectores e incluía directrices para detectar los casos, prevenir la escalada de violencia y prestar atención, así como sobre el papel desempeñado por las diferentes instituciones.

*Referencia:* El Gobierno de Todos, Ecuador. Protocolo de comunicación y atención de casos de violencia de género e intrafamiliar durante la emergencia sanitaria por coronavirus (COVID-19) [Internet]. [consultado el 6 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://www.igualdadgenero.gob.ec/wp-content/uploads/2020/05/Protocolo-de-atenci%C3%B3n-violencia.pdf>

## OBJETIVOS Y PÚBLICO DESTINATARIO DEL INFORME

La finalidad del informe es:

- poner de relieve los desafíos y logros en la prevención y respuesta frente a la violencia contra las mujeres en la Región de las Américas, en consonancia con algunos indicadores seleccionados de la estrategia y plan de acción sobre la violencia contra las mujeres y las orientaciones pertinentes de la OPS/OMS;
- analizar las enseñanzas adquiridas específicas de la Región para fundamentar la política y la práctica en los países; y
- movilizar a las partes interesadas de la Región para que profundicen en el diálogo, refuercen las alianzas y actúen en función de los resultados para prevenir la violencia contra las mujeres y las niñas, y para responder a ella.

Los destinatarios principales son los responsables de las políticas del sector de la salud, incluidos los coordinadores de prevención de la violencia de los ministerios de salud y otras personas que participan en la formulación, aplicación o seguimiento de las respuestas de política de salud a la violencia contra las mujeres y las niñas, o las personas que gestionan programas de salud y dirigen servicios de salud relacionados con la violencia contra las mujeres y las niñas. También se dirige a los responsables de las políticas y programas de salud relacionados con la violencia, por ejemplo, los responsables políticos y los gestores de programas interesados en la salud de la mujer y la familia, la salud sexual y reproductiva, la salud mental y la promoción de la salud.

Un público secundario incluye a los responsables políticos de otros sectores con responsabilidad en la prevención y respuesta frente a la violencia, incluidos los responsables políticos y los gestores de programas de protección de la mujer y el niño, asuntos sociales, justicia/policía, educación y otros sectores con los que el sector de la salud colabora habitualmente para abordar la violencia contra las mujeres y las niñas. Entre ellos figuran también los representantes gubernamentales que forman parte de un mecanismo multisectorial para prevenir la violencia y proteger a las sobrevivientes, así como las organizaciones de la sociedad civil a nivel nacional y regional, las asociaciones profesionales, el mundo académico, las fundaciones y otros actores no estatales.

El público terciario son las organizaciones subregionales, regionales y mundiales, incluidos los asociados de las Naciones Unidas, los actores bilaterales y multilaterales, los donantes y otras redes internacionales que trabajan para apoyar a los gobiernos y a sus comunidades para poner fin a la violencia y promover la salud y el bienestar de todas las mujeres y niñas de todas las edades en la Región de las Américas.



---

## ESTRUCTURA DEL INFORME

El informe presenta un resumen de los avances regionales en tres ámbitos:

### 1. Fortalecimiento del liderazgo de la respuesta del sector de la salud a la violencia contra las mujeres

Esto incluye una visión general de las políticas de salud en vigor y la medida en que tienen en cuenta la violencia contra las mujeres y las niñas.



### 2. Mejora de la calidad de los servicios de salud para las sobrevivientes de la violencia contra las mujeres

Esto incluye el examen de la disponibilidad y calidad de los protocolos del sistema de salud que guían la respuesta a las sobrevivientes.



### 3. Fortalecimiento del papel del sector de la salud en la respuesta multisectorial a la violencia contra las mujeres

Esto incluye una visión general de las políticas nacionales multisectoriales disponibles para abordar la violencia contra las mujeres y las niñas y un análisis de la medida en que las estrategias de RESPETO se reflejan en esos documentos de política.



En el siguiente capítulo se proporcionan más detalles sobre la metodología. En los recuadros de texto se incluye una serie de ejemplos para mostrar experiencias de la Región o resaltar temas importantes para su consideración.



---

## II. METODOLOGÍA DEL INFORME

Una buena información, que incluya datos sobre el estado de las políticas y programas, es esencial para evaluar los progresos realizados, detectar oportunidades y brechas y guiar las políticas y prácticas futuras para prevenir la violencia contra las mujeres y las niñas y darle respuesta. En consecuencia, en el 2020 la OPS inició un proyecto para orientar el seguimiento de los avances en la aplicación de la estrategia y el plan de acción sobre la violencia contra las mujeres con miras a aprender de las experiencias en la Región y guiar los debates con los Estados Miembros.

En el 2021 se presentó a los Cuerpos Directivos de la OPS un informe final sobre los progresos realizados en la aplicación de la estrategia y plan de acción sobre la violencia contra las mujeres (37). El informe se basa en los datos recogidos en el marco del seguimiento de dichos progresos y amplía el análisis centrándose en los indicadores que se beneficiarían de una revisión documental, incluidos los relacionados con las políticas y los planes de salud, los protocolos y las directrices del sistema de salud, y la política nacional multisectorial. En los anexos 1 y 2 se pueden encontrar más detalles sobre la metodología de la OPS, así como los criterios de inclusión y exclusión de los documentos de política de salud y las definiciones de los indicadores.

### FUENTES DE DATOS

El informe se basa en tres tipos de datos complementarios:

#### 1. Respuestas de los Estados Miembros a una encuesta realizada por la OPS

Entre diciembre del 2020 y febrero del 2021 se recopilaron datos a nivel nacional mediante una encuesta estandarizada, coordinada por la OPS a través de sus oficinas en los países. En el cuestionario se preguntaba a los países sobre la existencia de políticas, protocolos, mecanismos de gobernanza y estructuras nacionales relacionados con la violencia contra las mujeres en consonancia con los indicadores de la estrategia y plan de acción sobre la violencia contra las mujeres. Veintisiete países (el 77% de los Estados Miembros de la OPS) respondieron a la encuesta<sup>2</sup>.

---

2 Los siguientes países respondieron íntegramente a la encuesta: Antigua y Barbuda, Argentina, Belice, Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, y Uruguay.



## 2. Datos complementarios sobre la atención posviolación

Dados los problemas que plantea la evaluación de la prestación de una atención integral posterior a una violación, el informe también se basó en datos complementarios de la encuesta del NCPI, administrada por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) como componente de la plataforma mundial de vigilancia del sida y que se ha incorporado a la base de datos de políticas sobre la violencia contra las mujeres de la OMS. La base de evidencia del NCPI incluye los datos más actualizados disponibles de cada país en respuesta a la siguiente pregunta (núm. 115): “¿Su país dispone de puntos de prestación de servicios que proporcionen la siguiente atención médica y psicológica adecuada y apoyo a mujeres y hombres que han sufrido violación o incesto, de conformidad con las recomendaciones de las directrices de la OMS de 2013 incluidas en el documento *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women* (26): a) apoyo de primera línea o lo que se conoce como primeros auxilios psicológicos; b) anticoncepción de urgencia para las mujeres que buscan atención en un plazo máximo de cinco días; c) referencia a servicios de aborto seguro si una mujer está embarazada como consecuencia de la violación, de conformidad con la legislación vigente; y d) profilaxis posterior a la exposición para las infecciones de transmisión sexual y el VIH (dentro de las 72 horas posteriores a la agresión sexual), según sea necesario?”. En el informe se incluyen datos del último año en que los países respondieron a esta pregunta.

## 3. Datos de una revisión de políticas realizada por la OPS

En consonancia con las conclusiones del informe de progreso del 2021, la OPS inició una revisión más profunda de los documentos de política recopilados a través de la encuesta de los Estados Miembros para informar sobre los progresos realizados en la aplicación de la estrategia y plan de acción sobre la violencia contra las mujeres. Al mismo tiempo, la OMS inició la labor mundial para crear una base de datos mundial sobre la violencia contra las mujeres que incluyera documentos de política y presentara información sobre indicadores basados en el *Plan de acción mundial de la OMS para fortalecer la función del sistema de salud en el marco de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general*. En el 2020, la OMS encargó a un equipo de consultoría que elaborara la base de datos de políticas sobre la violencia contra las mujeres y examinara la situación mundial de ese problema en los documentos de política nacional (38). Habida cuenta de la concordancia de las estrategias regionales y mundiales, la OPS participó como asociado en este proceso, armonizando las metodologías y realizando análisis de indicadores basados en prioridades regionales.

Además de los documentos compartidos por los Estados Miembros, entre marzo y junio del 2021 se llevaron a cabo búsquedas específicas en Google. Además, se realizaron búsquedas en el repositorio mundial de la OMS sobre salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente, que contenía todos los documentos de política presentados por los países que en el 2018 cumplieron la encuesta sobre estos ámbitos de la atención de salud, para detectar otros documentos pertinentes (39). Finalmente, dadas las diversas formas en que se extrajeron los documentos, en el otoño del 2021 la OPS consultó a sus oficinas en los países sobre la lista de documentos y realizó un seguimiento caso por caso con las contrapartes nacionales en los Estados Miembros para obtener cualquier documento actualizado o nuevo y proporcionar cualquier otra información pertinente. Los detalles de la estrategia de búsqueda se incluyen en la sección Búsqueda de documentos. La mayoría de los documentos detectados se encontraron mediante búsquedas en Internet (47%) o fueron remitidos por los Estados Miembros (23%). Se encontró un número mucho menor de documentos en el repositorio sobre salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente (18%) o a través de otras fuentes (12%).

## DOCUMENTOS DE POLÍTICA

Para el presente informe, se tuvieron en cuenta varios tipos de documentos de política, incluidos planes, estrategias, protocolos, procedimientos operativos estandarizados y directrices. Las cuatro categorías principales de documentos de política pertinentes se describen en el **cuadro 2**. Los Estados Miembros pueden tener más de uno de cada tipo de política, y a menudo es así.

**Cuadro 2.** Tipos y descripciones de documentos de política

Tipo	Descripción
<b>Política nacional de salud</b>	Documento de política nacional específica del sector de la salud. Puede consistir en una política de salud genérica (conocida como políticas, estrategias y planes nacionales de salud), o una política específica sobre salud sexual y reproductiva, salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente, salud mental, ENT, VIH o violencia por razones de género. Para poder incluirse en la base de datos de políticas sobre violencia contra las mujeres, la política nacional de salud debe abordar ese problema, aunque no tiene por qué ser una prioridad estratégica en el documento.
<b>Protocolo del sector de la salud sobre violencia contra las mujeres</b>	Medidas específicas del sector de la salud sobre la violencia contra las mujeres. Un documento de política que proporciona orientación para el sector de la salud sobre la prestación de servicios, atención o tratamiento preventivos o receptivos de la violencia contra las mujeres. Los documentos que ese incluyen en esta categoría pueden ser protocolos clínicos/procedimientos operativos estandarizados u orientaciones para profesionales de la salud, gerentes o administradores involucrados en la prevención/respuesta frente a la violencia contra las mujeres.
<b>Política multisectorial sobre violencia contra las mujeres</b>	Documento de política multisectorial sobre violencia contra las mujeres. Contiene el plan nacional general de prevención y respuesta frente a la violencia contra las mujeres y asigna responsabilidades a diversos ministerios u otros organismos gubernamentales y no gubernamentales que participan en dichas actividades. La igualdad de género y otras políticas que abordan el adelanto de la mujer y contienen un fuerte componente en materia de violencia contra las mujeres también pueden incluirse en este tipo de documento.
<b>Manuales de capacitación en materia de violencia contra las mujeres</b>	Manual o programa de estudio de ámbito nacional específico sobre la violencia contra las mujeres y dirigido a profesionales de la salud.

---

## BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS

La OMS realizó las búsquedas en Internet en marzo del 2021, y la OPS las llevó a cabo en junio del 2021<sup>3</sup>. Para empezar, se introdujo una serie de términos de búsqueda en Google (los términos de búsqueda se pueden proporcionar previa solicitud), que incluían un conjunto de palabras relacionadas con el tipo de documento (por ejemplo, políticas, protocolos, directrices), un conjunto de palabras relacionadas con la violencia contra las mujeres y el nombre del Estado Miembro. A continuación, se efectuó una búsqueda en el sitio web del ministerio de salud de cada Estado Miembro para encontrar protocolos sobre violencia contra las mujeres y violencia sexual. Se detectaron, descargaron y revisaron los documentos pertinentes para comprobar que incluyeran la violencia contra las mujeres. Los documentos se seleccionaron sobre la base de los criterios de inclusión y exclusión descritos en el **anexo 1**.

## INDICADORES DE CONTENIDO DE POLÍTICAS

La OPS seleccionó indicadores relacionados principalmente con tres prioridades estratégicas regionales que se resumen a continuación y se enumeran en el **anexo 2**.

El primer grupo se centró en un conjunto de indicadores relacionados con la existencia de un fuerte liderazgo en la respuesta del sector de la salud a la violencia contra las mujeres entre los Estados Miembros.

Un segundo elemento importante de una respuesta sólida del sistema de salud a la violencia contra las mujeres es la prestación de atención oportuna y de calidad. Para estos indicadores, solo se evaluaron los protocolos del sector de la salud relativos a la violencia contra las mujeres, sobre la base de las prioridades de la estrategia y plan de acción. Esos indicadores incluyen algunos aspectos importantes de la calidad de la atención, como la privacidad, la confidencialidad y el apoyo de primera línea.

Dada la naturaleza multisectorial de la prevención y respuesta frente a la violencia, el tercer conjunto de indicadores se centra en políticas y estrategias multisectoriales que incluyen el sector de la salud y su armonización con la base de evidencia, específicamente el marco RESPETO.

---

<sup>3</sup> Más información sobre la metodología de la OMS disponible: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040458>

Una serie adicional de indicadores, que se relacionan con los grupos vulnerables, debería reconocerse en todos los sectores y podría incluirse en cualquier tipo de documento descrito anteriormente.



Reconocemos que, en ciertos casos, los indicadores pueden encontrarse en políticas “imprevistas” (por ejemplo, una referencia al apoyo de primera línea puede incluirse en una política multisectorial sobre violencia contra las mujeres en la sección de salud, en lugar de en el protocolo del sector de la salud relativo a ese problema).

Si bien la mención de un indicador en cualquier documento gubernamental oficial es un paso positivo hacia adelante, el informe se centró en la inclusión del indicador en el documento más pertinente/apropiado. Esto se debe a que el tipo de documento es importante en la medida en que la referencia textual se haya aplicado sobre el terreno. Por ejemplo, es mucho menos probable que cuando busquen orientación, el director o un médico de un hospital consulten periódicamente la política nacional multisectorial sobre violencia contra las mujeres, de modo que una referencia al apoyo de primera línea en esa política puede ser algo menos inesperado que si aparece en el protocolo del sector de la salud sobre este problema.

Para cada indicador detectado en un documento de política, la respuesta fue: 1) incluido, que es cuando un indicador se encuentra dentro de un documento de política y se puede corroborar por medio de un texto; 2) no incluido, que es cuando un documento de política establece explícitamente que algo no debe hacerse; o 3) no especificado, que es cuando en el documento de política no se incluye un indicador. Se presentan estadísticas descriptivas para cada indicador, a menudo acompañadas de “Sí” y “Sin especificar” dado lo poco común que fue encontrar que algo no estaba explícitamente incluido en una política.

## ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos se analizaron tanto a nivel regional como subregional. Se presentan análisis subregionales para un conjunto específico de indicadores. Los indicadores seleccionados para el análisis subregional están relacionados principalmente con la disponibilidad de diferentes tipos de documentos de política. Medir los progresos realizados en la elaboración de políticas de salud, protocolos del sector de la salud sobre violencia contra las mujeres y políticas multisectoriales sobre violencia contra las mujeres es primordial, porque este es un primer paso decisivo para definir el papel del sistema de salud en la respuesta multisectorial a la violencia contra las mujeres y para proporcionar atención de salud de calidad a las sobrevivientes de violencia.

Estos análisis subregionales son importantes dada la heterogeneidad en la Región y para que la OPS determine con qué subregiones participar en diferentes esferas prioritarias (en el anexo 3 figura una lista de los países de cada subregión). Los ejemplos seleccionados de la Región se incluyen en recuadros de texto para mostrar los progresos realizados y las enseñanzas adquiridas conexas.



## LIMITACIONES

En el informe existen varias limitaciones en la metodología utilizada y en su alcance.

Los cuatro tipos de documentos incluidos no abarcan todas las políticas de salud disponibles, ni incluyen todos los documentos relacionados con la violencia contra las mujeres y la salud (véase el **recuadro 8**). Por ejemplo, no se incluyeron documentos de política de salud relacionados con la preparación para emergencias de salud, ni planes que abordaran tipos muy específicos de violencia. Otros documentos que contenían información pertinente para la salud y la violencia contra las mujeres no procedían del sector de la salud, pero como no eran necesariamente políticas multisectoriales de violencia contra las mujeres también estaban excluidos. Las políticas subnacionales tampoco eran elegibles, lo que representa otra área para futuros análisis, particularmente para países federales. Para la labor futura, sería pertinente ampliar los tipos de políticas para su examen, incluidas, por ejemplo, las políticas/planes de salud sobre niños y adolescentes y las directrices clínicas/POE sobre cuestiones específicas de salud sexual y reproductiva, como la planificación familiar, entre otras.

Es muy probable que no hayamos encontrado todos los documentos pertinentes. Algunos Estados Miembros no respondieron a la solicitud de documentos, mientras que otros no siempre publicaron en línea todos los documentos políticos pertinentes. En algunos casos, aún no se habían aprobado directrices o políticas actualizadas y, por lo tanto, no eran aceptables ni accesibles.

### RECUADRO 8. Otros documentos importantes (Brasil)



Un ejemplo de otros documentos de política importantes de un Estado Miembro que no cumplieron los criterios de inclusión es el plan del Brasil para combatir el femicidio (decreto núm. 10.568, de 9 de diciembre del 2020), que nombra al Ministerio de Salud como parte del comité multisectorial establecido para abordar emergencias de salud (14).

Ese plan es un documento multisectorial sobre el femicidio, la forma más extrema de violencia contra las mujeres, pero es demasiado específico para entrar en la categoría de política multisectorial sobre violencia contra las mujeres, ya que nuestra búsqueda se centraba en documentos que abordaran múltiples tipos de ese problema.

*Referencia:* Presidência da República Secretaria-Geral Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto núm. 10.568 de 9 de diciembre del 2020. 2020 [consultado el 7 de octubre del 2022].

Disponible en: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=10568&ano=2020&ato=e8acXVq1UMZpWT4d5>

---

Los niños y adolescentes, especialmente las niñas, son especialmente vulnerables a la violencia. La evidencia sugiere que existen importantes interrelaciones entre la violencia contra las mujeres y la violencia contra los niños. La OPS/OMS ha logrado importantes avances en esta área con la elaboración de INSPIRE: siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños. Además, la OPS está trabajando con los Estados Miembros para abordar la violencia contra los niños. En el informe no se abordaron las confluencias entre la violencia contra las mujeres y la violencia contra los niños y las implicaciones para la atención clínica, pero son extremadamente importantes (40,41). Tuvimos que excluir las políticas y protocolos sobre salud infantil y adolescente y la violencia contra los niños en función de su alcance, pero políticas tan importantes merecen un análisis en el trabajo futuro.

Una limitación adicional es que lo que está escrito en las políticas no siempre se lleva a la práctica. La existencia de documentos de política de buena calidad es un primer paso importante. Sin embargo, es necesario seguir trabajando para poner en práctica esas políticas a fin de poder garantizar que las mujeres que sufren violencia tengan acceso a una atención de calidad.

Para aplicarlas debe disponerse de recursos adecuados, contar con un liderazgo y una gobernanza firmes y tener voluntad política (36). Se requiere una mayor investigación para examinar el alcance de su aplicación en toda la Región. Ese trabajo debería complementarse con otras investigaciones que pongan de relieve la voz de las sobrevivientes que han utilizado los servicios de salud, así como la de los trabajadores de salud, dado su papel esencial en la prestación de atención centrada en las mujeres.





---

## III. CONCLUSIONES

### 3.1 FORTALECIMIENTO DEL LIDERAZGO DE LA RESPUESTA DEL SECTOR DE LA SALUD A LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

**E**l sector de la salud desempeña un papel fundamental en la detección y prevención de la violencia contra las mujeres y en su respuesta oportuna, en colaboración con otros sectores y asociados. La OPS aboga por un enfoque de salud pública para apoyar los sistemas de salud que abordan este problema multisectorial en la Región (34). Una respuesta firme y visible del sistema de salud transmite a la sociedad un mensaje de inaceptabilidad de la violencia y anima a un mayor número de sobrevivientes a buscar ayuda. Si bien la naturaleza multidimensional de la violencia contra las mujeres requiere la participación y el compromiso de diversos actores, incluidos los líderes gubernamentales, los encargados de formular políticas de todos los sectores, los parlamentarios y legisladores, la sociedad civil y las organizaciones de mujeres y los miembros de la comunidad, para avanzar en los esfuerzos de prevención y respuesta de los países es crucial un liderazgo eficaz del sector de la salud.

Como se destaca en la estrategia y plan de acción sobre la violencia contra las mujeres, un punto de partida clave para fortalecer el liderazgo del sector de la salud es la integración de la violencia contra las mujeres en las políticas y los planes nacionales y subnacionales dentro del sistema de salud, incluidos los planes estratégicos nacionales de salud. Una referencia de este tipo en un documento normativo puede marcar la pauta del futuro compromiso de los agentes de salud para abordar la violencia contra las mujeres, establecer un mandato, y fijar objetivos y metas de actuación, incluidas las prioridades para mejorar el acceso de las sobrevivientes a los servicios de salud y su calidad.

En esta sección se examinará en qué medida los documentos de política de salud han integrado la violencia contra las mujeres, incluido el alcance de su referencia en los textos. Al mismo tiempo, si bien una referencia a la violencia contra las mujeres en los documentos de política de salud es un logro importante, solo es un primer paso. Aunque muchos gobiernos de la Región han abordado la violencia contra las mujeres en sus políticas de salud, a menudo existen brechas entre la documentación del compromiso y su aplicación. La aplicación efectiva requiere la disponibilidad de coordinadores cualificados empoderados a través de la capacitación y con presupuestos asignados dentro del sistema de salud para avanzar en la puesta en práctica de la política. Por consiguiente, se han combinado los datos del examen de las políticas con los datos de la encuesta realizada a los Estados Miembros sobre la existencia de coordinadores y presupuestos, lo que proporciona una instantánea importante del liderazgo del sector de la salud en materia de violencia contra las mujeres en la Región.

## RESUMEN DE LOS DOCUMENTOS DE POLÍTICA DE SALUD

Se detectaron unas 63 políticas nacionales de salud que incluían referencias a la violencia contra las mujeres, y el 83% (n=29) de los Estados Miembros tenían algún tipo de política nacional de salud para abordar esta cuestión. Este número generalmente elevado sugiere que la gran mayoría de los Estados Miembros de la Región consideran que la violencia contra las mujeres es un problema que requiere la intervención del sector de la salud. Además de las políticas, estrategias y planes nacionales de salud, otras políticas que abordan la violencia contra las mujeres en la Región se relacionan con la salud sexual y reproductiva, el VIH y la salud mental (**cuadro 3**).

