



Servicio Andaluz de Salud
PLAN ESTRATÉGICO

Atención sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos



Servicio Andaluz de Salud
PLAN ESTRATÉGICO

Atención sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos



Servicio Andaluz de Salud
Dirección General de Asistencia Sanitaria

Índice

Introducción

11

Instrucciones por las que se regula la asistencia sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos y agresiones sexuales

23

Anexo I

Pautas para el establecimiento de un Protocolo de atención sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos o agresiones sexuales

31

Anexo II

Parte al juzgado. Instrucciones para la cumplimentación del parte de lesiones

43

Atención a las mujeres víctimas de agresiones sexuales.

Aspectos médico forenses

53

Organización Mundial de la Salud:
Violencia contra las mujeres

85

Asamblea General de las Naciones Unidas:
Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer

155

Autores

Adela Abarrategui Pastor
Jefa de Gabinete de Estudios y Programas
Instituto Andaluz de la Mujer

Rafael Cáliz Cáliz
Subdirector de Asesoría Jurídica
Servicio Andaluz de Salud.

Leonor García de Vinuesa Garijo
Médica. Servicio de Urgencias del Hospital Reina Sofía de Córdoba
Servicio Andaluz de Salud

Pilar Gutiérrez Pascual
Asesoría Jurídica
Instituto Andaluz de la Mujer

Antonio Moreno Roldán
Médico. Dirección General de Salud Pública y Participación
Consejería de Salud

Rafael Pereiro Hernández
Jefe del Servicio de Planificación Operativa
Subdirección de Programas y Desarrollo
Servicio Andaluz de Salud

M^a Ángeles Sepúlveda García de la Torre
Médica Forense. Juzgado de Familia de Sevilla

Elisa Vizquete Rebollo
Médica de familia. Subdirección de Programas y Desarrollo
Servicio Andaluz de Salud

Presentación

La violencia contra las mujeres es un fenómeno que forma parte de las muchas formas de dominación que las mujeres sufren por su condición femenina, puesto que deriva de la posición subordinada que ha venido manteniendo la mujer en nuestra sociedad. Es lo que se conoce como violencia de "género".

La erradicación de este tipo de violencia exige la plena implicación, así como la coordinación y el esfuerzo de múltiples sectores de la vida social y política, además del reconocimiento y la atención a las víctimas, que en la mayoría de los casos padecen durante muchos años y en silencio este tipo de agresiones.

Desde la Junta de Andalucía ya se han impulsado acciones que se han materializado en medidas de sensibilización y prevención, coordinación institucional y atención a las mujeres y a sus hijos e hijas. Todo ello se ha concretado en el Plan de Actuación para Avanzar en la Erradicación de la Violencia contra las Mujeres, aprobado por el Consejo de Gobierno el día 17 de febrero de 1998.

La violencia contra la mujer es un abuso de los derechos humanos, pero es también un serio problema sanitario que compromete la salud física y psíquica de las mujeres que se traduce en un aumento de riesgos que condicionan otros aspectos de su salud, entre otros la reproductiva. Los profesionales sanitarios pueden desempeñar un papel de vital importancia en el tratamiento de la violencia ya que, en muchos casos, el sistema sanitario es la única institución que interactúa con casi

todas las mujeres en algún momento de la vida de éstas. De allí que los profesionales de la salud se hallen en excelente posición de reconocer y ayudar a las víctimas de la violencia.

El Servicio Andaluz de Salud ha aportado las acciones que desde el ámbito de sus competencias se definieron en el Plan como compromisos a realizar. No obstante y siendo conscientes de la gran complejidad y dimensión de este grave problema social, hemos considerado que la labor de los profesionales sanitarios al respecto, tanto de la atención como de la detección de los casos de violencia contra las mujeres y los niños/as, es aún insuficiente y se deben de seguir aportando instrumentos que puedan ayudar a los mismos a una mejor abordaje del problema.

Esta publicación responde a ese interés y tiene como destinatarios a todos los profesionales de la salud, con la esperanza de que sirva de orientación y apoyo a los mismos y que, a través de su actividad profesional, sigan contribuyendo eficazmente a una mejora de la atención, a la erradicación de la violencia y a la igualdad de todos los hombres y mujeres de Andalucía.

Francisco Vallejo Serrano
Consejero de Salud de la Junta de Andalucía



Introducción

La Asamblea General de las Naciones Unidas definió, en 1993, 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, ocurra en la vida pública o en la vida privada” .

Los aspectos que definen el maltrato contra las mujeres se resumen en los siguientes puntos:

- Aquéllos que se producen en el ámbito doméstico privado.
- Son equiparables a modelos de conducta y de comunicación propias de una relación asimétrica de dominación.
- El agresor tiene una relación de afectividad con la víctima. De acuerdo con la mayor frecuencia estadística: cónyuge o pareja, padre, hijo o hermano.

Los malos tratos a las mujeres se concretan en formas específicas de agresión. Se pueden distinguir tres tipos:

1. Malos tratos físicos: cualquier acción no accidental que provoque, o pueda provocar, daño físico o enfermedad (hematoma, heridas, fracturas, quemaduras...).
2. Abuso sexual: cualquier contacto sexual realizado desde una posición de poder o autoridad hacia la mujer.
3. Malos tratos psíquicos: cualquier acto o conducta intencionada que produce desvalorización, sufrimiento o agresión psicológica a la mujer (insultos, vejaciones, crueldad mental).

En el año 1975 las Naciones Unidas fue el primer organismo que reparó en la gravedad de la violencia contra las mujeres y cinco años más tarde (1980), lo declaró como el crimen encubierto más frecuente del mundo. En 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres.

La 49ª Asamblea Mundial de la Salud declara que la violencia es un importante problema de salud y su prevención es una prioridad de salud pública.

Andalucía es una de las comunidades autónomas que antes ha iniciado el tratamiento de esta enfermedad social. En 1990 se aprobó el *I Primer Plan para la Igualdad de Oportunidades para las Mujeres en Andalucía*, que ya incluía diversas acciones contra la violencia de género. En 1995 se aprobó el *II Plan para la Igualdad de las Mujeres* con más medidas de ayuda y se concretaron, en febrero de 1998, en la formulación por parte el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía del "Plan de Actuación del Gobierno Andaluz para avanzar en la erradicación de violencia contra las mujeres", que incluye las medidas aprobadas por el Parlamento de Andalucía y las propuestas elaboradas por las Asociaciones de Mujeres y que afectan fundamentalmente a los ámbitos social, judicial, policial y sanitario.

De las mujeres que sufren malos tratos, tan sólo un pequeño porcentaje acude a los servicios sanitarios para demandar asistencia. De éstas no todas explicitan que la causa de sus lesiones sean los malos tratos, ocultándose normalmente la causa real de las mismas: sólo el 10% de los malos tratos se denuncian en comisarías o juzgados, cuando la duración crónica del problema es muy larga, una media de 9 a 10 años.

Por tanto, en los servicios sanitarios se detecta aún poco la punta del iceberg que supone este problema. Los servicios sanitarios no realizan el papel de denunciante en estos casos, ni pueden determinar la conducta penal ni el delito, que corresponde —previa denuncia de la mujer— a las instituciones judiciales. Su papel se centra en prestar una atención adecuada a la mujer, informarla de los distintos recursos sociales disponibles y de la posibilidad de denuncia a comisaría o juzgado, y emitir, cuando existan lesiones, un parte sobre las mismas al juzgado, independientemente de la denuncia o no de la mujer agredida.

Al ser el fenómeno de los malos tratos un problema social, necesita una intervención con enfoque intersectorial, donde los servicios sanitarios deben asegurar los siguientes aspectos:

- Atención adecuada a la mujer garantizando los principios de discreción, intimidad y confianza.
- Evaluación de las lesiones dentro del contexto de salud integral de la persona afectada, exponiendo en el informe la posible habitualidad de los malos tratos como generadora de un efecto psíquico lesivo y de un efecto físico real.
- Cumplimentación de los partes de lesiones con una descripción exhaustiva de las mismas y recogida de pruebas forenses (ropas, cabellos, manchas, etc) con el fin de permitir la valoración médico-forense de la agresión o violencia.

- Facilitar a la mujer información sobre sus derechos, así como sobre los recursos existentes. Esto se podría articular derivando al trabajador/a social del centro sanitario a toda mujer con sospecha de malos tratos.
- Derivación a los servicios de salud mental para atención precoz a aquellas mujeres que lo requieran, especialmente las víctimas de violencia sexual.

El II Plan Andaluz de Salud, en el Objetivo 1 (34) establece que: Para el año 2000, los Hospitales y Distritos Sanitarios dispondrán de un protocolo y sistema de registro de atención (con aspectos de prevención, detección y seguimiento), de los malos tratos y del abuso sexual en las mujeres.

- Elaboración de las Instrucciones concretas para la atención a las mujeres maltratadas en las que se especifiquen la cumplimentación del Parte de Lesiones, en caso de violencia doméstica, y un Protocolo de Asistencia, en los casos de agresiones sexuales, así como el registro en todos los centros sanitarios.
- Formación del personal sanitario y puesta en marcha del programa en los Centros de Salud y en los Hospitales dependientes del Servicio Andaluz de Salud.

El desarrollo de este objetivo así como el del Plan del Gobierno Andaluz implica realizar acciones conjuntas y coordinadas para un tratamiento integral de las mujeres que sufren malos tratos. El compromiso adquirido por el Servicio Andaluz de Salud se concreta en el Objetivo de *Articular medidas que garanticen la adecuada atención a las mujeres víctimas de violencia doméstica y faciliten las actuaciones de la Justicia.*

Con objeto de discutir y llegar a un consenso sobre estas actuaciones se constituyó un grupo de trabajo para validar los documentos elaborados y trazar el plan de formación a impartir.

Como resultado del trabajo del mismo se elaboraron las Instrucciones por las que se regula la asistencia sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos y agresiones sexuales.

En éstas se recogen las normas mínimas que cualquier profesional de los servicios sanitarios deben seguir cada vez que una mujer solicite asistencia con motivo de una agresión en el ámbito doméstico o una agresión sexual, haciendo especial hincapié en la cumplimentación por parte de los médicos/as del Parte de Lesiones, como documento importante para la posterior instrucción judicial si la hubiere.

Más adelante se incorporaron, por parte de la Consejería de Salud, a los protocolos de las demás instituciones y se firmó, en noviembre de 1998 el *“Procedimiento de Coordinación entre la Consejerías de Presidencia, Gobernación y Justicia, Salud y Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía, la Delegación del Gobierno en Andalucía y la Federación Andaluza de Municipios y Provincias para la atención de las mujeres víctimas de malos tratos y agresiones sexuales”*. Éste ha sido objeto de una publicación de amplia tirada que se distribuyó a las instituciones policiales, juzgados y centros sanitarios para consulta y uso de todos los profesionales, que de alguna u otra manera, atienden o están en contacto con las mujeres que son víctimas de violencia de género.

La labor de sensibilización desarrollada a través de estos años por todas las instituciones implicadas, y fundamentalmente por el Instituto Andaluz de la Mujer, está consiguiendo poner en evidencia la magnitud del problema: sólo en 1999 se cursaron en esta comunidad autónoma un total de 4.830 denuncias por malos tratos o agresión sexual que como se ve en el cuadro y gráfico adjuntos, se han ido incrementando en los últimos años.

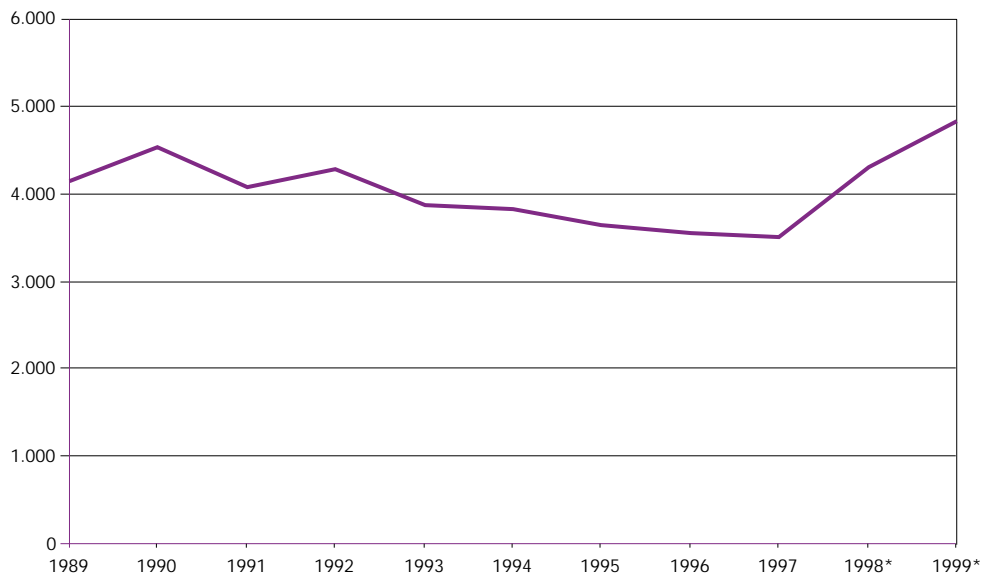
NÚMERO DE DENUNCIAS PRESENTADAS POR MALOS TRATOS A MUJERES
EN ANDALUCÍA Y ESPAÑA. 1989-1999

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Almería	206	167	184	162	192	159	168	177	164	348	478
Cádiz	973	1.014	907	821	712	910	851	755	764	751	761
Córdoba	276	318	286	283	280	356	297	260	323	462	490
Granada	415	498	367	358	365	358	272	238	243	486	579
Huelva	82	91	38	49	49	38	49	115	60	217	277
Jaén	229	241	266	274	197	227	260	264	339	287	331
Málaga	1.127	1.215	1.157	1.632	1.333	921	935	797	755	856	786
Sevilla	849	1002	871	717	761	867	813	956	861	900	1.132
Andalucía	4.157	4.546	4.076	4.296	3.889	3.836	3.645	3.562	3.509	4.307	4.834
España	17.735	18.406	16.657	16.037	16.018	16.402	16.122	16.378	17.573	19.622	21.778

(*) Mujeres víctimas de lesiones/malos tratos producidos por su cónyuge.

Fuente: Ministerio del Interior.

Denuncias presentadas por malos tratos a mujeres en Andalucía 1989-1999



El número de víctimas de violencia doméstica durante el año 1999 en España fue de 58, de las que 54 fueron mujeres y 4 fueron niños o niñas. Todas ellas murieron a manos de maridos, ex maridos o compañeros así como padres en el caso de los niños. De todas, 10 mujeres fueron andaluzas. En el año 2000 la lista ha aumentado: 65 mujeres y 10 menores.

Como sostiene la OMS es necesario poder hacer mediciones y disponer de datos exactos para poder diseñar intervenciones y formular políticas. Sin embargo medir la prevalencia real de la violencia contra la mujer es muy difícil ya que las cifras siempre están subregistradas.

Muchas de las mujeres que son víctimas de malos tratos o agresiones sexuales y son ingresadas en un hospital por esta causa, han requerido en alguna ocasión los

servicios de algún profesional sanitario o han acudido a un servicio de urgencias aunque no hayan manifestado claramente el origen de sus lesiones. Algunas de ellas han sufrido la muerte a manos de sus parejas o ex compañeros. Con esto se quiere llamar la atención de la importancia y la responsabilidad que los profesionales de la salud tienen a la hora de sospechar, detectar y notificar las agresiones contra las mujeres.

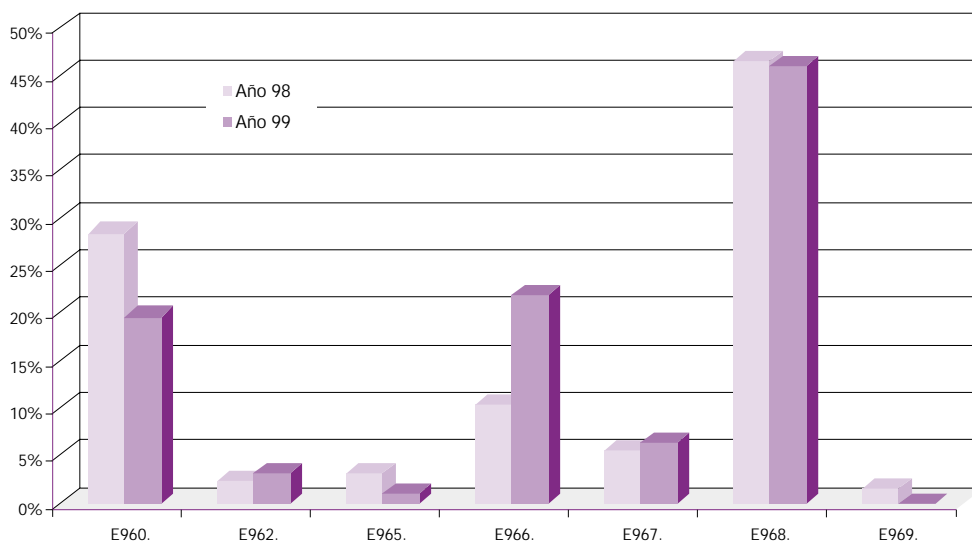
Los hospitales del SAS han cursado, en poco más de un año, más de 900 Partes de Lesiones y 121 mujeres han tenido que ser ingresadas en hospitales en 1998 y por causas relacionadas. En 1999 han sido 90 mujeres por las mismas causas, según una investigación realizada en los registros del CMBD (1). Sin embargo por la causa codificada 995.81 según CIE-9: Síndrome de malos tratos del adulto, sólo aparecieron 4 casos. Lo cual significa que el motivo de ingreso principal en la mayoría de los casos es otro y sólo a posteriori se verifica (y no siempre) que el motivo de ingreso está relacionado con alguna de las causas que se incluyen dentro del Código E: Clasificación suplementaria de causas externas de lesiones y envenenamiento (E800-E999).

1. Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria.

Código E	Causa	Año 1998		Año 1999	
		Nº	%	Nº	%
E960.	Reyerta, pelea, violación.	35	28,93%	18	20,00%
E962.	Agresión por envenenamiento	3	2,48%	3	3,33%
E965.	Agresión por armas de fuego y explosivos	4	3,31%	1	1,11%
E966.	Agresión por instrumento cortante	13	10,74%	20	22,22%
E967.	Apaleamiento y malos tratos a niños (Sólo niñas)	7	5,79%	6	6,67%
E968.	Agresión por otros medios	57	47,11%	42	46,67%
E969.	Efectos tardíos de lesión infligida de forma intencionada por otra persona	2	1,65%		
Total		121	100,00%	90	100,00%

Fuente: CMBD 1998–1999.

Ingresos hospitalarios de mujeres por causa: Código E (CIE-9) Andalucía 1998–1999

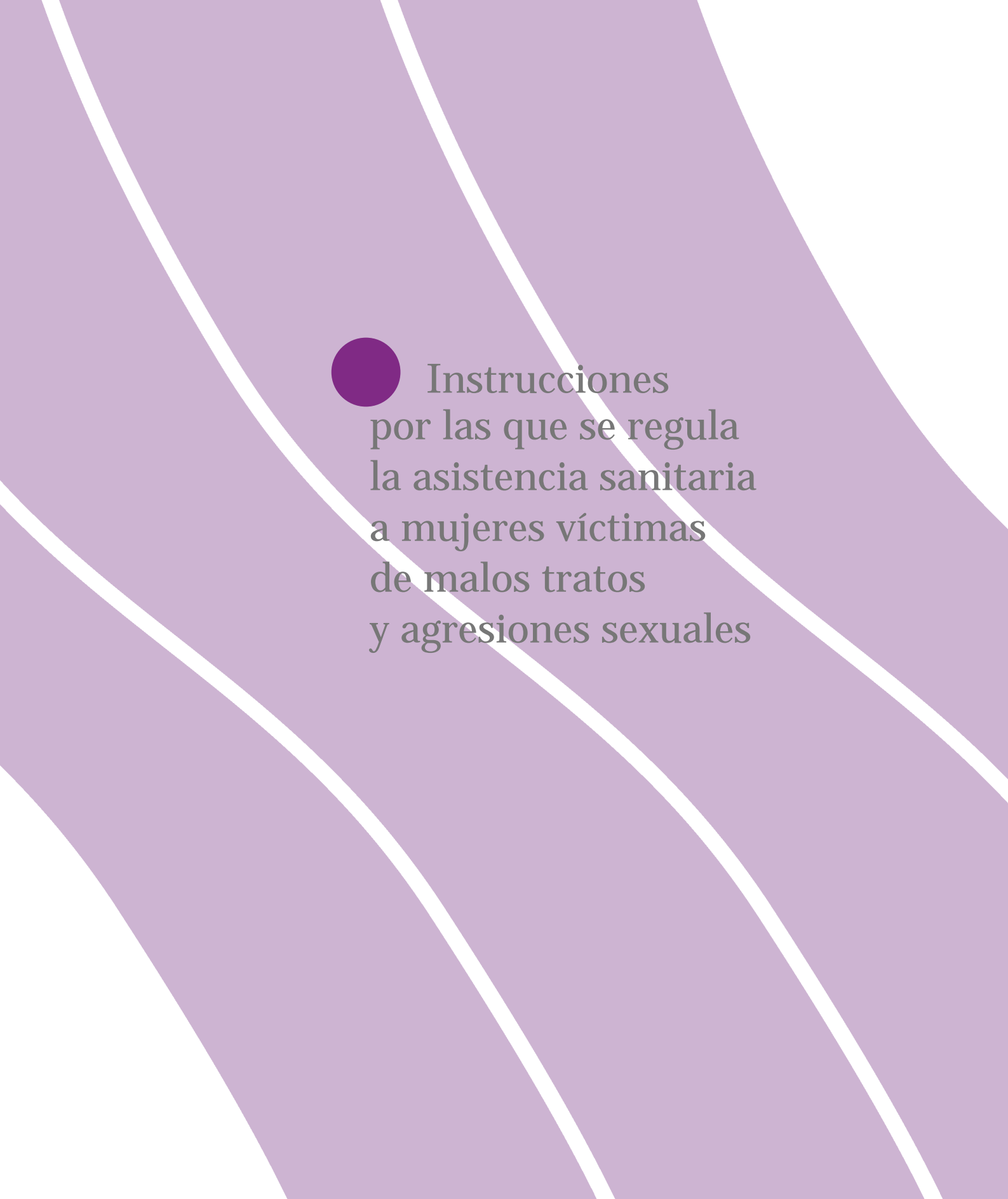


Por otro lado, se tiene registro de los partes de lesiones emitidos en los Centros Hospitalarios y en los de Atención Primaria, en la actualidad.

El grado de sensibilidad y alerta de cada profesional ante este gravísimo problema de salud pública, condiciona profundamente la capacidad de intervención del sistema sanitario, que suele ser el primer nivel de protección social al que suelen recurrir las víctimas.

La OMS/WHO ha editado un dossier en internet sobre los efectos de la violencia de género sobre el desarrollo humano. En el mismo se concluye que la violencia contra las mujeres es una causa de mala salud tan grave como los accidentes de tráfico y la malaria combinados y una causa de morbimortalidad en las mujeres en edad reproductiva mayor que el cáncer. Apela a la conciencia de los trabajadores de la salud como principales detectores y dinamizadores de los otros sistemas de protección de las víctimas. En su 49 Asamblea Mundial de la Salud adopta la Resolución WHA 49.25 declarando la Violencia en general y contra las mujeres y niños especialmente como una prioridad en salud pública. Este dossier es el que se incluye en esta publicación y se encuentra disponible en la dirección web http://www.who.int/violence_injury_prevention/

Aunque el diagnóstico de la violencia muchas veces es difícil, los profesionales de los servicios sanitarios tienen un papel crucial para ayudar a las mujeres y niños/as que son objeto de violencia apelando, no sólo a la pericia de su ojo clínico, sino a su propia sensibilidad, al conocimiento profundo de las raíces del problema y en definitiva a la propia ética profesional.



● Instrucciones
por las que se regula
la asistencia sanitaria
a mujeres víctimas
de malos tratos
y agresiones sexuales

La violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos de la que se han hecho eco los organismos internacionales tales como Naciones Unidas y la Comunidad Europea.

La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres aprobada en 1993 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, define ésta como *todo acto de violencia basado en el pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad.*

La definición menciona las formas de violencia que amenazan con más frecuencia a las mujeres. De acuerdo con ella, esta circular se refiere a:

- Los malos tratos físicos y psíquicos que se ejercen contra las mujeres en el ámbito familiar o doméstico.
- Las agresiones sexuales.

Se desconoce la dimensión real del problema ya que la mayoría de estos hechos quedan ignorados. No obstante las estadísticas disponibles y las investigaciones permiten considerar que nos encontramos ante un problema de gran importancia por su magnitud y consecuencias.

Desde hace poco tiempo se consideran un problema de Salud Pública y constituye una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en la mujer que provoca daño psicológico, físicos y muerte violenta.

Con fecha 17 de febrero de 1998 el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía aprobó mediante acuerdo el *“Plan de Actuación del Gobierno Andaluz para Avanzar en la Erradicación de la Violencia contra las Mujeres”*, consistente en un conjunto de medidas tendentes a paliar este grave problema.

El Plan de acción, en su Medida nº 7, incluye la elaboración de protocolos específicos por parte de cada uno de los sectores implicados en la atención a las víctimas, que faciliten y homogeneicen la intervención de los profesionales. Asimismo incluye: la elaboración de un Procedimiento de Coordinación de los ámbitos policial, judicial, social, sanitario y de los recursos del Instituto Andaluz de la Mujer y medidas encaminadas a la formación y sensibilización de los mismos.

En su virtud, la Consejería de Salud considera necesario articular una serie de medidas que garanticen la adecuada asistencia a las mujeres víctimas de estos tipos de violencia y faciliten la actuación de los Tribunales de Justicia. Por lo cual se dictan la siguientes instrucciones.

Instrucciones

1. Ámbito de aplicación

Serán de aplicación en todo el ámbito de la asistencia sanitaria del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

2. Derechos de la mujer agredida

Toda mujer que haya sido víctima de una agresión sexual o de malos tratos en el ámbito doméstico tiene derecho a:

- A) Ser tratada con el máximo respeto, corrección y comprensión, garantizando la intimidad y propiciando el relato de los hechos.
- B) Recibir la atención necesaria en el menor plazo de tiempo.
- C) Presentar denuncia de los hechos en el Juzgado de Guardia, Comisaría de Policía o Cuartel de la Guardia Civil.
- D) Recibir una copia del Parte de Lesiones.

3. En el Centro Sanitario

Ante cualquier demanda de asistencia por parte una mujer a los servicios sanitarios debida a agresión sexual o malos tratos en el ámbito doméstico, se deberá cumplimentar el correspondiente Parte de lesiones.

Asimismo si en el reconocimiento médico que se efectúe a una mujer, se detecta que las lesiones que se observan han sido provocadas por una agresión y no por

cualquier otra causa que se alegue por ella o su acompañante, deberá darse el correspondiente parte al Juzgado.

Ante casos de agresión sexual, como en los de malos tratos que así lo requieran, en atención a la urgencia y a su gravedad, deberá comunicarse al Juzgado de Guardia, para que facilite la presencia del/la Médico/a Forense y de la autoridad policial, al objeto de que queden cumplimentados de una sola vez los aspectos médicos, policiales, judiciales, sociales y de los recursos del Instituto Andaluz de la Mujer, al objeto de:

- Proceder a la recogida de la denuncia.
- Prever el aseguramiento de pruebas y recogida de muestras.
- Garantizar el acompañamiento y protección a la víctima.

4. El Parte de Lesiones

Es un documento oficial a través del cual, los profesionales sanitarios en el ejercicio de sus funciones comunican a la autoridad competente, cualquier alteración dañosa producida a la persona por causa externa o enfermedad. Se cumplimentará con letra legible y con la identificación del facultativo siguiendo el modelo adjunto.

A) Deberá incluir:

- El origen, naturaleza de las lesiones y descripción de éstas.
- Valoración del estado emocional.
- Pruebas complementarias realizadas.
- Tratamiento aplicado.

- Avance de un pronóstico.
- Si la mujer precisó o no ingreso hospitalario.

B) Se realizará a modo de Informe Clínico y se harán de él tres copias para:

- Entregar a la interesada.
- Remitir al Juzgado correspondiente.
- Hospital o Centro Sanitario que atienda a la mujer.

C) Se deberá asegurar el archivo y/o codificación de los partes de lesiones relativos a mujeres agredidas de forma separada al resto de los partes, para que pueda ser objeto de estudio.

5. Recogida de muestras

En los casos de agresión sexual así como en aquellos referidos a malos tratos que lo requieran se prestará especial atención a la recogida de muestras como pruebas periciales y su remisión al juez encargado del caso y en presencia del/la Médico/a Forense siempre que sea posible.

En el supuesto de no poder recoger las muestras en el nivel primario de atención, se trasladará a la mujer a un dispositivo de apoyo, consulta de ginecología o al nivel hospitalario.

6. Para garantizar la adecuada asistencia a las mujeres agredidas

Se recomienda seguir el documento anexo "Pautas para el establecimiento de un Protocolo de atención sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos o agresiones sexuales".

7. Información a la mujer

Debe proporcionársele la siguiente información:

- Que tiene derecho a presentar denuncia de los hechos en el Juzgado de Guardia, Comisaría de Policía o Cuartel de la Guardia Civil.
- Que existen centros específicos para la mujer donde puede ser informada de sus derechos y recibir asesoramiento necesario, así como la posibilidad de ser atendida en un Centro de acogida de emergencia, facilitando la llamada al Teléfono de Información a la Mujer que se le facilitará en los centros: 900 200 999.
- Que puede ponerse en contacto con la Unidad de Trabajo Social del Centro Sanitario, para la oportuna intervención.

Anexo 1



Pautas
para el establecimiento
de un Protocolo
de atención sanitaria
a mujeres víctimas
de malos tratos
o agresiones sexuales

La importancia legal y social de este tipo de delitos hace necesaria la utilización de un protocolo de diagnóstico y tratamiento que permita una atención sanitaria adecuada y homogénea a las mujeres agredidas y evite omisiones importantes.

En la elaboración del protocolo, los servicios sanitarios deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

I. Actitud del profesional sanitario

- Trato comprensivo, dando sensación de apoyo y seguridad, que anime a la mujer a que se desahogue y relate los hechos. No se deben hacer preguntas comprometidas, recoger tan sólo los datos que quiera facilitar la mujer. Es fundamental no establecer juicios preconcebidos de la situación.
- Informar permanentemente a la mujer de todas las exploraciones que se le van a realizar y la finalidad de las mismas, comentando en todo momento lo que se está haciendo.
- Recabar el consentimiento de la mujer para la exploraciones que se le van a realizar.

- Buscar un lugar adecuado que respete la intimidad para la entrevista y reconocimiento. Si la mujer lo desea podrá estar presente en la exploración alguien de su confianza.

II. Datos personales y sociales

- Nombre y apellidos.
- D.N.I. y teléfono.
- Edad, estado civil y profesión.
- Dirección, municipio y provincia
- Personas que la acompañan.

III. Anamnesis

1. Relato y transcripción de los hechos

El médico debe limitarse a transcribir lo que la mujer cuente.

Escribir con letra legible y en términos que permitan que alguien profano en la materia pueda entenderlo al cabo de unos meses.

- Describir los siguientes aspectos:
 - Tipo de agresión. En caso de agresión sexual: vaginal, anal, oral, otras.
 - Armas o utensilios utilizados.
 - Fecha, lugar, hora y circunstancias de la agresión.
 - En relación al agresor: características físicas y si es conocido o no.
 - Preguntar sobre la presencia de testigos.

- Actos realizados después de la agresión:
 - En agresiones sexuales: Aseo personal (ducha, baño, ducha vaginal), toma de alimentos o medicamentos, cambio de ropa...).
 - Preguntar si se ha presentado denuncia de la agresión a la policía, guardia civil o juez.

2. Antecedentes personales de agresiones y enfermedades

- Malos tratos y/o agresiones anteriores: Fecha de comienzo, número o frecuencia. Parentesco del agresor.
- Lesiones producidas y si necesitó asistencia sanitaria. Identificar los centros sanitarios y las fechas.
- Denuncias efectuadas.
- Coexistencia con malos tratos o agresiones a hijos/as.
- Enfermedades e intervenciones previas así como uso de medicamentos y hábitos.

3. Historia ginecológica (en agresiones sexuales)

- Menarquia, fecha de la última regla (FUR), fórmula menstrual, cálculo de la fecha posible de ovulación.
- Método anticonceptivo que utiliza actualmente.
- Fecha de la última relación coital.
- Enfermedades existentes.

4. Valoración del estado general.

- Psíquica y emocional.
- Física: síntomas respiratorios, digestivos, urinarios, vasomotores.

IV. Exploración

Deberá efectuarse sin prisa, intentando conseguir que la mujer se vaya serenando y adquiera seguridad y confianza.

Recabar el consentimiento de la mujer para las exploraciones que se le van a realizar.

1. General

- Tipo de lesiones: contusiones, incisiones, escoriaciones, eritemas, heridas..., indicando morfología, tamaño, profundidad etc.
- Existencia de cicatrices antiguas, suturas, lesiones con datas diferentes.
- Localización anatómica de las mismas: cabeza, cuello, nalgas, extremidades...

