



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

*31.ª sesión, 23-24 de noviembre de 1998*

---

*Punto 6 del orden del día provisional*

SPP31/6 (Esp.)

15 octubre 1998

ORIGINAL: INGLÉS

**LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LAS AMÉRICAS**

## ÍNDICE

	<i>Página</i>
1. La violencia contra la mujer: un importante problema de salud pública en las Américas.....	3
1.1 La situación de la violencia basada en el género en las Américas .....	3
1.2 El costo de la violencia basada en el género .....	5
1.3 La violencia basada en el género es prevenible .....	6
2. El sector de la salud y la violencia en el hogar.....	7
2.1 El sector de la salud es un punto de acceso importante para las mujeres afectadas por la violencia .....	7
2.2 Ampliación de la función del sector de la salud para abordar la violencia contra la mujer.....	8
3. El enfoque comunitario a la violencia contra las mujeres .....	10
4. Conclusión .....	11
Bibliografía.....	12

## **1. La violencia contra la mujer: un importante problema de salud pública en las Américas**

La violencia basada en el género no es un problema nuevo. Ha sido constante a todo lo largo de la historia escrita. Lo que es nuevo es el reconocimiento de la violencia contra las mujeres como un abuso contra los derechos humanos (Conferencia de Derechos Humanos, 1993). Desde entonces, la Declaración de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la Mujer (1993), la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia (1995) han dado lugar a declaraciones ratificadas por la mayoría de los gobiernos, que a su vez se reflejan en las políticas nacionales.

Las Naciones Unidas han definido la violencia contra la mujer como:

*Todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada.*

### **1.1 La situación de la violencia basada en el género en las Américas**

Aunque los datos sobre la prevalencia y la naturaleza de la violencia basada en el género son escasos, las investigaciones existentes revelan que las causas y las consecuencias de la violencia basada en el género están generalizadas en toda la Región.

La violencia basada en el género causa más muerte y discapacidad entre las mujeres de 15 a 44 años de edad que el cáncer, la malaria, los accidentes de tránsito y la guerra (Panos 1998).

Según datos compilados por la Oficina de Estadísticas de las Naciones Unidas, entre 20% y 60% de mujeres notifican que fueron golpeadas por su pareja. Un examen detallado de varias investigaciones efectuado para el Banco Mundial (Lori Heise 1994) mostró lo siguiente:

- Un estudio reciente realizado en Chile reveló que 60% de las mujeres que viven en pareja sufren algún tipo de violencia en el hogar, y más de 10% de ellas con violencia agravada.
- En Colombia, más de 20% de las mujeres han recibido algún maltrato físico; 34% de ellas han sufrido abuso psicológico.

- En las áreas marginales de Quito (Ecuador), 60% han sido golpeadas por su pareja.
- De las mujeres argentinas golpeadas por sus esposos, 37% habían vivido en situaciones violentas durante 20 años o más.

La mayor parte de los actos violentos contra las mujeres ocurren en el hogar; la mayoría son cometidos por la pareja o expareja. Diversos estudios en la Región de las Américas indican que entre 50% a 70% de los actos violentos son cometidos por la pareja o por la expareja. (Americas Watch 1991, Dimenstein 1992).

Las mujeres tienen de cinco a diez veces más probabilidades de sufrir abusos de parte de miembros de la familia que los hombres. Un estudio brasileño reveló que solo en 10% de los casos de hombres heridos o asesinados había participado un miembro de la familia, mientras que en más de 50% de los casos en que la víctima era una mujer, había intervenido un miembro de la familia, principalmente los cónyuges. (Americas Watch 1991).

Hay mayores probabilidades de que una agresión causada por una pareja o expareja resulte en una lesión. Un estudio hecho en los Estados Unidos concluyó que 80% de las agresiones conyugales daban lugar a lesiones, en comparación con 54% de las lesiones causadas por extraños (JAMA 1992). Según Americas Watch (1991), 40% de las agresiones conyugales resultan en lesiones.

