



RESUMEN DEL INFORME

Violencia contra la mujer

EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE:

Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



RESUMEN DEL INFORME

Violencia contra la mujer

EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Análisis comparativo de datos
poblacionales de 12 países

SARAH BOTT

ALESSANDRA GUEDES

MARY GOODWIN

JENNIFER ADAMS MENDOZA

Una colaboración entre la Organización Panamericana de la Salud
y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos,
con aportes técnicos de MEASURE DHS, ICF International

Este resumen fue adaptado de la publicación completa:
Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe:
Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países (156 páginas),
disponible en: www.paho.org/violence

Se publica también en inglés (2013) como Summary Report Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries.

Catalogación en la Fuente, Biblioteca de la Sed de la OPS

Organización Panamericana de la Salud ; Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. Washington, DC : OPS, 2013.

1. Violencia contra la Mujer. 2. Violencia Doméstica. 3. Violencia Sexual. 4. Género y Salud. 5. Violaciones de los Derechos Humanos. 6. Estudios Epidemiológicos. I. Título. II. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

Clasificación NLM: WA309DAI

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse al Servicio Editorial, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. (pubrights@paho.org). El Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, Proyecto de Salud Mental; endviolence@paho.org podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2013. Todos los derechos reservados.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

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

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

Esta publicación es una producción conjunta de la OPS y CDC. CDC no respalda ningún otro producto de la OPS, servicio o iniciativa. Los resultados y conclusiones de este informe son de los autores y no representan necesariamente la posición oficial de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

En los 30 últimos años, la comunidad internacional ha reconocido cada vez más la violencia contra la mujer como problema de salud pública, violación de derechos humanos y barrera al desarrollo económico.¹⁻⁶ En 1993, en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer,¹ la Asamblea General de las Naciones Unidas reconoció oficialmente el derecho de la mujer a vivir libre de violencia, derecho que también se reconoció en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará), de 1994.⁷

Tanto en la Declaración de las Naciones Unidas de 1993 como en la Convención de Belém do Pará se utiliza, en la versión inglesa, la expresión '*gender-based violence*' (violencia basada en género) para reconocer que los factores de riesgo, las consecuencias y las respuestas a la violencia contra la mujer están influidas en gran medida por la condición social, económica y jurídica subordinada de la mujer en muchos entornos.^{4,6} Ciertas formas de violencia contra la mujer, como la violencia física infligida por el esposo, a menudo son toleradas o

hasta aprobadas por leyes, instituciones y normas de la comunidad y algunos investigadores argumentan que la violencia contra la mujer puede ser no solo una manifestación de la falta de igualdad de género, sino también una manera de imponerla.^{6,8}

De hecho, la base de evidencia científica indica que las modalidades, los factores de riesgo y las consecuencias de la violencia contra la mujer son diferentes de los asociados a la violencia contra los hombres. En todo el mundo, los hombres tienen mayores probabilidades que las mujeres de sufrir violencia en el contexto de conflictos armados y actividades delictivas, mientras que las mujeres tienen mayores probabilidades que los hombres de sufrir violencia y tener lesiones provocadas por personas cercanas, como sus compañeros íntimos.⁹ Las niñas y las mujeres también tienen mayores probabilidades que los niños varones o los hombres de sufrir violencia sexual en general.¹⁰ Además, la violencia física y sexual contra las mujeres y niñas tiene para la salud reproductiva un sinnúmero de consecuencias que son diferentes de las consecuencias de la violencia contra los hombres.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

Hay numerosas investigaciones sobre la violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe, pero los estudios han definido y medido la violencia de maneras tan diversas que a menudo resulta difícil comparar resultados en la Región. Estudios como el Estudio Multipaís de la OMS (Organización Mundial de la Salud) sobre Salud de la Mujer y Violencia Doméstica² y el GENACIS (Estudio Internacional sobre Género, Alcohol y Cultura)¹¹ han recogido datos comparables sobre la violencia en múltiples países utilizando cuestionarios estandarizados. Sin embargo, tienen ciertas limitaciones, como haber recogido datos de uno o dos sitios por país en lugar de utilizar muestras nacionales.

Las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS, por sus siglas en inglés) y las Encuestas de Salud Reproductiva (RHS, por sus siglas en inglés) estaban diseñadas originalmente para investigar asuntos demográficos y de salud reproductiva, pero han pasado a incluir con creciente frecuencia módulos breves sobre la violencia contra la mujer. En este informe se presenta un nuevo análisis comparativo de los datos sobre la violencia contra la mujer procedentes de encuestas DHS y RHS recogidos entre el 2003 y el 2009 en 12 países de América Latina y el Caribe (Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Paraguay, Perú y República Dominicana).

Estos datos representativos a nivel nacional se obtuvieron mediante entrevistas cara a cara en el entorno doméstico. Los tamaños de las muestras de mujeres de 15 a 49 años de edad oscilaban entre 3.568 mujeres en Haití 2005/6 y 37.597 mujeres en Colombia 2005. Aunque en estas encuestas DHS y RHS no se utilizaron cuestionarios idénticos, sus mediciones de la violencia eran suficientemente similares para permitir un análisis comparativo utilizando indicadores estandarizados.

La finalidad general de este análisis comparativo es concientizar sobre la violencia contra la mujer a nivel nacional y regional. Los objetivos específicos son los siguientes:

- Facilitar el acceso y la difusión de datos comparables de encuestas DHS y RHS de la Región entre investigadores, tomadores de decisiones y directores de programas.
- Enriquecer el acervo de conocimientos sobre la prevalencia de violencia contra la mujer, sus factores de riesgo, sus consecuencias y las actitudes hacia esta violencia en la Región.
- Fomentar el cambio motivando a tomadores de decisiones y programadores a diseñar y aplicar estrategias con base en evidencia científica para prevenir y responder a la violencia contra la mujer en la Región.

RESULTADOS

La violencia contra la mujer infligida por el compañero íntimo está generalizada en todos los países de América Latina y el Caribe donde se realizaron estas encuestas DHS y RHS, pero la prevalencia varía según el entorno.