2. Ginecológica (en agresiones sexuales)

- Descripción general de las lesiones genitales: monte de venus, periné, ano, vulva, himen, vagina, cervix y útero.
- Tipo de agresión sexual: vaginal, anal, oral u otras.
- Presencia de semen en cavidades corporales, en la ropa, etc.
- Utilización de instrumentos extraños.

3. Psíquica

Siempre que sea posible la realizará el psiquiatra de guardia.

- Estado de ánimo, ansiedad, llanto, embotamiento...
- Actitud durante la exploración.
- Alteraciones psico patológicas.

V. Pruebas y examen de laboratorio

Es aconsejable que la toma de muestras se haga en presencia del Médico/a Forense.

Fotografías de las lesiones evidentes: en cualquier agresión, siempre que sea posible, y previo consentimiento de la mujer.

En agresiones sexuales

Es aconsejable que la mujer se desnude sobre una sábana blanca limpia donde se recogerán sus ropas, de esta forma se garantiza que no se pierdan pelos, fibras, etc.

La recogida de muestras se hará previa información y consentimiento de la mujer.

- Ropa: rota o con manchas de semen, sangre, etc.
- Pelos: Pueden encontrarse adheridos a la víctima o en sus ropas.
- Realizar cepillado del vello púbico y muestra del mismo: (guardarlas en bolsas separadas).
- También se deberá tomar muestra del vello pubiano para control.

- Otras: Recoger muestras de tierra en vello y piel, manchas de sangre, restos en uñas...
- Lavado bucal.
- Tomas de exudado: vaginal, anal y /o faríngeo si es necesario para:
 - Cultivo bacteriológico.
 - Con aspiración para ver en fresco espermatozoides.
 - Con hisopo seco para estudio de DNA. (No meter en el frigorífico).
- Citología cérvico–vaginal.

Las anteriores pruebas se introducirán en sobres cerrados e individuales, etiquetados con fecha, nombre de la mujer y sello y firma del facultativo.

Todas estas pruebas se entregarán al Médico/a Forense si está presente en el momento de la asistencia a la mujer o, en su defecto, al Juzgado de Guardia.

- Test de embarazo, grupo sanguíneo y Rh.
- Serología de Lúes, Hepatitis B y VIH (previo consentimiento de la mujer).

VI. Tratamiento

1. Tratamiento preventivo (en agresiones sexuales)

- Profilaxis de las Enfermedades de Transmisión Sexual: Tricomonas, Clamídeas, Gonococia, Sífilis...
- De la gestación: Píldora postcoital: administrar antes de 72 horas después del coito.

2. Tratamiento psicológico

- Tranquilizantes y/o hipnóticos si precisa.
- Entrevista contenedora favoreciendo la expresión emocional.
- Brindarle la posibilidad, a su elección, de derivación preferente/normal a equipos de salud mental de Distrito.

3. Tratamiento de las lesiones corporales

- Según diagnóstico.

VII. Revisión y seguimiento

Se deberá garantizar el seguimiento de la víctima, indicándole el centro donde se realizara éste para valorar resultados de las pruebas complementarias, evolución y seguimiento de las lesiones y revisión psicológica.

En los casos de agresión sexual:

A los 5 días

- Valorar resultados y si presenta marcadores de HB negativos, gammaglobulina antiHB y vacuna.
- Control y seguimiento de lesiones físicas.

Al mes

- Para valorar pruebas complementarias y repetir cultivos, serología y test de embarazo si hay ausencia de menstruación.
- Vacunación anti-HB (2ª dosis).

A los 3 meses (Optativo)

A los 6 meses

- Repetir VIH y pedir marcadores de HB.
- Hacer citología y colposcopia para descartar papilomavirus.
- Vacunación anti-HB (3ª dosis).

A los 12 meses

- Repetir serología VIH.

VIII. Información

1. A la mujer

- Deberá recibir información sobre su derecho a denunciar la agresión a la policía, guardia civil ó juez, en el caso de que no la haya efectuado.
- Se le facilitará información sobre la conveniencia de llamar al teléfono 900 200 999 del Instituto Andaluz de la Mujer para asesoramiento e información sobre los centros de acogida de emergencia si fuera necesario.
- Se le entregará copia del Parte de Lesiones.

2. Al juzgado y al médico/a forense

- Se le entregará Parte de Lesiones y todas las pruebas complementarias.

X. Parte de lesiones

Su cumplimentación es obligatoria en todos los casos y para ello se utilizará el formulario adjunto (Anexo 2), debiéndose incluir la siguiente información:

- Lugar, fecha y hora de la asistencia. Datos de filiación de la víctima.
- Resumen de la historia clínica: descripción de las lesiones observadas, existencia de lesiones con diferentes datas, así como del estado emocional y la relación de pruebas complementarias realizadas y/o solicitadas.
- Valoración y avance de un posible pronóstico.
- Relato y transcripción de los hechos según se describe en este protocolo.
- Tratamientos aplicados, especificando si precisó hospitalización e indicando número de estancias.
- Otros datos y antecedentes recabados que se consideren de interés y que hagan referencia a las circunstancias sociales personales, patológicas, malos tratos o agresiones reiteradas, coexistencia con malos tratos a hijos/as, etc.
- Facultativo que lo emite (nombre y nº de colegiado/a) y firma.

Anexo 2



Parte al juzgado.
Instrucciones
para la cumplimentación
del parte de lesiones

AGRESIÓN SEXUAL MALTRATO/AGRESIÓN FÍSICA

Ilmo/a. Señor/a:

Siendo las _____ horas del día _____ ha sido asistida en el Centro Sanitario _____
 _____, sito en la localidad de _____,

Doña _____ de _____ años,
 con D.N.I. núm. _____ estado civil _____ domiciliada en _____
 calle/plaza _____ la cual presenta _____

Según manifiesta, las lesiones le han sido inferidas por D. _____
 cuyo parentesco/relación con la lesionada es el de _____, en la población de
 _____ calle/plaza _____
 el día _____, a las _____ horas, y en ocasión de _____

El tratamiento aplicado consistió en _____
 _____ y SI / NO precisó ingreso durante _____ días.

Además, considero de interés poner en su conocimiento estos otros datos: _____

En _____ a _____ de _____ de 200____
 El Facultativo encargado de su asistencia,

Fdo.: Dr/a. _____ nº coleg. _____

ILMO/A. SR/A. JUEZ/A _____ LOCALIDAD _____

Instrucciones para la cumplimentación del Parte de lesiones

El reconocimiento médico debe ser concienzudo y minucioso.

Proceder al reconocimiento cuando el estado físico y psíquico de la mujer lo permita.

Las lesiones se deben describir con arreglo a:

- Naturaleza (contusiones, erosiones, escoriaciones).
- Localización anatómica.
- Forma (si refleja la forma de algún instrumento).
- Disposición (diagonal, longitudinal).
- Longitud relativa.
- Aspecto, color... (referido a la data), si está cicatrizado, si sangra, si tiene costra...

Naturaleza de las lesiones

- A) Contusiones simples superficiales: inflamación de la zona, sin solución de continuidad, con derrames sanguíneos, serosos o linfáticos de mayor o menor tamaño, (ejemplo: cardenales).
- Equimosis: superficiales, punteadas.
 - Sugilaciones: equimosis por succión.
 - Hematoma: con derrame sanguíneo o bolsa subcutánea.
 - Bolsa sanguínea: hematoma de mayores dimensiones.
- B) Contusiones profundas: hematomas y roturas viscerales.
- C) Derrames cavitarios: hemáticos y serofibrinosos.
- D) Erosiones: lesión superficial de la piel que afecta a la epidermis, no hay hemorragia. Escoriación: lesión cutánea que afecta cuerpo paliar que origina leve hemorragia, (ejemplo arañazo).
- E) Mordeduras.
- F) Contusiones complejas: arrancamientos, aplastamientos.
- G) Heridas: Lesión que presenta solución de continuidad en la piel:
- Heridas simples, punzantes, lineales.
 - Heridas profundas, con afectación de planos profundos (músculos, tendones, huesos).
 - Heridas contusas.
 - Heridas por arma de fuego.
- H) Quemaduras: fuego, caústicos.

I) Fracturas

Los desgarros en zona genital y/o anal deben describirse en el sentido figurado de las agujas de un reloj.

El pronóstico debe ser un pronóstico médico con arreglo a criterios de gravedad. Si existe pronóstico reservado debe explicarse.

Describir el tratamiento médico/quirúrgico impuesto: sutura, antiinflamatorios no esteroideos, remisión al médico de cabecera, inmovilización, yeso...

Normativa de interés para los profesionales sanitarios

Parte de lesiones: obligatoriedad de denuncia y dar parte a la autoridad

Ley de Enjuiciamiento Criminal

ART. 262: Los que por razón de su profesión, cargo u oficio tuvieren noticia de algún delito están obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, Juez Instructor...

Código Penal

ART. 576 (obligatoriedad de dar parte...).

Obligación de informar a la mujer

Ley General de Sanidad

ART. 10 (Derechos del enfermo).

Ley de Salud de andalucía

Artículo 6 (Derechos de los ciudadanos).

Toma de muestras

ORDEN DE 8 DE NOVIEMBRE DE 1996 del Ministerio de Justicia por la que se aprueban las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto Nacional de Toxicología.

Atención a las mujeres
víctimas de agresiones sexuales.
Aspectos médico forenses



Ángeles Sepúlveda García de la Torre
Médica Forense

1. Introducción

La violencia contra la mujer es uno de los hechos más frecuentes y graves que azota nuestra sociedad, precisa de la actuación de distintos estamentos: social, sanitario, policial, judicial y por tanto médico forense. La violencia puede producirse por agresión física, psíquica o sexual; aunque casi siempre estos tres tipos de violencia van unidos; la actuación sanitaria y forense tiene matices diferentes en cada una de ellas.

La víctima de una agresión sexual precisa de una respuesta social acorde con sus necesidades, trato específico y preferente y una asistencia adecuada e integral, todo ello en un ambiente capaz de preservar su intimidad. Se trata de una persona que ha vivido una situación de peligro para su supervivencia y sufrido un gran choque emocional; es por ello por lo que se considera que la violencia sexual debe ser valorada además como una urgencia médica psiquiátrica.

En la atención a mujeres víctimas de violencia hay que plantear como objetivo primordial de la respuesta social el bienestar de la víctima como persona que necesita ayuda. Pero, por otra parte, la persona que sufre una agresión sexual es en sí

misma fuente de indicios, datos, huellas, de signos de violencia impresos en su cuerpo, en sus ropas y en su estado psíquico, es ella misma una prueba tangible de la violencia que se ejerce sobre ella.

Nos encontramos, por tanto, en la víctima de violencia sexual con una doble vertiente: Víctima como prueba, sobre la que hay que intervenir, estudiar, realizar reconocimientos etc... y Víctima como persona, necesitada de ayuda.

La víctima persona requiere asistencia facultativa para el correcto diagnóstico y tratamiento de las lesiones sufridas; en la víctima como prueba se basa la práctica de la pericial médico forense, por tanto la labor de asistencia técnica de los/as Forenses como peritos es diferente del ejercicio profesional asistencial, diagnóstico y terapéutico, de las/los facultativos clínicos.

La Ley de Enjuiciamiento Criminal establece que “el Juez acordará el informe pericial cuando, para conocer o apreciar algún hecho o circunstancia importante en el sumario, fuesen necesarios o convenientes conocimientos científicos o artísticos”. Los/as Médicos/as Forenses son los/as peritos médicos oficiales que están al servicio de la Administración de Justicia, desempeñan funciones de asesoramiento a los Juzgados, Tribunales y Fiscalías en materia médica.

En los casos de violencia sexual, ambos facultativos, clínico y forense, deben actuar de una manera coordinada, empleando todos aquellos medios que la ciencia pone a disposición, desde el reconocimiento físico de la víctima hasta las más complejas investigaciones analíticas de laboratorio. Sin embargo, esta situación de ayuda humana es lo primordial, de forma que puedan llevarse a cabo todos los estudios y reconocimientos necesarios, sin olvidar por ello dejar de mantener la dignidad y el respeto debido a la persona víctima de agresión sexual.

2. Agresiones sexuales: concepto y clasificación

Existen diferentes conceptos de abuso y/o de agresiones sexuales, dependiendo del momento histórico y cultural existente o la perspectiva profesional de quien lo estudie o investigue. Para definir una agresión sexual desde el punto de vista de la Medicina Forense, hay que encuadrarlo en el concepto legal vigente definido en el Código Penal.

El Título VIII del Código Penal: "DELITOS CONTRA LA LIBERTAD E INDEMNIDAD SEXUALES", en el capítulo I "DE LAS AGRESIONES SEXUALES", establece:

- Art.178: "El que atentase contra la libertad sexual de otra persona con violencia o intimidación, será castigado como responsable de agresión sexual..." .
- Art. 179: "Cuando la agresión sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías..." .

El Capítulo II "DE LOS ABUSOS SEXUALES", establece

- Art. 181:
 1. El que sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento, realizase actos que atenten contra la libertad e indemnidad sexual de otra persona...
 2. En todo caso, se consideran abusos sexuales no consentidos los que se ejecuten:
 1. Sobre menores de 13 años.
 2. Sobre personas que se hallen privadas de sentido o de cuyo trastorno mental se abusare.
 3. Cuando el consentimiento se obtenga prevaleándose el responsable de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima.

- Art. 182: En todos los casos del artículo anterior, cuando el abuso sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías...”.

El concepto legal es el que a su vez va a marcar la pauta de actuación del/la Médico/a Forense, encaminada a esclarecer tanto las circunstancias de hecho como las etiológicas de estos delitos.

La falta de consentimiento por parte de la víctima es el elemento esencial en la violencia sexual. En base a ello existen una serie de conductas y/o circunstancias en las agresiones sexuales, que dan lugar a distintas manifestaciones y hallazgos exploratorios:

A) Según el tipo conducta sexual

1. Con penetración: Vaginal, Anal, Bucal.
2. Sin penetración: conductas como caricias, tocamientos, masturbación...

B) Según el número de episodios de abusos

1. Agresiones puntuales: Sería la que sucede un sólo día, generalmente por un desconocido. Es la agresión “típica”, que la mayoría de las personas imaginan que ocurre al hablar de violaciones o agresiones sexuales. Es la más conocida pero la menos frecuente.
2. Agresiones reiteradas: Son las más frecuentes pero también la más desconocidas; entre otras circunstancias porque es la que más se oculta y menos se denuncia. Suele darse en el seno de las familias, por agresores conocidos, y más frecuentemente las víctimas son menores.

C) Según la existencia o no de violencia física

1. Sin lesiones: Cuando se habla de agresión sexual, se asocia inmediatamente

a una gran violencia física. La realidad es que en la gran mayoría de los casos no se encuentra en la exploración forense signos de lesiones, o como mucho alguna erosión o hematoma de escasa importancia clínica.

Esta ausencia de lesiones tiene múltiples explicaciones: existen ciertas conductas o estrategias que no hace necesaria la violencia física: amenaza, intimidación, abuso del poder o autoridad, engaño (en el caso de los menores), etc..., otras veces las víctimas ceden ante la violencia del agresor por invadirles un gran miedo, y reaccionar con un bloqueo físico y psicológico.

Lo más habitual en la práctica forense, es que la víctima no tenga muestras externas de golpes o de resistencia a la agresión, o que las escasas lesiones sean de entidad clínica leve, en ninguno de estos casos puede excluirse que la agresión se haya producido.

2. Con lesiones: Se producen cuando se usa la violencia física y serán más o menos graves según la brutalidad de la acción. La etiología de las mismas puede ser debida a diferentes causas:

- Para vencer la resistencia de la víctima o acallar sus gritos.
- Lesiones de lucha y defensa.
- Lesiones producidas por objetos, por ejemplo heridas por arma blanca, punzantes, etc. Introducción de objetos en vagina o ano como botellas.
- Desproporción entre partes anatómicas, como sucede en el caso de violencia sexual a menores por parte de adultos.
- Lesiones mortales, pueden ser muy variadas: sumersión, estrangulación, heridas por instrumentos de todo tipo...
- Lesiones sádicas, sin objeto, producidas por el placer de dañar aún más a la víctima.

D) Según el tiempo transcurrido para la exploración

Los hallazgos encontrados en la exploración forense variarán según haya transcurrido un lapso de tiempo más o menos largo hasta que se produzca el reconocimiento de la víctima; de forma que muchos signos o lesiones habrán evolucionado hasta incluso llegar a desaparecer. Una exploración negativa por tanto no debe excluir a priori que haya existido una agresión sexual.