Casi la mitad de todos los Estados Miembros (46%) tienen políticas, estrategias y planes nacionales de salud que hacen referencia a la violencia contra las mujeres, lo que representa un hito importante para consolidar un enfoque de salud pública de la violencia.

También es prometedor que la mayoría de las subregiones están realizando una labor positiva con la formulación y aprobación de políticas de salud que tengan en cuenta la violencia contra las mujeres, aunque los tipos de políticas difieren. Todos los Estados Miembros de Centroamérica, además de México, Cuba y República Dominicana, tienen algún tipo de política de salud que aborda la violencia contra las mujeres. En América del Sur, el 90% de los países tienen una política de salud que se ocupa de la violencia contra las mujeres, al igual que más de las tres cuartas partes de los Estados Miembros del Caribe no latino.

Aunque algunos Estados Miembros de la Región han publicado políticas de salud que abordan específicamente la violencia contra las mujeres, estas solo eran claramente manifiestas en América Central y del Sur (véase el **cuadro 4**).

**Cuadro 3.** Porcentaje de documentos de política nacional de salud encontrados (por tipo)

Tipo de política de salud	Sí (Número de políticas)	Sí (Porcentaje de Estados Miembros)
Cualquier política nacional de salud que incluya en cierta medida la violencia contra las mujeres	29	83
Políticas, estrategias y planes nacionales de salud	16	46
Política nacional de salud contra la violencia por razones de género	6	17
Política nacional de salud sexual y reproductiva	14	40
Política nacional de salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente	5	14
Política nacional sobre ENT	1	3
Política nacional sobre el VIH/sida	18	51
Política nacional de salud mental	3	9

**Cuadro 4.** Políticas nacionales de salud contra la violencia por razones de género

Estado Miembro	Nombre de la política (español)	Nombre de la política (inglés)	Año de publicación
Argentina	Plan Nacional de Políticas de Géneros y Diversidad en Salud Pública	National Plan for Public Health Gender and Diversity Policies	2020
Chile	Política de salud en violencia de género	Gender-based violence health policy	2008
República Dominicana	Estrategia para el fortalecimiento de la respuesta del Sistema Nacional de Salud a la violencia, con énfasis en la violencia de género y contra niños, niñas, adolescentes, mujeres y personas adultas mayores, 2016–2020	Strategy for strengthening the health sector response to violence, with emphasis on GBV and violence against children, adolescents, women and the elderly: 2016–2020	2015
El Salvador	Plan de acción para la operativización de la estrategia de prevención del feminicidio y violencia sexual: prevenir-detectar-atender (pre-detecta)	Operational action plan for the femicide and sexual violence prevention strategy: prevent-detect-care (pre-detection)	2018
México	Programa de Acción Específico Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género 2013–2018	Specific Action Plan for Care for Family and Gender-based Violence 2013–2018	2013
Paraguay	Plan Nacional de Prevención y Atención a la Violencia Basada en Género desde el Sistema Nacional de Salud 2020–2025	National Plan for Prevention and Attention to Gender-Based Violence from the National Health System 2020–2025	2020

Con la excepción de las correspondientes a Chile y México, la mayoría de estas políticas se publicaron entre el 2015 y el 2020. Todas tratan sobre la violencia por razones de género, con la excepción de la política argentina, que se centra más ampliamente en el género, pero también contiene amplia información sobre la violencia por razones de género e incluye la prevención, la detección temprana y la atención integral en el sistema de salud como uno de los cinco objetivos prioritarios (42).

Estas políticas de alto nivel se centran específicamente en el papel del sector de la salud en la respuesta a la violencia contra las mujeres. Son una oportunidad para detallar la justificación de la participación del sector de la salud, y a menudo constituyen la base para fortalecer el liderazgo del sistema de salud en la respuesta a la violencia contra las mujeres (véase el recuadro 9).

## RECUADRO 9.

### Plan Nacional de Prevención y Atención a la Violencia Basada en Género desde el Sistema Nacional de Salud 2020–2025 (Paraguay)

El Plan Nacional de Prevención y Atención a la Violencia Basada en Género desde el Sistema Nacional de Salud 2020–2025 del Paraguay se destaca por definir claramente cómo el sector de la salud debe asumir un papel de liderazgo en la respuesta a la violencia contra las mujeres.

*“Debido a que este problema social es multicausal y complejo, en el que se interceptan además de las razones de género, razones económicas, políticas, sociales, culturales, de etnia, territoriales, que interactúan como factores de vulnerabilidad, el MSPyBS [Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social] debe constituirse en un actor protagónico de las respuestas multisectoriales que involucran a otras instituciones como: educación, justicia, policía, servicios sociales y de protección, entre otros” (pág. 17).*

El Plan Nacional del Paraguay es ejemplar en el sentido de que razona claramente por qué la violencia contra las mujeres es un problema de salud pública, incluye principios clave (y de los servicios de salud) y describe prioridades y medidas estratégicas y un plan de seguimiento y evaluación.

*Referencia:* Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay. Plan Nacional de Prevención y Atención a la Violencia Basada en Género desde el Sistema Nacional de Salud 2020–2025 2020 [consultado el 7 de octubre del 2022]. Disponible en [http://186.16.40.134/~cepep01/wp-content/uploads/2021/02/Plan-Nacional-de-Prevencion-y-Atencion-a-la-Violencia-de-genero\\_V4-1.pdf](http://186.16.40.134/~cepep01/wp-content/uploads/2021/02/Plan-Nacional-de-Prevencion-y-Atencion-a-la-Violencia-de-genero_V4-1.pdf)



## RECUADRO 10.

### Estrategia Nacional de Salud (Chile)

La Estrategia Nacional de Salud de Chile: Hacia el logro de los Objetivos de Salud 2011-2020 es un ejemplo de un país que incluyó la violencia contra las mujeres como una prioridad estratégica en un documento de política.

La Estrategia incluía el siguiente texto, que indica claramente que la violencia contra las mujeres es una prioridad estratégica para Chile.

*“Se propone fortalecer los marcos normativos de salud para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud a víctimas y agresores derivados por violencia de género, los que serán actualizados, aplicados y evaluados con una periodicidad determinada. También se proponen estrategias relacionadas con la oferta de servicios para brindar una atención a las víctimas, que sea precoz, oportuna y de calidad, incluyendo la atención de mujeres en procesos judiciales y de sus hijos. Para lograr este objetivo, es central la capacitación y sensibilización de los trabajadores del sistema de salud.” (pág. 93)*

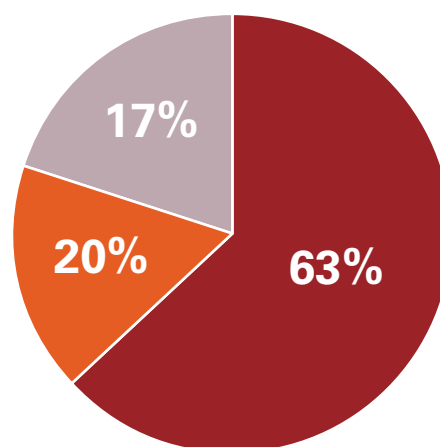
*Referencia:* Ministerio de Salud, Chile. Metas 2011-2020 Elige vivir sano. [consultado el 6 de octubre del 2022]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2011/12/Metas-2011-2020.pdf>

## LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES COMO PRIORIDAD ESTRATÉGICA

Aunque el hecho de que el 83% de los Estados Miembros tenga algún tipo de política nacional de salud que incluya la violencia contra las mujeres puede considerarse un logro sustancial, es importante señalar que la medida en que se aborda ese problema varía significativamente de un país a otro y de un documento de política a otro. Como se muestra en la figura 2, el 63% de los Estados Miembros cuentan al menos con una política en la que la violencia contra las mujeres se considera una prioridad estratégica, mientras que en el 20% se menciona el problema pero sin destacarlo como una prioridad estratégica.

Esto indica que cuando los países formulan o actualizan políticas y planes de salud, hay margen para que incluyan más ampliamente la violencia contra las mujeres, en consonancia con los mandatos regionales y la base de evidencia mundial. La inclusión de la violencia contra las mujeres como una prioridad estratégica en un documento de política de salud permite que el ministerio de salud haga suya la cuestión y sienta las pautas para fortalecer las capacidades de prevención y respuesta en el sector de la salud y más allá. En el recuadro 10 se presenta un ejemplo en este sentido.

**Figura 2.** Documentos de política de salud de los Estados Miembros: medida en que incluyen o mencionan la violencia contra las mujeres



- La violencia contra las mujeres es una prioridad estratégica en algún documento de política de salud
- La violencia contra las mujeres se incluye en el documento de política de salud (pero no como una prioridad estratégica)
- No se han encontrado políticas de salud que aborden la violencia contra las mujeres



## UNIDAD (O UNIDADES) O COORDINADOR (O COORDINADORES) DEL MINISTERIO DE SALUD RESPONSABLES DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

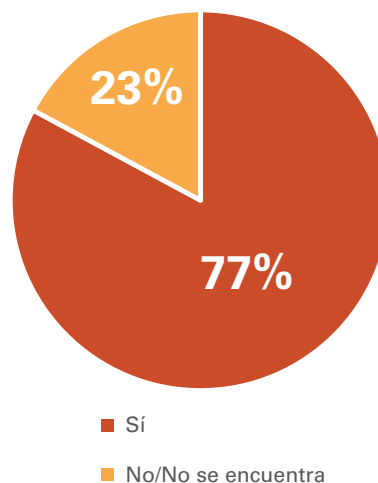
Otro indicador para medir el fortalecimiento del liderazgo de la respuesta del sector de la salud a la violencia contra las mujeres es si el ministerio de salud cuenta con una unidad o un coordinador responsables de la violencia contra las mujeres. Como se observa en la **figura 3**, en la Región de las Américas se ha avanzado considerablemente en este indicador. En total, el 57% de los Estados Miembros declararon tener una unidad o un coordinador que se ocupaban de este problema.. Las diferencias en el tiempo, recursos y competencia de los coordinadores pueden limitar su capacidad para avanzar en el trabajo sobre la violencia contra las mujeres, y estas limitaciones deben abordarse continuamente.

## PARTIDAS PRESUPUESTARIAS NACIONALES DE SALUD PARA ABORDAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

La financiación en forma de asignación presupuestaria del sector de la salud a la violencia contra las mujeres es crucial para aplicar las políticas nacionales y garantizar que los sistemas de salud cuenten con los recursos necesarios para prevenir eficazmente a ese problema y darle respuesta. La asignación de recursos indica además un compromiso tanto de los encargados de formular las políticas como de los gestores y administradores de la atención de salud para abordar la violencia contra las mujeres (11). En consecuencia, la estrategia y plan de acción sobre la violencia contra las mujeres llama la atención sobre esta cuestión e incluye un indicador específico sobre el número de Estados Miembros con al menos una partida presupuestaria nacional de salud dedicada a apoyar la prevención y respuesta frente a la violencia contra las mujeres.

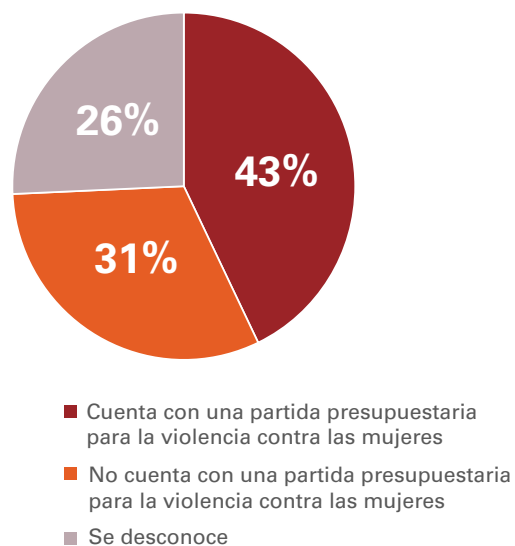
Basándose en los datos de las encuestas, como se muestra en la **figura 4**, solo el 43% de los Estados Miembros señalaron tener una partida presupuestaria dedicada a apoyar la prevención y respuesta frente a la violencia contra las mujeres. Esto es problemático dada la importancia del financiamiento para una respuesta sólida del sistema de salud a la violencia contra las mujeres y representa un ámbito de trabajo futuro para las Américas (11).

**Figura 3.** Número de Estados Miembros que disponen de una unidad o un coordinador responsables de la violencia contra las mujeres adscritos al ministerio de salud



*Nota:* estos datos se tomaron de una encuesta de la OPS entre todos los Estados Miembros llevada a cabo en diciembre del 2020. "Se desconoce" indica que el Estado Miembro no respondió a la encuesta o a una pregunta.

**Figura 4.** Número de Estados Miembros cuyos presupuestos nacionales de salud incluyen una o más asignaciones presupuestarias específicas para apoyar la prevención y respuesta frente a la violencia contra las mujeres



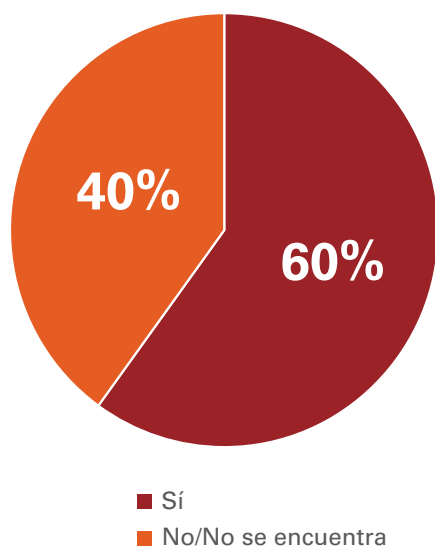
*Nota:* estos datos se tomaron de una encuesta de la OPS entre todos los Estados Miembros llevada a cabo en diciembre del 2020. Si el Estado Miembro no respondió a la encuesta, se considera que la respuesta "se desconoce".

### 3.2 MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LAS SOBREVIVIENTES DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

El sistema de salud desempeña un papel clave en la respuesta a la violencia a través de la prestación de atención de apoyo inmediata y continua (11). Las sobrevivientes de la violencia suelen mencionar al personal de salud como el primer contacto profesional al que acudirían en busca de ayuda. Además, los datos sugieren que, incluso cuando el resultado de la violencia no sea el motivo de consulta, las sobrevivientes acuden a los servicios de salud con más frecuencia que otras mujeres. Por lo tanto, es imperativo que los sistemas de salud estén preparados para ofrecer a las sobrevivientes una atención y un apoyo integrales que respondan a sus necesidades físicas, emocionales, de seguridad y de apoyo. Si la interacción entre la sobreviviente y el servicio de salud es positiva, es más probable que las mujeres regresen a buscar ayuda a esos servicios y tal vez los recomienden a otras.

Los servicios de salud pueden actuar como puerta de entrada a otros servicios esenciales, incluidos los de otros sectores. Esto se destaca en la estrategia y plan de acción, que incluye una línea estratégica de acción sobre el fortalecimiento de la capacidad de los sistemas de salud para proporcionar atención y apoyo eficaces a las mujeres que han sufrido violencia sexual o de pareja.

**Figura 5.** Estados Miembros que cuentan con procedimientos operativos estandarizados, protocolos o directrices nacionales para la respuesta del sistema de salud a la violencia contra las mujeres



#### PROTOCOLOS DEL SECTOR DE LA SALUD SOBRE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Un hito para una respuesta sólida del sistema de salud a la violencia contra las mujeres es la existencia de al menos un protocolo del sector de la salud que aborde ese problema, en el que se ofrezca información sobre los servicios y la atención que se presten a las sobrevivientes de la violencia. Esos protocolos son herramientas cruciales para guiar la prestación de servicios de salud de buena calidad. Proporcionan una guía estandarizada que garantiza la coherencia entre las personas, los entornos y a lo largo del tiempo. Los protocolos también pueden ser útiles para orientar la capacitación y el desarrollo profesional del personal de salud, ya que esos documentos a menudo establecen la expectativa de la respuesta del sistema de salud a las sobrevivientes de violencia. Los países pueden contar con uno o varios protocolos nacionales del sector de la salud sobre violencia contra las mujeres centrados en formas específicas de violencia, entornos o grupos específicos de sobrevivientes.

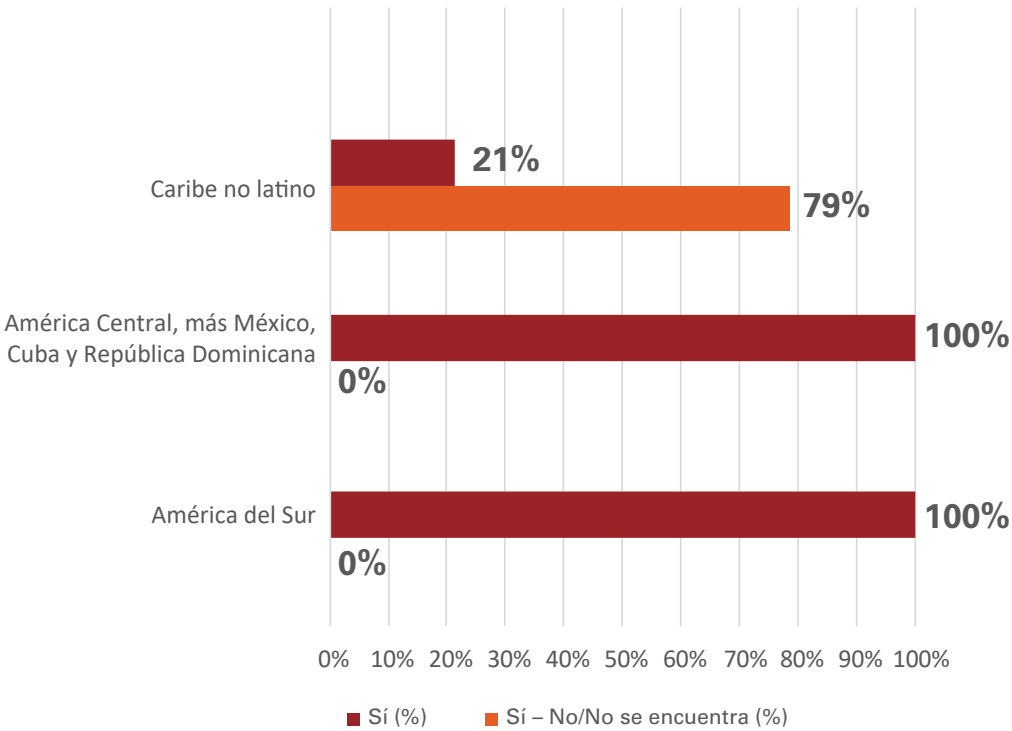
Como se señala en la figura 5, el 60% de los Estados Miembros cuenta con procedimientos operativos estandarizados, protocolos o directrices nacionales para la respuesta del sistema de salud a la violencia contra las mujeres.

## ANÁLISIS SUBREGIONAL DE LA DISPONIBILIDAD DE PROTOCOLOS DEL SECTOR DE LA SALUD SOBRE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

La disponibilidad de protocolos del sector de la salud sobre violencia contra las mujeres varía significativamente de una subregión a otra. Como se observa en la **figura 6**, en América Central, además de México, Cuba, República Dominicana y América del Sur, el 100% de los Estados Miembros cuentan con un protocolo del sector de la salud para abordar la violencia contra las mujeres. El nivel de detalle varía, pero este es un logro importante para proporcionar orientación a los gestores de sistemas de salud y los proveedores de servicios de salud. Sin embargo, solo el 21% de los Estados Miembros del Caribe no latino cuentan con un documento de este tipo. Por consiguiente, es importante seguir trabajando para mejorar estas cifras, utilizando algunas de las directrices clínicas y de política claves de la OPS/OMS (26).

Dado el papel central de estos protocolos para facilitar una respuesta sólida del sistema de salud a la violencia contra las mujeres, en la estrategia y plan de acción, así como en el Plan Estratégico de la OPS, se han incluido indicadores relacionados sobre su existencia. Es de vital importancia que esos protocolos no solo existan, sino que se fundamenten en la mejor evidencia disponible (26). En consecuencia, en la siguiente sección se examina el contenido de los protocolos de acuerdo con los indicadores de calidad seleccionados.

**Figura 6.** Análisis subregional de la disponibilidad de protocolos del sector de la salud sobre la violencia contra las mujeres



## RECUADRO 11.

### Indicios que pueden estar asociados con la violencia

El personal de salud debe sospechar de violencia si observa lo siguiente:

- traumatismos que se repiten o no tienen una explicación clara
- problemas persistentes de salud emocional, como estrés, ansiedad o depresión
- comportamientos nocivos, como el consumo de alcohol o drogas
- pensamientos, planes o actos de autolesión o suicidio (o intento de suicidio)
- infecciones de transmisión sexual reiteradas
- embarazos no deseados
- dolor o afecciones crónicas inexplicables
- consultas repetidas sin un diagnóstico claro
- una pareja invasiva durante las consultas de salud
- falta de acudir a citas médicas
- problemas emocionales y de comportamiento en los niños

## INDICADORES CLAVE DEL CONTENIDO DE LOS PROTOCOLOS DEL SECTOR DE LA SALUD SOBRE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

### INDAGACIÓN CLÍNICA Y EL TAMIZAJE UNIVERSAL

Los servicios de salud son un lugar crítico para la detección de la violencia. Cuando las personas en riesgo de violencia o que sufren violencia se detectan de manera oportuna, se les puede ofrecer la ayuda necesaria y apropiada, colaborando en prevenir la repetición o la escalada de violencia. En las directrices clínicas y de política de la OMS, el método de detección universal se define como la evaluación a gran escala de grupos de población completos para detectar a las personas que han sufrido violencia (26). Un ejemplo de tamizaje universal es preguntar sobre su experiencia de violencia a cada mujer que entra en contacto con los servicios de salud para solicitar atención. La evidencia sugiere que no se recomienda el tamizaje universal (26)<sup>4</sup>. Si bien en ciertos entornos se ha evidenciado que en algunos casos este método aumenta la detección, la evidencia demuestra que no incrementa las derivaciones a los servicios de apoyo ni sirve para reducir la violencia de pareja (43).

Las directrices de la OMS recomiendan la indagación selectiva o clínica para detectar a las mujeres que sufren violencia y acuden a los establecimientos de salud (26). Esto implica que, basándose en las condiciones en que se presenta la mujer para recibir atención o servicios, su historia clínica y, cuando corresponda, su examen, el trabajador o la trabajadora de salud le pregunte sobre las experiencias de violencia (véase el recuadro 11).