En estos 12 países de América Latina y el Caribe, un gran porcentaje de mujeres alguna vez casadas o en unión informaron haber sufrido **alguna vez** violencia física o sexual de parte de un compañero íntimo, entre un 17,0% en la República Dominicana 2007 y algo más de la mitad (53,3%) en Bolivia 2003. La mayoría de las encuestas han revelado que entre la cuarta parte y la mitad de las mujeres declaraban haber sufrido **alguna vez** violencia de parte de un compañero íntimo. En cada país, el porcentaje de mujeres que informaban violencia física o sexual infligida **recientemente** (es decir, **en los 12 meses precedentes**) por un compañero íntimo resultó inferior al porcentaje de las que informaban haber sufrido esa violencia **alguna vez**, pero la prevalencia de violencia infligida **recientemente** por el compañero íntimo era sustancial, entre un 7,7% en Jamaica 2008/9 y un 25,5% en Bolivia 2008.

La violencia infligida por un compañero íntimo comprende desde actos moderados ocasionales hasta situaciones prolongadas y crónicas de malos tratos, a veces llamadas ‘golpizas’.

La violencia infligida por un compañero íntimo abarca una amplia variedad de tipos, actos y

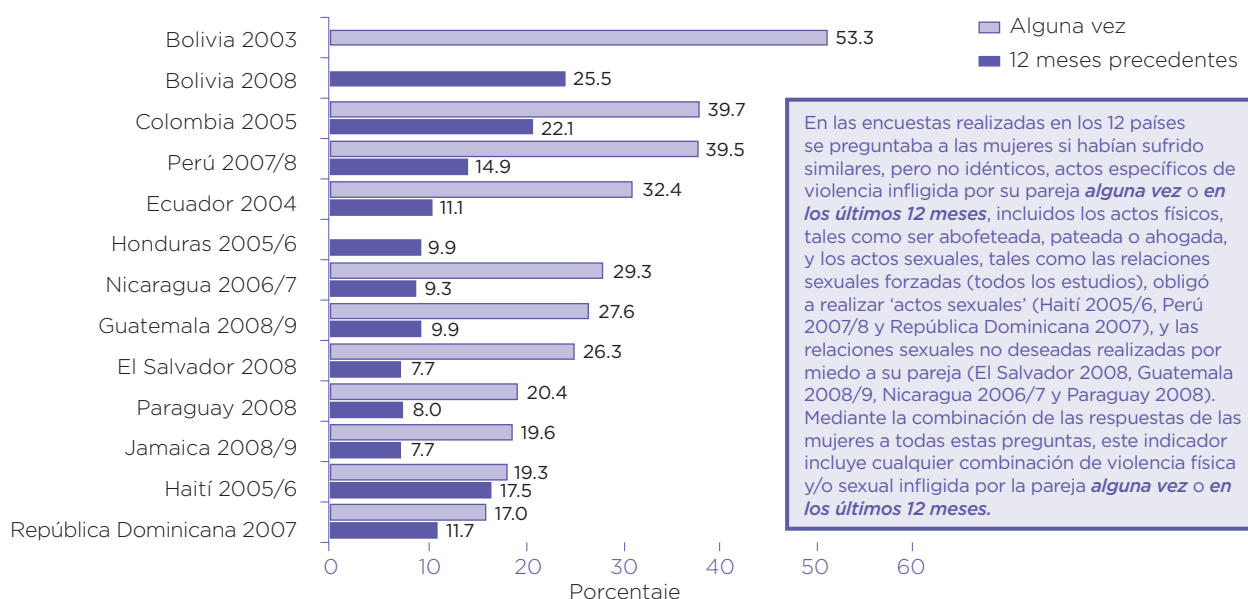
gravedad de maltrato. Muchas entrevistadas en estas encuestas habían sufrido violencia física moderada de parte de un compañero íntimo, como bofetadas o empujones; pero en todas las encuestas recogidas en este análisis, la mayor parte de las mujeres que habían sufrido algún tipo de violencia física **alguna vez** declaraban haber sufrido actos ‘graves’, como puñetazos o amenazas con un cuchillo u otra arma, o heridas causadas por un arma. Además, muchas mujeres declaraban haber sido forzadas por una pareja a tener relaciones sexuales.

El maltrato emocional y los comportamientos controladores también están generalizados en estos países.

El maltrato emocional por un compañero íntimo, como insultos, humillaciones, intimidaciones y amenazas de daños, estaba generalizado en esos países de América Latina y el Caribe. La proporción de mujeres alguna vez casadas o en unión que informaban haber sufrido **alguna vez** maltrato emocional de parte de la pareja oscilaba entre la sexta parte (17,0%) en Haití 2005/6 y casi la mitad (47,8%) en Nicaragua 2006/7. La prevalencia de maltrato emocional por una pareja **en los 12 meses precedentes** oscilaba entre un 13,7% de las mujeres en Honduras 2005/6 y un 32,3% en Bolivia 2008. Asimismo, una gran proporción de mujeres de la Región declararon que su pareja actual o más reciente había recurrido a tres o más comportamientos controladores, como tratar de aislarla de la familia o

Violencia física o sexual infligida por el compañero íntimo alguna vez y en los 12 meses precedentes:

Figura 1. Porcentaje de mujeres que informaban violencia física o sexual de parte de una pareja, alguna vez y en los 12 meses precedentes, entre las mujeres de 15 a 49 años de edad alguna vez casadas o en unión^{a-f}



los amigos, insistir en saber en todo momento dónde estaba ella, o limitar su acceso al dinero.

El maltrato emocional y los comportamientos controladores están estrechamente vinculados a la violencia física de parte del compañero íntimo.

En todos los países, la mayor parte de las mujeres que habían sufrido violencia física **en los 12 meses precedentes** también informaron maltrato emocional, desde un 61,1% en Colombia 2005 hasta un 92,6% en El Salvador 2008. De manera análoga, el porcentaje de mujeres que informaban tres o más comportamientos controladores de parte de su pareja resultó en general dos a tres veces mayor entre las mujeres que informaron haber sufrido **alguna vez** violencia física o sexual de parte del compañero íntimo, en comparación con las que no lo informaron. En cambio, el maltrato emocional resultó relativamente poco frecuente (entre un 7,0% en Haití 2005/6 y un 18,9% en Bolivia 2008) entre las mujeres que habían informado ninguna violencia física infligida por el compañero íntimo **en los 12 meses precedentes**. Estos resultados apoyan la base de evidencia científica de que el maltrato emocional y los comportamientos controladores a menudo acompañan la violencia física y son dimensiones importantes de la violencia infligida por el compañero íntimo.¹²

Factores sociodemográficos asociados con la violencia de parte del compañero íntimo varían según el país.