E) Según la edad de las víctimas

Basándonos en los estudios realizados por la Asociación AMUVI de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales de Andalucía (Sepúlveda, Millán, 1998, 1999), las agresiones esporádicas o puntuales tienen mayor frecuencia en edades comprendidas entre los 18 y los 25 años, así como en los intervalos de edad anterior y posterior. Las agresiones reiteradas a lo largo de más o menos tiempo las sufren más frecuentemente las niñas menores de 12 años. Las mujeres mayores de 40 años proporcionalmente reciben menos agresiones sexuales.

3. Sintomatología, hallazgos e indicadores de violencia sexual

3.1. Signos de coito

Se van a tratar tan sólo los signos de coito vaginal, anal o bucal, las lesiones que pueden acompañar la agresión sexual van a estudiarse en el siguiente apartado.

3.1. A) Coito vaginal

A efectos de este delito debe entenderse por coito la penetración del pene en la cavidad vaginal, no siendo necesario que sea completa ni prolongada, ni que haya eyaculación de semen en el interior de la cavidad vaginal.

Signos físicos

- Desfloración y desgarros.

La mujer adulta está biológicamente preparada para realizar un coito sin problemas, y en el caso concreto de que exista penetración durante la agresión sexual, no necesariamente tiene que sufrir desgarros. Pero existen salvedades como son:

- La existencia de un himen íntegro.
- La brutalidad del agresor.
- La desproporción de las partes anatómicas, como sucede en el caso de las niñas, que darían lugar a desgarros externos e internos.

1. Si la mujer era virgen: desfloración

Es decir, desgarrar o ruptura del himen. El himen es la membrana que se encuentra entre la vulva y el orificio inferior de la vagina; tiene un borde periférico de inserción y un orificio hacia la parte interna. El himen es variable, y en cada mujer tiene una forma diferente: semilunar, anular, labiado, cribiforme...

El himen se rompe en las primeras relaciones sexuales produciendo dolor y una pequeña hemorragia. La reacción física a la desfloración depende de cada mujer y del tipo de coito.

Existen diferentes maneras de romperse o desgarrarse el himen, dependiendo de la forma de éste, y así por ejemplo, el himen anular se desgarrará generalmente en 4 puntos, dos a cada lado y simétricos entre sí.

Para describir la localización de los desgarros suele utilizarse como referencia una esfera horaria, que se superpone en sentido figurado al contorno himeneal, indicando el número de la hora a que corresponde la localización del desgarrar.

La profundidad del desgarro llega normalmente hasta el borde de inserción del himen. Este dato es importante pues permite distinguir los desgarros de los arañazos o de las muescas congénitas. Los bordes de los desgarros producidos por la desfloración no se sueldan jamás, recibiendo el nombre de carúnculas himeneales. La forma íntegra anterior de la membrana no puede reconstruirse.

Existe un tipo de himen llamado Himen Complaciente, que es muy elástico y puede resistir la penetración del pene sin romperse.

La importancia de la desfloración radica en que es el signo anatómico del coito. Si la mujer era virgen antes de la agresión sexual, los signos de rotura o desgarro del himen nos van a demostrar la existencia de una penetración. Deberá realizarse también un diagnóstico de la data de la desfloración (antigua o reciente) valorando el estado de cicatrización del himen.

La cicatrización del himen es rápida, a los 3-4 días suelen desaparecer los signos agudos de la herida; por lo que es conveniente que la mujer sea reconocida en breve plazo de tiempo tras la agresión.

En el caso de que la mujer no fuese virgen antes de la penetración, habría que valorar otros signos.

El examen de los desgarros himeneales, al igual que otras lesiones, puede hacerse a la Luz de Wood, que en la oscuridad hace resaltar las diferencias cromáticas que indican la data de las cicatrices.

2. Desgarros genitales

Además del desgarro himeneal, en determinadas circunstancias, pueden producirse desgarros externos e internos que afectan el periné, el tabique vaginorrectal, o a los fondos de saco vaginales, capaces a veces incluso de producir la muerte.

Otros signos

- Presencia de espermatozoides, si ha existido eyaculación.
- Presencia de pelos pubianos del agresor.
- Contagio de Enfermedades de Transmisión Sexual o SIDA.
- Fecundación o existencia de embarazo, a veces la única prueba o motivo de denuncia en los casos de agresiones sexuales en el seno de la familia.

3.1. B) Coito anal

Signos físicos

- Desgarros.

Al igual que en el coito vaginal los signos dependerán de la brutalidad del acto y de la desproporción anatómica agresor/víctima.

En los atentados agudos pueden producirse lesiones locales anorrectales y perianales: enrojecimientos, erosiones, desgarros, y laceraciones. Los desgarros en el esfínter anal, al igual que sucede en los genitales se representan en el sentido figurado de la esfera horaria.

- Paralización del esfínter anal de tipo transitorio como reacción a la agresión.
- Se pueden encontrar signos inespecíficos, como dolor en la zona o picores.

En ocasiones el coito anal no deja huella, sobre todo si transcurrió un tiempo más o menos prolongado antes de la exploración.

Otros signos

- Presencia de esperma, si ha existido eyaculación.
- Presencia de pelos pubianos del agresor.
- Contagio de Enfermedades de Transmisión Sexual o SIDA.

3.1. C) Coito bucal

Generalmente no suele haber desgarros o signos físicos. Al igual que en casos anteriores pueden hallarse otros signos:

- Presencia de esperma, si ha existido eyaculación.
- Presencia de pelos pubianos del agresor.
- Contagio de Enfermedades de Transmisión Sexual o SIDA.

3.1. D) Otras conductas sexuales

Los tocamientos, frotamientos o masturbación, normalmente no dejan huella externa. En ocasiones pueden encontrarse a veces signos como:

- Tras un reciente episodio de caricias o frotamientos repetidos pueden hallarse eritema, edema localizado o petequias en zonas genitales, este signo, a veces poco específico, desaparece pronto, y en menores se puede confundir con el eritema de pañal.
- Traumatismos genitales, arañazos, hematomas, etc.
- Infecciones genitales, picores, enrojecimiento, vulvovaginitis, etc.
- Dilatación del orificio himeneal en niñas.

- La piel tras muchos y reiterados frotamientos presenta una alteración histológica, es decir cambios a nivel microscópicos, por tanto, haciendo una biopsia a la niña o niño víctima de la agresión se podría saber si existen estos cambios. Se trata sin embargo de un diagnóstico poco específico y en la práctica no se utiliza.

3.2. Lesiones

Hay que recordar que no siempre existen lesiones. En el caso de que las haya, presentan todas las posibilidades traumatológicas, predominando las de entidad leve.

El agente y mecanismo productor de las lesiones es una de las cuestiones de obligada referencia en el informe médico forense. Las lesiones pueden ser causadas por:

- Órganos naturales de ataque y defensa del hombre como manos (bofetones, puñetazos), pies (patadas) uñas, dientes en caso de mordedura.
- Todo tipo de instrumentos contusos como palos...
- Armas de fuego, armas blancas.
- Agentes característicos del lugar de los hechos: piedras, ramas de árboles, muebles...

La forma de la lesión nos va a permitir establecer qué tipo de instrumento u objeto ha sido el causante de la misma, hay veces que se producen lesiones que se llaman figuradas o a estampa, porque reproducen en su forma y a veces tamaño con cierta fidelidad el objeto causante de la misma. Ejemplo: equimosis alargadas paralelas que reproducen la forma de palo, la que deja el calzado cuando se produce una fuerte presión con la suela, los estigmas ungueados que dejan la presión de la yema de los dedos, las lesiones típicas de la mordedura que tan fáciles son de reconocer, las sugilaciones que son equimosis punteadas por succión, erosiones lineales por arañazos, erosiones lineales longitudinales paralelas que implican arrastre, etc.

A efectos de sistematizar, las lesiones pueden dividirse:

3.2. A) Según su descripción y localización

- Específicas de la violencia sexual.
- Otras lesiones: Genéricas.

Lesiones específicas de violencia sexual

Son aquellas que por sus características y localización implican violencia sexual. Se encuentran localizadas en zonas de genitales y ano, así como en los alrededores (paragenitales y anales).

Pueden ser tanto externas como internas; generalmente consisten en lesiones como señales de dedos (impresiones digitadas), equimosis, hematomas, estigmas ungueados, (señales de uñas), erosiones, desgarros, equimosis (cardenales, impresiones digitadas..), erosiones (arañazos) de mayor o menor longitud y profundidad.

También indican violencia sexual las lesiones descritas situadas en los muslos (principalmente en la cara interna), para obligar a la víctima a separar las piernas, en mamas (mordiscos, arañazos) o nalgas.

Lesiones extragenitales o genéricas

Son las que se localizan en cualquier otro lugar de la anatomía. Las más indicativas son las de defensa y lucha; más frecuentemente suelen estar localizadas en:

- Cabeza (contusiones, arrancamiento de cabellos), cara (arañazos...) y mordeduras en el rostro, alrededor de la boca y orificios respiratorios pueden hallarse estigmas ungueados, impresiones digitadas, hematomas característicos en la cara

interna de los labios al comprimir con fuerza la boca contra los dientes. Pueden hallarse lesiones en el cuello de intento de estrangulación.

- Miembros: inferiores y superiores, siendo característicos: en los brazos, antebrazos y muñecas al sujetar a la víctima, etc...

3.2. B) Según su naturaleza o tipo de lesiones

La gravedad y tipología es variada según el caso, puede encontrarse desde erosiones de poca importancia clínica, hasta arrancamiento de pezones, e incluso lesiones graves capaces de producir la muerte.

Entre las lesiones externas podemos encontrar:

1. Contusiones

A) Contusiones simples con integridad de la piel, como consecuencia del desgarro de vasos sanguíneos y linfáticos, según tamaño pueden ser:

- Petequias (puntiformes).
- Equimosis o Equimoma (grandes).
- Hematomas: sangre extravasada se colecciona en una bolsa.
- Bolsa sanguínea.

B) Contusiones con lesión cutánea:

- Erosiones: lesiones superficiales de la piel que sólo interesan la epidermis (arañazo).
- Escoriaciones: la lesión afecta a la epidermis y a las capas de la dermis.

2) Heridas

Punzantes, incisas, incisopunzante, contusiones abiertas producidas por objetos romos: piedras, palo...

3) Contusiones complejas

Arrancamientos por tracción (arrancamiento de cabellos), aplastamientos.

Entre las lesiones internas:

Viscerales (heridas, contusiones), cavitarias (derrames), articulares (esguinces, luxaciones, derrames,) esqueléticas (fisuras, fracturas).

4. La asistencia a víctimas de violencia sexual

La Asistencia a la víctima de Violencia Sexual presenta características comunes con la que se debe prestar a la mujer víctima de cualquier otro tipo de violencia, así como características específicas derivadas de la atención especializada necesaria para estos casos de violencia.

- El tiempo transcurrido desde que sucede la agresión hasta que se produce el reconocimiento debe ser el mínimo posible, ya que pueden desaparecer los signos de violencia y/o coito; los espermatozoides generalmente no viven más de 72 horas en el cuerpo de la mujer; en niñas presentan menos viabilidad que en adultas al no tener moco cervical, generalmente no más de 24 horas (móviles) y 48 horas los inmóviles.
- La asistencia integral a víctimas de Violencia Sexual es sólo abordable en un centro hospitalario que cuente con todos los servicios: ginecología, traumatología, infecciosos, y psiquiatría. En cualquier caso el ambiente debe ser relajado, respetando la intimidad de la víctima.

- La coordinación entre profesionales es imprescindible. El reconocimiento de la víctima de Violencia Sexual debe ser realizado conjuntamente por el /la Médico/a clínico y el/la Médico/a Forense, con ello se evitan reconocimientos posteriores, y se asegura la recogida de muestras. La conexión entre facultativos de diferentes servicios (ginecología, traumatología...) es esencial, al igual que con otros profesionales del ámbito social (trabajadores sociales), de la psicología y Asociaciones especializadas en este tipo de violencia.
- La actitud del personal sanitario debe ser extremadamente respetuosa con la delicada situación que atraviesa la víctima, las preguntas necesarias para el esclarecimiento de los hechos deben ser realizadas con el máximo cuidado, utilizando un lenguaje adecuado a su edad y circunstancias. Se debe recabar siempre el consentimiento de la víctima para las exploraciones.
- La víctima no debe NUNCA lavarse ni cambiarse de ropa antes de la exploración. Tampoco debe beber ni orinar antes de serle tomadas las muestras.

La asistencia debe ser sistemática y protocolizada:

1. Recogida inicial de datos, anamnesis y antecedentes personales, destacando los datos referidos a la historia ginecológica: menarquia, fecha de la última regla y utilización de métodos anticonceptivos en su caso.
2. Valoración del estado general físico y psíquico.
3. Exploración psíquica.
4. Exploración física.
5. Toma de muestras.
6. Tratamiento: de las lesiones, profilaxis de embarazo, prevención de ETS, tratamiento psicológico.
7. Cumplimentación del parte de lesiones y formularios.

8. Información a la mujer de los recursos existentes, derivación a otros profesionales.

9. Revisión y seguimiento.

La asistencia protocolizada reviste caracteres comunes con la que se debe realizar a otras víctimas de violencia, exceptuando las exploraciones específicas para los casos de Violencia Sexual:

Técnica de exploración

1. General

- La mujer deberá desnudarse sobre una sábana blanca, de forma que puedan recogerse las ropas y restos (tierra, pelos...) que pueda tener. En el caso de que haya que cortar las ropas, se hará siguiendo una línea paralela a 1 cm. aproximadamente de las costuras, respetando manchas de sangre o restos que pudiera haber.
- Se pliega la sábana por los cuatro picos hacia arriba, para que queden dentro las ropas. A la mujer se puede vestir con camión ginecológico para llevar a cabo la exploración.
- La exploración sistemática debe comenzar de arriba abajo, en la postura como sea más completa y cómoda para la víctima: de pie primero o decúbito en la camilla, primero explorando la mitad izquierda corporal y luego la derecha. Las extremidades deben ser exploradas empezando por los dedos hasta la articulación principal, en sus caras anteriores y posteriores:
- Miembros superiores: dedos, manos, muñecas, antebrazos, brazos.
- Miembros inferiores: dedos, pies, tobillos, piernas, muslos.
- Explorar especialmente en las zonas de pliegues anatómicos: párpados, cuello, pliegues auriculares, ingles.

- Tener en cuenta las zonas de apoyo (codos, rodillas, espalda).
- Recordar que una lesión de escasa entidad clínica puede tener gran importancia para esclarecer los hechos.
- Utilizar una buena luminosidad.
- Describir el tipo lesiones: aspecto, forma y color. Localización anatómica de las mismas: cabeza, cuello, nalgas, extremidades..., con referencia a puntos anatómicos.
- Siempre que sea posible fotografiar las lesiones.
- Para la exploración se deben utilizar todos los medios diagnósticos necesarios según la entidad de las lesiones: radiografías, TAC... La prioridad en la utilización de instrumentos diagnósticos la indicará la entidad de la lesión y el estado de la víctima.

2. Examen genital/anal

El examen genital/anal se realizará en tres niveles sistemáticos: Externo, Toma de muestras, e Interno.

2. A) Externo

- La exploración se realizará estando la mujer en camilla ginecológica. Si se trata de niñas puede hacerse sobre la camilla e incluso en el regazo materno, abriendo las piernas y uniendo entre sí las plantas de los pies ("postura de la rana"). La zona anal puede explorarse en posición genupectoral ("postura mahometana").
- Nunca utilizar un material exploratorio que puede ser agresivo o lesivo sin antes haber comprobado el estado de la víctima; ya que pueden existir desgarros o roturas en vagina, recto o tabique rectovaginal. Se tendrá especial cuidado con los microtraumatismos que puedan producirse durante las maniobras exploratorias.

- En menores o cuando la mujer es virgen, se puede realizar una palpación anal con el 5º dedo lubricado con vaselina para protuir la pared posterior vaginal y con ello descubrir el himen completo.
- El uso de colposcopio y/o rectoscopio presenta ventajas e inconvenientes que deben ser valorados según la edad y estado de la víctima.
- La descripción de las lesiones genitales será sistemática: pubis, periné, ano, vulva, himen, vagina, cervix, útero.
- La exploración ginecológica debe hacerse coordinadamente entre el/la Médico/a Forense y el/la ginecólogo/a.

2. B) Toma de muestras

- La Toma de muestras es de vital importancia para el esclarecimiento de los hechos. Debe ser realizada lo más pronto posible, y sin previa manipulación de genitales o ropas, por lo que la víctima debe acudir al centro sanitario sin lavarse ni cambiarse de ropas tras la agresión.
- Las muestras a tomar deben ser minuciosamente envasadas y etiquetadas, detallando el nombre de la víctima, fecha, características, etc... y enviarlas correctamente conservadas y custodiadas para su análisis al Instituto Nacional de Toxicología.
- Lo más adecuado es que la toma de muestras sea realizada por el/la Médico/a Forense en el centro sanitario, y se haga conjuntamente el reconocimiento médico clínico con el pericial. De esta forma, la intervención coordinada es más eficaz y se evitan posteriores reconocimientos a la víctima.