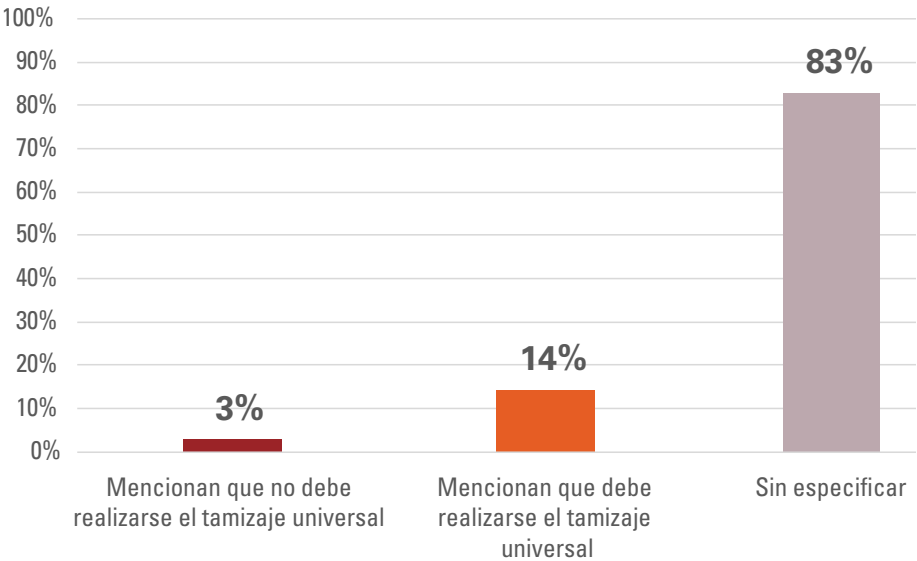
Como se observa en la figura 7, solo el 3% de los Estados Miembros advierten explícitamente contra el tamizaje universal de la violencia de pareja (véase un ejemplo en el recuadro 12). La mayoría de los Estados Miembros (83%) no señalaron si debía realizarse o no el tamizaje universal. Dado el importante papel que desempeña el personal de salud en la detección de la violencia, no solo para facilitar el acceso a la atención médica oportuna sino también para la derivación a otros servicios esenciales, la falta de una formulación explícita y, lo que es más importante, de orientaciones clínicas sobre esta cuestión es preocupante, ya que deja en manos del trabajador o la trabajadora, el establecimiento o la situación particulares la toma de decisiones con respecto a los procedimientos para detectar la violencia contra las mujeres. Además, el 14% de los Estados Miembros recomiendan el tamizaje universal, que actualmente no está respaldado por la evidencia.

Las directrices existentes basadas en la evidencia recomiendan la indagación clínica como la mejor estrategia para detectar los casos actuales (o pasados) de violencia hacia las mujeres. Solo tres Estados Miembros (9%) incluyen explícitamente referencias a este enfoque para la detección de la violencia en sus protocolos del sector de la salud sobre violencia contra las mujeres (véase la

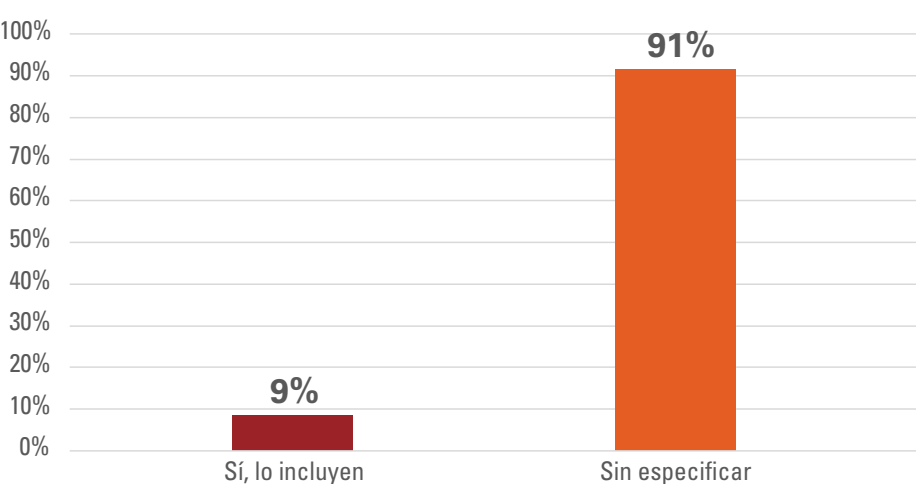
4 Hay algunas excepciones a esta recomendación, ya que la OMS aconseja realizar el tamizaje universal en ciertos servicios y circunstancias, incluida la atención prenatal, las pruebas y el asesoramiento sobre el VIH, así como entre las mujeres con síntomas o trastornos de salud mental (depresión, ansiedad, trastorno de estrés posttraumático, autolesiones/intentos de suicidio).

figura 8). Otros cuatro Estados Miembros mencionaron la indagación clínica en su política nacional de salud o multisectorial sobre violencia contra las mujeres. Si bien la inclusión de una mención a la indagación clínica en un documento de política, en comparación con el protocolo del sector de la salud sobre violencia contra las mujeres, es un primer paso prometedor, es importante que se incluya un texto similar en los protocolos y herramientas clínicas que a menudo son el primer punto de referencia para el personal de salud y la base para la creación de capacidad del sistema de salud. Las considerables brechas en cuanto a la referencia a la indagación clínica en los protocolos de la Región son una cuestión importante que en el futuro los Estados Miembros deberían abordar en colaboración con la OPS.

**Figura 7.** Estados Miembros que cuentan con un protocolo del sector de la salud sobre violencia contra las mujeres que hace referencia al tamizaje universal



**Figura 8.** Estados Miembros que cuentan con un protocolo del sector de la salud sobre violencia contra las mujeres que hace referencia a la indagación clínica



**RECUADRO 12.**  
Referencia al tamizaje universal (Uruguay)

En sus directrices del 2018 sobre la atención médica destinada a mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual, el Uruguay cita la recomendación de la OMS de no realizar un tamizaje universal y en su lugar llevar a cabo una indagación clínica, sobre la base de la presentación de ciertos traumatismos y síntomas (19).

*“La OMS alienta a los equipos de salud a mencionar el tema a todas aquellas mujeres que presenten lesiones o trastornos que puedan estar relacionados con la violencia, si bien las directrices del 2013 no recomiendan el método de detección universal o de indagación sistemática.” (pág. 31).*

Referencia: Ministerio de Salud, Uruguay. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. 2018 [consultado el 6 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Manual%20Clinico%20SNIS%20MSP%202018.pdf>

## RECUADRO 13. Confidencialidad y privacidad

La confidencialidad y privacidad no son conceptos nuevos en la atención de salud. Son principios fundamentales de derechos humanos, y muchos sistemas de salud ya los consagran para todos sus pacientes. A la hora de prestar atención a las sobrevivientes de violencia, es fundamental que los establecimientos de salud les garanticen la confidencialidad y privacidad para alentarlas a revelar que han sufrido violencia. Esto también es crucial para la seguridad de las sobrevivientes, ya que las filtraciones pueden ponerlas en riesgo de violencia adicional o exponerlas al estigma y discriminación.

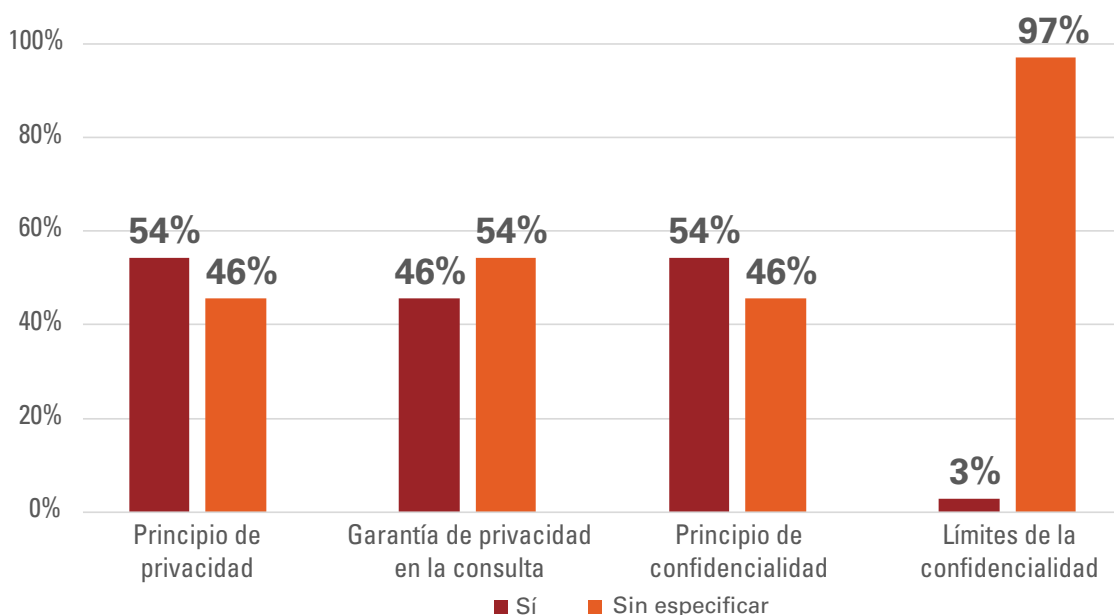
### CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD

Dos aspectos importantes para garantizar que las sobrevivientes de la violencia contra las mujeres reciban atención médica de calidad son la confidencialidad y privacidad (véase el recuadro 13).

Cuando se revisan los documentos de política en lo que se refiere a la confidencialidad y privacidad, debemos observar lo siguiente: primero, si el texto explica ampliamente la privacidad, y si los protocolos del sector de la salud sobre violencia contra las mujeres incluyen una referencia explícita al mantenimiento de la privacidad durante las consultas médicas. En el texto debe mencionarse el principio de la confidencialidad, por ejemplo, en relación con la prestación de servicios de salud de calidad. También es importante que se mencione explícitamente cualquier limitación en la confidencialidad, por ejemplo, en el caso de requisito de notificación obligatoria, para que el trabajador de salud que utiliza el protocolo pueda orientar su enfoque hacia la sobreviviente. La inclusión de estos detalles puede ayudar a evitar cualquier posible malentendido o mala interpretación de los principios y a garantizar que la confidencialidad y privacidad se apliquen en la práctica.

Como se observa en la figura 9, el 54% de los Estados Miembros reconoce la confidencialidad y privacidad como aspectos importantes de la atención, y el 46% declara explícitamente que durante la consulta con una sobreviviente de violencia debe garantizarse la privacidad. Si bien esto pone de manifiesto un nivel considerable de reconocimiento de estos principios en la Región, solo un Estado Miembro (3%) señaló la importancia de subrayar los límites de la confidencialidad.

**Figura 9.** Mención de la confidencialidad y privacidad en los protocolos del sector de la salud de los Estados Miembros sobre violencia contra las mujeres



Tanto en el caso de la privacidad como de la confidencialidad, mencionar los principios relacionados con la violencia contra las mujeres es un paso importante, pero no es suficiente. Más de la mitad de los Estados Miembros refirieron la privacidad como un principio, pero la medida en que se explicaba ese principio variaba sustancialmente entre ellos. De los 19 países que lo incluyeron, ocho se refirieron a él en una oración o declaración, y a menudo señalando la importancia de la confidencialidad y privacidad. El Salvador fue un poco más allá en sus directrices técnicas del 2019 sobre la atención de las personas afectadas por la violencia (véase el **recuadro 14**).

Por lo que se refiere a la inclusión de la importancia de la privacidad durante la consulta, los 16 Estados Miembros que cumplieron este indicador aportaron información mucho más exhaustiva. Si bien el lenguaje utilizado difiere entre documentos y países, los detalles adicionales proporcionados por esos países fueron útiles, ya que esclarecieron el significado del principio y facilitaron su aplicación por parte de los servicios de salud y el personal de salud en la práctica. En los **recuadros 15 a 17** infra figuran algunos ejemplos de buenas prácticas.

Con respecto a la confidencialidad, y de manera similar a la privacidad, este principio se mencionó con mayor frecuencia brevemente y en relación con otros principios (como el apoyo de primera línea). Sólo tres Estados Miembros mencionaron los límites de la confidencialidad (véanse los **recuadros 20 y 21**). Los límites de la confidencialidad están relacionados con situaciones de notificación obligatoria, que un número mucho mayor de Estados Miembros incluyó (n=13). Si la ley estipula la obligación de notificar, lo que generalmente no se recomienda para las sobrevivientes adultas, es importante que los Estados Miembros instruyan al personal de salud sobre cómo exponer los límites de la confidencialidad con las sobrevivientes. Sin estas indicaciones, la confidencialidad puede verse violada inadvertidamente, lo que puede poner en mayor riesgo de daño a la sobreviviente.

### **RECUADRO 15. Directrices técnicas para la atención de mujeres que sufren violencia sexual (2016) (Chile)**

*"Es necesario respetar el pudor de la persona, realizando el examen en condiciones de privacidad suficiente y siempre con la presencia de otra persona del servicio de urgencia, profesional o técnico. Se debe incorporar a un acompañante de la víctima, si esta así lo solicita." (pág. 38)*

*Referencia:* Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Norma General Técnica para la Atención de Víctimas de Violencia Sexual. 2016 [consultado el 6 de octubre del 2022]. Disponible en: [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2016/10/NT\\_VICTIMAS-VIOLENCIA-SEXUAL\\_web.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/10/NT_VICTIMAS-VIOLENCIA-SEXUAL_web.pdf)

### **RECUADRO 14.**

#### **Directrices técnicas sobre atención de la salud (El Salvador)**

Al referirse a las sobrevivientes de violencia sexual, las directrices nacionales mencionan:

*"La médica o médico que asista a la mujer afectada, debe hacerlo respetando sus derechos humanos, en un ambiente de privacidad, respeto y confidencialidad, manteniendo su ética profesional." (pág. 74)*

Esta declaración va más allá de una mera mención de la privacidad para situarla como un aspecto importante de los derechos humanos y la ética profesional para los médicos.

*Referencia:* Ministerio de Salud de El Salvador, Lineamientos técnicos de atención integral en salud de las personas afectadas por violencia. 2019 [consultado el 6 de octubre del 2022]. Disponible en: [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos\\_lineamientosatencionintegralpersonasafectadasviolencia2019.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos_lineamientosatencionintegralpersonasafectadasviolencia2019.pdf)

### **RECUADRO 16.**

#### **Protocolo de respuesta y denuncia frente a la violencia doméstica y sexual (Saint Kitts y Nevis)**

*"Los denunciantes de violencia doméstica y sexual tienen derecho, entre otras cosas, a lo siguiente: a) Privacidad durante todas las intervenciones, incluida la evaluación por la enfermera, el examen médico, el asesoramiento y la recopilación de pruebas." (pág. 11)*

*Referencia:* Gobierno de Saint Kitts y Nevis. Domestic and sexual violence complaints and response protocol. No se encuentra en línea.



## RECUADRO 17. Protocolo para el manejo clínico de la violencia sexual (2020) (República Bolivariana de Venezuela)

*“De fácil acceso, con una sala de espera dispuesta de tal forma que ofrezca la privacidad necesaria y a su vez fácil acceso a otros servicios que pudieran derivarse del diagnóstico inicial, tales como cirugía y hospitalización.” (pág. 12); “La historia clínica y la evaluación física deben realizarse en un ambiente tranquilo y con privacidad, considerándose los elementos individuales propios de la víctima, tales como sexo, edad, nivel de instrucción, idioma a través del cual se comunica, posibles limitaciones cognitivas, discapacidades entre otros factores, con el propósito de generar vínculos de comunicación adecuados, que permitan un posterior manejo clínico, forense y terapéutico acorde, evitando así la revictimización.” (pág. 17)*

*Referencia:* Ministerio del Poder Popular para la Salud, Venezuela. Protocolo para el manejo clínico de la violencia sexual. 2020 [consultado el 7 de octubre del 2022]. Disponible en: [https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/protocolo\\_nacional\\_manejo\\_clinico\\_de\\_violencia\\_sexual\\_1.pdf](https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/protocolo_nacional_manejo_clinico_de_violencia_sexual_1.pdf)

## RECUADRO 18. Manual de atención integral a mujeres que sufren violencia de pareja, sexual y por razones de género en el sistema de salud (Paraguay)

En el Manual de Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar, Sexual y de Género en el Sistema de Salud del Paraguay (2021), el principio de confidencialidad se incluye en un contexto más amplio de comunicación efectiva y atención sensible, que va más allá de una mera mención de la misma.

*“Una comunicación efectiva se basa en la escucha responsable; por lo que ESCUCHAR – MIRAR • Significa dejar hablar libremente a la persona. • Significa percibir tanto el contenido como los sentimientos. • Requiere sensibilidad. • Ayuda a establecer la confianza entre las partes. • Implica mantener contacto visual (mirar – ser visto – ser oído). CONSIDERACIONES FINALES Respete: El derecho de las personas a la confidencialidad. Guía: No brinde consejos o diga qué debe hacer la persona. Evite: Hacer juicios de valor sobre lo que oye, no juzgue, no critique.” (pág. 105)*

*Referencia:* Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay. Manual de Atención Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar, Sexual y de Género en el Sistema de Salud. 2021 [consultado el 7 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/31%20Manual%20Atencion%20Violencia%20Intrafamiliar%20y%20de%20Genero.pdf>

## RECUADRO 19. Norma nacional de salud para la atención integral a personas en situación de violencia (Costa Rica)

Costa Rica también ha fortalecido la referencia a la confidencialidad para las sobrevivientes. En el protocolo nacional, la confidencialidad de la información, especialmente en los casos en que la seguridad está en riesgo, está explícitamente consagrada:

*“Garantizar la confidencialidad de la información brindada por las personas víctimas de violencia atendidas, principalmente en aquellos casos en los que prive el resguardo de la vida y el patrimonio, así como la seguridad de la persona.” (pág. 28)*

*Referencia:* Ministerio de Salud, Costa Rica. Norma nacional para la atención integral a personas en situación de violencia en los servicios de salud. 2019 [consultado el 7 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms//media/digitales/Norma%20nacional%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20integral%20a%20personas%20en%20situaci%C3%B3n%20de%20violencia%20en%20los%20servicios%20de%20salud-1.pdf>



## RECUADRO 20. Principio y límites de la confidencialidad (Granada)

En Granada, los procedimientos operativos estandarizados del sector de la salud sobre la violencia por razones de género, publicados en el 2014, incluyen una referencia a la importancia de la confidencialidad y algunas de sus limitaciones.

*“La confidencialidad es una parte importante en el desarrollo de la confianza en una relación. En los casos de violencia doméstica y abuso sexual, la confidencialidad no es solo una cuestión de privacidad sino también de seguridad. Los códigos de práctica requieren que todos los profesionales consideren cuidadosamente sus obligaciones jurídicas y éticas en lo que respecta a la confidencialidad del paciente.*

*Los pacientes deben comprender que el profesional de la salud puede tener la obligación jurídica y profesional de notificar el caso y revelar a las autoridades la información recibida durante el curso de la consulta, incluso en ausencia de su consentimiento (OMS, 2003). La cuestión de la confidencialidad debe hablarse con el paciente para asegurar que este entienda su significado en el contexto de la prestación de servicios de salud, y que conozca las leyes, protocolos y procedimientos operativos pertinentes.” (pág. 52)*

*Referencia:* Ministerio de Salud y Seguridad Social y Ministerio de Desarrollo Social y Vivienda, Granada. Health Care Sector Standard Operating Procedures for Gender-Based Violence. 2014.

## RECUADRO 21. Principio y límites de la confidencialidad (Trinidad y Tabago)

El protocolo del 2021 del sector de la salud de Trinidad y Tabago sobre violencia contra las mujeres y las directrices clínicas y políticas nacionales sobre violencia de pareja y violencia sexual de ese país (National Clinical and Policy Guidelines on Intimate Partner Violence and Sexual Violence: Trinidad and Tobago, 2022) incluyen información clara sobre el principio y los límites de la confidencialidad.

*“La confidencialidad es un componente crucial de la atención a las sobrevivientes de violencia. Se debe mantener la confidencialidad de los registros de salud, por ejemplo, manteniendo dichos documentos y cualquier nota pertinente en un lugar seguro y no en cualquier lugar donde alguien pueda verlos o acceder a ellos.*

*Es importante que la sobreviviente sea informada de cualquier límite a la confidencialidad al comienzo de su interacción con el proveedor de atención de salud. No es correcto que se le pida a la sobreviviente que revele y comparta su experiencia en un espacio seguro pero luego se le informe de que no se puede mantener la confidencialidad. Las sobrevivientes siempre deben ser informadas sobre los datos que se están compartiendo, con quién y por qué” (6).*

Esta información ayudará a los proveedores de servicios de salud a interactuar con las pacientes de tal manera que les brinde apoyo y esté centrada en ellas, y a proporcionarles la orientación pertinente sobre los límites de la confidencialidad.

*Referencia:* Ministerio de Salud, Trinidad y Tabago. National Clinical and Policy Guidelines on Intimate Partner Violence and Sexual Violence: Trinidad and Tobago. 2022.

## RECUADRO 22.

### Apoyo de primera línea para sobrevivientes de violencia

El apoyo de primera línea implica cinco tareas simples, como se resume en las letras de la palabra "ANIMA":

**A**tención al escuchar

**N**o juzgar y validar

**I**nformarse sobre las necesidades y preocupaciones

**M**ejorar la seguridad

**A**poyo

*Referencia:* Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico 2014 [consultado el 10 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31381/QPSFGL16016-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

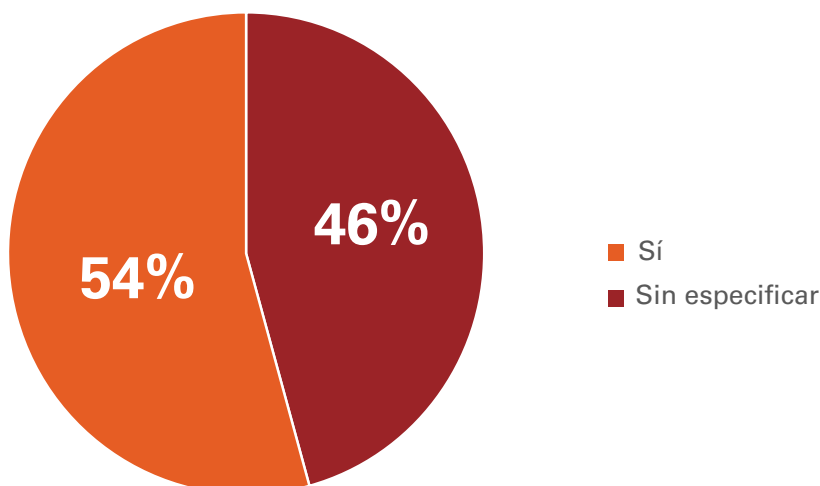
## APOYO DE PRIMERA LÍNEA

La evidencia indica que el apoyo de primera línea es una de las intervenciones de atención más importantes que se pueden proporcionar a las sobrevivientes de violencia. De acuerdo con las directrices de la OMS, debe sopesarse el nivel mínimo de atención e incluir atención práctica que responda a las necesidades emocionales, físicas, de seguridad y de apoyo de una mujer, sin interferir en su privacidad. Lo ideal sería que el apoyo de primera línea se prestara en el primer punto de contacto, ya que no requiere necesariamente muchos recursos ni mucho tiempo (véase el **recuadro 22**)<sup>5</sup>.

Como se observa en la **figura 10**, el 54% de los Estados Miembros incluyó alguna mención del apoyo de primera línea en sus protocolos del sector de la salud sobre violencia contra las mujeres. Otros once Estados Miembros introdujeron el apoyo de primera línea en otros tipos de documentos. Sin embargo, dado que los protocolos tienden a ser el principal documento de referencia para el personal de salud en entornos clínicos, y que a menudo son la base para el fomento de la capacidad, el porcentaje relativamente bajo que cumple con este indicador sugiere que se necesita trabajar más para fortalecer la atención al apoyo de primera línea y las orientaciones pertinentes en los protocolos de la Región.