En muchos países la prevalencia de violencia física o sexual infligida por un compañero íntimo **alguna vez** o **en los 12 meses precedentes** era significativamente mayor en las zonas urbanas en comparación con las rurales, entre las mujeres divorciadas o separadas en comparación con las casadas, entre las mujeres actual o recientemente empleadas en comparación con las no empleadas y entre las mujeres de los niveles más bajos de recursos económicos e instrucción en comparación con las de los niveles más altos. Sin embargo, las diferencias de prevalencia según las características socioeconómicas de las mujeres no siempre eran grandes, estadísticamente significativas o uniformes en todos los países. Después de haber controlado otros factores, los factores más fuertes y constantes asociados con la violencia infligida por un compañero íntimo resultaron ser los siguientes: estar separadas o divorciadas, alta paridad (número de hijos nacidos vivos) y tener antecedentes de malos tratos físicos del propio padre hacia la propia madre.

La prevalencia y las probabilidades de violencia de parte de un compañero íntimo no siempre son más altas entre las menos ricas o menos instruidas.

Mientras que la prevalencia de violencia infligida por un compañero íntimo generalmente, pero no siempre, era menor entre las mujeres más ricas e instruidas, no siempre descendía de manera sistemática en los quintiles de mayor riqueza o instrucción. En algunos países, los niveles más altos de violencia infligida por un compañero íntimo eran los informados por mujeres de niveles intermedios de riqueza o instrucción, y no de los niveles más bajos. Se han comunicado resultados similares en otros lugares del mundo,¹³ y Jewkes (2002) argumenta que las mujeres pueden correr riesgos particulares de violencia infligida por el compañero íntimo en entornos donde la instrucción y el empleo crecientes de las mujeres están poniendo en entredicho los roles tradicionales de género—posibilidad que merece la pena considerar en América Latina y el Caribe, donde se están produciendo cambios importantes en los roles y el empoderamiento de las mujeres.

Las mujeres señalan muchas situaciones diferentes que ‘desencadenan’ violencia de parte del compañero íntimo, pero en casi todos los entornos el consumo de alcohol por parte de este desempeña un papel importante.

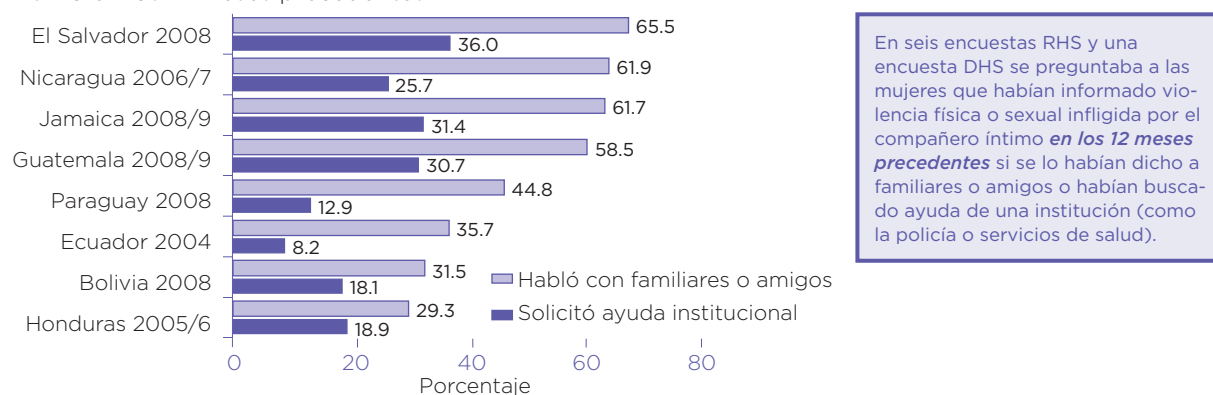
Las mujeres que habían sufrido violencia infligida por el compañero íntimo **en los 12 meses precedentes** mencionaron muchas situaciones que desencadenaban esa violencia, pero en casi todas las encuestas la embriaguez o el consumo de drogas por el compañero íntimo era la situación singular mencionada con la mayor frecuencia, por el 29,8% de esas mujeres en Guatemala 2008/9 hasta por más de la mitad (53,4%) en Ecuador 2004. Este resultado corresponde con un gran número de estudios que documentan que el abuso de alcohol por los hombres aumenta el riesgo de que las mujeres sufran violencia de parte del compañero íntimo,^{14,15} incluido un análisis de los datos del Estudio multipaís de la OMS.¹⁶

La violencia infligida por el compañero íntimo a menudo tiene consecuencias graves para la salud física y mental.

En los 12 países estudiados, una gran proporción de mujeres que habían sufrido violencia infligida por un compañero íntimo **alguna vez** o **en los 12 meses precedentes** declaraban haber resultado físicamente lesionadas, incluidas lesiones ‘menores’ como contusiones y dolores, así como lesiones más ‘graves’, como fractura de huesos, quemaduras o cuchilladas. Estos resultados respaldan un gran número de estudios a nivel mundial que indican que la violencia infligida por el compañero íntimo es un problema de salud pública con graves consecuencias para la salud física de las mujeres, como lesiones físicas, discapacidad y dolores crónicos.^{6,9,17,18}

Búsqueda de ayuda en relación con la violencia infligida por el compañero íntimo en los 12 meses precedentes:

Figura 2. Porcentaje de mujeres que habían hablado con alguien o solicitado ayuda institucional en relación con la violencia infligida por el compañero íntimo, entre las mujeres de 15 a 49 años de edad alguna vez casadas o en unión que informaban violencia física o sexual infligida por el compañero íntimo en los 12 meses precedentes^{a-9}