Las muestras que se deben tomar

- Uñas: se puede realizar el recorte de las uñas durante la exploración general, se *deben envasar cada uña independiente indicando cada envase a qué dedo y qué*

mano corresponde. Muestras de las uñas, para ver si existen restos de sangre y/o restos epidérmicos del agresor.

- Pelo pubiano: Se puede hacer mediante peinado con cepillo ginecológico, antes de comenzar la exploración ginecológica.
- Orina: para realizar pruebas de embarazo o determinación de infecciones. *La víctima no debe orinar antes de la toma de muestras.*
- Semen en cavidad anal, vaginal u oral. Esta toma tiene por objeto investigar la presencia de semen, determinación de espermatozoides, y estudio de ADN para proceder a la identificación del agresor. Los espermatozoides no se suelen ver completos transcurridas 12 horas, pero sí puede determinarse la fosfatasa ácida hasta 30 horas después, al igual que la glucoproteína de origen prostático.
- Exudado y citología, para determinación de ETS.
- Sangre para determinación de ADN, VIH, ETS, Hepatitis B, C.

La toma de sangre se realiza también para contrastar los resultados, descartar que los grupos sanguíneos ABO y ADN pertenecen al agresor y no a la víctima.

Estudio de marcadores de enfermedades infecto-contagiosa: SIDA, Hepatitis B,C.

Se aconseja seguir la sistemática para la toma de muestras prevista en la Orden 8 de noviembre de 1996, por la que se aprueban las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el instituto nacional de toxicología. En dicha orden se establecen también las formas de etiquetado, preparación y envío de muestras al Instituto Nacional de Toxicología.

Estudio de semen, ADN y ETS

Violación vaginal

La toma se hará con espéculo lubricado con suero fisiológico. Se dará prioridad a las tomas para esperma.

El orden de recogida es:

1. Tomas vaginales con hisopos en seco (dos mínimo) para esperma. Se guardan en sus fundas sin conservantes.
2. Tomas vaginales con hisopos de algodón estériles en medio de mantenimiento (dos como mínimo) para estudio de ETS.
3. Tomas cervicales (dos como mínimo) previa limpieza exterior del cérvix, con torundas de algodón estériles con medio de mantenimiento, rotando la torunda durante 10–20 sg., para estudio de ETS.
4. Lavado vaginal con suero fisiológico para investigación de esperma. El lavado se realiza con aproximadamente 10 ml. de suero fisiológico estéril, se recogerá en un bote o tubo estéril que pueda cerrarse herméticamente.

Violación anal

1. Toma anal (dos como mínimo) con torundas en seco para investigación de esperma.
2. Toma anal con torundas de algodón estériles (dos como mínimo) en medio de mantenimiento para estudio de ETS.
3. Lavado anal con suero fisiológico estéril para investigación de esperma. El lavado se realiza con aproximadamente 10 ml. de suero fisiológico, que se recogerá en un bote o tubo estéril que pueda cerrarse herméticamente.

Violación bucal

1. Tomas con torundas secas por toda la boca, especialmente insistir detrás de los incisivos y premolares, para investigación de esperma.
2. Tomas faríngeas con torundas secas para investigación de esperma.
3. Tomas faríngeas con dos torundas de algodón estériles y con medio de mantenimiento.
4. Lavado bucal con suero fisiológico estéril para investigación de esperma. El lavado se realiza con aproximadamente 10 ml. de suero fisiológico, que se recogerá en un bote o tubo estéril que pueda cerrarse herméticamente.

Ropas

1. Se remitirán las prendas que la víctima llevaba en el momento de la agresión, así como cualquier soporte u objeto del lugar de los hechos donde se sospeche la presencia de semen/sangre.
2. Si las prendas estuvieran húmedas dejar secar.
3. Introducir las en envoltorios individuales.

Estudio de sangre: ADN

Muestra de 5 ml. de sangre en viales con anticoagulante (1 mgr. de EDTA Na sólido/ ml/sangre).

Estudio de sangre: ETS, VIH, Hepatitis B

5-10 cc sangre en viales con anticoagulante (EDTA Na sólido).

Común a todas las muestras tomadas

- Mantener en refrigeración (4–8° C).
- Envasar de forma independiente cada muestra.
- Etiquetar cada muestra con nombre de la persona a la que se le haya tomado, y el lugar, fecha y hora en que se ha realizado la toma.
- Enviar al laboratorio por el medio más rápido.
- Adjuntar los formularios.

2. C) Examen interno

La exploración de genitales o recto a nivel interno se hará mediante los instrumentos diagnósticos que sean necesarios: rectoscopio, ecografía...

Cumplimentación de parte de lesiones y formularios

- La cumplimentación del parte de lesiones es obligatoria en todos los casos, el modelo de parte de lesiones en los casos de Violencia Sexual puede ser el mismo que para otros casos de violencia,. Se debe hacer una llamada especial sobre el hecho de que se trata de una agresión sexual, para diferenciarlo de otros partes de lesiones por malos tratos u otro tipo de violencia.
- En el parte de lesiones deben constar los mismos datos que en otros partes: Lugar, fecha y hora de la asistencia, datos de filiación de la víctima,, descripción de las lesiones observadas, y del estado emocional, valoración y avance de un posible pronóstico, tratamientos aplicados, especificando si precisó hospitalización, otros datos y antecedentes recabados que se consideren de interés y que hagan referencia a las circunstancias sociales personales, patológicas, malos tratos o agresiones reiteradas, coexistencia con malos tratos a hijos/as, etc..., reflejar exactamente la relación de pruebas complementarias realizadas y/o solicitadas.

- Siempre debe constar el nombre y número de colegiado/a del facultativo que emite el parte, y la firma.
- Se debe reflejar la fecha de la última regla, y si la víctima estaba tomando anti-conceptivos. No olvidar exponer si se le ha realizado profilaxis de embarazo o de ETS.
- Las muestras tomadas deben ir acompañadas de un formulario, en el que debe constar:
 - Identificación de la persona a la que se ha tomado la muestra, edad, y demás datos de filiación posibles.
 - Identificación y descripción de la muestra. Especificar si se ha utilizado algún medio de conservación y cual.
 - Orientación de datos para investigación:
 - Hora agresión.
 - Hora toma muestra.
 - Tipo de solicitud de estudio (semen, ADN, ETS...).
 - Identificación de la persona que ha tomado la muestra.
 - Identificación de la persona que ha envasado y etiquetado.
 - Tipo y número de precinto.
 - Fecha de remisión de muestras al laboratorio.
 - Condiciones almacenaje y envío.
 - Identificación de la persona que realiza el transporte.
- La copia del parte de lesiones, y los datos específicos de la toma de muestras deben reflejarse en la historia clínica, y darle una copia al Médico/a Forense.

- La colaboración con los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad debe ser estrecha, tanto para la recepción y/o derivación de la víctima, como para la entrega, en su caso, de la copia del parte de lesiones, formularios o muestras.
- No olvidar entregar SIEMPRE una copia del parte de lesiones a la víctima.

Información a la mujer de los recursos existentes

- Al igual que en otros casos de violencia, se le debe facilitar información a la mujer sobre su derecho a denunciar, en el caso de que no lo haya hecho, e información sobre la conveniencia de llamar al teléfono 900 200 999 del Instituto Andaluz de la Mujer para asesoramiento e información.
- Como recurso específico en Andalucía para los casos de Violencia Sexual, puede informarse a la víctima de la existencia de la Asociación AMUVI de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales. Esta asociación dispone de un servicio asistencial gratuito psicológico y jurídico, especializado en violencia sexual. La dirección de AMUVI es C/ Alberto Lista nº 16, 41018 Sevilla, tel: 954 905 649. El ámbito de actuación es la Comunidad Autónoma Andaluza.

5. La asistencia al agresor

Al igual que la víctima, el agresor debe ser atendido, evaluado y tratado, siguiendo la misma sistemática:

1. Recogida inicial de datos, anamnesis y antecedentes personales.
2. Valoración del estado general físico y psíquico.
3. Exploración psíquica.
4. Exploración física.
5. Toma de muestras.

Estudio de sangre: ADN

Muestra de 5 ml. de sangre en viales con anticoagulante (1 mgr. de EDTA Na sólido/ ml/sangre).

Estudio de sangre: ETS, VIH, Hepatitis B

5–10 cc sangre en viales con anticoagulante (EDTA Na na sólido).

6. Tratamiento: de las lesiones,

7. Complimentación del parte de lesiones y formularios, de manera similar a la descrita para la víctima.

6. Objetivos de la valoración médico forense

6.1. De la víctima

Pueden ser múltiples, de acuerdo con la legislación antes mencionada se pueden valorar los siguientes objetivos:

- Determinar si ha habido agresión sexual y de qué tipo: acceso carnal sin penetración o con penetración vaginal, anal, o bucal. Penetración con objetos.
- Realizar un diagnóstico de las lesiones, su naturaleza (contusión, herida...), etiología (si es accidental o intencional), mecanismo de producción.
- Diagnosticar el medio o medios de agresión, el objeto causante de las lesiones, especificar si son medios especialmente peligrosos susceptibles de causar la muerte.
- Establecer la data o antigüedad de las lesiones.

- Determinar la gravedad de las lesiones, si son o no mortales, etc...
- Determinar el tiempo de curación e incapacidad de las lesiones, así como la asistencia y tratamiento médico requerido.
- Valorar las secuelas tanto físicas como psicológicas que presenta la víctima.
- Realizar un estudio de la víctima en orden a establecer su especial vulnerabilidad, en aquellos casos en que exista enfermedad psíquica o física o algún impedimento. Destacamos el caso de las oligofrenias, ya que desgraciadamente las deficientes mentales se convierten en "víctimas propiciatorias" de este delito, siendo en estos casos generalmente los agresores personas de su entorno.
- Valorar la existencia de un trastorno mental, o si durante los hechos la víctima se hallaba privada de sentido o razón (estados de coma, parálisis, síncope).
- Determinación de la edad de la víctima.
- Correlacionar los hallazgos con la historia y hacer la reconstrucción de los hechos.
- Interpretar los resultados analíticos.

6.2. Del agresor

Igual que en la víctima, es necesario realizar un estudio médico legal del agresor, el cual debe ser minucioso, detallado, y completo. Se debe realizar también una toma de muestras.

- Determinar la existencia y data de lesiones (lucha), si se corresponden a las de la víctima o para reconstruir los hechos, como arañazos, mordeduras, etc. La manera de valorar las lesiones del agresor sería análoga a la que hemos explicado con la víctima.
- Determinar la existencia de Enfermedades de Trasmisión Sexual.

- Tomar las muestras e interpretar los resultados analíticos, en orden a establecer la comparación con comparar los resultados obtenidos en las muestras de la víctima, y proceder a la identificación del agresor.
- Manchas propias de la víctima (sangre...), restos de tierra, etc... del lugar de los hechos.
- Peculiaridades físicas o psíquicas que sirvan para su identificación mediante el testimonio de la víctima o testigos.
- Imputabilidad (Conocimiento y voluntad de los actos que realiza). Para valorar la imputabilidad se realizaría un examen psiquiátrico forense, este examen de imputabilidad se solicita generalmente cuando existe en el agresor alcoholismo, toxicomanías o algún tipo de patología psíquica.

6.3. Del lugar de los hechos

- Se realiza al objeto de recoger todos los indicios o vestigios para una reconstrucción de los hechos, ayudándose de las habituales técnicas de fotografía, vídeo, etc...
- Se debe hacer un estudio de los instrumentos causantes de las lesiones, determinando la existencia de restos de sangre.

7. Conclusiones

Los estudios e investigaciones realizados por los/as Médicos/as Forenses, están científicamente encaminados al objetivo de la peritación, y se plasman en un informe o DICTAMEN PERICIAL, destinado al asesoramiento y auxilio judicial.

En ocasiones sucede que la falta de datos con los que se cuenta, el tiempo transcurrido hasta la exploración médico forense y la falta de medios técnicos, hace que no puedan llegarse a conclusiones de certeza en las peritaciones y halla que realizar un diagnóstico de probabilidad con un margen más o menos amplio.

Es de suma importancia la adecuada coordinación y colaboración entre los distintos estamentos que componen la respuesta social a la violencia. De esta manera la intervención es más rápida y eficaz aprovechando y rentabilizando los recursos existentes, siempre atendiendo prioritariamente al bienestar de la víctima.

Tener en cuenta siempre la terrible situación que atraviesa la víctima de agresión sexual, atendiendo por tanto siempre a su delicado estado psicológico, debiendo ser considerada y tratado su caso como una urgencia médica.

Bibliografía

Castellano Arroyo M., *Violencia contra la Mujer*, Zaragoza, 1985.

Cobo Plana J. A.; *Manual de Asistencia Integral a las Víctimas de Agresión Sexual*, Masson, Barcelona, 1998.

Echeburúa E., *Manual de Violencia Familiar*, Madrid, Siglo XXI, 1998.

Gisbert Calabuig J.A., *Medicina Legal y Toxicología*, Madrid, Salvat, 1985.

Kvito L.A., *La Violación, Peritación Médico Legal de las Víctimas del Delito*, Buenos Aires, Trillas, 1989.

Orden 8 de noviembre de 1996 del Ministerio de Justicia, por la que se aprueban las normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el instituto nacional de toxicología.

Procedimiento de Coordinación para la Atención a Mujeres Víctimas de Malos Tratos y Agresiones Sexuales; Instituto andaluz de la Mujer, 1998.

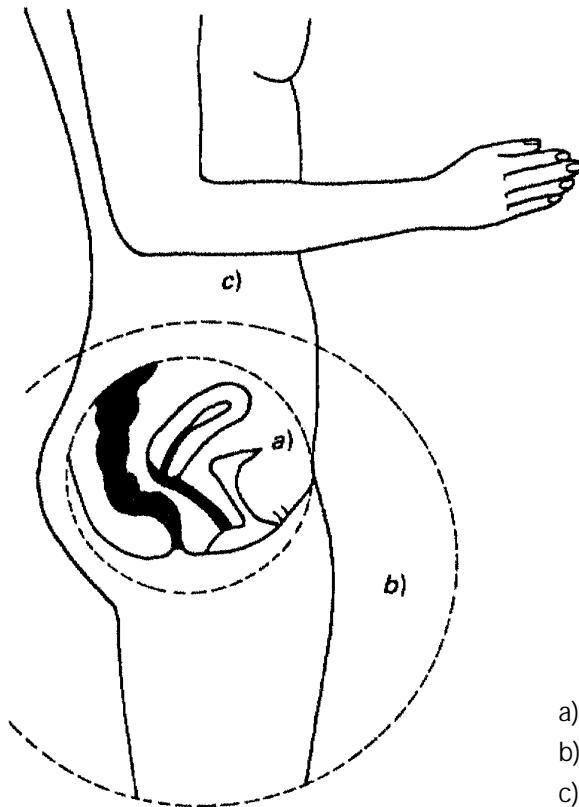
Roig E., *La Libertad Sexual Violada*, Madrid, Consejería de la Presidencia, 1995.

Sepúlveda A., *Aspectos Médico Forenses de las Agresiones Sexuales, Intervención de los Servicios Públicos en la Atención a las Agresiones a Menores y Mujeres*, Madrid, Ediciones GPS, 1997.

Sepúlveda A.; Sepúlveda P., Abusos Sexuales a Menores, Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía, 1999.

Vargas Alvarado E., Medicina Forense y Deontología Médica, Costa Rica, Trillas, 1995.

Zonas de examen en víctimas de violación:



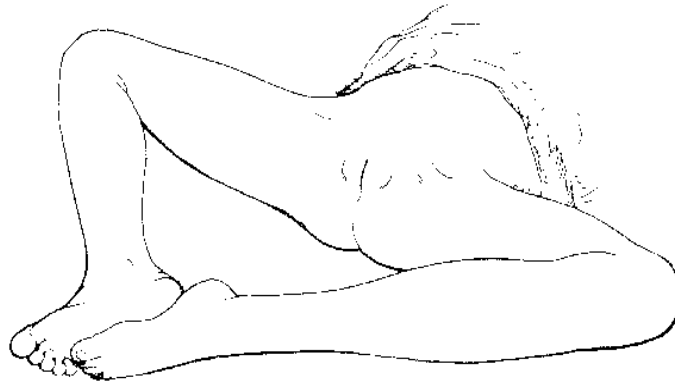
- a) Zona genital
- b) Zona paragenital
- c) Zona extragenital

*Tomada de la obra de Vargas Alvarado

Postura genu-pectoral



Postura rana





Organización Mundial
de la Salud

Violencia contra las mujeres:
un problema de salud prioritario

Violence Against Women: A Priority Health Issue

Índice

1. Introducción.
2. Definición y alcance del problema.
3. Violencia contra la mujer en las familias.
4. La violencia contra la mujer en el hogar.
5. Violación y agresión sexual.
6. Violencia contra la mujer en situaciones de conflicto armado y desplazamiento.
7. La niña.
8. Consecuencias para la salud.
9. Qué pueden hacer los trabajadores de salud.
10. Qué está haciendo la OMS/OPS.
11. Qué están haciendo las organizaciones no gubernamentales.
12. Documentos seleccionados de derechos humanos, declaraciones y tratados de las Naciones Unidas.
13. Lecturas seleccionadas.
14. Resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud.