La violencia contra las mujeres se notifica mucho menos que otras situaciones de violencia. Un estudio efectuado en los Estados Unidos reveló que apenas se notifica entre 2% y 8% del abuso sexual contra las mujeres, en comparación con 62% de todas las agresiones y 83% de todos los robos (Koss 1990).

Una gran parte de los informes forenses y de hospitalización se deben a actos violentos contra las mujeres. El Instituto Forense de Bogotá informa que durante los años ochenta, 20% de las lesiones y 94% de las lesiones que requirieron hospitalización se debieron a la violencia conyugal (UN 1991).

Una proporción muy alta de los embarazos de adolescentes es el resultado de encuentros sexuales forzados, a menudo por adultos mayores y miembros de la familia. Una encuesta hecha en Costa Rica reveló que 95% de los embarazos de adolescentes de 15 años de edad o menos se deben al incesto (Treguear y Carro 1991).

Para muchas mujeres el abuso comienza o se agrava durante el embarazo. En Chile, un estudio de las mujeres maltratadas reveló que 40% de ellas experimentaron mayor abuso durante el embarazo (Panos 1998).

Las mujeres en situaciones abusivas tienen peor salud física y mental. En los Estados Unidos las mujeres que sufren de abusos tienen de cuatro a cinco veces más probabilidades de acudir a los servicios de salud mental y de suicidarse; tienen también mayores probabilidades de consumir drogas, y una tercera parte sufre de depresión (Stark y colaboradores 1981).

## **1.2 *El costo de la violencia basada en el género***

La violencia basada en el género genera costos financieros y sociales. Solo el Canadá, como parte de su campaña nacional contra la violencia por razón de sexo, ha calculado el costo de la violencia en el hogar en US\$ 1.600 millones por año, lo que incluye atención médica y pérdida de productividad (IDB 1997). Según estudios hechos en Nicaragua y los Estados Unidos las mujeres maltratadas tienen de dos a tres veces más probabilidades de usar los servicios de salud.

Si bien la mayoría de los demás países de la Región no tienen datos sobre el costo de la violencia basada en el género, se sabe que el mayor costo para la sociedad es la pérdida de productividad de las mujeres. Según el Informe sobre el Desarrollo Mundial, publicado por el Banco Mundial en 1993, las mujeres pierden 9,5 años de vida o años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) debido a la violencia. La violencia se sitúa entre las principales causas de años de vida perdidos entre mujeres.

Trastornos relacionadas con la maternidad	29
ETS	15,8
Tuberculosis	10,6
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida	10,6
Enfermedades cardiovasculares	10,5
Violencia doméstica y sexual	9,5
Cáncer	9

Mientras que el aumento de las enfermedades físicas y mentales de las mujeres maltratadas disminuye su productividad, la falta de ingresos puede agravar su situación. Un estudio nicaragüense reveló que 41% de las mujeres que no percibían ningún ingreso

eran víctimas de graves maltratos, en comparación con 10% de las que trabajaban fuera del hogar y percibían algún ingreso (BID 1997).

Hay también pruebas preliminares de que la violencia contra las mujeres afecta la salud y el desarrollo de sus hijos. En un estudio hecho en los Estados Unidos, se observó que había mayores probabilidades de que las mujeres maltratadas que estuviesen embarazadas buscaran atención prenatal cuando el embarazo estuviese más avanzado—durante el último trimestre— y de que sus hijos tuvieran bajo peso al nacer (McFarlane, 1992). Un estudio reciente de mujeres maltratadas en Nicaragua reveló que 63% de sus hijos repetían el año escolar, que sus hijos abandonaban la escuela cuatro años antes y que tenían 100 veces más probabilidades de ser hospitalizado que los hijos de mujeres no maltratadas. Es más, la violencia en el hogar se perpetúa entre los niños que son víctimas de la violencia o viven en hogares violentos (OPS 1998).