Los **recuadros 23 a 25** proporcionan algunos ejemplos de buenas prácticas sobre cómo los protocolos seleccionados incluyeron referencias al apoyo de primera línea, estableciendo una base importante para una respuesta de calidad del sistema de salud a las sobrevivientes de violencia.

**Figura 10.** Estados Miembros con políticas de salud que mencionan el apoyo de primera línea (o algún aspecto del mismo) en sus protocolos del sector de la salud sobre violencia contra las mujeres



5 Para el indicador de apoyo de primera línea se adoptó un enfoque muy amplio, dada la variación en las formas en que los Estados Miembros lo incluyen. Una mención de uno de los siguientes cuatro componentes sería incluso suficiente, como "Sí, incluido": 1. Proporcionar atención y apoyo prácticos, que respondan a las preocupaciones de una sobreviviente, pero que no interfieran en su autonomía; 2. Escucharla sin presionarla para que responda o revele información; 3. Ofrecerle consuelo y apoyo para aliviar o reducir su ansiedad; y 4. Ofrecerle información y ayudarla a entrar en contacto con los servicios y el apoyo social.

## RECUADRO 23. Apoyo de primera línea (Panamá)

En el Manual de normas y procedimientos para la atención integral de la violencia y promoción de formas de convivencia solidaria en el sistema de salud, Panamá incluye una referencia explícita a LIVES/ANIMA, junto con una descripción de algunos elementos importantes, y una explicación del acrónimo en sí.

*“Preguntas para la atención”*

*Las siguientes son algunas preguntas sencillas y directas que pueden usarse como punto de partida y que muestran que usted está interesado en escuchar acerca de los problemas de la mujer. Según lo que ella responda, siga indagando y escuchando su relato. Si responde afirmativamente a cualquiera de estas preguntas, ofrézcale apoyo de primera línea “ANIMA.” (pág. 71)*

*Referencia:* Ministerio de Salud, Panamá. Manual de normas y procedimientos para la atención integral de la violencia y promoción de formas de convivencia solidaria en el sistema de salud. 2019 [consultado el 7 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/31%20Manual%20Atencion%20Violencia%20Intrafamiliar%20y%20de%20Genero.pdf>

## RECUADRO 24. Apoyo de primera línea (Guatemala)

El Protocolo de Guatemala del 2019 para la atención a las sobrevivientes de violencia sexual incluye una referencia explícita a LIVES/ANIMA, y señala que este enfoque debe usarse para responder a las necesidades físicas, emocionales y de seguridad de las mujeres que sufren violencia sexual. (23)

*“5.2.2 Apoyo de primera línea (ANIMA) para mujeres Utilice «ANIMA» (37) como una intervención para la atención de mujeres VSVS. Esta técnica provee atención práctica y responde a las necesidades de la mujer, tanto emocionales como físicas y de seguridad, así como apoyo sin invadir su privacidad.” (pág. 63)*

*Referencia:* Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala. Protocolo de atención a víctimas/sobrevivientes de violencia sexual. 2019. Disponible en: [https://guatemala.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ProtocoloVS\\_FINAL\\_baja%20%281%29.pdf](https://guatemala.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ProtocoloVS_FINAL_baja%20%281%29.pdf) [consultado el 6 de octubre del 2022].

## RECUADRO 25. Apoyo de primera línea (Nicaragua)

En las Normas y protocolos para la prevención, detección y atención de la violencia intrafamiliar y sexual, Nicaragua menciona aspectos importantes para el apoyo psicosocial muy en consonancia con LIVES/ANIMA o con el apoyo de primera línea. (24)

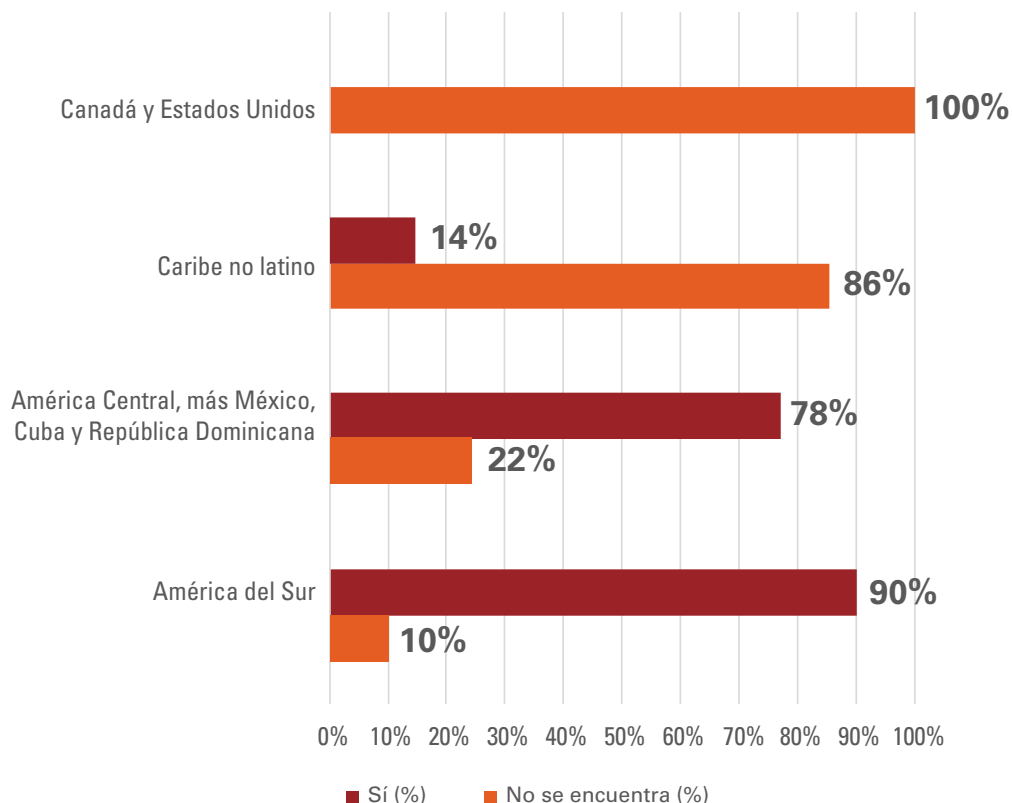
*“IX. 2. C. Atención Psicosocial -La entrevista psicosocial tendrá aspectos esenciales como: privacidad, confidencialidad, ambiente de confianza y de comunicación, preferiblemente no hacer preguntas, más bien pedir el relato de lo ocurrido. Como regla general no culpabilizar, no juzgar, ni insinuar que está mintiendo y respetar sus decisiones. -La psicóloga o trabajadora social asignada, tendrá la responsabilidad de valorar el riesgo y definir con la persona abusada la red de apoyo y el plan de seguridad de esta.” (pág. 118).*

*Referencia:* Ministerio de Salud, Nicaragua. Normas y Protocolos para la Prevención, Detección y Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual. 2009 [consultado el 7 de octubre del 2022]. Disponible en: [https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/N\\_031\\_AM\\_325\\_2009\\_Norma\\_Prot\\_Prev\\_Detec\\_yAten\\_Violencia.6784.pdf](https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/N_031_AM_325_2009_Norma_Prot_Prev_Detec_yAten_Violencia.6784.pdf)

Por lo que se refiere a la inclusión del apoyo de primera línea en los protocolos del sector de la salud sobre violencia contra las mujeres, como se muestra en la **figura 11** se observa que América del Sur está teniendo un buen comportamiento, ya que el 90% de los Estados Miembros incluyen algún aspecto del apoyo de primera línea. Esto se debe probablemente a que todos los Estados Miembros de esta subregión cuentan con protocolos del sector de la salud sobre violencia contra las mujeres, habida cuenta de que en caso de que no lo tuviera un Estado Miembro no cumpliría automáticamente este indicador.

En el caso de América Central, además de México, Cuba y República Dominicana, el 100% de los Estados Miembros tienen un protocolo del sector de la salud sobre violencia contra las mujeres, pero solo el 78% incluye apoyo de primera línea, lo que constituye un ámbito de oportunidad para cuando esos protocolos se actualicen/revisen o para cuando se publiquen otros nuevos. Para el Caribe no latino las cifras fueron muy bajas (14%), lo que da a entender la existencia de brechas significativas en ese ámbito. La brecha es particularmente notable dado que muchos países no tienen ningún protocolo para orientar la respuesta del sistema de salud. Esto representa una oportunidad importante para que los ministerios de salud de la subregión no solo elaboren protocolos del sector de la salud sobre violencia contra las mujeres, sino que también garanticen que esos protocolos se fundamenten en la evidencia disponible, con la inclusión de una referencia explícita al apoyo de primera línea.

**Figura 11.** Inclusión de algún aspecto del apoyo de primera línea en los protocolos del sector de la salud sobre violencia contra las mujeres, por subregión



## ASPECTOS IMPORTANTES DE LA ATENCIÓN CLÍNICA DESPUÉS DE UNA AGRESIÓN SEXUAL

La violencia sexual tiene enormes consecuencias para las mujeres y las niñas, ya que está asociada con una serie de secuelas para la salud sexual y reproductiva, como embarazos no deseados, abortos poco seguros y un mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. Los sistemas de salud desempeñan un papel importante para ayudar a mitigar estas consecuencias mediante el acceso oportuno a una atención clínica de alta calidad. Esto se reitera en la estrategia y plan de acción sobre violencia contra las mujeres, que incluye un indicador sobre la prestación de atención integral posviolación en consonancia con las directrices de la OMS<sup>6</sup>.

Como se muestra en la **figura 12**, alrededor de la mitad de los Estados Miembros (49%) señala que en caso de embarazo no deseado resultante de una violación debe proporcionarse anticoncepción de emergencia. En su protocolo del sector de la salud sobre violencia contra las mujeres, el 46% de los Estados Miembros indica que para prevenir el VIH debe proporcionarse PPE, mientras que la mitad (49%) menciona la necesidad de proporcionar profilaxis para las ITS. En cuanto al aborto sujeto a la legislación nacional, algo menos de un tercio de los Estados Miembros (29%) mencionó que este servicio debería estar disponible para las sobrevivientes de violencia sexual cuando como resultado de ella se produce un embarazo.

**Figura 12.** Estados Miembros con protocolos del sector de la salud sobre la violencia contra las mujeres que incluyen la anticoncepción de emergencia, el aborto, la profilaxis posterior a la exposición al VIH y la profilaxis para las ITS

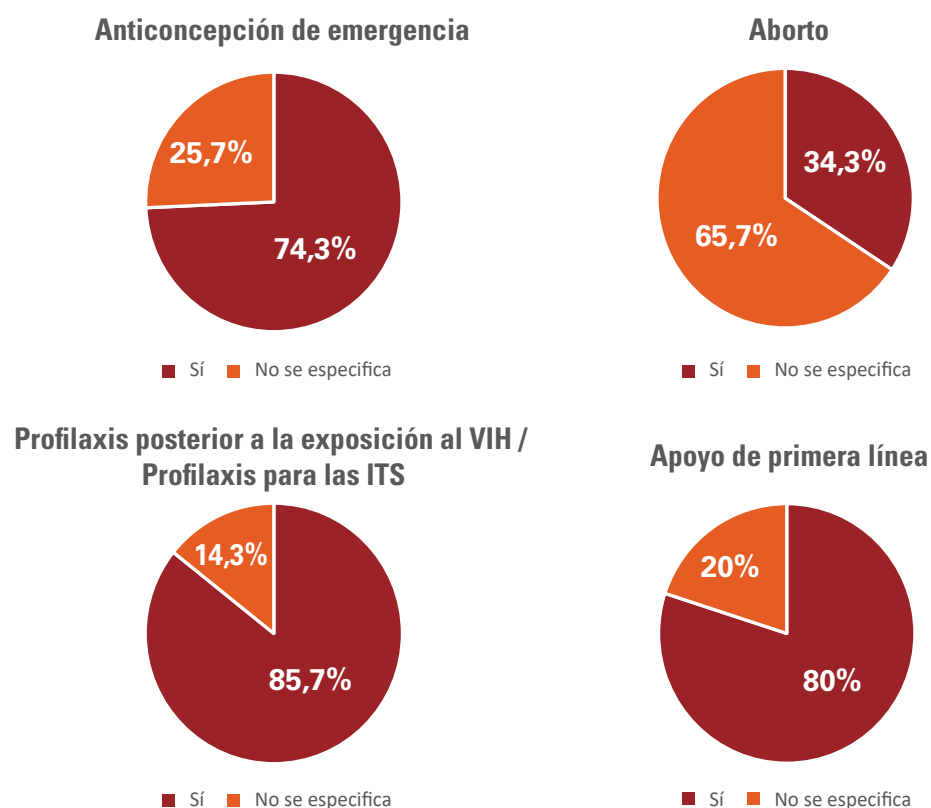


<sup>6</sup> Los servicios integrales de atención posviolación incluyen: a) apoyo de primera línea y primeros auxilios psicológicos; b) anticoncepción de urgencia para las mujeres que acuden a la consulta en un plazo de cinco días; c) derivación para practicar un aborto seguro si la mujer está embarazada como resultado de una violación, cuando estos servicios estén permitidos por la legislación nacional; d) tratamiento de infecciones de transmisión sexual o profilaxis posterior a la exposición al VIH, según los protocolos aplicables; y e) vacunación contra la hepatitis B.

Hubo algunas diferencias entre los datos sobre políticas y los datos de la encuesta del NCPI del ONUSIDA, como se observa en la **figura 13**. Alrededor de tres cuartas partes de los Estados Miembros respondió que la anticoncepción de emergencia está incluida en sus políticas, lo que es significativamente más alto de lo que encontramos, y puede explicarse por el hecho de que limitamos nuestra búsqueda documental a los protocolos del sector de la salud sobre violencia contra las mujeres. El porcentaje de Estados Miembros que respondieron que incluían apoyo de primera línea también fue mucho mayor en los datos de la encuesta del NCPI (el 80% frente al 54%).

En general, tal como se observa en el **cuadro 5**, todos los Estados Miembros de América del Sur y Centroamérica, además de México, Cuba y República Dominicana, proporcionaban al menos un elemento del conjunto de servicios de atención posterior a una violación. En el caso del

**Figura 13.** Países que informan contar con apoyo de primera línea, anticoncepción de emergencia, aborto, profilaxis posterior a la exposición al VIH y profilaxis para las ITS según los datos de la encuesta del instrumento de compromisos y políticas nacionales del ONUSIDA



*Fuente de los datos:* datos de la encuesta del Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN), que administra el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), del 2017 o el 2019 (según la disponibilidad para cada país)

Caribe no latino y Canadá y Estados Unidos, solamente el 64% y el 50% (respectivamente) de los Estados Miembros proporcionaban un elemento de estos servicios. Esta situación se debe abordar de manera urgente, dada la importancia de prestar atención oportuna e integral posterior a la violación para mitigar las consecuencias para la salud que pueden resultar de la violencia sexual.

## EVALUACIÓN, TRATAMIENTO Y DERIVACIÓN DE SALUD MENTAL

La violencia contra las mujeres está asociada con una variedad de consecuencias para la salud mental a corto, mediano y largo plazo, entre las que se encuentran la depresión, el estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad, dificultades para dormir, trastornos alimentarios y mayor riesgo de suicidio o de lesiones autoinfligidas. Por ejemplo, un análisis de la OMS encontró que las mujeres que han sufrido violencia por parte de la pareja tenían casi el doble de probabilidad de depresión y un consumo mayor de alcohol.

Por eso, es fundamental que las sobrevivientes de la violencia reciban atención de salud mental adecuada para apoyar su recuperación a corto y largo plazo. El apoyo de primera línea se basa en los primeros auxilios psicológicos y puede satisfacer de forma considerablemente las necesidades de atención emocional o mental de una sobreviviente. Se puede brindar más apoyo a las sobrevivientes fortaleciendo los métodos de afrontamiento positivos, enseñando a reducir el estrés y mediante el apoyo social. Estas intervenciones ayudarán a algunas sobrevivientes a recuperarse rápidamente; en el caso de las personas con afecciones subyacentes de salud mental, pueden requerir más atención. Dado el impacto de la violencia en la salud mental y emocional de la sobreviviente, así como en su bienestar, es importante llevar a cabo una evaluación para detectar posibles necesidades de salud mental, y ofrecer o derivar para apoyo adicional según sea necesario.

**Cuadro 5.** Proporción de subregiones que proporcionan al menos un elemento del conjunto de servicios de atención posterior a la violación (de conformidad con las directrices de la OMS)

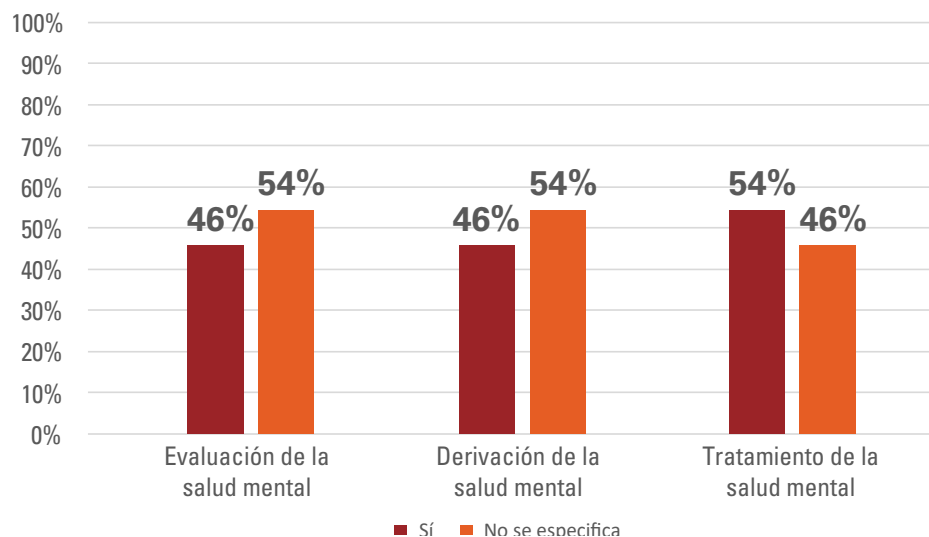
Región o subregión	Sí (porcentaje)	No/No se ha completado la encuesta (porcentaje)
Región de las Américas	83	17
Canadá y Estados Unidos	50	50
Caribe no latino	64	36
Centroamérica, México, Cuba y República Dominicana	100	0
América del Sur	100	0

Fuente *de los datos*: datos de la encuesta del Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN), que administra el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA); datos del 2017 o el 2019 (según la disponibilidad para cada país)

Los resultados muestran que el 54% de los Estados Miembros hacen referencia a la evaluación de la salud mental en sus protocolos, el 54% incorpora el tratamiento de la salud mental y el 46% menciona específicamente la derivación a servicios especializados de salud mental (véase la **figura 14**). Estos resultados reflejan la importancia de fortalecer la orientación para el personal de salud sobre cómo responder a las necesidades de salud mental de las sobrevivientes de violencia en la Región. Es especialmente relevante la atención en esta área, dado el impacto de la pandemia sobre el riesgo de violencia y sobre la salud mental de las poblaciones de la Región. Herramientas como mHGAP 2.0 y la orientación inminente de la OMS sobre atención de salud mental para las sobrevivientes de la violencia pueden ser recursos útiles para los países y asociados a medida que avanzan en la aplicación de esta agenda.

En reconocimiento de los vínculos estrechos entre la violencia y la salud mental, y de la importancia de proporcionar orientación detallada al personal de salud, algunos países de la Región han elaborado protocolos específicos sobre la prestación de atención de salud mental a las sobrevivientes de la violencia (véanse los **recuadros 26 y 27**).

**Figura 14.** Estados Miembros cuyos protocolos del sector de la salud sobre la violencia contra las mujeres hacen referencia a la evaluación, el tratamiento y la derivación en materia de salud mental





## RECUADRO 26. Evaluación, tratamiento y derivación de salud mental (El Salvador)

En el documento Lineamientos técnicos de atención integral en salud de las personas afectadas por violencia, publicado por El Salvador en el 2019, se define la relación entre los primeros auxilios psicológicos y la atención psicológica, así como la importancia de la derivación, cuando es necesario.

### *“Atención psicológica*

*Si la mujer presenta alteraciones en su estado emocional, el personal de salud capacitado debe priorizar la atención brindando los primeros auxilios psicológicos, orientada a mejorar la salud emocional, la autoestima y el empoderamiento de la mujer. Si está en crisis, brindar la atención psicológica si se cuenta con el recurso especializado en el establecimiento, de lo contrario realizar la referencia de inmediato al hospital más cercano, para atención psicológica o psiquiátrica, según la condición de la paciente, además proporcionar atención psicológica a la familia y el seguimiento.” (pág. 71)*

*Referencia:* Ministerio de Salud, El Salvador. Lineamientos técnicos de atención integral en salud de las personas afectadas por violencia. 2019 [consultado el 7 de octubre del 2022]. Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientosatencionintegralpersonasafectadasviolencia2019.pdf>

## RECUADRO 27. Evaluación, tratamiento y derivación de salud mental (Perú)

En su Guía técnica para la atención de salud mental a mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja, Perú establece un protocolo específico para la atención de salud mental en casos de violencia de pareja. La Guía especifica lo siguiente con respecto a la evaluación, el tratamiento y la derivación:

*“b) Diagnóstico: -El diagnóstico es realizado por el personal de salud especializado o personal capacitado. -Posteriormente a la evaluación de la salud física y mental se realiza el diagnóstico establecido en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), explicando a la víctima de violencia los hallazgos encontrados, así como el tratamiento que requiera. -Motivar a la víctima a que plantee sus dudas e inquietudes y clarifique cualquier información que se requiera, verificando que la persona haya comprendido la información. -Una vez realizado el diagnóstico se procede a brindar el tratamiento según las guías técnicas correspondientes. -Se consigna lo evaluado en la historia clínica y llena la ficha de evaluación de violencia de pareja o expareja (Anexo 9). -Según el caso, proceda a realizar la referencia y articulación intersectorial para asegurar la continuidad del tratamiento, remitiendo la documentación pertinente.” (pág. 23)*

*Referencia:* Ministerio de Salud, Gobierno de Perú. Guía técnica para la atención de salud mental a mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja; 2017 [consultado el 7 de octubre del 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3943.pdf>

## RECUADRO 28.

### Servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia

El Programa Mundial de las Naciones Unidas sobre Servicios Esenciales para las Mujeres y las Niñas sometidas a Violencia, desarrollado por ONU Mujeres, el FNUAP, la OMS, el PNUD y la ONUDD, define un conjunto de servicios esenciales y multisectoriales para todas las mujeres y niñas que han sufrido violencia de género. Incluye servicios esenciales de salud, policía, justicia y sociales que, al combinarse, pueden mitigar las consecuencias de la violencia, promover la salud y la seguridad de las mujeres y las niñas, ayudar en su recuperación y empoderamiento, y evitar que vuelva a producirse violencia. El conjunto incluye una gama de servicios de salud en consonancia con las orientaciones de la OMS, incluida la detección de sobrevivientes por los servicios de salud, apoyo de primera línea, atención clínica y tratamiento, incluida la atención posterior a la violación y la evaluación y atención de salud mental, y documentación médica y legal. Es fundamental que haya coordinación entre los servicios esenciales, lo cual incluye a los prestadores de servicios de salud y los prestadores de servicios de distintos sectores, para garantizar una atención y un apoyo integrales y centrados en las sobrevivientes.