Este análisis comparativo también documenta extensas consecuencias emocionales y de salud mental resultantes de la violencia infligida por el compañero íntimo, tales como temor, ansiedad, depresión y pensamientos suicidas. En las cinco encuestas que midieron este indicador, entre la mitad y más de las dos terceras partes de las mujeres que habían sufrido violencia infligida por un compañero íntimo **en los 12 meses precedentes** declararon haber presentado como consecuencia de esa violencia ansiedad o depresión suficientemente graves para no poder realizar su trabajo habitual. Dos estudios (Guatemala 2008/9 y Paraguay 2008) recogieron datos que permitieron hacer un examen de los pensamientos suicidas asociados a los antecedentes de violencia infligida por el compañero íntimo. En esas encuestas, las mujeres que habían sufrido violencia física o sexual infligida por el compañero íntimo **en los 12 meses precedentes** tenían significativamente más probabilidad de haber contemplado o intentado el suicidio en las cuatro semanas precedentes, en comparación con las que nunca habían sufrido esa violencia. Estos resultados apoyan el número creciente de estudios que documentan que la violencia contra la mujer agrava la carga de mala salud mental entre las mujeres tanto a nivel mundial como dentro de la Región,¹⁸⁻²¹ y perjudica enormemente la productividad económica de las mujeres.²²

La violencia infligida por el compañero íntimo está estrechamente vinculada a varios indicadores clave de salud reproductiva.

En casi todos los países, la prevalencia de violencia física o sexual infligida por el compañero íntimo **alguna vez o en los 12 meses precedentes** era significativamente mayor entre las mujeres que informaban una edad más temprana al primer nacimiento, entre las que habían tenido un mayor

número de hijos nacidos vivos y entre aquellas cuyo último nacido vivo había sido no planeado o no deseado. De manera análoga, en todas las encuestas excepto Haití 2005/6, los embarazos no planeados y no deseados eran significativamente más frecuentes entre las mujeres que informaban violencia infligida por el compañero íntimo alguna vez en comparación con las que no. En las cuatro encuestas DHS en que se preguntaba a las mujeres que alguna vez habían estado embarazadas si alguna vez habían sufrido violencia física durante un embarazo, entre un 5,6% de las que alguna vez habían estado embarazadas en Haití 2005/6 y un 11,3% de ellas en Perú 2007/8 informaban esa clase de violencia. Estos porcentajes corresponden al intervalo de 3-13% de las mujeres que informan violencia infligida por el compañero íntimo durante el embarazo según las revisiones bibliográficas mundiales,²³⁻²⁵ así como los estudios sobre violencia durante el embarazo en países de la Región como Brasil,²⁶ México^{27,30} y Perú.^{31,32}

La búsqueda de ayuda por las mujeres que sufren violencia varía ampliamente según el país.

La proporción de mujeres que buscaban ayuda tras haber sufrido violencia infligida por el compañero íntimo, ya sea que hubieran hablado con alguien acerca de ello o hubieran solicitado ayuda institucional, variaba ampliamente según el país. Entre las mujeres que habían sufrido violencia infligida por el compañero íntimo **en los 12 meses precedentes**, la proporción de las que habían hablado con familiares o amigos oscilaba entre menos de la tercera parte (29,3%) en Honduras 2005/6 y casi dos tercios (65,5%) en El Salvador 2008. El porcentaje de las que habían solicitado ayuda de alguna institución oscilaba entre un 8,2% en Ecuador 2004 y un 36,0% en El Salvador 2008, y en todos los países resultó inferior al porcentaje

de las que buscaban ayuda de familiares o amigos. Las mujeres mencionaron muchas razones diferentes por las cuales no habían pedido ayuda, entre ellas vergüenza, temor a represalias, no saber adónde ir y no creer que alguien las ayudaría.

Una gran proporción de mujeres de América Latina y el Caribe informan haber sufrido violencia sexual en algún momento de su vida, perpetrada principalmente por hombres conocidos por ellas.

Proporciones sustanciales de mujeres de países de América Latina y el Caribe con recientes encuestas DHS o RHS declararon haber sufrido violencia sexual en algún momento de su vida, infligida esta por un compañero íntimo o por otra persona. Entre las mujeres que alguna vez habían estado en pareja, el porcentaje de las que informaban violencia sexual (relaciones sexuales forzadas u otros actos sexuales forzados, inicio sexual forzado o relaciones sexuales por miedo) perpetrada por cualquier agresor oscilaba entre un 10,3% en Paraguay 2008 y un 27,2% en Haití 2005/6. En la mayor parte de las encuestas, la mayoría de estas mujeres que habían informado violencia sexual la habían sufrido a manos de un compañero íntimo.

La iniciación sexual forzada y no deseada ocurre a edades tempranas para muchas mujeres jóvenes y niñas en la Región.

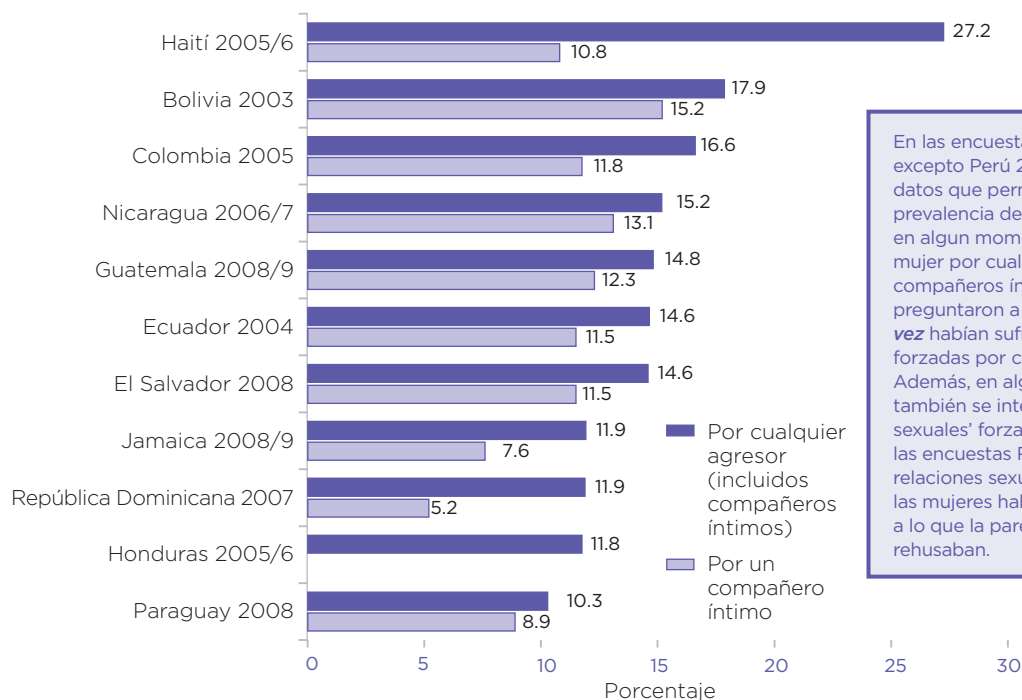
Proporciones pequeñas pero sustanciales de mujeres jóvenes en todas las encuestas declaraban que su