### **1.3 *La violencia basada en el género es prevenible***

Las sociedades pueden librarse de la violencia en el hogar. En un estudio etnográfico de varias sociedades rurales, Levinson (1989) identificó 16 de ellas que podrían clasificarse como libres de violencia basada en el género. Estas sociedades tenían las siguientes características en común:

- papel de la mujer fuera del hogar;
- participación comunitaria activa para abordar la violencia;
- solidaridad y promoción de la causa de la mujer por grupos feministas;
- posibilidad de recibir protección en caso de violencia en el hogar.

La violencia basada en el género es endémica en gran parte de los países occidentales y en desarrollo, y los agresores y sus víctimas provienen de todas las clases, nacionalidades y estratos económicos. Si bien mucha investigación se ha centrado en las características personales de los perpetradores, el comportamiento de las personas recibe la influencia, en gran medida, de la sociedad en que viven. Las leyes, los valores culturales, las estructuras sociales y las relaciones locales y familiares determinan si sus miembros son violentos. Estos son conceptos sociales que pueden cambiarse.

Allí donde la violencia en el hogar es endémica, el gobierno, la comunidad y las organizaciones de mujeres deben colaborar para crear y ejecutar intervenciones estratégicas para salvar vidas, reducir las lesiones y aliviar la victimización de las mujeres y

sus hijos. Las intervenciones existentes deben evaluarse y mejorarse sistemáticamente, y deben estudiarse nuevos enfoques.

## **2. El sector de la salud y la violencia en el hogar**

Aunque la violencia en el hogar se reconoce a nivel mundial como un abuso contra los derechos humanos, en muchos países de las Américas no se percibe ni se aborda como un problema de salud pública. En la mayoría de estos países las lesiones debidas a la violencia se consideran como una patología por los médicos forenses, que a menudo escasean y son empleados por el sector legal o la policía. Por otra parte, en los centros de salud se le presta poca atención a la violencia en el hogar y es allí donde las mujeres van con mayor frecuencia.

### **2.1 *El sector de la salud es un punto de acceso importante para las mujeres afectadas por la violencia***

Las mujeres maltratadas tienen mayores probabilidades de interactuar con el sector de la salud, debido a su mayor riesgo de enfermedades físicas y mentales, así como por las consecuencias adversas de la violencia para la salud reproductiva. Sin embargo, los proveedores de servicios de salud no han recibido adiestramiento que les permita reconocer el riesgo de violencia en el hogar entre los usuarios, ni para recopilar información sobre el maltrato, el riesgo y la atención. Algunos estudios revelan que los proveedores de servicios de salud pueden ver a la misma mujer muchas veces y tratarlas por lesiones similares sin observar la correlación con la violencia. Otros estudios confirman los informes de que los proveedores no toman con seriedad las quejas y los síntomas de abuso en las mujeres.

Cuando se adiestra a los trabajadores de salud y se ejecutan los protocolos para la detección del maltrato, aumenta la identificación del abuso. En Pensilvania, Estados Unidos, por ejemplo, estas medidas condujeron a que aumentara cinco veces la identificación de las lesiones entre las mujeres que iban a los servicios —de 6% a 30% (McCleer y Anwar 1989).

Tradicionalmente, el sector de la salud no ha recopilado datos de morbilidad y mortalidad sobre violencia basada en el género y, por consiguiente, no toma en consideración su prevalencia y la necesidad de atención cuándo formula las políticas y los programas. Para muchos de los grupos que defienden la salud de la mujer, estos datos y políticas son fundamentales para abordar los temas de equidad entre los sexos en los programas de atención de la salud y en la reforma del sector.

## **2.2 *Ampliación de la función del sector de la salud para abordar la violencia contra la mujer***

El sector de la salud debe desempeñar una función clave al formular, ejecutar y evaluar las políticas nacionales para abordar la violencia en el hogar. Los ministerios de salud pueden recopilar información sobre prevalencia, usuarios y costos para vigilar este proceso. Pueden identificar las necesidades de investigación y el financiamiento para mejorarlo. El sector de la salud también está en posición de coordinar los esfuerzos del sector público y civil a nivel nacional y de la comunidad.