*Referencia:* Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres), Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODD). Programa Mundial de las Naciones Unidas sobre Servicios Esenciales para las Mujeres y las Niñas sometidas a Violencia. 2015 [consultado el 10 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2015/12/essential-services-package-for-women-and-girls-subject-to-violence>

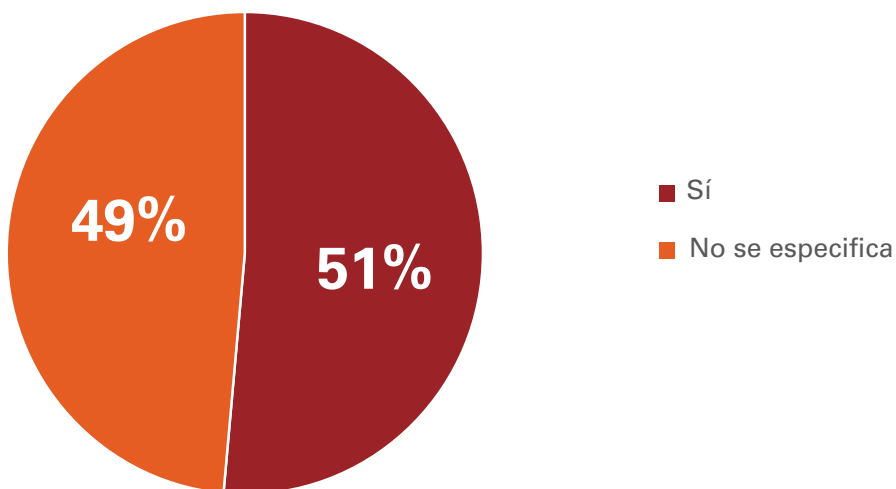
## DERIVACIONES FUERA DEL SISTEMA DE SALUD

Los servicios de salud no solo brindan atención vital y apoyo a las sobrevivientes de la violencia, sino que también desempeñan un papel único como puerta de entrada a otros servicios de apoyo esenciales. Dado que las necesidades de las sobrevivientes son de varios tipos, los servicios de salud y el personal de salud deben colaborar estrechamente con la policía y los servicios de protección, refugio, sociales, legales y muchos otros proveedores (véase el recuadro 28).

Para facilitar las derivaciones personalizadas, que respondan a las necesidades y preferencias de las sobrevivientes, es importante que la respuesta integral de salud defina el papel del personal de salud con respecto a las derivaciones fuera del sistema de salud.

En la figura 15, se observa que el 51% de los Estados Miembros especifican que se deben proporcionar derivaciones a servicios de apoyo fuera del sistema de salud. Estas derivaciones pueden incluir, entre otras, derivaciones a servicios formales, como refugios o servicios de justicia penal, así como derivaciones a organizaciones no gubernamentales o para apoyo informal.

**Figura 15.** Estados Miembros cuyos protocolos del sector de la salud sobre la violencia contra las mujeres incluyen la derivación a servicios de apoyo fuera del sistema de salud



Algunos países han enfatizado la importancia de adoptar un enfoque coordinado e integrado al responder a las sobrevivientes de la violencia (véanse los **recuadros 29 y 30**). Cuanto más estrecha sea la colaboración entre los diferentes servicios esenciales, mayor será su capacidad conjunta para responder a las necesidades de las sobrevivientes y reducir su riesgo de revictimización al alentar que compartan su historia repetidamente y que pidan ayuda. Además, la colaboración estrecha y un proceso de derivación sin fisuras requieren que el personal de salud conozcan las opciones y vías de derivación en una comunidad determinada, lo que resalta la necesidad de una capacitación adecuada y el fortalecimiento de la capacidad de los prestadores de servicios de salud y otros servicios de primera línea.

## **RECUADRO 29. Derivaciones fuera del sistema de salud (Estado Plurinacional de Bolivia)**

El Modelo de atención integral a víctimas de violencia sexual del Estado Plurinacional de Bolivia proporciona un ejemplo de derivación y contraderivación (referencia y contrarreferencia) que destaca la necesidad de coordinación entre las instituciones.

“1.11. Referencia y contrarreferencia

- *El proceso de referencia y contrarreferencia es el conjunto de esfuerzos interinstitucionales e intersectoriales para ofrecer una atención integral a las víctimas de violencia sexual. Para ello, se requiere de la articulación y coordinación entre las instituciones del Estado y la sociedad civil.*
- *Detectar instituciones públicas y privadas (salud, policía, justicia, apoyo psicosocial, etc.) que brinden atención a las víctimas.” (pág. 36)*

*Referencia:* Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual. 2015 [consultado el 7 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://www.comunidad.org.bo/assets/archivos/herramienta/d0fe93060eb1bbcaf7fc40c90ffcd9ea.pdf>

## **RECUADRO 30. Derivaciones fuera del sistema de salud (Saint Kitts y Nevis)**

En su protocolo de respuesta y denuncia de la violencia doméstica y sexual, Saint Kitts y Nevis define el papel de los prestadores de servicios en su propia capacitación y a la hora de garantizar la derivación mediante el mantenimiento de la colaboración, que es esencial.

“7.3 Todos los prestadores de servicios tienen la obligación de informarse sobre los recursos y asistencia disponibles para las denunciantes de violencia doméstica y sexual.

7.4 Es fundamental que los prestadores de servicios desarrollen relaciones entre sí y las mantengan para que la derivación se ajuste mejor a las necesidades de las denunciantes y a los recursos de la institución u organismo.

7.5 Es muy importante recalcar que las denunciantes toman todas las decisiones, pero los prestadores de servicios tienen el deber de garantizar que estas reciben toda la información sobre sus opciones.

7.6 Las denunciantes de violencia doméstica y sexual pueden no tomar acción, buscar atención médica, solicitar el involucramiento de la policía, buscar asesoramiento o cualquier combinación de estas acciones. (pág. 11)

*Referencia:* Gobierno de Saint Kitts y Nevis. Protocolo de respuesta y denuncia de la violencia doméstica y sexual.

---

## NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

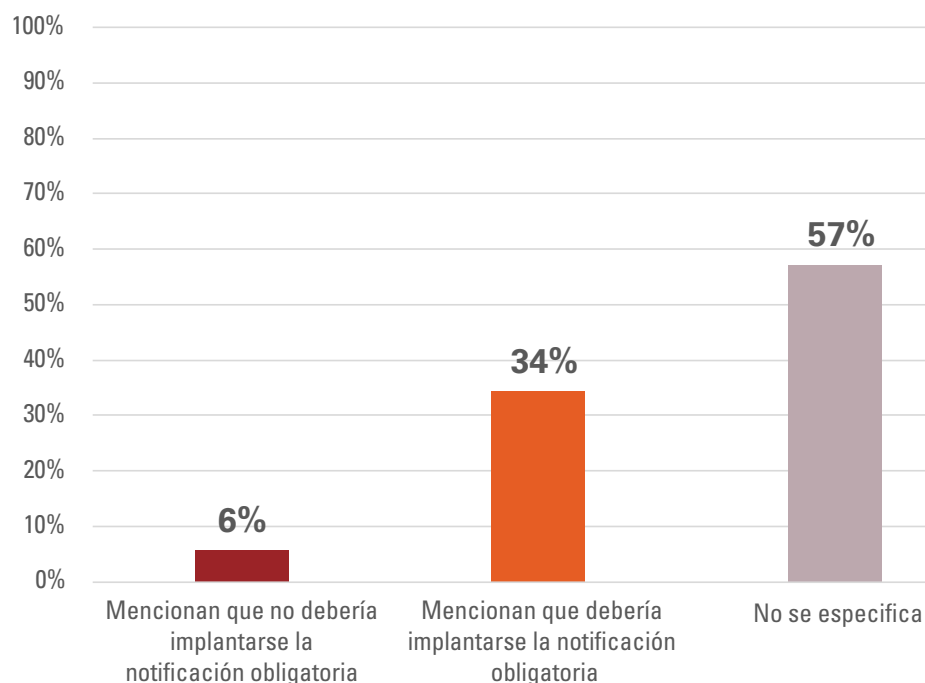
Las directrices de la OMS no recomiendan la notificación obligatoria a la policía de la violencia de pareja por parte del personal de salud (26, 27). El motivo es que la notificación obligatoria puede vulnerar la autonomía y el empoderamiento de las sobrevivientes. También puede plantear nuevos retos para su seguridad y bienestar, incluido el riesgo de represalias y de sufrir un nuevo trauma como resultado de la interacción con otros prestadores de servicios y sistemas.

Desde el punto de vista de los servicios de salud, la notificación obligatoria presenta un desafío ético y profesional para los prestadores de atención debido a los requisitos de privacidad y confidencialidad relacionados con la atención médica, la necesidad de recursos y tiempo para la presentación de informes y el hecho de que este tipo de respuesta puede hacer que menos víctimas busquen ayuda y que las situaciones de violencia se divulguen a los prestadores de servicios de salud. La evidencia sugiere que el personal de salud debería ofrecer su asistencia con la denuncia si la sobreviviente (adulto) desea hacerlo y ha sido informada de sus derechos. Dado que la obligatoriedad de la notificación suele establecerse en la legislación nacional y no en la orientación del sector de la salud, es importante que el personal de salud conozca sus obligaciones en lo relativo a la notificación, para poder ofrecer la mejor ayuda a las sobrevivientes.

Nuestro análisis reveló que solamente el 6% de los Estados Miembros declararon explícitamente que no debía incluirse la notificación obligatoria, lo cual es una respuesta ideal según la evidencia disponible (véase la [figura 16](#)). Aproximadamente una tercera parte de los Estados Miembros (37%) mencionaron la notificación obligatoria, incluido en sus protocolos del sector de la salud sobre la violencia contra las mujeres. Un poco más de la mitad de los Estados Miembros (57%) no especificó la obligatoriedad de la notificación.

A menudo es útil que las orientaciones del sector de la salud incluyan una explicación sobre la notificación obligatoria según los protocolos de violencia contra las mujeres, independientemente de si es un requisito legal o no. Si los protocolos no abordan esta cuestión, muchas preguntas pueden quedar sin respuesta y puede disminuir la probabilidad de que la respuesta del personal de salud sea homogénea y basada en la evidencia. Al definir de forma explícita los requisitos, se ayuda al personal de salud a desempeñar su papel, se reduce la probabilidad de errores y se ofrece una buena base para el fortalecimiento de la capacidad (véase el [recuadro 30](#)).

**Figura 16.** Notificación obligatoria de la violencia contra las mujeres por parte del personal de salud: respuesta de los Estados Miembros



### **RECUADRO 31. Idioma de la notificación obligatoria (Argentina)**

En Argentina, el Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales establece que la decisión de denunciar es responsabilidad de la víctima y, por lo tanto, no recae sobre los trabajadores de la salud. Esta pauta se define de una forma clara y concede autonomía a la sobreviviente.

“6. LA DENUNCIA. RESPONSABILIDADES LEGALES DE LAS/OS PROFESIONALES DE SALUD  
Para las personas adultas en nuestro país la violación es un delito de instancia privada. Esto significa que a partir de los 18 años la decisión de instar la acción penal es de la víctima. En estos casos no corresponde que las/os profesionales de salud denuncien” (pág. 36)

*Referencia:* Ministerio de Salud, Argentina. Protocolo para la Atención Integral de Personas Víctimas de Violaciones Sexuales. 2021 [consultado el 7 de octubre del 2022]. Disponible en: [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/Protocolo\\_Atencion\\_Personas\\_Victimas\\_Violaciones\\_Sexuales\\_2021\\_5.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/Protocolo_Atencion_Personas_Victimas_Violaciones_Sexuales_2021_5.pdf)

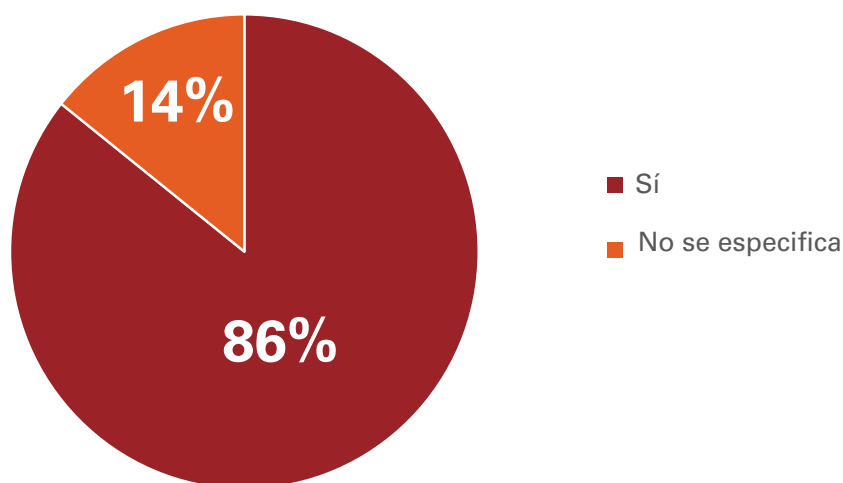
## CAPACITACIÓN

Para que la respuesta del sistema de salud a la violencia contra las mujeres sea sólida, es fundamental capacitar a los gestores y al personal de salud (26, 45). Las directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas sobre la respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres especifican que se debe brindar capacitación, pero no se obtuvo información sobre cuándo se lleva a cabo dicha capacitación, durante cuánto tiempo o su contenido (26). Más bien, la información recopilada refleja el compromiso de alto nivel para capacitar a los prestadores de atención médica sobre la violencia contra las mujeres. Como se ve en la **figura 17**, el 86% de los Estados Miembros incluyen este compromiso en sus políticas. Sin embargo, solo dos Estados Miembros indicaron que disponen de manuales de capacitación a nivel nacional, lo que equivale al 6%. En ambos casos, los manuales fueron aprobados en los últimos cinco años, lo que indica que disponer de un manual de capacitación estandarizado es un enfoque nuevo o emergente en materia de fortalecimiento de la capacidad en la Región.

La mayoría de las subregiones demostraron su compromiso con la capacitación, y en dos de ellas este compromiso fue expresado por el 100% de los Estados Miembros (Canadá y Estados Unidos, y Centroamérica más México, Cuba y República Dominicana). Tanto en el Caribe no latino como en América del Sur, más de tres cuartas partes de los Estados Miembros expresaron su compromiso con la capacitación en sus políticas de salud y otros sectores.

Sin embargo, durante el examen no se recopilaron los manuales de capacitación del personal de salud y los planes de estudio de los Estados Miembros. Se trata de una oportunidad de colaboración futura entre la OPS y los Estados Miembros, lo que podría incluir el diseño de una herramienta metodológica más rigurosa para recopilar, categorizar y analizar diferentes recursos de capacitación.

**Figura 17.** Estados Miembros que mencionan un compromiso político para capacitar a los prestadores de atención médica para abordar la violencia contra las mujeres



## RECUADRO 32. Manual de capacitación nacional (República Dominicana)

En el 2016, República Dominicana publicó el Plan de Capacitación del Sistema Nacional de Prevención y Atención Integral a Víctimas de Violencia Contra la Mujer, Intrafamiliar y Delitos Sexuales. (25) Este documento fue publicado de manera conjunta por el Ministerio de la Mujer, el Ministerio Público, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud Pública, la Policía Nacional y el Poder Judicial, con el apoyo del UNFPA. El plan de capacitación está dirigido al Sistema Nacional de Prevención y Atención Integral a Víctimas de Violencia Contra la Mujer, Intrafamiliar y Delitos Sexuales. Se centra en incorporar la perspectiva de género y tiene una duración de 119 horas (más de 17 semanas). El objetivo de la capacitación es el siguiente:

*“Favorecer la integración de las servidoras y servidores públicos que conforman el Sistema Coordinado Prevención y Atención Integral a la Violencia contra la Mujer, Intrafamiliar y Delitos Sexuales, a través de una herramienta de capacitación-sensibilización sobre género y violencias focalizada en la reflexión crítica sobre las formas en las que socialmente se construyen roles diferenciadores para mujeres y hombres, las implicaciones de estas imposiciones en los actos de violencia, y en particular, en la revictimización de las mujeres en el trayecto de la ruta de atención que conlleva sobrevivir convivir y denunciar un acto violento” (p. 4).*

*Referencia:* Ministerio de la Mujer, Ministerio Público, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud Pública, Policía Nacional de la República Dominicana, Poder Judicial de República Dominicana. Plan de Capacitación del Sistema Nacional de Prevención y Atención Integral a Víctimas de Violencia Contra la Mujer, Intrafamiliar y Delitos Sexuales. 2016.

## RECUADRO 33. Programa de capacitación en línea para trabajadores de la salud (México)

En el 2021, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, que forma parte de la Secretaría de Salud de México, creó un programa de capacitación denominado “La NOM-046 y su aplicación en la prevención y atención de la violencia. Aspectos generales”.

Características generales. El curso se basa en una Norma Oficial Mexicana que aborda la atención a las sobrevivientes de la violencia e incorpora las mejores prácticas y principios establecidos por la OPS/OMS. Este curso gratuito en línea, de 16 horas de duración, incluye un módulo sobre atención médica. Para el evento de inauguración, celebrado el 30 de noviembre del 2021, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva convocó a más de 250 actores de los Ministerios de Salud de los estados, así como a líderes nacionales de alto nivel. La inscripción al curso se abrió el 1 de diciembre del 2021, y para el 2 de diciembre se habían ocupado todas las plazas disponibles en la primera ronda. Esto representa un avance importante en la capacitación de los prestadores de atención médica en México.

*Referencia:* Secretaría de Salud, México. Educación, Capacitación y Actualización a Distancia en Salud\_MD2 [Internet]. 2021 [consultado el 7 de octubre del 2022]. Disponible en: <http://moodle.dgces.salud.gob.mx/moodle/>

### 3.3 FORTALECIMIENTO DEL PAPEL DEL SECTOR DE LA SALUD EN LA RESPUESTA MULTISECTORIAL A LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

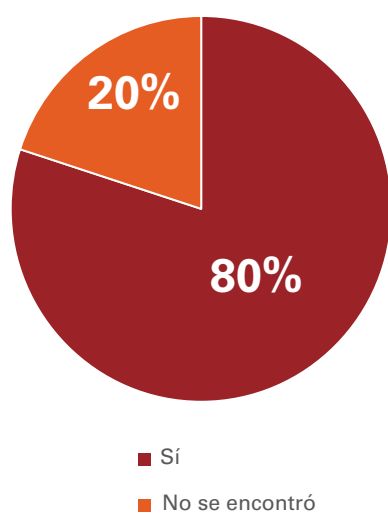
Los sistemas de salud también pueden desempeñar un papel clave en las iniciativas multisectoriales para prevenir la violencia. El enfoque de la salud pública en materia de prevención incluye cuatro pasos fundamentales:

- a) definir el problema mediante la recopilación de datos sobre la magnitud, las características y las consecuencias de la violencia contra las mujeres;
- b) investigar los factores de riesgo y de protección para entender por qué se produce este problema;
- c) elaborar, aplicar y evaluar estrategias de prevención de la violencia en el sector de la salud y en otros sectores; y
- d) difundir información sobre la eficacia de los programas y ampliar los programas que han demostrado ser eficaces.

En el proceso, los sistemas de salud deben coordinarse con otras partes interesadas y sectores (en particular, los de educación y justicia), así como colaborar con los mecanismos nacionales de coordinación multisectorial y las organizaciones de la sociedad civil. Un fundamento sólido para esta colaboración puede ser un plan nacional multisectorial que reúna los esfuerzos de las diferentes partes interesadas en la prevención y respuesta frente a la violencia contra las mujeres.

Es importante que estos planes multisectoriales se elaboren en colaboración con el sector de la salud y que el documento de política se base en la mejor evidencia disponible con el mayor potencial para prevenir y reducir la violencia contra las mujeres. En esta sección se evalúa la disponibilidad de marcos de políticas multisectoriales en la Región, además de la alineación de su contenido con las estrategias de RESPETO.

**Figura 18.** Estados Miembros que tienen un plan nacional o multisectorial para abordar la violencia contra las mujeres que abarca el sistema de salud



#### POLÍTICAS MULTISECTORIALES SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

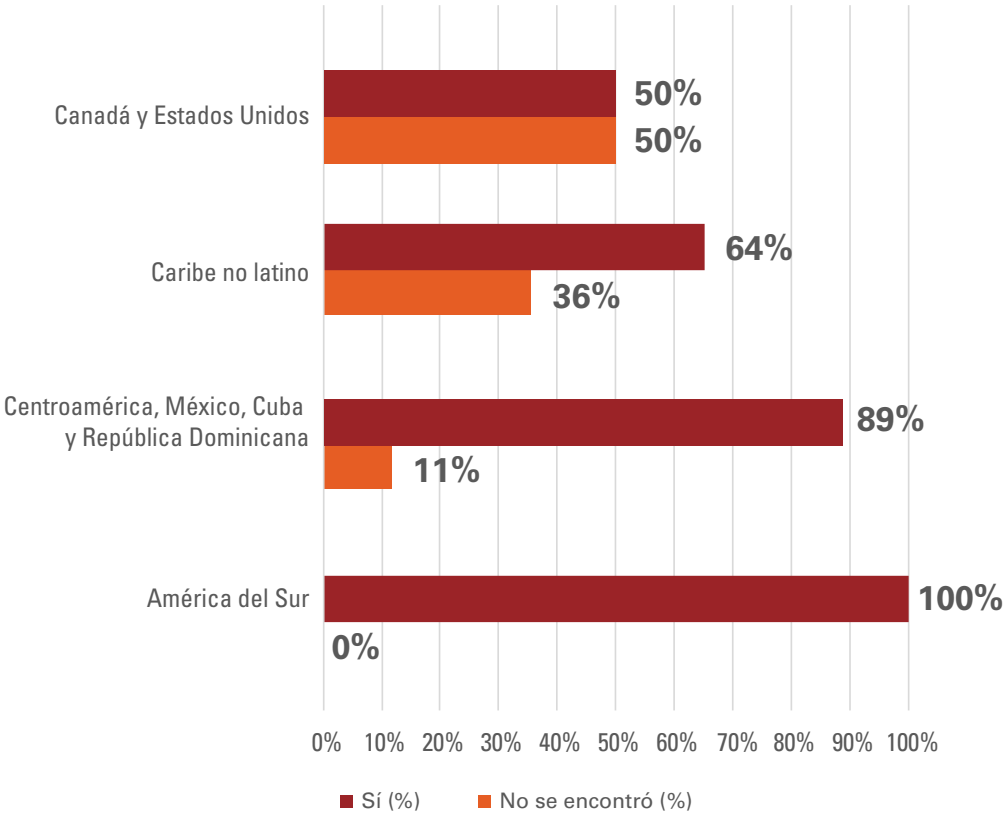
La mayoría de los Estados Miembros de la Región de las Américas tienen una política nacional o multisectorial que aborda la violencia contra las mujeres. Tal como muestra la **figura 18**, alrededor del 80% de los Estados Miembros cuentan con una política multisectorial sobre la violencia contra las mujeres o una política nacional sobre género que aborda este problema. Las políticas suelen involucrar a múltiples sectores (por ejemplo, justicia, educación, asuntos sociales), además del sector de la salud.