Introducción

El Departamento de Salud de la Mujer de la OMS (WHD: Women Health Department) se estableció en 1980 para promover y coordinar las actividades de salud y desarrollo de la mujer en todos los programas de la OMS. El objetivo general de WHD es contribuir a la promoción y la mejora de la salud y los derechos de la mujer, y a la elaboración de programas y la formulación de políticas en materia de salud que promuevan la igualdad y la equidad de género para la mujer en este campo. Su trabajo actual está orientado a integrar una perspectiva de género en la investigación, las políticas y los programas de salud, además de aumentar los conocimientos sobre temas específicos de la salud de la mujer que han sido descuidados.

La labor de WHD sobre los temas de la salud de la mujer que han sido descuidados se centra actualmente en la violencia contra la mujer y la mutilación genital femenina. Entre sus actividades de información WHD, en consulta con los expertos en el campo, publicó *Mutilación genital femenina*, un documento de información en inglés y francés. El documento fue muy solicitado y desde entonces se ha actualizado, se ha reimpresso, y ahora se está traduciendo al árabe. Con el documento actual de información sobre la violencia contra la mujer, WHD continúa en su función de información y promoción de la salud de la mujer.

La violencia contra la mujer presenta un panorama mundial de este tipo de violencia, en particular en lo que respecta a la salud de las mujeres y las niñas. La información se centra en la violencia en la familia, la violación y la agresión sexual, la violencia contra la mujer en situaciones de conflicto y desplazamiento, al igual que la violencia contra la niña. Asimismo, se exploran las consecuencias de la violencia en la salud de la mujer y la función que pueden desempeñar los trabajadores de salud pública en los esfuerzos multisectoriales para poner fin a la violencia. Se destaca además una muestra de actividades gubernamentales y no gubernamentales que se llevan a cabo en todo el mundo para poner fin a la violencia contra la mujer y mitigar sus consecuencias.

La resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud, la cual proclama que la violencia es un tema de salud pública, se ha incluido en este documento (referencia 149). Además se ha incorporado información sobre otras convenciones, pactos y declaraciones internacionales que reconocen la violencia contra la mujer como un tema de salud y de derechos humanos y exhortan a la acción concertada de los gobiernos.

El reconocimiento de la violencia como problema de salud pública requiere que la OMS formule pautas y normas de salud pública apropiadas. Ello exige un nivel importante de consulta y planificación. Este documento está concebido como herramienta de información para ampliar las discusiones y las acciones a fin de reducir la violencia contra la mujer. Confirma el compromiso de la OMS de abordar este problema sumamente urgente.

Definición y alcance del problema

La violencia contra la mujer y la niña es un importante tema de salud y derechos humanos. Tomando como referente la población femenina mundial, por lo menos

una de cada cinco mujeres ha sido maltratada física o sexualmente por un hombre o varios hombres en algún momento de su vida. En muchos casos, incluyendo las mujeres embarazadas y las niñas jóvenes, son objeto de ataques graves, sostenidos o repetidos.

En todo el mundo, se ha calculado que la violencia contra la mujer es una causa de muerte e incapacidad entre las mujeres en edad reproductiva tan grave como el cáncer y es una causa de mala salud mayor que los accidentes de tránsito y la malaria combinados (1).

El maltrato de la mujer es condenado de hecho en casi todas las sociedades. El encausamiento y la condena de los hombres que golpean o violan a las mujeres o las niñas son poco frecuentes en comparación con el número de agresiones. Por lo tanto, la violencia opera como un medio para mantener y reforzar la subordinación de la mujer.

Definición de las Naciones Unidas

La Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993, define 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 vida privada (2)”. Abarca, sin carácter limitativo, “la violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia relacionada con la explotación; la vio-

1. Banco Mundial. Informe mundial sobre el desarrollo: Invertir en salud. Banco Mundial, Washington, D.C., 1993.

2. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Nueva York, Naciones Unidas, 23 de febrero de 1994 (Resolución No. A/RES/48/104).

lencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros ámbitos, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada; y la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra” .

¿Por qué son importantes las definiciones y las mediciones?

Es necesario contar con datos exactos y comparables sobre la violencia a escala comunitaria, nacional e internacional para fortalecer los esfuerzos de promoción de la causa, ayudar a los formuladores de políticas a comprender el problema, y servir de guía para el diseño de las intervenciones.

Sin embargo, medir la prevalencia real de la violencia es una tarea compleja. Las estadísticas disponibles por intermedio de la policía, los centros de mujeres y otras instituciones formales a menudo subestiman los niveles de la violencia debido a la escasa notificación de casos.

 VIOLENCIA CONTRA LA MUJER A TRAVÉS DEL CICLO DE VIDA

Fase	Tipo de violencia
Pre-natal	Abortos selectivos según el sexo; efectos sobre el recién nacido de la violencia durante el embarazo.
Infancia	Infanticidio femenino, abuso físico, sexual y psicológico.
Niñez	Matrimonio infantil; mutilación genital femenina; abuso físico, sexual y psicológico; incesto; prostitución infantil y pornografía.
Adolescencia y vida adulta	Violencia durante el cortejo y el noviazgo (ej. alteración de bebidas y violaciones); sexo forzado por razones económicas (ej. niñas estudiantes que tienen relaciones sexuales con adultos a cambio de favores); incesto; abuso sexual en el sitio de trabajo; violaciones; acoso sexual; prostitución y pornografía forzada; tráfico de mujeres; violencia conyugal; violación marital; abuso y homicidio; homicidio conyugal; abuso psicológico; abuso de mujeres discapacitadas; embarazos forzados.
Vejez	"Suicidio" forzado u homicidio de viudas por razones económicas; abuso físico, sexual y psicológico.

Las investigaciones basadas en la población son más exactas, pero la falta de métodos y definiciones uniformes dificulta las comparaciones con otros estudios. Dado que las definiciones son subjetivas, las encuestas suelen preguntar si las mujeres experimentan actos específicos de violencia durante cierto tiempo. Si bien algunos estudios examinan sólo el maltrato físico, otros pueden tomar en cuenta el maltrato físico, sexual y psicológico. En algunas investigaciones sobre la violencia en el ámbito familiar sólo se incluye a las mujeres que en ese momento mantienen relaciones con un hombre, mientras que en otras se informa sobre las mujeres que alguna vez han estado casadas.

La gravedad de la violencia registrada también puede variar de un estudio a otro. Por ejemplo, un investigador puede registrar la violencia independientemente de si produce lesiones corporales, mientras que otro investigador puede registrar sólo los incidentes que ocasionaron una lesión física.

La violencia en las distintas etapas de la vida

La violencia tiene un efecto profundo sobre la mujer. Empieza antes del nacimiento, en algunos países, con abortos selectivos según el sexo. O al nacer, cuando los padres desesperados por tener un hijo varón pueden matar a sus bebés del sexo femenino. Y sigue afectando a la mujer a lo largo de su vida. Todos los años, millones de niñas son sometidas a la mutilación de sus genitales. Las niñas tienen mayor probabilidad que sus hermanos de ser violadas o agredidas sexualmente por miembros de su familia, por personas en posiciones de poder o confianza, o por personas ajenas. En algunos países, cuando una mujer soltera o adolescente es violada, puede ser obligada a contraer matrimonio con su agresor, o ser encarcelada por haber cometido un acto "delictivo". La mujer que queda embarazada antes del matrimonio puede ser golpeada, condenada al ostracismo o asesinada por sus familiares, aunque el embarazo sea producto de una violación. Tras el matrimonio, el riesgo mayor de violencia para la mujer sigue habitando en su propio hogar, donde su esposo y, a veces la familia política, puede agredirla, violarla o matarla.

Cuando la mujer queda embarazada, envejece o padece discapacidad mental o física, es más vulnerable al ataque. La mujer que está lejos del hogar, encarcelada o aislada de cualquier forma es también objeto de agresión violenta. Durante un conflicto armado, las agresiones contra la mujer aumentan, tanto de parte de las fuerzas hostiles como de las “aliadas”.

Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública

Durante la 49ª Asamblea Mundial de la Salud en 1996, los Estados Miembros acordaron que la violencia es una prioridad de salud pública. La resolución 49.25 de la Asamblea apoya las recomendaciones efectuadas en las conferencias internacionales previas para acometer el problema de la violencia contra la mujer y la niña y abordar sus consecuencias para la salud.

Un tema para los trabajadores de salud

Existen tres razones que explican por qué la violencia contra la mujer debe ser un tema prioritario para los trabajadores de salud:

- La violencia produce considerable padecimiento y consecuencias negativas para la salud a una proporción significativa de la población femenina (más de 20% en la mayoría de los países).
- Tiene un impacto negativo directo sobre varios temas importantes de salud, como la maternidad sin riesgo, la planificación familiar y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y la infección por el VIH/SIDA.
- Para muchas mujeres que han sido maltratadas, los trabajadores de salud son el principal o único punto de contacto con los servicios públicos que pueden ofrecer apoyo e información.

Este documento, *Qué pueden hacer los trabajadores de salud*, (véase página 122) explora la función del trabajador de salud en una respuesta multisectorial.

Violencia contra la mujer en las familias

La forma más común de violencia contra la mujer es la violencia en el hogar o en la familia. Las investigaciones demuestran sistemáticamente que una mujer tiene mayor probabilidad de ser lastimada, violada o asesinada por su compañero actual o anterior que por otra persona (1).

Los hombres pueden patear, morder, abofetear, dar un puñetazo o tratar de estrangular a sus esposas o compañeras; les pueden infligir quemaduras o tirar ácido en la cara; pegar o violar, con partes corporales u objetos agudos; y usar armas letales para apuñalarlas o dispararles. A veces las mujeres son lesionadas gravemente y en algunos casos son asesinadas o mueren como resultado de sus lesiones.

La naturaleza de la violencia contra la mujer en el ámbito familiar ha propiciado comparaciones con la tortura (2). Las agresiones están destinadas a lesionar la salud psicológica de la mujer al igual que su cuerpo, y suelen ir acompañadas de humillación y violencia física. Al igual que la tortura, las agresiones son impredecibles y guardan poca relación con el comportamiento de la mujer. Finalmente, las agresiones pueden sucederse una semana tras otra, durante muchos años.

Maltrato físico

En cada país en que se han realizado estudios fiables a gran escala, los resultados indican que entre 16 y 52% por ciento de las mujeres han sido agredidas por un compañero íntimo (ver cuadro de la página 97). Aunque los datos nacionales son escasos, es cada vez mayor el número de estudios basados en la comunidad y a

-
1. Council on Scientific Affairs, American Medical Association, Violence against women: relevance for medical practitioners, *Journal of the American Medical Association*, 1992, 267(23).
 2. United Nations Economic and Social Council, Report of the Special Rapporteur on violence against women, E/CN.4/1996/53, February 1996.

pequeña escala que indican la generalización de la violencia contra la mujer como causa importante de morbilidad y mortalidad.

Es probable que estos estudios, tanto de países industrializados como en desarrollo, subestimen el problema por muchas razones. Algunas mujeres pueden creer que merecen las palizas por alguna acción equivocada de su parte. Otras mujeres se abstienen de hablar sobre el maltrato porque temen que su compañero las lastime aun más en represalia por revelar “secretos familiares”, o posiblemente por avergonzarse de su situación. Además, en muchos países no existen sanciones legales o sociales en los casos de violencia perpetrada por un compañero íntimo. Considerando estos factores, las estimaciones de la prevalencia del maltrato físico por parte de un compañero son probablemente moderadas.

Violación en una relación íntima

Los ataques físicos de un compañero pueden incluir violación y violencia sexual. En muchas sociedades, la mujer no define el coito forzado como violación si está casada o vive con el agresor. Aunque algunos países ya han reconocido la violación en el matrimonio como delito penal, otros siguen aduciendo que el esposo tiene el derecho legal de acceso sexual ilimitado a su esposa.

Las encuestas de varios países indican que 10 a 15% de las mujeres informan que sus parejas las obligan a tener relaciones sexuales. Entre las mujeres que son agredidas físicamente en su relación, las cifras son más altas (3).

3. PROFAMILIA, Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud, Demographic and Health Survey, Bogotá, Colombia, 1990.

Violencia psicológica o mental

La violencia psicológica incluye maltrato verbal en forma repetida, acoso, reclusión y privación de los recursos físicos, financieros y personales. Para algunas mujeres, los insultos incesantes y la tiranía que constituyen el maltrato emocional quizá sean más dolorosos que los ataques físicos, porque socavan eficazmente la seguridad y la confianza de la mujer en sí misma. Un solo episodio de violencia física puede intensificar enormemente el significado y el impacto del maltrato emocional. Se ha informado que las mujeres opinan que el peor aspecto de los malos tratos no es la violencia misma sino la “tortura mental” y “vivir con miedo y aterrorizada”.

Falta de detección

En la mayoría de los países no se ha identificado y prestado apoyo a la mujer que experimenta violencia en el hogar. Ello se debe en parte a que las mujeres buscan ayuda de los vecinos o de sus familiares, no de los servicios policiales o sanitarios. Varios estudios han revelado que la vergüenza o el temor de represalias suele impedir que la mujer notifique de un ataque a las autoridades, o incluso de hablar con amigos al respecto. Algunas mujeres temen que al denunciar sus lesiones, los servicios de protección al menor se lleven a sus hijos. Los servicios que podrían prestar apoyo, como la policía o la atención de salud, suelen no identificar a la mujer que es objeto de violencia, o no pueden responder adecuadamente. Pueden no estar adiestrados para tratar el problema ni saben a qué lugares referir a las mujeres que buscan ayuda. Pueden tener miedo de afrontar el problema o no estar preparados para tratar.

Consecuencias para la salud

La compleja situación que rodea a la mujer que ha sido objeto de violencia. Las consecuencias de la violencia contra la mujer pueden no ser mortales y adoptar la forma de lesiones físicas, desde cortes menores y equimosis a discapacidad crónica o problemas de salud mental. También pueden ser mortales; ya sea por homici-

dio intencional, por muerte como resultado de lesiones permanentes o SIDA, o debido a suicidio, usado como último recurso para escapar a la violencia. En este documento, *Consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer y la niña*, se explora el tema en más profundidad.

Iniciativas contra la violencia

Una mayor conciencia del tema de la violencia contra la mujer en las familias, liderada por los esfuerzos de cientos de organizaciones de mujeres en todo el mundo, ha producido varias iniciativas que tratan el problema en casi todos los niveles de la sociedad. En muchos casos se trata de actividades subfinanciadas con posibilidades de ayudar a una fracción de las mujeres que lo necesitan. A pesar de ello, indican lo que se puede lograr en gran escala si existe voluntad política.

- En las Américas, Australia, India, Japón, Liberia y otros países, los grupos de apoyo en que las mujeres maltratadas pueden compartir experiencias han resultado ser una forma eficaz de ayudar a la mujer a poner fin a una relación violenta o afrontarla.
- La participación de la comunidad local en la notificación y la reprobación de los esposos violentos está teniendo éxito en Belice, India y entre las poblaciones aborígenes de Canadá.
- Comisarías de la mujer fueron establecidas en toda América Latina y en una serie de países asiáticos a fin de responder en forma más decisiva y comprometida a los delitos contra la mujer.
- Existen cursos sobre crianza no violenta y resolución de conflictos, para adultos y niños, en un número cada vez mayor de países, incluyendo Jamaica y Canadá.
- En América Latina y Uganda se están poniendo a prueba programas de información legal y asesoramiento jurídico gratis donde se alienta a la mujer a entablar una demanda.

- Se ha incorporado adiestramiento para sensibilizar a los profesionales de salud y la policía, se han adoptado nuevos protocolos para atender a las víctimas de la violencia en la familia en Zimbabwe, Estados Unidos, Centroamérica, Perú, Bolivia, Ecuador Brasil y otros países.
- Se han abierto refugios y albergues para las mujeres que abandonan a sus compañeros abusivos en las Américas, Egipto, Malasia, el Reino Unido, y otros países.