Las contribuciones concretas del sector de la salud podrían ser:

- A corto plazo, efectuar un análisis de situación y una investigación para evaluar la prevalencia de la violencia contra las mujeres y para mejorar la planificación, ejecución y el seguimiento de las estrategias de intervención. Identificar los recursos y las organizaciones que se ocupan de la violencia en el hogar a nivel nacional y de la comunidad para compartir enfoques innovadores y coordinar esfuerzos.

El programa Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS (HDW) ha creado un instrumento denominado, "La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar", para identificar y coordinar con organizaciones comunitarias, los individuos y los recursos que abordan la violencia en el hogar.

A largo plazo, incluir indicadores de violencia en el hogar en el sistema nacional de información sobre salud y en las encuestas nacionales de salud.

- Reforzar y repetir los esfuerzos exitosos. Muchas ONG han comenzado programas que abordan los complejos componentes de la violencia basada en el género generalmente con pocos recursos. Tales programas deben apoyarse e incluirse en coaliciones, redes comunitarias y en la prestación de asistencia técnica.
- Con otros sectores, diseñar y aplicar protocolos para detectar, tratar y referir a las mujeres maltratadas que buscan atención de salud en los servicios de atención primaria y de urgencia.

Como parte de su Proyecto de Prevención de la Violencia Intrafamiliar, HDW ha preparado un protocolo modelo que se ha adaptado y aplicado en los 10 países de la Región que participan en el proyecto.

- Adiestrar a los proveedores de atención de la salud en la aplicación del protocolo para la detección, prestación de atención primaria de salud y de salud mental de



buena calidad; en el procesamiento de las pruebas legales y en referir a las mujeres maltratadas a otros servicios comunitarios o de urgencia. El Proyecto de Prevención de la Violencia Intrafamiliar está preparando actualmente un módulo de adiestramiento modelo basado en sus experiencias en 10 países.

- Para institucionalizar la capacitación del personal de salud incluir la violencia contra la mujer en los currículos de las instituciones de educación y formación.
- Coordinar coaliciones intersectoriales para promover políticas y programas que aborden la violencia en el sector público y civil así como en la legislación y en la reforma del sector de la salud.

Las organizaciones feministas tradicionalmente se han mantenido a la vanguardia al abogar por la prevención de la violencia en el hogar y son sus aliados naturales. La mayoría de los países tienen un ministerio de la mujer o de la familia; algunos tienen puntos focales de mujer/género en los ministerios participantes; otros actores del sector público (trabajo, educación, bienestar) y del sector civil también deben participar.

- Llevar a la práctica enfoques comunitarios e intersectoriales. En los Estados Unidos, el enfoque comunitario ha sido tan eficaz que se ha repetido en más de 100 comunidades durante el último decenio. El sector de la salud puede movilizar recursos de la comunidad y las organizaciones para coordinar sus esfuerzos al tratar la violencia en el hogar a nivel de la comunidad. El ministerio de salud también puede desempeñar una función clave al proporcionar capacitación, protocolos y sistemas de referencia e información comunes para los participantes de las redes de la comunidad.

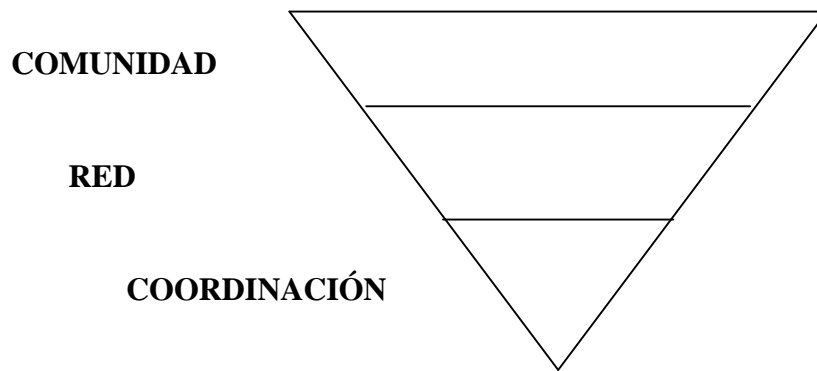
El programa Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS ha desarrollado un modelo comunitario, intersectorial para abordar la violencia intrafamiliar que se trata a continuación.