**ESTUDIO A NIVEL SUBREGIONAL DE LA DISPONIBILIDAD DE UN PLAN NACIONAL O MULTISECTORIAL PARA ABORDAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES QUE ABARCA EL SISTEMA DE SALUD**

Centroamérica, más México, Cuba y República Dominicana, así como América del Sur, han mostrado avances en la disponibilidad de políticas multisectoriales contra la violencia contra las mujeres (véase la **figura 19**). Sin embargo, en el caso del Caribe no latino y Canadá y Estados Unidos, se trata de una oportunidad de mejora, ya que solo se cumple en el 64% y el 50% (respectivamente) de los Estados Miembros.

**Figura 19.** Estados Miembros que tienen un plan nacional o multisectorial para abordar la violencia contra las mujeres que abarca el sistema de salud, por subregión



## ALINEACIÓN DE LOS PLANES MULTISECTORIALES CON EL MARCO RESPETO

Dada la alta prevalencia de la violencia contra las mujeres a nivel regional y mundial, es crucial que los Estados Miembros enfatizen la prevención (46). El marco RESPETO fue elaborado por la OMS, ONU-Mujeres y sus asociados para revisar y sintetizar la base de evidencia sobre prácticas de prevención de la violencia contra las mujeres. El marco RESPETO describe siete estrategias (véase el recuadro 34) con varios enfoques orientados a la acción (24). Si bien el presente informe se centra en la inclusión de estas estrategias en las políticas multisectoriales sobre la violencia contra las mujeres, también pueden incluirse en otros tipos de documentos más allá del alcance de este informe, dada la variedad de los enfoques (por ejemplo, políticas nacionales de transporte o planes de reducción de la pobreza).

El 77% de los Estados Miembros incluyen en sus planes multisectoriales al menos una estrategia o enfoque de prevención en consonancia con el marco RESPETO. Los Estados Miembros que cumplen con este indicador incluyen, en promedio, siete intervenciones o enfoques asociados con el marco RESPETO.

Sin embargo, se encontró mucha variación entre los planes. Los resultados revelan que ocho Estados Miembros incluyen de 1 a 4 intervenciones, 13 incluyen de 5 a 9 intervenciones y solo seis incluyen 10 o más intervenciones. Lo ideal es que los planes o las políticas multisectoriales incluyan un número elevado de estrategias y enfoques que, al ser aplicados conjuntamente, sirvan para prevenir la violencia a corto, mediano y largo plazo.

### RECUADRO 34. RESPETO a las mujeres: Prevención de la violencia contra las mujeres

- R Relaciones con habilidades fortalecidas** Se refiere a estrategias para mejorar las habilidades de comunicación interpersonal, gestión de conflictos y toma de decisiones compartida.
- E Empoderamiento de la mujer** Se refiere a las estrategias de empoderamiento económico y social, incluidas aquellas que fortalecen las habilidades de autoeficacia, asertividad, negociación y confianza en una misma.
- S Servicios garantizados** Se refiere a una gama de servicios que incluyen servicios de salud, policiales, legales y sociales para las sobrevivientes de la violencia.
- P Pobreza reducida** Se refiere a las estrategias dirigidas a las mujeres o al hogar, cuyo objetivo principal es mitigar la pobreza.
- E Entornos seguros** Se refiere a las medidas para crear escuelas, espacios públicos, entornos de trabajo y otros espacios seguros.
- T Trabajo de prevención del abuso de niños, niñas y adolescentes** Incluye estrategias para el establecimiento de relaciones familiares enriquecedoras.
- O Obtención de un cambio en las actitudes, las creencias y las normas** Se refiere a estrategias que cuestionan las actitudes, las creencias, las normas y los estereotipos de género dañinos.

La **figura 20** muestra el porcentaje de Estados Miembros que incorporan diferentes estrategias de prevención del marco RESPETO, en función del tipo de intervención o enfoque. En general, el nivel de adopción de estos enfoques varió mucho: el 6% de los Estados Miembros mencionan la terapia de pareja, que forma parte de la intervención “Relaciones con habilidades fortalecidas”; y el 71% mencionan los enfoques de concientización de la intervención “Obtención de un cambio en las actitudes, las creencias y las normas”. Hay varias áreas que podrían fortalecerse en los planes multisectoriales, en consonancia con la evidencia, lo que sugiere la necesidad de aumentar la capacidad de los gobiernos para aplicar el marco RESPETO y aportar más evidencia sobre la prevención para que la apliquen a medida que desarrollan y actualizan sus planes multisectoriales.

El Caribe no latino ha logrado avances considerables en la integración de enfoques de prevención en los planes multisectoriales. En la siguiente tabla, se incluyen ejemplos de países del Caribe no latino como evidencia de este logro (ver **Cuadro 6**).

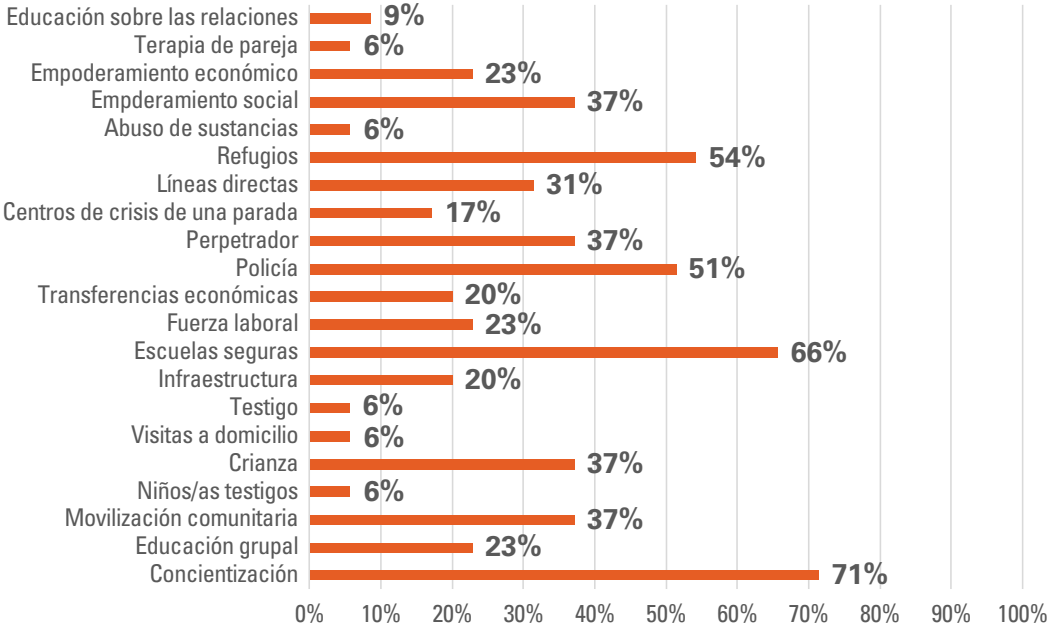
**RECUADRO 35. Enfoques para el empoderamiento de la mujer (Panamá)**

Panamá incluye el empoderamiento de las mujeres en su Plan de Acción de Igualdad de Oportunidades para Las Mujeres, 2016-2019. Cabe destacar la inclusión de varias estrategias diseñadas para apoyar a las mujeres, entre ellas los grupos de autoayuda y los refugios.

*“Fomentar la creación, mantenimiento y operatividad de albergues temporales para víctimas de violencia doméstica hijos e hijas y sus familias, conformando grupos de autoayuda y autonomía económica.” (pág. 41)*

*Referencia:* Instituto Nacional de la Mujer, Panamá. Plan de acción de igualdad de oportunidades para las mujeres: 2016–2019. 2016 [consultado el 7 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://www.scribd.com/document/543358794/plan-de-accion-de-igualdad-de-oportunidades-para-las-mujeres>

**Figura 20.** Estados Miembros que tienen estrategias de prevención en consonancia con el marco RESPETO, según el tipo de intervención o enfoque



**Cuadro 6.** Ejemplos de intervenciones del marco RESPETO en el Caribe no latino

Marco RESPETO	Intervención	País	Documento	Ejemplo
<b>Relaciones con habilidades fortalecidas</b>	Educación sobre las relaciones	Bahamas	Plan estratégico para abordar la violencia de género (2015)	Involucrar a las iglesias y las organizaciones religiosas y de la sociedad civil en las iniciativas de prevención; desarrollar capacitación para los consejeros matrimoniales y prematrimoniales sobre cómo alentar a las parejas a mostrar respeto mutuo en las relaciones íntimas y rechazar todas las formas de abuso conyugal y de pareja. (pág. 134)
<b>Empoderamiento de la mujer</b>	Empoderamiento económico	Granada	Política y plan de acción de igualdad de género (2014)	“2. Promover el empoderamiento económico y la resiliencia de las mujeres. Acciones a corto plazo • Reunir a todos los organismos y grupos que ofrecen servicios de atención a la violencia de género y servicios relacionados para deliberar y desarrollar estrategias para promover el empoderamiento económico y la resiliencia de las mujeres. Se consulta a organismos y grupos que ofrecen servicios de atención a la violencia de género y servicios relacionados sobre estrategias para promover el empoderamiento económico y la resiliencia de las mujeres.” (pág. 149)
<b>Servicios garantizados</b>	Refugios	Haití	Plan nacional para combatir la violencia contra las mujeres 2017-2027	“6.2.3. Medida 7: Supervisar el funcionamiento de los centros de alojamiento El propósito de los refugios es proporcionar alojamiento temporal a las mujeres y niñas maltratadas en un entorno seguro, para que puedan reconstruir sus vidas y seguir adelante”. (pág. 38) “i. <i>Établissement de protocoles d'accord avec les institutions étatiques concernées pour la fourniture d'une assistance sociale devant contribuer à la réhabilitation socioéconomique des femmes et filles violentées (accès à l'éducation, à la formation professionnelle, au crédit, à l'emploi productif, etc.)</i> .” (pág. 38)
<b>Pobreza reducida</b>	Fuerza laboral	Haití	Política de igualdad de género 2014-2034	“i. <i>Établissement de protocoles d'accord avec les institutions étatiques concernées pour la fourniture d'une assistance sociale devant contribuer à la réhabilitation socioéconomique des femmes et filles violentées (accès à l'éducation, à la formation professionnelle, au crédit, à l'emploi productif, etc.)</i> .” (pág. 38) “i. Firma de memorandos de entendimiento con las instituciones estatales interesadas para la prestación de asistencia social a fin de contribuir a la rehabilitación socioeconómica de las mujeres y niñas que han sufrido violencia (acceso a la educación, capacitación profesional, crédito, empleo productivo, etc.)” (pág. 38)

**Cuadro 6.** Ejemplos de intervenciones del marco RESPETO en el Caribe no latino (*continuación*)

Marco RESPETO	Intervención	País	Documento	Ejemplo
<b>Entornos seguros</b>	Escuelas seguras	San Vicente y las Granadinas	Plan de acción nacional contra la violencia de género de San Vicente y las Granadinas (2014)	“3.1.2 El Ministerio de Educación El Ministerio de Educación asumirá la responsabilidad de introducir una educación sexual y sobre la violencia de género apropiada para la población infantil en edad escolar. Además, el Ministerio será responsable de incluir un programa de capacitación sobre género y violencia de género para el profesorado y la dirección de las escuelas; organizar actos a nivel nacional, programas de radio y televisión, y actividades comunitarias en fechas señaladas del calendario internacional relacionadas con la violencia de género; y un programa educativo para la población infantil sobre sus derechos”. (pág. 28)
<b>Trabajo de prevención del abuso de niños, niñas y adolescentes</b>	Intervenciones por parte de los padres	Granada	Política y plan de acción de igualdad de género (2014)	“iii) Integrar módulos sobre la violencia de género en los programas de formación profesional, por ejemplo, de personal de enfermería, agentes de policía, trabajadores sociales y docentes; así como un programa de educación sobre salud y vida familiar en los niveles de educación primaria y secundaria; y crianza de los hijos y habilidades para la vida por medio de las asociaciones de padres y maestros, clínicas de salud y la división de jóvenes”. (pág. 106)
<b>Obtención de un cambio en las actitudes, las creencias y las normas</b>	Movilización comunitaria	Antigua y Barbuda	Plan de acción estratégico de Antigua y Barbuda para poner fin a la violencia de género 2011-2015	“Se llevará a cabo una movilización comunitaria generalizada y un cambio de comportamiento a nivel individual. Esto incluye concientizar a la comunidad, movilizar la acción comunitaria, brindar apoyo para la promoción basada en la evidencia; y realizar campañas en los medios de comunicación que mejoren los conocimientos, actitudes y prácticas de los miembros de la comunidad. Un aspecto clave de la movilización comunitaria es involucrar a los medios de comunicación para informar de manera ética y precisa sobre cuestiones relacionadas con la violencia”. (pág. 14); “Uso de las reuniones comunitarias, talleres de creación de conocimientos, conversaciones de pares y teatro para desafiar la inequidad por razón de género relacionada con la violencia de género” (pág. 24)

## RECUADRO 36.

### Violencia contra las mujeres pertenecientes a minorías étnicas

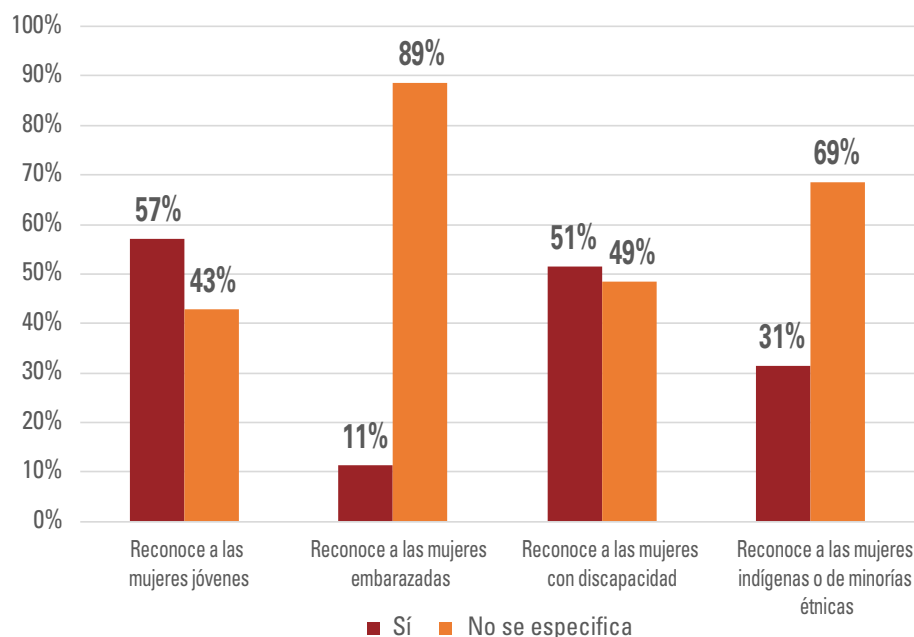
En la Región de las Américas, la violencia contra las mujeres no puede considerarse aislada de otros factores y tendencias sociales. Los datos sugieren, por ejemplo, que las mujeres indígenas y afrodescendientes tienen mayor riesgo de sufrir diferentes formas de violencia que otras mujeres, y que además se enfrentan a más obstáculos a la hora de acceder al apoyo, la atención y la justicia. La intersección entre violencia, origen étnico, género, situación socioeconómica, falta de acceso a la tierra e ingresos, educación, salud y otras condiciones, a menudo conduce a inequidades exacerbadas y a la discriminación sistémica que enfrentan ciertos grupos de mujeres y niñas. En consonancia con el principio de no dejar a nadie atrás, es fundamental que se preste la debida atención a los riesgos y obstáculos específicos que enfrentan las mujeres y las niñas pertenecientes a minorías étnicas. Un primer paso importante es dar visibilidad a las necesidades y preferencias de estos grupos en la política y la práctica. Esto se reconoce en la Estrategia y plan de acción regional sobre la violencia contra las mujeres, en la que se enfatiza la importancia de recopilar datos de prevalencia desagregados por origen étnico o raza.

## 3.4 ÉNFASIS EN LOS GRUPOS DE MUJERES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

Un elemento fundamental de las políticas y planes es reconocer los grupos de población en situación de vulnerabilidad. Si bien todas las mujeres y niñas pueden estar en riesgo de sufrir violencia, la evidencia sugiere que ciertos grupos tienen mayor riesgo, además de más obstáculos a la hora de acceder a la atención y el apoyo. Por lo tanto, en consonancia con el principio de no dejar a nadie atrás, es importante reconocer de forma explícita a estos grupos y sus necesidades y preferencias específicas. Aunque no se trata de una lista exhaustiva, este análisis se centra en las mujeres jóvenes de 10 a 24 años, mujeres con discapacidad, mujeres embarazadas y mujeres indígenas, afrodescendientes o pertenecientes a minorías étnicas.

En general, podemos ver en la **figura 21** que el grupo mencionado con mayor frecuencia en las políticas es el de las mujeres jóvenes, al que hacen referencia el 57% de los Estados Miembros. El grupo vulnerable menos reconocido es el de las mujeres embarazadas, ya que solo el 11% de los Estados Miembros mencionaron su vulnerabilidad a diferentes formas de violencia.

**Figura 21.** Reconocimiento de los grupos de mujeres en situación de vulnerabilidad en los planes multisectoriales de los Estados Miembros



Además de reconocer a los grupos vulnerables en las políticas, lo ideal es que el sector de la salud ofrezca servicios diferenciados para estos grupos en función de sus características específicas. En general, la mención a servicios diferenciados por parte de los Estados Miembros fue mucho menos común, tal como se muestra en la **figura 22**.

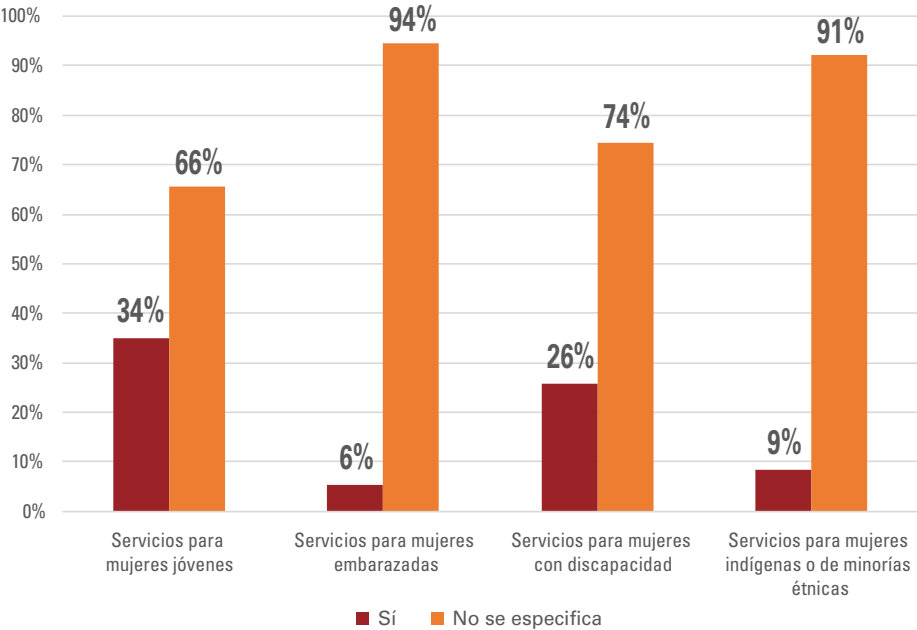
**RECUADRO 37. Otros grupos vulnerables (Argentina)**

Los cuatro grupos mencionados no son los únicos grupos en situación de vulnerabilidad en la Región. Estos grupos vulnerables no estaban dentro del alcance de este proyecto, pero vale la pena mencionarlos. Entre ellos se encuentran las mujeres de ingresos bajos o sin ingresos, la población LGTBI, y las personas transgénero.

En el 2020, el Ministerio de Salud de Argentina publicó el protocolo “Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias. Guía para equipos de salud.” El protocolo representa un paso importante hacia el reconocimiento de las personas transgénero como grupo vulnerable y hacia la disponibilidad de servicios diferenciados.

*Referencia:* Ministerio de Salud, Argentina. Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias. Guía para equipos de salud. 2020 [consultado el 8 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-10/guia-salud-personas-trans-travestis-nobinarias.pdf>

**Figura 22.** Mención por parte de los Estados Miembros a los servicios diferenciados para grupos de mujeres en situación de vulnerabilidad







---

## IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La violencia contra las mujeres en la Región de las Américas adopta múltiples formas que se entrecruzan, y todas ellas tienen importantes consecuencias sociales, económicas y de salud para las mujeres y niñas, sus familias y sus comunidades (36). El presente informe ofrece información valiosa sobre el estado de la respuesta a este reto en toda la Región, en forma de políticas, protocolos y planes. Es el primer informe de su tipo, y presenta una visión más detallada de la respuesta de la Región a la violencia contra las mujeres, en consonancia con las prioridades acordadas en la estrategia y plan de acción sobre la violencia contra la mujer. Complementa otros informes de progreso elaborados para los cuerpos directivos de la OPS y los estudios relevantes a nivel mundial (37, 38, 47).

Tal como muestran las conclusiones del presente informe, se ha logrado un progreso significativo. La literatura disponible también muestra que muchos países de la Región han desarrollado tanto “leyes de primera generación” (que se remontan a la década de 1990 y a menudo se centran en la violencia familiar) como “leyes de segunda generación” que son más integrales y tienen en cuenta más tipos de violencia (48). En general, un logro importante en todos los Estados Miembros ha sido la formulación y aprobación de políticas, protocolos y planes relacionados tanto con la salud como con la violencia contra las mujeres. Alrededor del 83% de los Estados Miembros tienen una política de salud que incorpora de alguna manera la violencia contra las mujeres, el 60% tiene un protocolo de violencia contra las mujeres en el sector de la salud, y el 83% tiene una política multisectorial sobre la violencia contra las mujeres.

**La Región tiene la oportunidad de aprovechar estos logros y acelerar el progreso hacia la eliminación de todas las formas de violencia contra las mujeres a través del desarrollo y la aplicación de políticas y protocolos basados en la evidencia.**

La mayoría de los Estados Miembros tienen algún tipo de política de salud que abarca la violencia contra las mujeres. Es importante que esta tendencia continúe y se amplíe a medida que los países revisan y actualizan sus políticas y planes de salud. Además de integrar la violencia contra las mujeres en sus políticas, estrategias y planes nacionales de salud, los documentos de política sobre temas específicos (incluidos los relativos a la salud sexual y reproductiva, la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes, la salud mental y el VIH) ofrecen más oportunidades para fortalecer los marcos normativos que facilitan una respuesta sólida del sector de la salud a la violencia contra las mujeres. Además, a pesar de que muchos Estados Miembros mencionan la violencia contra las mujeres en sus documentos de política de salud (83%), solo el 57% de los que tienen una política de este tipo incluyen la violencia contra las mujeres como prioridad estratégica.

---

Es necesario tomar más medidas para ampliar el alcance del contenido sobre la violencia contra las mujeres en las políticas y planes de salud, y definir este tema como una prioridad estratégica para la acción del sector de la salud.

**Deben continuar las iniciativas para fortalecer la capacidad institucional del sector de la salud para poner en práctica estos compromisos políticos y responder a la violencia contra las mujeres.**

La evidencia muestra que, incluso en los países con marcos de políticas integrales para abordar la violencia contra las mujeres, todavía hay brechas que deben abordarse en las políticas y prácticas, específicamente con respecto a la gobernanza y el liderazgo, la organización de los servicios de salud y el personal de salud (incluidos los gerentes y los prestadores de salud) (49).