-
4. Mooney J, The hidden figure: domestic violence North London. School of Sociology and Social Policy, Middlesex University, London, England, 1995.
 5. Randall M, Haskell L. Sexual violence in women's lives: findings from The Women's Safety Project, a community-based survey. *Violence against women*, March 1995, 631.

4. La violencia contra la mujer en el hogar

PAÍSES INDUSTRIALIZADOS

Canadá Statistics Canada (1993)

Muestra nacional representativa de 12.300 mujeres de 18 años en adelante.	29% de mujeres alguna vez casadas o en unión consensual informan haber sido agredidas físicamente por un compañero actual o anterior desde los 16 años de edad.
---	---

Nueva Zelanda Mullen et al. (1988)

Muestra aleatoria de 314 mujeres seleccionadas de cinco distritos.	20% informan haber sido golpeadas o maltratadas físicamente por su compañero.
--	---

Suiza Gillioz et al. (1997)

Muestra aleatoria de 1500 mujeres entre 20 y 60 años que viven con pareja.	20% informan haber sido agredidas físicamente.
--	--

Reino Unido Mooney (1995)

Muestra aleatoria de mujeres en el Distrito Islington de Londres	25% de las mujeres habían recibido puñetazos o bofetadas de un compañero actual o anterior en algún momento de su vida.
--	---

Estados Unidos Straus and Gelles (1986)

Muestra nacional representativa de parejas casadas o en unión consensual.	28% de las mujeres notifican al menos un episodio de violencia física de su compañero.
---	--

ASIA Y EL PACÍFICO

Camboya Nelson y Zimmerman (1996)

Muestra nacional representativa de mujeres y hombres de 15 a 49 años.	16% de las mujeres informan haber sido maltratadas físicamente por un cónyuge; 8% informan haber sido lesionadas.
---	---

India Narayana (1996)

Muestra sistemática de varias etapas de 6.902 hombres casados, de 15 a 65 años de edad, en cinco distritos de Uttar Pradesh.	18 a 45% de los hombres actualmente casados reconocen haber maltratado físicamente a sus esposas, dependiendo del distrito estudiado.
--	---

Corea Kim y Cho (1992)

Muestra aleatoria estratificada de todo el país.	38% de esposas informan haber sido maltratadas físicamente por su cónyuge durante el año pasado.
--	--

Tailandia Hoffman et al. (1994)

Muestra representativa de 619 esposos con un mínimo de un hijo que residen en Bangkok.	20% de los esposos reconocen haber maltratado físicamente a sus esposas por lo menos una vez en el matrimonio.
--	--

ORIENTE MEDIO

Egipto ElZanaty et al. (1995)

Muestra nacional representativa de mujeres separadas de 15 a 49 años de edad.	35% de las mujeres informan haber recibido palizas de sus esposos en algún momento del matrimonio.
---	--

Israel HajYahia (1997)

Muestra nacional sistemática de 1.826 mujeres árabes casadas (excluyendo las beduinas) en Israel.	32% de las mujeres notifican al menos un episodio de maltrato físico de su compañero en los 12 últimos meses; 30% notifican coerción sexual de sus esposos durante el año pasado.
---	---

ÁFRICA

Kenia Raikes (*1990)

Muestra representativa de 612 mujeres casadas en el Distrito Kissi.	42% de las mujeres informan haber sido golpeadas alguna vez por un compañero; de las mismas, 58% informan haber sido golpeadas a menudo u ocasionalmente.
---	---

Uganda Blanc et al. (1997)

Muestra representativa de mujeres, de 20 a 44 años y sus compañeros en dos distritos, Masaka y Lira.	41% de las mujeres informan haber sido golpeadas o lesionas físicamente por un compañero; 41% de los hombres informan haber pegado a su compañera.
--	--

Zimbabwe Watts (1996)

Muestra representativa de 966 mujeres de más de 18 años en la provincia de Midlands.	32% informan haber sido objeto del maltrato físico de un familiar o persona que vive en la misma casa a partir de los 16 años de edad.
--	--

 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Chile Larrain (1993)

Muestra representativa de mujeres de 22 a 55 años de edad, de Santiago, en una relación durante más de dos años.	26% notifican al menos un episodio de violencia de un compañero, 11% informan al menos un episodio de violencia y 15% de las mujeres informan al menos un episodio de violencia menos grave.
--	--

Colombia Encuesta DHS III (1995)

Muestra nacional representativa de 6.097 mujeres en una relación, de 15 a 49 años de edad.,	19% de las mujeres han sido agredidas físicamente por su compañero durante algún momento de su vida.
---	--

México Rodríguez y Becerra (1997)

Muestra representativa de 650 mujeres alguna vez casadas o en unión de hecho de la zona metropolitana de Guadalajara.	30% notifican al menos un episodio de violencia física de un compañero; 13% informan violencia física durante el último año.
---	--

México Shiroma (1996)

Muestra representativa de mujeres alguna vez casadas o en unión de hecho, de 15 años en adelante, de Monterrey.	16% de las mujeres separadas o acompañadas informan haber sido objeto de maltrato físico desde la edad de 15 años.
---	--

Nicaragua Ellsberg et al. (1996)

Muestra representativa de mujeres separadas, de 15 a 49 años de edad, de la segunda ciudad de Nicaragua, León.	52% informan haber sido maltratadas físicamente por un compañero por lo menos una vez, 27% informan haber sido objeto de maltrato físico durante el año pasado.
--	---

1. Blanc A, et al. Negotiating reproductive outcomes in Uganda. Kampala, Uganda, Institute of Statistics and Applied Economics, y Calverton, MD, Macro International, 1996.
2. Colombia Demographic Health Surveys (DHS) III. Colombia, Profamilia y Calverton MD, Macro International, 1995.
3. Ellsberg M, et al. Confitos en el infierno: prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres en Nicaragua. Managua, Asociación de Mujeres Profesionales por la Democracia en el Desarrollo, 1996.
4. El-Zanaty F, et al. Egypt Demographic y Health Surveys III. Cairo, National Population Council y Calverton MD, Macro International, 1996.
5. Gillioz L, et al. Domination et violences envers les femmes dans la couple. Lausanne: Editions Payot, 1997.
6. HajYahia M. The first national survey of abuse and battering against Arab women from Israel: preliminary results. Unpublished, 1997.
7. Hoffman K, et al. Physical wife abuse in a nonWestern society: an integrated theoretical approach. *Journal of Marriage and the Family*, 1994, 56:131-146.
8. Kim K, Cho Y. Epidemiological survey of spousal abuse in Korea. In: Viano C, ed. *Intimate violence: interdisciplinary perspectives*. Washington DC, Hemisphere Publishing Corporation, 1992.
9. Larrain S. Estudio de frecuencia de la violencia intrafamiliar y la condición de la mujer en Chile. Santiago, Pan American Health Organization, 1993.
10. Mooney J. The hidden figure: domestic violence in North London. Middlesex University, School of Sociology and Social Policy, London, 1993.
11. Mullen P, et al. Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *Lancet*, 1988, 1:841-845.
12. Narayana G. Family violence, sex and reproductive health behaviour among men in Uttar Pradesh, India. Monografía presentada en la Reunión Anual del Consejo Nacional sobre la Salud Internacional, Junio de 1996, Arlington, VA, USA.
13. Nelson E, Zimmerman C. Household survey on domestic violence in Cambodia. Cambodia Ministry of Women's Affairs, Project Against Domestic Violence, 1996.
14. Raikes A. Pregnancy, birthing and family planning in Kenya: changing patterns of behaviour. A health utilisation study in Kissi District. Copenhagen, Centre for Development Research, 1990.
15. Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. *Juristat service bulletin*, Statistics Canada, 1994, 14(9):89.
16. Rodríguez J, Becerra P. ¿Qué tan serio es el problema de la violencia domestica contra la mujer? Algunos datos para la discusión. VII Congreso Nacional de Investigación en Salud Publica, 2-5 de marzo de 1997.
17. Shiroma M. Salud reproductiva y violencia contra la mujer: un análisis desde la perspectiva de género. Asociación Mexicana de Población, Consejo Estatal de Población, Nuevo León, El Colegio de México, 1996.
18. Straus M, Gelles R.. Societal change and change in family violence from 1974 to 1985 as revealed by two national surveys. *Journal of marriage and the family*, 1986, 48:465-479.
19. Watts C, Ndlovu M, Keogh E. The magnitude and health consequences of violence against women in Zimbabwe. Informe del Proyecto Musasa, 1997.

5. Violación y agresión sexual

Los estudios a gran escala sobre la violación y la agresión sexual son escasos. Sin embargo, los estudios existentes informan sistemáticamente de tasas de prevalencia elevadas. Las investigaciones realizadas en los países industrializados han indicado que la probabilidad de que una mujer sea violada o deba defenderse en un intento de violación es alta. En los países en desarrollo, las investigaciones indican que la violación es una amenaza constante y una realidad para millones de mujeres.

Seis investigaciones independientes indican que entre 14% y 20% de las mujeres en Estados Unidos experimentarán una violación completa por lo menos una vez en la vida (1) (2).

En una muestra aleatoria de 420 mujeres en Toronto, Canadá, 40% informaron haber tenido al menos un episodio de relaciones sexuales forzadas desde los 16 años de edad (3).

Aunque la violación y la agresión sexual pueden ser perpetradas por personas desconocidas, las pruebas de muchas fuentes indican que un porcentaje alto de violadores son conocidos, "amigos", familiares y personas en posición de poder o confianza. Otro resultado uniforme es el alto porcentaje de víctimas jóvenes, a menudo muy jóvenes, de violaciones. Muchos asaltos sexuales son perpetrados por más de un agresor. Las "violaciones multitudinarias", donde dos o más hombres sojuzgan y penetran a la víctima, no son infrecuentes. Las mujeres también son objeto de lo que

-
1. Koss M, Gidycz C A, Wisniewski N, The scope of rape: incidence and prevalence of sexual aggression and victimization in a national sample of higher education students. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1987, 55.
 2. Kilpatrick DG, Edmunds CN, Seymour AK, Rape in America: a report to the nation. Arlington, VA, The National Victim Center, 1992
 3. Randall M, Haskell L. Sexual violence in women's lives: findings from The Women's Safety Project, a community based survey. *Violence against women*, Marzo 1995, 631.

se ha denominado como maltrato sexual “sin contacto” en el cual, por ejemplo, los hombres ponen su pene al descubierto o hacen llamadas telefónicas obscenas. En los casos en los cuales se ha estudiado el maltrato sin contacto, se ha descubierto que un elevado porcentaje de mujeres han experimentado este tipo de maltrato; en algunos casos hasta el 50% de todas las mujeres interrogadas.

Mujeres bajo custodia

Con frecuencia, las mujeres que ingresan a las prisiones ya han sido víctimas de violencia.

En un estudio de más de 300 mujeres en las prisiones federales de Canadá, 68% de todas las mujeres y 90% las mujeres indígenas informaron haber sido objeto de maltrato físico en algún momento de su vida (4).

La violencia contra la mujer recluida en instituciones y prisiones puede ser generalizada. La naturaleza del maltrato puede abarcar desde el acoso físico o verbal hasta la tortura sexual y física. Diversos informes sobre las mujeres en reclusión han revelado que los guardias las desnudan, colocan grillos en sus tobillos e inspeccionan sus cavidades corporales. Las mujeres de muchos países informan haber sido violadas mientras se encontraban en centros de detención (5). El encarcelamiento, concebido como un tiempo de reforma a partir de las actividades criminales, se convierte de esa manera en un episodio más de victimización. La secuela psicológica y física de esta violencia se multiplica aún más por sentimientos de impotencia y la no-disponibilidad de atención médica y servicios de apoyo en general.

4. Shaw M. The survey of federally sentenced women, citado en The Arbour Report, Correctional Services of Canada, 1996.

5. United Nations, Economic and Social Council, Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences, 22 Noviembre 1994, E/CN.4/1995/42.

Tráfico de mujeres, prostitución forzada

Cada año miles de mujeres en todo el mundo son engañadas, coaccionadas, secuestradas o vendidas en condiciones similares a la esclavitud y son obligadas a trabajar como prostitutas, trabajadoras domésticas, trabajadoras en fábricas en condiciones de explotación, o como esposas. Los informes de los funcionarios gubernamentales y la policía sobre la participación en el tráfico internacional fueron recibidos de forma rutinaria por el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer durante su investigación sobre este tema (6).

Violencia contra las trabajadoras domésticas

Las trabajadoras domésticas son vulnerables a las agresiones violentas, tales como el maltrato físico y la violación, de parte de sus empleadores. Las mujeres migratorias se encuentran especialmente en peligro puesto que los empleadores pueden retener sus sueldos, pasaportes y documentos personales. Esto limita el movimiento de trabajadores en los países en que los extranjeros están obligados a llevar prueba de su situación jurídica, lo cual impide por lo tanto cualquier intento de reclamar protección en sus embajadas.

En algunos países, las trabajadoras domésticas no están amparadas por las leyes laborales. En los casos en que hay leyes vigentes, los trabajadores pueden no ser informados de sus derechos, especialmente en los países donde el idioma del anfitrión les resulta desconocido o son separados de su grupo social (7).

6. United Nations, Economic and Social Council, Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences, 12 Febrero 1997, E/CN.4/1997/47.

7. Punishing the victim, rape and mistreatment of Asian maids in Kuwait. Middle East Watch, Women's Rights Project, August 1992, 4(8).

Muchas mujeres mantienen la violencia como secreto

Las mujeres que son víctimas de violencia sexual suelen ser reticentes a informar sobre el crimen a la policía, la familia u otros. En los países en que la virginidad de la mujer se asocia con el honor de la familia, las mujeres solteras que notifican una violación pueden ser obligadas a casarse con el agresor. Algunas pueden ser asesinadas por sus padres o hermanos avergonzados, como una manera de restablecer el honor de la familia. En algunos países, una mujer que ha sido violada puede ser encausada y encarcelada por cometer el "delito" de tener relaciones sexuales fuera del matrimonio, en caso de no poder demostrar que el incidente fue en realidad una violación.

Algunas respuestas al problema

A las mujeres que revelan el maltrato se les suele recomendar restringir sus movimientos o adaptar su ropa para evitar "tentar" a los hombres a que las ataquen. Este enfoque es inadecuado puesto que asume equivocadamente que los hombres no pueden controlar sus impulsos sexuales. También pasa por alto el hecho de que muchas violaciones son cometidas en el propio hogar de la mujer, con frecuencia por hombres a quienes conocen.

Un examen de las iniciativas del gobierno del Commonwealth para combatir la violencia contra la mujer ha apuntado hacia la escasez relativa de las campañas que abordan la violación y la agresión sexual, si se las compara, por ejemplo con el maltrato de la esposa y el acoso sexual (8). No obstante, los grupos de mujeres en muchos países están ofreciendo apoyo en diversos temas que afectan a la mujer, como es el caso de la violación y la agresión sexual, junto con la violencia en el hogar y el maltrato sexual de los menores.

8. Commonwealth Secretariat, *Confronting Violence: A Manual for Commonwealth Action, Women and Development Programme*, Commonwealth Secretariat, Londres, Reino Unido, 1992.

- Se han formado grupos de sobrevivientes y centros de crisis para casos de violación en algunos países donde las mujeres pueden trabajar juntas para tratar de superar su trauma.
- Se han organizado habitaciones especiales para crisis en casos de violación en hospitales de El Salvador y comisarías en el Reino Unido para revisar e interrogar a las víctimas respetando su intimidad.
- Se ha reclutado y adiestrado a policías femeninas en forma específica para tratar con las víctimas de violación y maltrato sexual en muchos países latinoamericanos, en Bangladesh y en Malasia.
- En Jamaica se están explorando temas relativos a la violación en representaciones teatrales seguidas de discusiones en las escuelas y la comunidad.
- Se han establecido líneas telefónicas para las crisis en casos de violación en muchos países, proporcionando orientación y apoyo anónimo a las víctimas.
- Las quejas sobre los temas sexuales violentos en la televisión, la radio y la prensa están desatando un debate público sobre estos temas en muchos países.

(Véase *Qué pueden hacer los trabajadores de salud* para ayudar a las mujeres y las niñas que son víctimas de violencia, página 122).

Violencia contra la mujer en situaciones de conflicto armado y desplazamiento

El conflicto armado y el desarraigo conllevan sus propias formas diferenciadas de violencia contra la mujer. Entre otras, puede tratarse de actos aleatorios de agresión sexual tanto de parte de las fuerzas enemigas como de las "aliadas", o violación en masa como estrategia deliberada de genocidio.