- Lanzar campañas de información y educación para modificar la actitud de tolerancia ante la violencia en las familias.
- Incluir a hombres y a organizaciones de hombres en los programas de prevención.

### 3. El enfoque comunitario a la violencia contra las mujeres

Durante los años noventa, el programa Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS ha llevado a la práctica un modelo participativo, comunitario en un total de 42 municipios en 10 países latinoamericanos. Los dos proyectos subregionales de prevención de la violencia intrafamiliar abarcan los seis países centroamericanos y Belice, y, en los Andes, Bolivia, Ecuador y Perú.

El modelo de prevención de la violencia intrafamiliar consta de redes comunitarias de organizaciones e individuos que dan atención y apoyo a las mujeres maltratadas y a sus familias. El diagrama siguiente ilustra la construcción de la red (Guido 1998):



La red en cada municipio planifica, pone en práctica y vigila sus propios esfuerzos y sistemas de referencia comunitarios. En algunos países, las redes se han repetido a los niveles regional y nacional, con miembros de las redes locales y de las organizaciones nacionales, para influir en las políticas e institucionalizar los esfuerzos.

Los resultados del proyecto incluyen: módulos de capacitación para el personal de salud, la policía y el sistema judicial; instrumentos para el análisis de la situación, incluido un instrumento para identificar los servicios y las personas a las que se dirigen las mujeres en “La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar”; sistemas de referencia e información; campañas y materiales para los medios de comunicación nacionales; materiales y reuniones de promoción de la causa; normas y procedimientos nacionales; grupos de apoyo para mujeres maltratadas y para los perpetradores. El proyecto se encuentra actualmente en su segunda fase para ampliar el modelo a otras áreas de cada país y para institucionalizar sus logros a nivel nacional.

El modelo comunitario intersectorial tiene los siguientes componentes:

- Los servicios de salud sirven de punto de detección inicial para las mujeres que viven en situaciones violentas. Se capacita al personal de salud para que examine a las mujeres durante las visitas regulares que ellas hacen en busca de atención de salud, ya sea primaria o reproductiva, y para aplicar el protocolo que asegure un servicio de calidad y la recopilación de datos. En algunos casos, se capacita a los proveedores para recabar pruebas judiciales.
- Un grupo de estudio, con representantes de la OPS, el Ministerio de Salud y ONG, aplica un análisis de la situación en la comunidad para evaluar la prevalencia de la violencia en el hogar, usando los datos disponibles del sector de la salud y de la policía y del sistema judicial, así como de las encuestas existentes. También se aplica el instrumento llamado “La Ruta Crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar” a objeto de identificar a organizaciones y las personas que ayudan a las mujeres a ocuparse de su situación.
- Sobre la base de esta información, los trabajadores del sector de la salud movilizan tanto a las organizaciones comunitarias, como a los líderes comunitarios para formar redes de apoyo y de servicio. Estas redes pueden constar de la policía, del sistema judicial, de líderes de la comunidad, ONG, organizaciones de mujeres, escuelas, iglesias y hospitales. La mezcla varía según la comunidad.
- Cada red se reúne regularmente para planificar, ejecutar, vigilar y coordinar las actividades que abordan las necesidades de las mujeres maltratadas y sus familias. Se establecen redes intersectoriales de referencia/información, programas de capacitación y grupos de apoyo para velar por que las mujeres reciban atención de calidad dentro de sus comunidades.
- La repetición de las redes a nivel regional y nacional con representantes de las redes locales, del sector público nacional (ministerios de salud, ministerio y puntos focales de mujeres, ministerios del trabajo, educación, bienestar), y el sector civil. Estas redes abogan por políticas (capacitación, normas, sistemas de información/referencia), legislación y los recursos que abordan la violencia en el hogar a los niveles nacional, regional y local.