Nuestros hallazgos indican que menos de la mitad de los Estados Miembros notificaron una partida presupuestaria para la violencia contra las mujeres, lo que podría limitar la aplicación de cualquier documento político. Solamente el 57% de los Estados Miembros informaron sobre un punto focal para la violencia contra las mujeres en el Ministerio de Salud, y su nivel de acceso a los recursos y capacitación probablemente es muy variable. En condiciones ideales, los Estados Miembros deberían tener un fuerte papel de liderazgo en el Ministerio de Salud, a través de un punto focal con apoyo, capacitado y suficientes recursos, así como políticas y protocolos actualizados.

**Al fortalecer la calidad de los servicios de salud para las sobrevivientes de la violencia, la disponibilidad de directrices y protocolos es una parte importante de una respuesta firme (25).**

Nuestros hallazgos indican que se han logrado avances sustanciales en la Región de las Américas, tal como demuestra el número de protocolos del sector de salud encontrados. Sin embargo, es necesario realizar más trabajo para fortalecer la calidad de los protocolos y alinearlos con la base de evidencia.

Como resultado de la revisión minuciosa del contenido de los protocolos, se ha señalado una serie de áreas que requieren atención: ningún indicador de los servicios de salud ha sido incluido por más del 54% de los Estados Miembros, lo que indica lagunas en cerca de la mitad. Los indicadores incluidos por la mayoría de los Estados Miembros son los principios de privacidad y confidencialidad, el apoyo de primera línea y el tratamiento de salud mental.

---

Queda mucho trabajo por hacer para aprovechar estos logros y mejorar la calidad de la orientación disponible. Por ejemplo, la detección de sobrevivientes de la violencia es una responsabilidad central de los servicios de salud. Los hallazgos destacan que solo el 9% de los protocolos de los Estados Miembros mencionaron explícitamente la indagación clínica, que es la intervención recomendada por la OPS/OMS en lugar del tamizaje universal. Respecto a este último, solamente el 3% de los Estados Miembros declaró explícitamente que no debería llevarse a cabo.

Del mismo modo, aunque muchos Estados Miembros incluyeron los principios de privacidad y confidencialidad, solo el 3% incluyó información sobre los límites de la confidencialidad, un componente esencial para permitir la aplicación de estos principios en la práctica. Además, ningún Estado Miembro declaró de forma explícita en sus protocolos sobre la violencia contra las mujeres que no debería realizarse la notificación obligatoria, lo que indica que puede haber problemas en torno a los límites de la confidencialidad en los casos de notificación obligatoria.

Aproximadamente la mitad de los Estados Miembros mencionaron la necesidad de servicios de salud para las sobrevivientes de la violencia sexual, incluida la profilaxis posterior a la exposición al VIH, la anticoncepción de emergencia y la profilaxis de las ITS. Sin embargo, menos de un tercio (29%) incluyó información sobre el aborto de conformidad con la legislación nacional.

**El nivel de detalle en los protocolos del sector de la salud sobre la violencia contra las mujeres es importante, ya que puede ayudar a abordar lagunas de conocimiento importantes en los servicios de salud y facilitar la aplicación de las directrices. Cuanto más detallada sea la orientación, más fácil será para el personal de salud comprender exactamente lo que se requiere de ellos.**

Estos temas, respaldados por una base de evidencia sólida, representan una gran oportunidad para que la Región aborde sus protocolos en colaboración con la OPS y sus asociados. Además, la base de evidencia sobre las medidas efectivas para fortalecer la respuesta de los sistemas de salud a la violencia contra las mujeres se amplía constantemente, por lo que habrá nuevos conocimientos y experiencia para los Estados Miembros a medida que avanza este programa. Se trata de algo positivo, pero también plantea nuevos desafíos, ya que requiere que los países cuenten con procesos sólidos para actualizar las directrices y protocolos disponibles de forma regular, a medida que crece la base de evidencia.

**Es importante señalar que incluso el protocolo más estricto no tendrá el impacto previsto si no se aplica de forma eficaz.**

---

En un análisis de la respuesta del sector de la salud a la violencia de pareja en países de ingresos bajos y medianos, Colombini et al. definen una serie de facilitadores además de la disponibilidad de protocolos y directrices claros, entre ellos “el apoyo a la gestión; coordinación intersectorial con opciones de derivación claras y accesibles tanto dentro del establecimiento como entre establecimientos; el personal adecuado y capacitado con una actitud de aceptación y empatía hacia las sobrevivientes de la violencia de pareja; la capacitación inicial y continua para el personal de salud; y un entorno de apoyo y supervisión en el que aplicar nuevos protocolos de la violencia de pareja” (50).

Si bien la disponibilidad de un protocolo y su alineación con la base de evidencia y los indicadores conexos es un hito fundamental, es importante que los protocolos se apliquen y complementen con guías clínicas, guías prácticas y herramientas de referencia similares, así como la capacitación del personal de salud para mejorar sus interacciones con las sobrevivientes. Por ejemplo, dos países de la Región, Argentina y Uruguay, han colaborado con la OPS para adaptar a su entorno el Manual sobre atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual, lo cual representa un paso importante en el fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud a la violencia.

Si bien la mayoría de los Estados Miembros reconocieron en sus documentos de política la importancia de la capacitación, se encontraron muy pocos ejemplos de manuales de capacitación. Un estudio anterior realizado en Colombia mostró que los prestadores de salud no habían sido capacitados para abordar la violencia sexual, a pesar de su reconocimiento de la importancia del problema y de su voluntad de aprender más (51). Se necesita más investigación en esta área y persisten las preocupaciones relacionadas con la sostenibilidad, pero la evidencia sugiere que la capacitación puede influir positivamente en el conocimiento y las actitudes de los prestadores y fortalecer el acceso al apoyo (52, 53, 54, 55).

**Con el fin de supervisar la aplicación de cualquier documento de orientación y garantizar mejoras continuas en la calidad de los servicios de salud, los países pueden considerar la posibilidad de realizar evaluaciones periódicas de los servicios, e incluso incorporar las opiniones y preferencias de las propias sobrevivientes.**

La información que contribuyen las sobrevivientes es valiosa para continuar fortaleciendo las respuestas basadas en la evidencia y centradas en la experiencia. En colaboración con la OMS, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos y PEPFAR, Jhpiego desarrolló una herramienta para garantizar la calidad de la atención para las mujeres que sufren violencia de género (56). Esta herramienta y la guía de facilitación que la acompaña son un recurso importante para los Estados Miembros, a medida que avanzan en esta esfera de trabajo. Con el apoyo de Canadá y Estados Unidos, la OPS está colaborando actualmente con algunos países (incluidos Colombia y Perú) en la adaptación y puesta a prueba de una herramienta de evaluación rápida de servicios centrada en la atención posterior a la violación.

---

El papel del sector de la salud es crucial, pero se desarrolla como parte de un enfoque multisectorial más amplio de respuesta a la violencia contra las mujeres. Al fortalecer el papel del sector de la salud en la respuesta multisectorial a la violencia contra las mujeres, es importante tener en cuenta aquellos planes y estrategias multisectoriales que incluyen al sector de la salud.

**Resulta alentador que cuatro de cada cinco Estados Miembros tengan algún tipo de política multisectorial de violencia contra las mujeres. Si bien es un logro digno de mención, también hay que considerar que en los próximos años expirarán o serán actualizadas varias de las políticas y estrategias. Por lo tanto, es fundamental no perder el progreso, sino continuar ampliando los logros en el futuro.**

Además, en los últimos años, se ha ampliado la base de evidencia sobre las intervenciones efectivas para prevenir la violencia contra las mujeres, y los Estados Miembros disponen de muchos recursos para continuar fortaleciendo sus marcos de políticas multisectoriales y enfoques de prevención (24, 57, 58). En nuestro análisis, estudiamos el grado de incorporación de las estrategias del marco RESPETO en los planes multisectoriales. El 77% de los Estados Miembros incluyen en su plan multisectorial al menos un enfoque de prevención en consonancia con el marco RESPETO, pero sigue habiendo una variedad significativa entre los planes, así como oportunidades para fortalecer su alineación con la base de evidencia. Dado que no hay una causa única de la violencia ni una solución única para prevenirla, idealmente los planes y políticas multisectoriales deberían incluir una combinación de estrategias y enfoques que, al aplicarse juntos, prevengan la violencia a corto, mediano y largo plazo.

Los resultados pusieron de relieve una adopción mucho más amplia de ciertas estrategias y enfoques. Por ejemplo, mientras que el 6% de los Estados Miembros menciona en su plan multisectorial la terapia de pareja, asociada a la estrategia de «Relaciones con habilidades fortalecidas», el 71% de los Estados Miembros menciona enfoques para aumentar la concientización asociados con la estrategia «Obtención de un cambio en las actitudes, las creencias y las normas». Por tanto, hay varias áreas que podrían fortalecerse en los planes multisectoriales, en consonancia con la evidencia, lo que sugiere la necesidad de aumentar la capacidad de los gobiernos para aplicar el marco RESPETO y aportar más evidencia sobre la prevención a medida que desarrollan y actualizan sus planes multisectoriales.

En un esfuerzo por no dejar a nadie atrás, este informe también prestó especial atención a ciertos grupos en situación de vulnerabilidad. Si bien todas las mujeres y niñas de la Región pueden sufrir violencia, algunos grupos enfrentan mayores riesgos y obstáculos a la hora de acceder al apoyo que necesitan. Por ese motivo, estudiamos en qué medida los planes multisectoriales sobre la violencia contra las mujeres hacen referencia a ciertos grupos en situación de vulnerabilidad, concretamente a las mujeres jóvenes, con discapacidad, embarazadas e indígenas, afrodescendientes o pertenecientes a minorías étnicas.

**Si bien se han logrado algunos avances en los documentos de política con respecto a la atención a las mujeres más jóvenes, se necesita mayor esfuerzo para hacer que las políticas y la práctica respondan a las necesidades de los grupos de población más vulnerables, incluidas las mujeres y las niñas de grupos minoritarios étnicos o raciales, las mujeres y niñas con discapacidad y los grupos LGBTQ+.**

Estos hallazgos muestran que las políticas encontradas a menudo no hacían mención específica a los servicios diferenciados.

Reconocer a los grupos vulnerables explícitamente en las políticas, planes y protocolos es un primer paso para visibilizar sus necesidades y preferencias. Tras reconocer a estos grupos, se puede continuar avanzando con orientación más específica que aborde las circunstancias y preferencias de cada grupo, dirigida al personal y los servicios de salud. De cara al futuro, esta agenda, en consonancia con el compromiso de la Región con la equidad y la salud universal, es un elemento crucial para la colaboración con la OPS.

**En el presente informe se destaca que los Estados Miembros de la Región de las Américas tienen muchas prioridades, intereses y desafíos en común, y que sigue habiendo oportunidades para difundir las enseñanzas extraídas en la Región entre los Estados Miembros y otras regiones.**

Dada la riqueza de experiencias de la Región, en el informe se subraya el valor del intercambio regional de información, experiencias y soluciones. El presente informe es otro ejemplo de contribución al proceso de documentación y difusión de experiencias de la Región, cuyo fin es informar la base de evidencia regional y mundial. De forma simultánea, para llevar la evidencia mundial a la práctica, sigue siendo valioso fortalecer el diálogo subregional y regional entre todos los países y asociados a fin de impulsar el aprendizaje sobre lo que resulta eficaz para prevenir y responder a la violencia contra todas las mujeres.

En el informe también se señalan algunas diferencias entre los países y subregiones que requieren un seguimiento específico. Por ejemplo, los Estados Miembros de América del Sur lo están haciendo muy bien al desarrollar políticas, protocolos y planes multisectoriales, muchos de los cuales cumplen con los indicadores básicos definidos en este informe. Al tiempo que se sigue manteniendo y mejorando la calidad de las políticas y directrices, la Subregión puede aprovechar los logros para fortalecer la aplicación, incluso mediante el desarrollo de herramientas clínicas, la capacitación del personal de salud y personal administrativo, la realización de evaluaciones periódicas de los servicios y el fortalecimiento de los sistemas de información de salud.

---

Centroamérica también ha logrado avances con todo tipo de documentos, y pocos Estados Miembros carecen de ellos. Sin embargo, es necesario seguir trabajando para fortalecer el contenido de los documentos, por ejemplo, la orientación sobre el apoyo de primera línea y la atención posterior a una violación. Incluir ciertos indicadores de calidad en los protocolos del sector de la salud ayudaría a la subregión a aprovechar los logros actuales y fortalecer la respuesta práctica.

Para el Caribe no latino, se ha avanzado enormemente en el desarrollo de políticas multisectoriales, aunque se necesita mayor esfuerzo para fortalecer el papel del sector de la salud en la respuesta multisectorial y los mecanismos conexos, así como para fortalecer la capacidad institucional del sector de la salud para promocionar un enfoque de salud pública.

Es fundamental fortalecer los protocolos y la orientación del sistema de salud sobre la violencia en el Caribe no latino para que estén en consonancia con la base de evidencia, y así guiar los esfuerzos para fortalecer la capacidad del personal de salud y mejorar la calidad de los servicios.

Dadas estas tendencias subregionales, hay oportunidades para que los países de todas las subregiones colaboren e intercambien experiencias y herramientas, así como para que la OPS y sus asociados brinden apoyo específico a las subregiones para avanzar en la agenda de acuerdo con las necesidades y oportunidades locales.

**El presente informe es un hito importante en el camino de la Región hacia la consecución de las metas y objetivos establecidos en el Plan Estratégico de la OPS 2020-2025, en la Estrategia y plan de acción sobre la violencia contra la mujer, y en los compromisos conexos asumidos por los Estados Miembros.**

La OPS está preparada para colaborar con los Estados Miembros y otros asociados para convocar a las partes interesadas, revisar y discutir los hallazgos, y difundir las enseñanzas extraídas en materia de prevención y respuesta a la violencia. Las asociaciones con organismos de las Naciones Unidas, mecanismos intergubernamentales subregionales y regionales, asociados de la sociedad civil, centros colaboradores de la OMS y muchos otros son fundamentales para este esfuerzo.

A medida que la Región se acerca al 2025, es necesario aprovechar estos logros y estos conocimientos, y seguir fortaleciendo los esfuerzos orientados al 2025 y más allá. Por ese motivo, el informe no debe considerarse como la conclusión del proceso de seguimiento y presentación de informes sobre la situación de la prevención y respuesta frente a la violencia contra las mujeres en la Región de las Américas, sino como un hito de referencia en dicho proceso. Presenta una instantánea de los esfuerzos realizados por los Estados Miembros y sus

asociados, pero hay oportunidades para profundizar en el análisis y aprovechar los hallazgos, por ejemplo en los procesos de validación específicos de país o región. Es más, sería conveniente realizar más análisis periódicos para dar seguimiento al desarrollo de políticas y para seguir ampliando la base de evidencia sobre lo que sabemos acerca de las políticas y protocolos que previenen la violencia contra las mujeres y le dan respuesta.

**La atención a la prevención y respuesta frente a la violencia es especialmente oportuna en el contexto de la pandemia de COVID-19 y el aumento de la visibilidad y la urgencia de la acción para abordar este problema. La pandemia no solo ha aumentado los riesgos de violencia para muchas mujeres y niñas y exacerbado las deficiencias de los servicios, sino que ha puesto de manifiesto el papel fundamental de los sistemas de salud para prevenir la violencia en todas sus formas y darle respuesta. La Región tiene ahora la oportunidad de aprender de esta experiencia y fortalecer las respuestas a la violencia a través de la acción colaborativa en todos los niveles.**

Para avanzar, se requerirá la colaboración y el compromiso de muchos actores, incluidos los ministerios e instituciones gubernamentales, los parlamentarios, las organizaciones de la sociedad civil, los administradores de salud y otros prestadores de servicios esenciales, el mundo académico, las asociaciones profesionales, los asociados y donantes internacionales y regionales, y las propias comunidades. Los hallazgos y las enseñanzas extraídas pueden orientar los esfuerzos futuros para mantener el impulso de los logros actuales y adoptar medidas concertadas para la aplicación plena de la Estrategia y plan de acción sobre la violencia contra la mujer, y de la visión que presenta. La violencia contra las mujeres en todas sus formas se puede prevenir y se pueden mitigar sus consecuencias. La OPS se compromete a seguir trabajando con los asociados y los países en el avance de este programa para asegurar que las mujeres y las niñas de la Región de las Américas, de todas las condiciones sociales, puedan vivir una vida sin miedo y sin violencia, y con salud y bienestar.





---

# REFERENCIAS

1. Naciones Unidas. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993; 21 de septiembre de 1993 al 19 de septiembre de 1994. Nueva York: ONU; Resolución A/RES/48/104; [Consultado el 9 de julio del 2021]. Disponible en: [https://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/48/104](https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/48/104)
2. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra las mujeres, estimaciones para 2018: Estimaciones mundiales, regionales y nacionales de la prevalencia de la violencia de pareja contra las mujeres y estimaciones mundiales y regionales de la prevalencia de la violencia sexual fuera de la pareja contra las mujeres [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [Consultado el 9 de julio del 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240026681>
3. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*. 2008;371(9619):1165–1172. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60522-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60522-X).
4. Sanz-Barbero B, Barón N, Vives-Cases C. Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages. *PLoS One*. 2019;14(10):e0221049. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221049>.
5. Pallitto CC, García-Moreno C, Jansen HAFM, Heise L, Ellsberg M, Watts C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO multi-country study on Women's health and domestic violence. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013;120(1):3–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.07.003>.
6. Jina R, Thomas LS. Health consequences of sexual violence against women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013 [Consultado el 6 de junio del 2022];27(1):15–26. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521693412001344>
7. Valladares E, Ellsberg M, Peña R, Högberg U, Persson LA. Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua. *Obstet Gynecol*. 2002;100(4):700–705. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(02\)02093-8](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(02)02093-8).
8. Organización Mundial de la Salud, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres; Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: Prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Ginebra: OMS; 2013. [Consultado el 9 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-HRP-13.06>
9. Agüero J. Causal estimates of the intangible costs of violence against women in Latin America and the Caribbean. Rochester, NY: Social Science Research Network; Agosto del 2013 [Consultado el 8 de junio del 2022]. Informe 2367687. Disponible en: <https://papers.ssrn.com/abstract=2367687>

10. Anglade B, Escobar J. Effect of violence against women on victims and their children: Evidence from Central America, the Dominican Republic, and Haiti. Departamentos del Banco Interamericano de Desarrollo para Centroamérica, Haití, México, Panamá y República Dominicana; Marzo del 2021 [Consultado el 8 de junio del 2022]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/english/document/Effect-of-Violence-against-Women-on-Victims-and-their-Children-Evidence-from-Central-America-the-Dominican-Republic-and-Haiti.pdf>
11. Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Health care utilization and costs associated with physical and nonphysical-only intimate partner violence. *Health Serv Res.* 2009;44:1052–1067.
12. Ansara DL, Hindin MJ. Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. *Soc Sci Med.* 2010;70:1011–1018.
13. Duvvury N, Callan A, Carney P, Raghavendra S. Intimate partner violence: Economic costs and implications for growth and development. Washington, DC: World Bank; noviembre del 2013 [Consultado el 8 de junio del 2022]. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/16697>
14. Gupta J, Willie TC, Harris C, Campos PA, Falb KL, Moreno CG, et al. Intimate partner violence against low-income women in Mexico City and associations with work-related disruptions: A latent class analysis using cross-sectional data. *J Epidemiol Community Health.* 2018 [Consultado el 8 de junio del 2022];72(7):605–10. Disponible en: <https://jech.bmj.com/content/72/7/605.abstract>
15. Rios-Avila F, Javier Canavire-Bacarreza G. The effect of intimate partner violence on labor market decisions: Evidence from a multi-ethnic country. *Int. J. Soc. Econ.* 1 de enero del 2017 [Consultado el 9 de junio del 2022];44(1):75–92. Disponible en: [https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/IJSE-12-2014-0258/full/html?casa\\_token=hmrZIU\\_0n6UAA AAA:UhoFXJr3noCWWBtYT0332kNHcLMTUsDrObDG48W0Q2-VFKKcqlv1SosMcBIV7JxZn0NlyCfJu25EuFNr9KPygYnh-OxAnugk7DljCN3j45TKbrrfniU](https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/IJSE-12-2014-0258/full/html?casa_token=hmrZIU_0n6UAA AAA:UhoFXJr3noCWWBtYT0332kNHcLMTUsDrObDG48W0Q2-VFKKcqlv1SosMcBIV7JxZn0NlyCfJu25EuFNr9KPygYnh-OxAnugk7DljCN3j45TKbrrfniU)
16. Jaitman L, eds. The costs of crime and violence: new evidence and insights in Latin America and the Caribbean. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2017. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/english/document/The-Costs-of-Crime-and-Violence-New-Evidence-and-Insights-in-Latin-America-and-the-Caribbean.pdf>.
17. Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades. Costs of intimate partner violence against women in the United States. Atlanta: CDC; 2003. Disponible en: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ipvbook-a.pdf>
18. Scolese A, Willie TC, Falb KL, Sipsma H, Campos PA, Olavarrieta CD, et al. Intimate partner violence against low-income women in Mexico City and associations with child school attendance: a latent class analysis using cross-sectional data. *Matern Child Health J.* 2020 [Consultado el 9 de junio del 2022];24(3):360–8.
19. Durand JG, Schraiber LB, França-Junior I, Barros C. Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. *Rev Saúde Pública* [Internet]. Abril del 2011 [Consultado el 9 de junio del 2022];45:355–64. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PGxNC9t5mRNghHQhDf9t3xCP/?lang=pt>

- 
20. Heise LL. Violence against women an integrated, ecological framework. *Violencia contra la mujer*. 1998 [Consultado el 10 de junio del 2022];4(3):262–90. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077801298004003002>
  21. Fulu E, Miedema S. Violence against women: Globalizing the integrated ecological model. *Violencia contra la mujer*. 1 de diciembre del 2015 [Consultado el 10 de junio del 2022];21(12):1431–55. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1077801215596244>
  22. Organización Panamericana de la Salud. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza J. *Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países*. Washington, DC: OPS; 2012. [Consultado el 10 de junio del 2022]. 156 pág. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8175:2013-violence-against-women-latin-america-caribbean-comparative-analysis&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8175:2013-violence-against-women-latin-america-caribbean-comparative-analysis&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0)
  23. Organización Panamericana de la Salud. Bott S, Guedes A, Ruiz-Celis AP, Mendoza JA. La violencia por parte de la pareja íntima en las Américas: una revisión sistemática y reanálisis de las estimaciones nacionales de prevalencia. *Rev Panam Salud Publica*. 2019 [Consultado el 9 de octubre del 2022];43:e26. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53351>
  24. Organización Mundial de la Salud. *RESPETO a las mujeres: Prevención de la violencia contra las mujeres*. Ginebra: OMS; 2021 [Consultado el 10 de junio del 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337198/WHO-RHR-18.19-spa.pdf>
  25. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet*. 2015 [Consultado el 9 de julio del 2021];385(9977):1567–79. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673614618377>
  26. Organización Mundial de la Salud. *Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas*. Ginebra: OMS; 2013 [Consultado el 9 de julio del 2021]. 56 pág. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7705>
  27. Organización Mundial de la Salud. *Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A clinical handbook*. Ginebra: OMS; 2014 [Consultado el 10 de octubre del 2022]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136101/WHO\\_RHR\\_14.26\\_eng.pdf;jsessionid=E6507006376612D2A87F6ED75F9D49EB?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136101/WHO_RHR_14.26_eng.pdf;jsessionid=E6507006376612D2A87F6ED75F9D49EB?sequence=1)
  28. ONU-Mujeres, FPNUD. Ward J. *Programming module on working with the health sector to address violence against women and girls*. 2011 [Consultado el 10 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.endvawnow.org/uploads/modules/pdf/1405612448.pdf>
  29. Lewis NV, Munas M, Colombini M, d'Oliveira AF, Pereira S, Shrestha S, et al. Interventions in sexual and reproductive health services addressing violence against women in low-income and middle-income countries: a mixed-methods systematic review. *BMJ Open*. 1 de febrero del 2022 [Consultado el 12 de junio del 2022];12(2):e051924. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/12/2/e051924.abstract>