primera relación sexual había sido 'forzada'. Los esposos, compañeros íntimos y enamorados eran los autores informados con mayor frecuencia en las encuestas que medían este indicador. Estos resultados representan casi sin duda la punta del 'iceberg' del problema más amplio del abuso sexual en la niñez y del inicio sexual no deseado. Cuando los investigadores dieron a las mujeres jóvenes la opción de declarar que su primera relación sexual no había sido deseada, sin tener que llamarla 'forzada', en la encuesta RHS Jamaica 2008/9 y en las encuestas del Estudio multipaís de la OMS en Brasil y Perú, una gran proporción de mujeres informaba que su primer relación sexual no había sido deseada. Estos resultados indican que muchas mujeres jóvenes se sienten presionadas a tener relaciones sexuales antes de estar preparadas, y que al preguntar a las mujeres si su primera relación sexual ha sido, 'forzada' o 'deseada' no se mide adecuadamente la coacción sexual que sufren muchas mujeres jóvenes. Se necesitan mejores herramientas de investigación para comprender las circunstancias de la primera relación sexual y las experiencias de otras actividades sexuales forzadas a edades tempranas.

La exposición a la violencia en la niñez aumenta el riesgo de otras formas de violencia en etapas posteriores de la vida y tiene importantes efectos intergeneracionales negativos.

Violencia sexual en en algún momento de la vida entre mujeres alguna vez casadas o en unión:

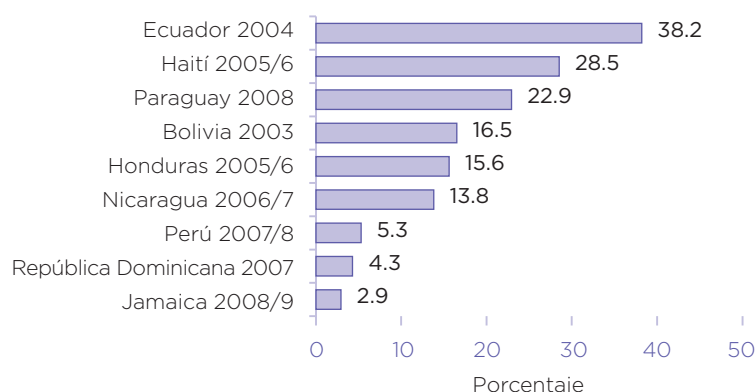
Figura 3. Porcentaje de mujeres que informaban violencia sexual por un compañero íntimo o por algún agresor alguna vez en su vida, entre las mujeres de 15 a 49 años de edad alguna vez casadas o en unión ^{a-f,h,i}



En las encuestas de 11 países (todos excepto Perú 2007/8) se recogieron datos que permitieron estimar la prevalencia de violencia sexual sufrida en algún momento de la vida de la mujer por cualquier agresor, incluidos compañeros íntimos. Las 11 encuestas preguntaron a las mujeres si **alguna vez** habían sufrido relaciones sexuales forzadas por cualquier agresor. Además, en algunas encuestas DHS también se interrogó sobre 'actos sexuales' forzados, y la mayoría de las encuestas RHS preguntaron sobre relaciones sexuales no deseadas que las mujeres habían tenido por miedo a lo que la pareja haría si ellas se rehusaban.

Acuerdo con que golpear a la esposa esté justificado por al menos una razón:

Figura 4. Porcentaje de mujeres que consideraban justificado golpear a la esposa por al menos una razón, entre las mujeres de 15 a 49 años de edad alguna vez casadas o en unión^{a,b}



En nueve encuestas se preguntaba a las mujeres si consideraban que golpear a la esposa estaba justificado por razones específicas. En encuestas DHS y RHS se preguntaba acerca de conjuntos diferentes de razones, con alguna superposición.

Este análisis comparativo produjo varios resultados indicativos de que la exposición a la violencia en la niñez puede tener efectos de largo plazo e intergeneracionales. Por ejemplo, después de controlar otros factores, el factor de riesgo más consistentemente asociado a la violencia física o sexual infligida contra la mujer por el compañero íntimo era en todos los países una historia familiar de 'padre golpeador de la madre'. De manera análoga, la prevalencia de violencia infligida por el compañero íntimo era significativamente mayor (en general unas dos veces mayor) entre las mujeres que declaraban haber sufrido malos tratos físicos en la niñez, en comparación con las que no. La violencia infligida por el compañero íntimo también era significativamente mayor (en general más de dos veces mayor) entre las mujeres que declaraban haber sufrido abuso sexual en la niñez, en comparación con las que no. Además, los niños que vivían en hogares donde las mujeres habían sufrido violencia de parte del compañero íntimo tenían probabilidades significativamente mayores que otros niños de ser castigados con golpes, palizas, azotes o bofetadas (Es importante resaltar que ni todas las encuestas identificaban quien castigaba los niños).

La aceptabilidad de la violencia contra la mujer infligida por el compañero íntimo está generalizada, pero varía según el entorno.