#### **4. Conclusión**

El modelo del programa Mujer, Salud y Desarrollo se ha ejecutado en los 10 países del proyecto y el Banco Interamericano de Desarrollo lo ha repetido en seis países más. El enfoque intersectorial, comunitario es una manera de consolidar los esfuerzos existentes y de crear nuevas capacidades para abordar un problema que afecta a una gran parte de la población.

La violencia basada en el género es diferente de otro tipo de violencia social, puesto que ella ocurre en la intimidad de los hogares y en las relaciones, y a menudo proviene de la pareja o que alguna vez lo fue. La mayoría de las víctimas de maltratos son mujeres que tienen acceso limitado a los ingresos o al poder, dentro o fuera del hogar y que, probablemente, no acudirían a los servicios de salud existentes para buscar ayuda con respecto al maltrato. Es cierto que van con mayor frecuencia a esos servicios, pero lo hacen debido a los problemas de salud física, mental y reproductiva causados y agravados por su situación.

En último término, la violencia contra la mujer tiene sus raíces en la discriminación por razón de sexo y, por consiguiente, cualquier intento de abordarla debe estar vinculado a los esfuerzos que facultan a las mujeres. El Panel canadiense sobre la violencia contra las mujeres declara que "está suficientemente claro que las mujeres no estarán exentas de la violencia hasta que no haya igualdad, y la igualdad no puede lograrse hasta que la violencia no desaparezca de la vida de las mujeres".

La prevención y la atención de la violencia contra las mujeres exigen el compromiso de muchos sectores, así como un enfoque integrado. Tal compromiso y esfuerzos deben centrarse en la prevención como un derecho humano y un enfoque de salud pública, en el que el sector de la salud, las mujeres maltratadas y sus defensores participen activamente.

## **Bibliografía**

Americas Watch 1991. "Criminal Injustice: Violence against Women in Brazil." Human Rights Watch, The Women's Rights Project, New York.

Guido, Lea 1998. "Desconstruir la violencia intrafamiliar: Estado y sociedad civil, rol del sector salud". Presentación al XXIII International Congress on Law and Mental Health. Paris, France.

Heise, Lori; Pitanguy, J., and Germain, A. 1994, "Violence Against Women – The Hidden Health Burden", *World Bank Discussion Papers* #255 (traducido al español por HDW/OPS).

Inter-American Development Bank 1997, "Domestic Violence", *IDB Special Report*.

Koss, Mary; Koss, P., and Woodruff, J., 1991. "Deleterious Effects of Criminal Victimization on Women's Health and Medical Utilization" *Archives of Internal Medicine*,151:342-47.

McFarlane, Judith et al., 1992. "Assessing for Abuse during Pregnancy: Severity and Frequency of Injuries and Associated Entry into Prenatal Care." *American Journal of Public Health* 79 (5):595-99 .

Pan American Health Organization 1998, "Presentation of preliminary results of a multi-country violence study".

Panos Briefing 1998, "The Intimate Enemy: Gender Violence and Reproductive Health," <http://www.oneworld.org/panos/briefing/genviol.htm>

Stark, Evan; Flitcraft, A. 1991. "Spouse Abuse."in Mark Rosenberg and Mary Ann Finley, editors, *Violence in America: A Public Health Approach*. New York: Oxford University Press.

Treguear, Tatiana, Carro, C. 1991. *Niñas, Madres: Recuento de una experiencia*. San José, Costa Rica: La Fundación Promoción, Capacitación y Acción Alternativa (PROCAL).

United Nations 1991. "The World's Women 1970 -1990: Trends and Statistics." *Social Statistics and Indicators*, Series K, No. 8. New York.

World Bank 1993, *World Development Report 1993: Investing in Health*. New Oxford University Press.