- 
- 30.** Bair-Merritt MH, Lewis-O'Connor A, Goel S, Amato P, Ismailji T, Jelley M, et al. Primary care-based interventions for intimate partner violence: A systematic review. *Am J Prev Med.* 2014 [Consultado el 12 de junio del 2022];46(2):188–94. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0749379713005515>
  - 31.** Naciones Unidas. Poner fin a la violencia contra la mujer: de las palabras a los hechos. Estudio del Secretario General. Nueva York: ONU; 2006 [Consultado el 9 de julio del 2021] Disponible en: [https://www.un.org/womenwatch/daw/public/VAW\\_Study/VAW-Spanish.pdf](https://www.un.org/womenwatch/daw/public/VAW_Study/VAW-Spanish.pdf)
  - 32.** Organización de los Estados Americanos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, “Convención de Belém do Pará”. Vigésimo cuarto período ordinario de sesiones de la Asamblea General; 9 de junio de 1994; Belém do Pará, Brasil. Washington, DC: OEA; c2011 [Consultado el 9 de julio del 2021]. Disponible en: <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
  - 33.** Naciones Unidas. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993; 21 de septiembre de 1993 al 19 de septiembre de 1994. Nueva York: ONU; Resolución A/RES/48/104 [Consultado el 9 de julio del 2021]. Disponible en: [https://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/48/104](https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/48/104)
  - 34.** Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y Plan de Acción sobre el Fortalecimiento del Sistema de Salud para Abordar la Violencia contra la Mujer. Washington, DC: OPS; 2015 [Consultado el 9 de julio del 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-plan-accion-sobre-fortalecimiento-sistema-salud-para-abordar-violencia-contra>
  - 35.** Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial de la OMS para fortalecer la función del sistema de salud en el marco de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general. Ginebra: OMS; 2016 [Consultado el 9 de julio del 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/253191>
  - 36.** García-Moreno C, Zimmerman C, Morris-Gehring A, Heise L, Amin A, Abrahams N, et al. Addressing violence against women: a call to action. *Lancet.* 2015 [Accessed 10 June 2022];385(9978):1685–95. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61830-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61830-4)
  - 37.** Organización Panamericana de la Salud. Informes de progreso sobre asuntos técnicos: Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud para abordar la violencia contra la mujer: Informe de progreso. CD59/INF/16-C. Presentado en el 59.º Consejo Directivo/73ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Sesión virtual del 20 al 24 de septiembre del 2021 [Consultado el 15 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/cuerpos-directivos/consejo-directivo/59o-consejo-directivo>
  - 38.** Organización Mundial de la Salud. Addressing violence against women in health and multisectoral policies: a global status report. Ginebra: OMS; 2021 [Consultado el 10 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040458>

- 
39. Organización Mundial de la Salud. Encuesta sobre políticas de salud sexual, reproductiva, de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente, 2018-2019: informe de síntesis [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [Consultado el 9 de julio del 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333882>
40. Guedes A, Bott S, Garcia-Moreno C, Colombini M. Bridging the gaps: a global review of intersections of violence against women and violence against children. *Global Health Action* [Internet]. 2016 [Consultado el 12 de junio del 2022];9(1):31516. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/gha.v9.31516>
41. Mootz JJ, Stark L, Meyer E, Asghar K, Roa AH, Potts A, et al. Examining intersections between violence against women and violence against children: perspectives of adolescents and adults in displaced Colombian communities. *Conflict and Health*. 11 de junio del 2019 [Consultado el 12 de junio del 2022];13(1):25. Disponible en: <https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13031-019-0200-6>
42. República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional. Plan Nacional de Políticas de Géneros y Diversidad en Salud Pública [Internet]. 2020 [Consultado el 9 de junio del 2022]. Disponible en: <http://www.saij.gob.ar/plan-nacional-politicas-generos-diversidad-salud-publica-plan-nacional-politicas-generos-diversidad-salud-publica-nv27059-2020-11-11/123456789-0abc-950-72ti-lpssedadevon?&o=1700&f=Total%7CTipo%20de%20Documento%7CFecha%5B50%2C1%5D%7CTema%7COrganismo%5B5%2C1%5D%7CAutor%7CEstado%20de%20>
43. O'Doherty LJ, Taft A, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2014 [Consultado el 9 de junio del 2022];348:g2913. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/348/bmj.g2913.full>.
44. Ministerio de Salud, El Salvador, Lineamientos técnicos de atención integral en salud de las personas afectadas por violencia. 2019 [Consultado el 9 de junio del 2022]. Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientosatencionintegralpersonasafectadasviolencia2019.pdf>
45. Organización Mundial de la Salud. Atención para las mujeres que han sufrido violencia: programa de capacitación de la OMS dirigido a los prestadores de servicios de salud. Edición revisada. Ginebra: OMS; 2021 [Consultado el 15 de junio del 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52496>
46. Devries KM, Mak JY, García-Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G, et al. The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*. 2013 [Consultado el 9 de junio del 2022];340(6140):1527–8. Disponible en: <https://www.science.org/doi/abs/10.1126/science.1240937>
47. Organización Panamericana de la Salud. Informes de progreso sobre asuntos técnicos: Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud para abordar la violencia contra la mujer: Informe de progreso. CD56/INF/22-A. Presentado al 56.º Consejo Directivo/70.º período de sesiones del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C., del 23 al 27 de septiembre del 2018 [consultado el 15 de junio del 2022]. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14469:56th-directing-council&Itemid=40507&lang=en](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14469:56th-directing-council&Itemid=40507&lang=en)

- 
- 48.** Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Del Compromiso a la Acción: Políticas para erradicar la Violencia contra las Mujeres en América Latina y el Caribe. Documento de análisis regional. Nueva York: PNUD; 2017 [consultado el 10 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.undp.org/es/latin-america/publications/del-compromiso-la-accion-pol%C3%ADticas-para-erradicar-la-violencia-contra-las-mujeres-en-am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe>
  - 49.** d'Oliveira AFPL, Pereira S, Bacchus LJ, Feder G, Schraiber LB, Aguiar JM de, et al. Are we asking too much of the health sector? Exploring the readiness of Brazilian primary healthcare to respond to domestic violence against women. *Int. J. Health Policy Manag.* 2020 [consultado el 13 de junio del 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.237>
  - 50.** Colombini M, Dockerty C, Mayhew SH. Barriers and facilitators to integrating health service responses to intimate partner violence in low-and middle-income countries: A comparative health systems and service analysis. *Studies in Family Planning.* 2017 [Consultado el 13 de junio del 2022];48(2):179–200. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/sifp.12021>
  - 51.** Morse S, Decker M. Response to sexual assault in Bogotá, Colombia: a qualitative evaluation of health providers' readiness and role in policy implementation. *Health Care for Women International.*
  - 52.** Kalra N, Hooker L, Reisenhofer S, Di Tanna GL, García-Moreno C. Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021 May 31;5(5):CD012423. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012423.pub2>. PMID: 34057734; PMCID: PMC8166264.
  - 53.** Arora S, Rege S, Bhate-Deosthali P, Thwin SS, Amin A, García-Moreno C, Meyer SR. Knowledge, attitudes and practices of health care providers trained in responding to violence against women: a pre- and post-intervention study. *BMC Public Health.* 1 de noviembre del 2021;21(1):1973. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12042-7>. PMID: 34724912; PMCID: PMC8561996.
  - 54.** Organización Mundial de la Salud. Strengthening the health system response to violence against women in Uganda: lessons learned from adapting and implementing WHO guidelines and tools. Ginebra: OMS; 2020.
  - 55.** Feder G, Davies RA, Baird K, Dunne D, Eldridge S, Griffiths C, Gregory A, Howell A, Johnson M, Ramsay J, Rutterford C, Sharp D. Identification and referral to improve safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial. *Lancet.* 19 de noviembre del 2011;378(9805):1788-95. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61179-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61179-3). Epub 2011 Oct 12. PMID: 22000683.
  - 56.** Jhpiego, PEPFAR, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Organización Mundial de la Salud. Gender-based violence quality assurance tool. Baltimore: CDC; 2018 [Consultado el 9 de julio del 2021]. Disponible en: <https://resources.jhpiego.org/system/files/resources/GBV-Quality-Assurance-Tool--EN.pdf>



- 
- 57.** Jewkes R, Willan S, Heise L, Washington L, Shai N, Kerr-Wilson A, et al. Elements of the design and implementation of interventions to prevent violence against women and girls associated with success: Reflections from the What Works to Prevent Violence against Women and Girls? Global Programme. *Int J Environ Res*. Enero del 2021 [consultado el 13 de junio del 2022];18(22):12129. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/22/12129/htm>.
- 58.** ONU-MUJERES. Un Marco de Apoyo a la Prevención de la Violencia Contra la Mujer. Nueva York: ONU-MUJERES; 2015 [Consultado el 13 de junio del 2022]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2015/A-framework-to-underpin-action-to-prevent-violence-against-women-es.pdf>

# ANEXO 1

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE LOS DOCUMENTOS DE POLÍTICA DE SALUD

### Criterios de inclusión y exclusión de los documentos de política de salud

Criterios	Inclusión	Exclusión
<b>Tipos de violencia</b>	Violencia sexual Violencia de pareja	Acoso sexual Trata de personas Feminicidio
<b>Plazo</b>	Cualquier documento que no caduque y que no tenga una versión actualizada.	Cualquier documento que, según un Estado Miembro, ha caducado o está desactualizado.
<b>Nivel de gobierno</b>	Nivel nacional	Nivel subnacional
<b>Tipos de documentos</b>	Políticas de salud (incluidos los planes estratégicos y de violencia de género del sector de la salud, las políticas sobre el VIH, la salud sexual y reproductiva, las enfermedades no transmisibles y salud materna, neonatal, infantil y adolescente) o Protocolos Orientaciones Directrices Procedimientos operativos estandarizados o Políticas multisectoriales de violencia contra las mujeres, incluidas las políticas de género con un apartado sobre violencia contra las mujeres	Resoluciones Manuales de capacitación
<b>Características de las sobrevivientes</b>	Mujeres adultas o adolescentes	Niñas (p. ej., sobrevivientes de abuso infantil)
<b>Entidad responsable</b>	Ministerio nacional (y en el caso de las políticas de salud, debe ser un documento del Ministerio de Salud o un documento de la autoridad nacional de salud)	Documentos emitidos por cualquier otro ministerio o institución.



# ANEXO 2

## DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

### Indicadores sobre el fortalecimiento del liderazgo de la respuesta del sector de la salud a la violencia contra las mujeres

Indicador nombre abreviado	Indicador
<b>Política de salud sobre la violencia contra las mujeres</b>	¿Hay una política nacional de salud que incluya la violencia contra las mujeres?
<b>Plan estratégico del sector de la salud Prioridad estratégica para la violencia contra las mujeres</b>	¿Hay un plan estratégico del sector de la salud que incluya la violencia contra las mujeres como prioridad estratégica?
<b>Política de salud centrada en la violencia contra las mujeres</b>	¿Hay una política nacional del sector de la salud que incluya la violencia contra las mujeres como prioridad estratégica?
<b>Capacitación</b>	¿Hay un compromiso político para capacitar a los prestadores de atención sobre la violencia contra las mujeres?
<b>Punto focal o unidad de violencia contra las mujeres en el Ministerio de Salud</b>	¿El Estado Miembro tiene una o más unidades o puntos focales responsables de la violencia contra las mujeres adscritos al ministerio de salud?
<b>Presupuesto de la violencia contra las mujeres</b>	¿El presupuesto nacional de salud del Estado Miembro contempla una o más asignaciones presupuestarias específicas para apoyar la prevención y respuesta a la violencia contra las mujeres?

### Indicadores sobre el fortalecimiento de la calidad de los servicios de salud para las sobrevivientes de la violencia contra las mujeres

Indicador nombre abreviado	Indicador
<b>Protocolo del sector de la salud sobre la violencia contra las mujeres</b>	¿Hay un protocolo del sector de la salud que guíe la respuesta a la violencia contra las mujeres?
<b>Principio de privacidad</b>	¿El protocolo de violencia contra las mujeres del sector de la salud menciona la privacidad como un principio de la atención centrada en la mujer?
<b>Privacidad en la consulta</b>	¿El protocolo de violencia contra las mujeres del sector de la salud menciona el respeto de la privacidad durante la consulta?
<b>Principio de confidencialidad</b>	¿El protocolo de violencia contra las mujeres del sector de la salud menciona la confidencialidad como un principio de la atención centrada en la mujer?
<b>Límites de la confidencialidad</b>	¿Menciona el protocolo de violencia contra las mujeres del sector de la salud el requisito de informar a las sobrevivientes de los límites de la confidencialidad?
<b>Apoyo de primera línea</b>	¿El protocolo de violencia contra las mujeres del sector de la salud menciona el apoyo de primera línea para las sobrevivientes?
<b>Tamizaje universal</b>	¿El protocolo de violencia contra las mujeres del sector de la salud menciona el tamizaje universal?
<b>Indagación clínica</b>	¿El protocolo de violencia contra las mujeres del sector de la salud menciona la indagación clínica?
<b>Anticoncepción de emergencia</b>	¿El protocolo de violencia contra las mujeres del sector de la salud menciona la anticoncepción de emergencia para las sobrevivientes?

Indicador nombre abreviado	Indicador
<b>Aborto</b>	¿El protocolo de violencia contra las mujeres del sector de la salud menciona el aborto seguro para las sobrevivientes?
<b>Profilaxis posterior a la exposición al VIH</b>	¿El protocolo de violencia contra las mujeres del sector de la salud menciona la profilaxis posterior a la exposición al VIH para las sobrevivientes?
<b>Infecciones de transmisión sexual</b>	¿El protocolo de violencia contra las mujeres del sector de la salud menciona la profilaxis frente a ITS para las sobrevivientes?
<b>Derivación</b>	¿El protocolo de violencia contra las mujeres del sector de la salud menciona la derivación a servicios de apoyo fuera del sistema de salud?
<b>Evaluación de la salud mental</b>	¿El protocolo de violencia contra las mujeres del sector de la salud menciona la evaluación de la salud mental de las sobrevivientes?
<b>Derivación de la salud mental</b>	¿El protocolo de violencia contra las mujeres del sector de la salud menciona la derivación a servicios de salud mental para las sobrevivientes?
<b>Tratamiento de la salud mental</b>	¿El protocolo de violencia contra las mujeres del sector de la salud menciona el tratamiento de la salud mental de las sobrevivientes?
<b>Notificación obligatoria</b>	¿El protocolo de violencia contra las mujeres del sector de la salud requiere que los prestadores de atención notifiquen los casos de violencia?

## Indicadores sobre el fortalecimiento del papel del sector de la salud en la respuesta multisectorial a la violencia contra las mujeres

Indicador nombre abreviado	Indicador
<b>Política multisectorial sobre la violencia contra las mujeres</b>	¿Hay una política multisectorial para prevenir o responder a la violencia contra las mujeres?

### Indicadores del marco RESPETO

#### Relaciones con habilidades fortalecidas

<b>Educación sobre las relaciones</b>	¿La política multisectorial sobre la violencia contra las mujeres incluye la educación individual o grupal para fortalecer las habilidades de comunicación en la pareja?
<b>Terapia de pareja</b>	¿La política multisectorial sobre la violencia contra las mujeres incluye la terapia de pareja?

#### Empoderamiento

<b>Empoderamiento económico</b>	¿La política multisectorial de violencia contra las mujeres incluye al menos una estrategia para el empoderamiento económico de las mujeres?
<b>Empoderamiento social</b>	¿La política multisectorial de violencia contra las mujeres incluye al menos una estrategia para el empoderamiento social o psicológico de las mujeres?

#### Servicios

<b>Consumo de sustancias nocivas</b>	¿La política multisectorial de violencia contra las mujeres incluye estrategias para prevenir el consumo de sustancias nocivas?
<b>Refugios</b>	¿La política multisectorial sobre la violencia contra las mujeres incluye los refugios?
<b>Teléfonos de asistencia</b>	¿La política multisectorial sobre la violencia contra las mujeres incluye los teléfonos de asistencia?
<b>Centros de crisis de ventanilla única</b>	¿La política multisectorial sobre la violencia contra las mujeres incluye centros de crisis de ventanilla única?
<b>Autor</b>	¿La política multisectorial sobre la violencia contra las mujeres incluye intervenciones dirigidas al autor de la violencia?
<b>Policía</b>	¿La política multisectorial sobre la violencia contra las mujeres incluye intervenciones policiales?

<b>Indicador nombre abreviado</b>	<b>Indicador</b>
<b>Pobreza reducida</b>	
<b>Transferencias económicas</b>	¿La política multisectorial sobre violencia contra las mujeres incluye las transferencias económicas?
<b>Fuerza laboral</b>	¿La política multisectorial sobre la violencia contra las mujeres incluye intervenciones relacionadas con la fuerza laboral?
<b>Seguridad ambiental</b>	
<b>Escuelas</b>	¿La política multisectorial sobre la violencia contra las mujeres incluye intervenciones en las escuelas?
<b>Infraestructura</b>	¿La política multisectorial sobre la violencia contra las mujeres incluye intervenciones en espacios públicos, infraestructura o transporte?
<b>Espectadores pasivos</b>	¿La política multisectorial sobre la violencia contra las mujeres incluye intervenciones dirigidas a los espectadores pasivos?
<b>Prevención del abuso infantil</b>	
<b>Visitas domiciliarias</b>	¿La política multisectorial sobre la violencia contra las mujeres incluye las visitas domiciliarias o servicios de extensión?
<b>Crianza de los hijos</b>	¿La política multisectorial sobre la violencia contra las mujeres incluye intervenciones dirigidas a los padres?
<b>Testigos infantiles</b>	¿La política multisectorial de violencia contra las mujeres incluye el apoyo psicológico a los niños testigos de la violencia de pareja?
<b>Obtención de un cambio en las actitudes, las creencias y las normas</b>	
<b>Movilización</b>	¿La política multisectorial sobre la violencia contra las mujeres incluye la movilización comunitaria?
<b>Educación en grupo</b>	¿La política multisectorial de violencia contra las mujeres incluye la educación en grupo para promover cambios en las actitudes y normas?
<b>Concientización</b>	¿La política multisectorial sobre la violencia contra las mujeres incluye la concientización?
<b>Indicadores sobre grupos de población en situación de vulnerabilidad</b>	
<b>Reconoce a las mujeres jóvenes</b>	¿El protocolo o la política del sector de la salud sobre la violencia contra las mujeres reconoce a las adolescentes o mujeres jóvenes como un grupo de población en situación de vulnerabilidad?
<b>Servicios para las mujeres jóvenes</b>	¿El protocolo o la política del sector de la salud sobre la violencia contra las mujeres incluye servicios de salud diferenciados para las adolescentes o las mujeres jóvenes sobrevivientes?
<b>Reconoce a las mujeres con discapacidad</b>	¿El protocolo o la política del sector de la salud sobre la violencia contra las mujeres reconoce a las mujeres con discapacidad como un grupo de población en situación de vulnerabilidad?
<b>Servicios para mujeres con discapacidad</b>	¿El protocolo o la política del sector de la salud sobre la violencia contra las mujeres incluye servicios de salud diferenciados para las mujeres con discapacidad sobrevivientes?
<b>Reconoce a las mujeres embarazadas</b>	¿El protocolo o la política del sector de la salud sobre la violencia contra las mujeres reconoce a las mujeres embarazadas como un grupo de población en situación de vulnerabilidad?
<b>Servicios para las mujeres embarazadas</b>	¿El protocolo o la política del sector de la salud sobre la violencia contra las mujeres incluye servicios de salud diferenciados para las mujeres embarazadas sobrevivientes?
<b>Mujeres indígenas o de minorías étnicas reconocidas</b>	¿El protocolo o la política del sector de la salud sobre la violencia contra las mujeres reconoce a las mujeres indígenas o pertenecientes a minorías étnicas como un grupo de población en situación de vulnerabilidad?
<b>Servicios para las mujeres indígenas o de minorías étnicas</b>	¿El protocolo o la política del sector de la salud sobre la violencia contra las mujeres incluye servicios de salud diferenciados para las mujeres indígenas o pertenecientes a minorías étnicas sobrevivientes?

# ANEXO 3

## SUBREGIONES

Subregión	Países	Países
<b>Canadá y Estados Unidos</b>	Canadá	n=2
	Estados Unidos de América	
<b>Caribe no latino</b>	Antigua y Barbuda	n=14
	Barbados	
	Bahamas	
	Belize	
	Dominica	
	Granada	
	Guyana	
	Haití	
	Jamaica	
	Santa Lucía	
	Suriname	
	Trinidad y Tabago	
<b>Centroamérica, México, Cuba y República Dominicana</b>	Costa Rica	n=9
	Cuba	
	República Dominicana	
	El Salvador	
	Guatemala	
	Honduras	
	México	
	Nicaragua	
	Panamá	
<b>América del Sur</b>	Argentina	n=10
	Bolivia (Estado Plurinacional de)	
	Brasil	
	Chile	
	Colombia	
	Ecuador	
	Paraguay	
	Perú	
	Uruguay	
Venezuela (República Bolivariana de)		



La violencia contra las mujeres y las niñas es generalizada en la Región de las Américas, y tiene enormes consecuencias para la salud y el bienestar de las mujeres y las niñas, sus familias y sus comunidades. Se trata de un costo inaceptable que puede ser prevenido mediante acciones basadas en la evidencia, promovidas por las políticas y protocolos del sector de la salud y la colaboración con otros sectores.

El presente informe es el primero de su tipo y representa un hito importante para la Región. Se basa específicamente en los compromisos asumidos por los Estados Miembros en la Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer. El informe ofrece un análisis de los esfuerzos para avanzar en la prevención de la violencia contra las mujeres en la Región de las Américas a través de políticas de salud, protocolos clínicos, planes multisectoriales y otros enfoques relevantes.

La atención a este tema es oportuna, ya que la pandemia de COVID-19 ha dado más visibilidad a esta área de trabajo. En este informe se ofrece información crucial sobre los esfuerzos llevados a cabo en la Región, de los cuales se puede aprender y utilizar el conocimiento extraído en el futuro para prevenir y responder a la violencia contra las mujeres y las niñas en todo el mundo.

**OPS**



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