El acuerdo con la aceptabilidad de que el marido golpee a la esposa por al menos una razón variaba ampliamente según el país, entre un 2,9% de las mujeres encuestadas en Jamaica 2008/9 y un 38,2% en Ecuador 2004. La aceptabilidad de los golpes contra la esposa era significativamente mayor entre las mujeres rurales que entre las urbanas, y entre las que habían sufrido violencia física o sexual de parte de un compañero íntimo **en los 12 meses**

precedentes, en comparación con las que no la habían sufrido. En cada uno de los cinco países de los cuales se dispone de datos de más de una encuesta (Bolivia, Haití, Nicaragua, Paraguay y República Dominicana), el acuerdo de las mujeres con la aceptabilidad de que el marido golpee a la esposa resultó menor en la encuesta más reciente que en la anterior. Dos puntos de datos no son suficientes para mostrar una tendencia, pero otros investigadores, por ejemplo los autores de un estudio longitudinal de Nicaragua,³³ también han sugerido que el apoyo a que el marido golpee a la esposa puede estar disminuyendo en algunos países de la Región.

Está generalizado en la Región el acuerdo con normas que fortalecen las desigualdades de género, desaniman a las mujeres de pedir ayuda o restan importancia a la responsabilidad de terceros de intervenir en situaciones de malos tratos.

En muchos países, una gran proporción de mujeres se pronunciaba a favor de normas que reforzaban las desigualdades de género o desanimaban a las familias y comunidades de ayudar a las mujeres que sufrieron violencia, aunque el grado de acuerdo con esas normas variaba mucho entre los países y dentro de cada país. En las encuestas RHS, la proporción de mujeres favorables a que una esposa obedeciera a su esposo aunque estuviera en desacuerdo con él oscilaba entre poco más de la cuarta parte de las mujeres en Paraguay urbano 2008 y casi las tres cuartas partes de las mujeres en Guatemala rural 2008/9. Además, proporciones sustanciales de las encuestadas estaban en desacuerdo con que personas ajenas intervinieran en ayuda de una mujer maltratada por el esposo o con que se hablara de problemas familiares con personas no pertenecientes a la familia.

RECOMENDACIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

En este análisis comparativo se destaca la necesidad de que las investigaciones sobre la violencia contra la mujer incorporen las enseñanzas extraídas acerca de cómo medir esa violencia de maneras científicamente rigurosas y éticamente válidas, así como de maneras que potencien al máximo la comparabilidad entre diferentes entornos. Entre las recomendaciones específicas enumeramos las siguientes:

- Para mejorar la comparabilidad con otras encuestas de todo el mundo, las encuestas de prevalencia deben medir la violencia infligida por el compañero íntimo tanto *alguna vez en la vida* como *en los 12 meses precedentes* y considerar a todo compañero íntimo, actual o anterior, no solo al actual o más reciente.
- Es necesario hacer más trabajos metodológicos para mejorar y estandarizar casi todos los tipos de mediciones de la violencia sexual, con inclusión de la infligida por un compañero íntimo, el abuso sexual en la niñez y el inicio sexual forzado y no deseado.
- Es necesario hacer más investigaciones para entender los factores de riesgo asociados con la violencia contra la mujer—no solo las características seleccionadas individuales de las mujeres, sino también las de los compañeros íntimos y las comunidades.
- Las encuestas deben ajustarse a las recomendaciones internacionales sobre ética y seguridad de las investigaciones sobre violencia contra la mujer, inclusive la de entrevistar a una sola mujer por hogar.

RECOMENDACIONES PARA PROGRAMAS Y POLÍTICAS

- Los tomadores de decisiones y responsables por políticas y programas de América Latina y el Caribe deben ocuparse de la violencia contra la mujer y la violencia en la niñez, habida cuenta de la prevalencia extendida de esa violencia y sus considerables consecuencias negativas concernientes a la salud, la economía y los derechos humanos.
- La base de evidencia científica indica que es posible prevenir la violencia contra la mujer. Mientras que proporciones sustanciales de mujeres de todos los entornos informaron violencia contra la mujer, la prevalencia variaba según el entorno, lo cual indica que los altos niveles de violencia no son una característica inevitable de la sociedad humana. En trabajos realizados por la OMS y otros^{22,34-36} se documentan ejemplos de estrategias que han demostrado su potencial para prevenir la violencia contra la mujer.
- Hay una necesidad de mejorar la respuesta de instituciones clave de todos los sectores frente a la violencia contra la mujer. Las mujeres que sufren violencia en América Latina y el Caribe no siempre buscan ayuda, a menudo porque no saben dónde ir o no confían en que recibirán una ayuda eficaz, compasiva y confidencial.
- La estrecha relación entre diferentes tipos de violencia y la base de evidencia científica de que la violencia tiene fuertes efectos intergeneracionales indican que quizá convenga aplicar estrategias integrales que aborden simultáneamente varios tipos de violencia y múltiples generaciones.
- Los tomadores de decisiones y los responsables por políticas y programas deben abordar las normas y actitudes que en la Región respaldan las inequidades de género o consideran la violencia contra la mujer como asunto 'privado'. Esas normas siguen generalizadas en muchas partes de la Región y pueden desanimar a las mujeres de solicitar ayuda o desalentar a los miembros de la familia y la comunidad de ayudar a las mujeres que sufren malos tratos o abuso. Cambiar estas normas y actitudes puede contribuir a la prevención y a la respuesta frente a la violencia contra la mujer, así como a promover más ampliamente la igualdad de género.

ESTRATEGIAS PROMETEDORAS DE PREVENCIÓN Y RESPUESTA FRENTE A LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

En el 2008, el Secretario General de las Naciones Unidas Ban Ki-moon lanzó la campaña mundial llamada “Únete para poner fin a la violencia contra las mujeres”,³⁷ que exhorta a los gobiernos, la sociedad civil, las organizaciones de mujeres, los jóvenes, el sector privado, los medios de comunicación y todo el sistema de las Naciones Unidas a respaldar estrategias para abordar la violencia contra mujeres y niñas. En los últimos años, varios estudios internacionales han sintetizado lo que se conoce acerca de cómo prevenir y responder a la violencia contra mujeres y niñas.^{4,22,34-37,38,39} En estos estudios se indica que es necesario invertir tanto en la prevención como en la respuesta y desplegar actividades multisectoriales integrales de largo plazo que abarquen la colaboración entre los gobiernos y la sociedad civil en diferentes niveles de la sociedad. Estos estudios también han identificado varias estrategias específicas como eficaces o al menos prometedoras, entre ellas las siguientes:

- Reformar la legislación tanto penal como civil.
- Realizar campañas en los medios de comunicación y de promoción de la causa para concientizar acerca de la legislación vigente.
- Aumentar la posibilidad de que las mujeres ejerzan sus derechos civiles relacionados con el divorcio,

la propiedad, la pensión alimenticia y la tenencia de los hijos, el empleo y la libertad frente al acoso sexual en el lugar de trabajo.

- Crear coaliciones y redes de instituciones gubernamentales y de la sociedad civil que puedan colaborar a fin de establecer y aplicar enfoques integrales para abordar la violencia contra la mujer.
- Recurrir a la movilización comunitaria y la comunicación social para lograr cambios sociales.
- Trabajar con miras a transformar instituciones enteras de cada sector utilizando una perspectiva de género; en particular integrar la atención a la violencia contra la mujer en los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Promover el empoderamiento social y económico de mujeres y niñas.
- Involucrar a hombres y niños varones para promover la no violencia y la equidad de género.
- Prestar servicios tempranos de intervención a las familias en riesgo.

La base de evidencia científica indica que es posible prevenir la violencia contra la mujer.

Mientras que mujeres de todos los entornos sufren violencia, la prevalencia varía ampliamente, lo cual indica que los altos niveles de violencia no son una característica inevitable de la sociedad humana.

NOTAS PARA LAS FIGURAS

- a. En Paraguay 2008 se entrevistó a mujeres de 15 a 44 años de edad.
- b. Las mujeres se clasificaron como 'alguna vez casadas o en unión' si alguna vez se habían casado o vivido con una pareja masculina, excepto en Jamaica 2008/9 en que se incluyó también a las mujeres que declararon tener una 'pareja visitante'.
- c. Por pareja o compañero íntimo se entendía un esposo o compañero sexual varón cohabitante, salvo en Jamaica 2008/9 en que se incluyó también a 'parejas visitantes' y en Bolivia 2003 y 2008, Ecuador 2004 y Honduras 2005/6, en que se incluyó también a novios, enamorados y amantes.
- d. En Bolivia 2008 y Honduras 2005/6 se preguntó a las mujeres acerca de violencia infligida por el compañero íntimo solo si habían declarado a un esposo, pareja, novio, enamorado o amante en los 12 meses precedentes. En aras de la comparabilidad, en este análisis los datos se limitan aun más a las mujeres alguna vez casadas o en unión.
- e. Las encuestas RHS preguntaron a las mujeres acerca de violencia infligida por cualquier pareja, actual o anterior, en el curso de la vida. Honduras 2005/6 preguntó acerca de violencia infligida por cualquier pareja en el último año. Las otras encuestas DHS preguntaron a las mujeres acerca de violencia infligida por su pareja actual o más reciente solamente.
- f. En Bolivia 2008 y Honduras 2005/6 no se preguntó sobre la violencia de pareja infligida por el compañero íntimo alguna vez (antes de los 12 meses precedentes). En Bolivia 2003 no se preguntó específicamente sobre la violencia infligida por el compañero íntimo en los 12 meses precedentes.
- g. En Paraguay 2008 se preguntó sobre búsqueda de ayuda a las mujeres que informaron violencia física infligida por el compañero íntimo, pero no se preguntó a las mujeres que informaran haber sufrido violencia sexual exclusivamente. En Bolivia 2008 se preguntó sobre la búsqueda de ayuda institucional para "denunciar la agresión" de la pareja, y solamente si las mujeres informaban alguna consecuencia para la salud física o mental.
- h. Las encuestas DHS preguntaron sobre 'actos sexuales' forzados, además de relaciones sexuales forzadas, con excepción de Bolivia 2003 y República Dominicana 2007. Las encuestas RHS preguntaron acerca de relaciones sexuales no deseadas pero realizadas por miedo a lo que pudiera hacer la pareja, y también sobre relaciones sexuales forzadas, excepto en Ecuador 2004 y Jamaica 2008-2009, en que se preguntó únicamente sobre relaciones sexuales forzadas.
- i. En Honduras 2005/6 no se preguntó específicamente sobre relaciones sexuales forzadas por una pareja íntima alguna vez, aunque las parejas estaban implícitamente incluidas en la pregunta sobre relaciones sexuales forzadas o actos sexuales forzados alguna vez por cualquier agresor después de los 12 años de edad.

REFERENCIAS

1. Asamblea General de las Naciones Unidas (1993) *Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. En: Acta de la 85ª sesión plenaria. Ginebra: Naciones Unidas.
2. Garcia-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, Watts C (2005) *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe* Ginebra: Organización Mundial de la Salud. En español en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf
3. Day T, McKenna K, Bowlus A (2005) *The economic costs of violence against women: an evaluation of the literature. Expert brief compiled in preparation for the Secretary-General's in-depth study on all forms of violence against women*. New York: United Nations. <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/expert%20brief%20costs.pdf>
4. Naciones Unidas (2006) *Poner fin a la violencia contra la mujer. De las palabras a los hechos. Estudio del Secretario General*. Nueva York: Naciones Unidas. http://www.un.org/womenwatch/daw/public/VAW_Study/VAW-Spanish.pdf
5. Valdez-Santiago R, Ruiz-Rodríguez M (2009) Violencia doméstica contra las mujeres: ¿Cuándo y cómo surge como problema de salud pública? *Salud Pública de México*. 51: 505-11.
6. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M (1999) *Ending violence against women*. Population Reports. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs. <http://www.infoforhealth.org/pr/I11edsum.shtml>
7. OEA (1994) *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer [Inter-American Convention on the Prevention, Punishment and Eradication of Violence Against Women]*, "Convención de Belém do Pará". Belém do Pará: Asamblea General de la Organización de Estados Americanos.
8. Jewkes R (2002) Preventing domestic violence. *British Medical Journal*. 324(7332): 253-4.
9. Heise L, Garcia Moreno C (2003) La violencia en la pareja. En: Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R, editores. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Publicación Científica y Técnica No. 588. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. pp. 95-131.
10. Jewkes R, Sen P, Garcia-Moreno C (2003) La violencia sexual. En: Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R, editores. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Publicación Científica y Técnica No. 588. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. pp. 159-197. En español en: http://www.paho.org/spanish/am/pub/violencia_2003.htm
11. Graham K, Bernards S, Munné M, Wilsnack SC, Editors (2008) *El brindis infeliz: el consumo de alcohol y la agresión entre parejas en las Américas*. Publicación Científica y Técnica No. 631. Washington, DC: Pan American Health Organization. En español en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/EI%20brindis%20infeliz.pdf>
12. Jewkes R (2010) Emotional abuse: a neglected dimension of partner violence. *Lancet*. 376(9744): 851-2.
13. Jewkes R (2002) Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet*. 359(9315): 1423-9.

14. Hindin MJ, Kishor S, Ansara DL (2008) *Intimate partner violence among couples in 10 DHS countries: predictors and health outcomes*. DHS Analytical Studies No. 18. Calverton, Maryland, USA: Macro International Inc. <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/AS18/AS18.pdf>
15. Kishor S, Johnson K (2006) Perfil de la violencia doméstica: un estudio en varios países. Calverton, Maryland, USA: MEASURE DHS and ORC Macro. En español en: <http://www.measuredhs.com/publications/publication-od38-other-documents.cfm>
16. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, et al. (2011) What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *BMC Public Health*. 11: 109.
17. Campbell J, Jones AS, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, et al. (2002) Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*. 162(10): 1157-63.
18. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C (2008) 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*. 371(9619): 1165-72.
19. Luderer AB, Schraiber LB, D'Oliveira AF, Franca-Junior I, Jansen HA (2008) Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Social Science and Medicine*. 66(4): 1008-18.
20. Ishida K, Stupp P, Melian M, Serbanescu F, Goodwin M (2010) Exploring the associations between intimate partner violence and women's mental health: evidence from a population-based study in Paraguay. *Social Science and Medicine*. 71(9): 1653-61.
21. Devries K, Watts C, Yoshihama M, Kiss L, Schraiber LB, Deyessa N, et al. (2011) Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women. *Social Science and Medicine*. 73(1): 79-86.
22. Morrison AR, Ellsberg M, Bott S (2005) *Cómo abordar la violencia de género en América Latina y el Caribe: Análisis crítico de intervenciones*. Banco Mundial y PATH. http://www.catedradh.unesco.unam.mx/BibliotecaCEDAW/menu_superior/Doc_basicos/5_biblioteca_virtual/7_violencia/3.pdf
23. Campbell JC (2002) Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 359(9314): 1331-6.
24. Campbell J, Garcia Moreno C, Sharps P (2004) Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women*. 10: 770-89.
25. Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stockl H, Bacchus LJ, Garcia-Moreno C, et al. (2010) Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive Health Matters*. 18(36): 158-70.
26. Nunes MA, Camey S, Ferri CP, Manzolli P, Manenti CN, Schmidt MI (2011) Violence during pregnancy and newborn outcomes: a cohort study in a disadvantaged population in Brazil. *European Journal of Public Health*. 21(1): 92-7.
27. Castro R, Peek-Asa C, Ruiz A (2003) Violence against women in Mexico: a study of abuse before and during pregnancy. *American Journal of Public Health*. 93(7): 1110-6.
28. Diaz-Olavarrieta C, Paz F, Abuabara K, Martinez Ayala HB, Kolstad K, Palermo T (2007) Abuse during pregnancy in Mexico City. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 97(1): 57-64.
29. Dubova SV, Pamanes-Gonzalez V, Billings DL, Torres-Arreola Ldel P (2007) Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. *Revista de Saúde Pública*. 41(4): 582-90.
30. Cuevas S, Blanco J, Juárez C, Palma O, Valdez-Santiago R (2006) Violencia y emba razo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. *Salud Pública de México*. 48(Suppl 2): S239-49.
31. Cripe SM, Sanchez SE, Perales MT, Lam N, Garcia P, Williams MA (2008) Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Perú. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 100(2): 104-8.
32. Perales MT, Cripe SM, Lam N, Sanchez SE, Sanchez E, Williams MA (2009) Prevalence, types, and pattern of intimate partner violence among pregnant women in Lima, Perú. *Violence Against Women*. 15(2): 224-50.
33. Salazar M, Valladares E, Ohman A, Hogberg U (2009) Ending intimate partner violence after pregnancy: findings from a community-based longitudinal study in Nicaragua. *BMC Public Health*. 9: 350.
34. Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (2011). *Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias*. Washington, DC. Organización Panamericana de la Salud. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44810/1/9789275316351_spa.pdf
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789275316351_spa.pdf
35. Heise L (2011) *What works to prevent partner violence? An evidence overview*. Working paper (version 2.0). London: Department for International Development, United Kingdom (DFID). http://www.dfid.gov.uk/R4D/PDF/Outputs/Gender/60887-Preventing_partner_violence_Jan_2012.pdf
36. Bott S, Morrison AR, Ellsberg M (2005) *Preventing and responding to gender-based violence in middle and low-income countries: a global review and analysis*. Policy Research Working Paper. Washington, DC: World Bank, Poverty Reduction and Economic Management Sector Unit, Gender and Development Group. http://econ.worldbank.org/external/default/main?pagePK=64165259&theSitePK=469072&piPK=64165421&menuPK=64166322&entityID=000112742_20050628084339
37. Naciones Unidas. Únete para poner fin a la violencia contra las mujeres. Campaña del Secretario General de las Naciones Unidas Ban Ki-moon. <http://www.un.org/es/women/endviolence/>
38. Morrison AR, Ellsberg M, Bott S (2007) Addressing gender-based violence: a critical review of interventions. *World Bank Research Observer (International)*. 22(1): 25-51.
39. WHO (2009) *Violence prevention, the evidence: promoting gender equality to prevent violence against women*. Briefing on violence prevention. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/gender.pdf



Organización Panamericana de Salud (OPS) | 525 23rd St, NW Washington, DC 20037-2895 | www.paho.org