Algunas formas de violencia son resultado de situaciones de conflicto entre los refugiados:

- Violación en masa, esclavitud sexual militar, prostitución forzada, “matrimonios” forzados y embarazos forzados.
- Violaciones múltiples y violaciones de pandillas (con perpetradores múltiples) y la violación de niñas jóvenes.
- Agresión sexual asociada con agresión física violenta.
- Resurgimiento de la mutilación genital femenina, dentro de la comunidad que es atacada, como forma de reforzar la identidad cultural.
- Obligar a la mujer a ofrecer relaciones sexuales para su supervivencia, o a cambio de alimentos, refugios o “protección”.

Aumento de la violencia contra la mujer durante un conflicto

El quebrantamiento general de la ley y el orden que se produce durante el conflicto y el desplazamiento lleva a un aumento de todas las formas de violencia. Las tensiones del conflicto y la frustración, la impotencia y la pérdida de los roles masculinos tradicionales asociados con el desplazamiento pueden manifestarse en una mayor incidencia de la violencia en el hogar contra la mujer. El consumo excesivo de alcohol también puede volverse más común y exacerbar la situación.

La aceptación subyacente de la violencia contra la mujer que existe dentro de muchas sociedades adquiere una mayor aceptación externa en las situaciones de conflicto. Por ende, se puede interpretar como una extensión de la violencia a la que se somete a la mujer en tiempos de paz. La situación se multiplica por la polarización de los roles atribuidos a los sexos que se da con frecuencia durante el conflicto armado. En ocasiones se forma una imagen de la masculinidad que alienta el comportamiento agresivo y misógino. Por otro lado, la mujer puede ser idealizada

como la portadora de una identidad cultural y su cuerpo percibido como ‘territorio’ a conquistar. Las tropas también pueden usar la violación y otras formas de violencia contra la mujer para aumentar la subyugación y la humillación de los hombres.

¿Quién es más vulnerable?

Ciertos grupos de mujeres y niñas son particularmente vulnerables en situaciones de conflicto y desplazamiento. Estos incluyen a los grupos étnicos contra los cuales existe una política oficial o no oficial de usar la violación como un arma de genocidio. Las mujeres o los niños no acompañados, los niños en hogares de crianza tutelar y las mujeres solas jefas del hogar son blancos asiduos. Las mujeres ancianas y las que experimentan discapacidades físicas o mentales son también vulnerables, al igual que las mujeres que están detenidas o en situaciones similares a la detención, como los campos de concentración.

Consecuencias para la salud

Además de las muchas consecuencias físicas y psicológicas de la violencia contra la mujer, el impacto en la “salud social” de una comunidad es negativo y generalizado. Los vínculos sociales pueden quebrantarse en la medida en que la mujer se aisle o sea aislada por su familia y la comunidad. Un legado de resentimiento hacia los perpetradores puede hacer que la reconciliación y la reconstrucción de la comunidad sean particularmente difíciles.

Repercusión sobre los sistemas de salud

En situaciones de guerra, los servicios de salud existentes están generalmente sobrecargados y funcionan en el mejor de los casos a niveles reducidos. Además, se espera que hagan frente a un número desproporcionado de lesiones debido a la violencia generalizada. Los sistemas de salud necesitan apoyo de adiestramiento para poder contender con situaciones de ese tipo. La Federación Internacional de

Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados han producido dos documentos de utilidad sobre cómo brindar apoyo y ayuda a las víctimas de la violencia en situaciones de conflicto y desplazamiento.

1. Sexual violence against refugees. Guidelines on prevention and response. Ginebra, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 1995.
2. Swiss S, Giller J. Rape as a crime of war: a medical perspective. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 270:612615.
3. Working with victims of organized violence from different cultures. Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, 1995.
4. Zwi A, Ugalde A. Towards an epidemiology of political violence in the Third World. *Social science and medicine*, 1989, 28(7):649657.

La niña

Los primeros años de vida de una persona deberían ser una época de exploración libre, crecimiento y apoyo. Para millones de niñas en todo el mundo la realidad es muy diferente. La violencia contra la niña incluye maltrato físico, psicológico y sexual, explotación sexual comercial en forma de pornografía y prostitución y prácticas perniciosas como la preferencia por un hijo varón y la mutilación genital femenina.

Maltrato sexual del niño

El maltrato sexual del niño es un abuso de poder que abarca muchas formas de actividad sexual entre un niño o adolescente (con mayor frecuencia una niña) y una persona mayor, con mayor frecuencia un hombre o un niño mayor a quien la víctima conoce. La actividad puede ser forzada físicamente, o lograda mediante tácticas

coercitivas como ofertas de dinero para la escuela o amenazas de revelar la situación. A veces puede adoptar la forma de abuso de confianza cuando un individuo, como un líder religioso, profesor o médico en quien el niño ha depositado su confianza, usa esa confianza para asegurar favores sexuales.

Los estudios han revelado que entre 36% y 62% de todas las víctimas de agresión sexual tienen 15 años de edad o menos. Las investigaciones indican que el maltrato sexual del niño es algo común.

El incesto, el maltrato sexual que ocurre dentro de la familia, aunque con mayor frecuencia perpetrado por el padre, el padrastro, el abuelo, el tío, el hermano u otro hombre de confianza en el seno familiar, también pueden ser cometidos por un familiar del sexo femenino. Del mismo modo que el maltrato sexual, el incesto se materializa por fuerza física o coerción. El incesto lleva además una dimensión psicológica de traición de parte de un miembro de la familia que presumiblemente debe cuidar y proteger al niño.

Una investigación en Kingston, Jamaica, informó que 17% de una muestra aleatoria de 452 niñas de escuela primaria, edades de 13–14 años, experimentaron un intento o completa agresión sexual, antes de la edad de 12 años (1).

En un estudio de 1.193 estudiantes de noveno grado, aleatoriamente seleccionados, en Ginebra, Suiza, 20% de las niñas y 3% de los niños informaron haber vivido por lo menos un incidente de abuso sexual con contacto físico (2).

-
1. Walker S et al. National and health determinants of school failure and dropout adolescent girls in Kingston, Jamaica. Washington, DC: International Center for Research on Women. Nutrition of Adolescent Girls Research Program, No. 1, 1994.
 2. Halpérin D et al. Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: results of a cross sectional survey. *British Medical Journal*, 1996, 312: 13269.

En muchas sociedades existe una renuencia generalizada a reconocer el grado del maltrato sexual del niño. Los intentos de restar importancia a la prevalencia y la naturaleza del maltrato del menor a menudo culpan a la víctima o la madre de la víctima por la violencia. Las acusaciones contra el niño incluyen la idea de que el niño invita el maltrato o lo imagina. Se puede culpar a la madre por “causar” el maltrato al negarse a tener relaciones sexuales con el agresor o “conspirar” por no advertir o notificar sobre la situación.

Es común que la atención se centre en la pedofilia comercializada, la cual, aunque es importante, distrae la atención del problema más generalizado del incesto y el maltrato sexual.

Explotación comercial

La explotación comercial del niño se da en muchos entornos. El problema incluye la prostitución y la pornografía infantil, el tráfico de niños para fines sexuales y el trabajo forzado. Muchos factores pueden conspirar para empujar a los niños a situaciones de explotación y maltrato. Los casos bien documentados indican que las familias suelen ser engañadas por la promesa de oportunidades de trabajo para sus hijos. A veces, las niñas son enviadas lejos del hogar para trabajar y se convierten en objeto de maltrato físico y sexual.

Los niños de la calle pueden estar en una situación de riesgo específico. Sin medios de apoyo económico o social, pueden ser obligados a depender de la prostitución para su supervivencia. Carecen asimismo de la protección básica que pueden ofrecer un hogar y una familia, siendo por lo tanto más vulnerables al ataque violento en la calle (3).

3. Organización Mundial de la Salud. Explotación sexual comercial del niño: dimensiones sanitarias y psicosociales. Monografía presentada en el Congreso Mundial contra la Explotación Sexual del Niño, Estocolmo, Suecia, 27 al 31 de agosto de 1996.

Mutilación genital femenina (MGF)

En la actualidad, el número de niñas y mujeres que han sido sometidas a la MGF se calcula en más de 130 millones en todo el mundo, y otros dos millones más de niñas están en riesgo de esta práctica (4).

La MGF, una forma de violencia contra la niña que afecta su vida como mujer adulta, es una práctica cultural tradicional. En las sociedades donde se practica, se cree que la MGF es necesaria para garantizar la dignidad de la niña y su familia y aumentar sus posibilidades de contraer matrimonio. La MGF comprende todos los procedimientos que incluyen la remoción parcial o total de los genitales femeninos externos u otra lesión a los órganos genitales femeninos ya sea por motivos culturales u otras razones no terapéuticas. La MGF se trata extensamente en el documento de la OMS, la Mutilación Genital Femenina (véase la hoja sobre documentos seleccionados, página 139).

Preferencia por un hijo varón

En la mayoría de las sociedades, se asigna mayor valor a los hijos varones. En casos extremos, el estado reducido de las hijas puede dar lugar a la violencia. La selección prenatal del sexo puede ocasionar un número desproporcionado de abortos de fetos femeninos en comparación con los fetos masculinos. Después del nacimiento, en las familias donde la demanda de hijos varones es más elevada, se puede practicar el infanticidio de los lactantes del sexo femenino (5).

4. Organización Mundial de la Salud. Mutilación genital femenina: informe de un grupo de trabajo técnico, Ginebra, 17 al 19 de julio de 1995. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996, WHO/FRH/WHO/ 96.10.

5. Ravindran S. Health implications of sex discrimination in childhood, OMS/UNICEF, 1986.

Otras formas de discriminación

La preferencia por un hijo varón se puede manifestar en otras prácticas que son discriminatorias contra la niña. Algunos ejemplos pueden ser:

- Descuido de las niñas, más que del varón, cuando están enfermas.
- Alimentación diferenciada de niñas y varones.
- Una carga desproporcionada de tareas domésticas para las niñas, desde una edad muy temprana.
- Menor acceso a la educación para las niñas que para sus hermanos (6).

Consecuencias para la salud

La violencia contra la mujer y la niña aumenta su riesgo de mala salud. Un número cada vez mayor de estudios que exploran la violencia y la salud informan sistemáticamente sobre los efectos negativos. La verdadera medida de las consecuencias es difícil de evaluar, sin embargo, porque los registros médicos carecen generalmente de detalles vitales en cuanto a las causas violentas de las lesiones o la mala salud.

Consecuencias físicas

Homicidio

Numerosos estudios informan que la mayoría de las mujeres que mueren de homicidio son asesinadas por su compañero actual o anterior.

6. Ravindran S. Health implications of sex discrimination in childhood, OMS/UNICEF, 1986.

Un estudio de 249 expedientes de los tribunales de Zimbabwe reveló que 59% de los homicidios de mujeres fueron cometidos por la pareja de la víctima (1).

En las culturas en que se practica la costumbre de la dote, esta puede ser mortal para la mujer cuyos padres no pueden satisfacer las demandas de regalos o dinero. La violencia que comienza con amenazas puede terminar en “suicidio” forzado, muerte por lesiones u homicidio.

Lesiones graves

Las lesiones sufridas por las mujeres debido al maltrato físico y sexual pueden ser sumamente graves. Muchos incidentes de agresión dan lugar a lesiones que pueden variar desde equimosis a fracturas hasta discapacidades crónicas. Un alto porcentaje de las lesiones requiere tratamiento médico. Por ejemplo, en Papúa Nueva Guinea, 18% de todas las mujeres casadas en zonas urbanas recibieron tratamiento en hospitales después de episodios de violencia en el hogar (2).

Las investigaciones en Camboya determinaron que 50% de todas las mujeres que notificaron haber sido maltratadas habían sufrido lesiones (3).

La encuesta nacional de Canadá sobre la violencia contra la mujer reveló que 45% de los incidentes de agresión conyugal produjeron lesiones, y de las mujeres lesionadas, 40% fueron atendidas posteriormente por un médico o una enfermera (4).

1. Watts C, Osam S, Win E. The private is public: a study of violence against women in Southern Africa. Zimbabwe, Women in Law and Development in Africa, 1995.
2. Bradley C. Why male violence against women is a development issue: reflections from Papua New Guinea. Occasional Paper, United Nations Fund for Women (UNIFEM), New York, 1990.
3. Nelson E, Zimmerman C. Household survey on domestic violence in Cambodia. Ministry of Women's Affairs, Project Against Domestic Violence, Cambodia, 1996.
4. Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. Juristat service bulletin, Statistics Canada, 1994, 14(9).

Lesiones durante el embarazo

Las investigaciones recientes han identificado a la violencia durante el embarazo como un riesgo a la salud tanto de la madre como del feto no nacido. Las investigaciones sobre este rubro han indicado mayores niveles de diversas condiciones.

En un estudio de tres años de 1.203 mujeres embarazadas en los hospitales en Houston y Boston, en Estados Unidos, el maltrato durante el embarazo fue un factor significativo de riesgo de bajo peso al nacer, poco aumento de peso materno, infecciones y anemia (5).

Lesiones a los niños

Los niños en las familias violentas pueden también ser víctimas de maltrato. Con frecuencia, los niños se lastiman mientras tratan de defender a sus madres.

En un estudio de mujeres maltratadas en Bogotá, Colombia, 49% informaron que sus hijos también habían sido golpeados (6).

Embarazo no deseado y a temprana edad

La violencia contra la mujer puede producir un embarazo no deseado, ya sea por violación o al afectar la capacidad de la mujer de negociar el uso de métodos anticonceptivos. Por ejemplo, algunas mujeres pueden tener miedo de plantear el uso de métodos anticonceptivos con sus parejas por temor de ser golpeadas o abandonadas.

5. Parker B, McFarlane J, Soeken K. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstetrics and gynecology*, 1994, 84(3):323328.

6. Berenguer A. Alternativas desde la medicina legal y experiencias sobre la violencia intrafamiliar. En: Corporación de la Mujer. *Violencia en la Intimidad*. Bogotá, Corporación de la Mujer, 1984.

Los adolescentes que son maltratados o que han sido maltratados como niños, tienen menos probabilidad de desarrollar un sentido de autoestima y pertenencia que los que no han experimentado maltrato. Tienen mayor probabilidad de descuidarse e incurrir en comportamientos arriesgados como tener relaciones sexuales en forma temprana o sin protección. Un número creciente de estudios indica que las niñas que son maltratadas sexualmente durante la niñez tienen un riesgo mucho mayor de embarazo no deseado durante la adolescencia.

Un estudio de los Estados Unidos determinó que las mujeres que experimentan maltrato sexual durante la niñez tienen tres veces más probabilidad que las jóvenes no victimizadas de quedar embarazadas antes de los 18 años (7).

Este riesgo mayor de embarazo no deseado acarrea muchos problemas adicionales. Por ejemplo, está bien documentado que la maternidad durante la adolescencia temprana o media, antes de que las niñas estén maduras biológica y psicológicamente, está asociada con resultados de salud adversos tanto para la madre como para el niño. Los lactantes pueden ser prematuros, de bajo peso al nacer o pequeños para su edad gestacional.

Cuando se produce un embarazo no deseado, muchas mujeres tratan de resolver su dilema por medio del aborto. En los países en que el aborto es ilegal, costoso o difícil de obtener, las mujeres pueden recurrir a abortos ilegales, a veces con consecuencias mortales.

7. Zierler S, et al. Adult survivors of childhood sexual abuse and subsequent risk of HIV infection. *American journal of public health*, 1991, 81(5):572575.

En un estudio en Bombay, India, 20% de todos los embarazos de adolescentes que buscaron hacerse un aborto se debieron a coito forzado, 10% por violación de un sirviente doméstico, 6% por incesto y 4% por otros tipos de violación (8).

ETS incluyendo la infección por el VIH/SIDA

Como sucede con los embarazos no deseados, las mujeres son vulnerables a contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS) porque no pueden negociar la protección.

En Tailandia, los investigadores determinaron que una de cada diez víctimas de violación había contraído una ETS como resultado del ataque (9).

La mujer con ETS tiene mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo, como es el caso de la septicemia, el aborto espontáneo y el nacimiento prematuro. Algunas ETS aumentan además la vulnerabilidad de una mujer al virus del VIH. La agresión sexual violenta también puede aumentar el riesgo porque el desgarro consiguiente del delicado tejido de la vagina facilita la entrada del virus a la corriente sanguínea. Con la infección del VIH/SIDA, las consecuencias son generalmente mortales para la mujer, y posiblemente también para sus hijos.

Vulnerabilidad a las enfermedades

Si se comparan con las mujeres no maltratadas, las mujeres que han sufrido cualquier tipo de violencia tienen mayor probabilidad de experimentar una serie de problemas de salud graves.

8. Divekar SA, et al. Abortion in unmarried girls. Health and population perspectives and issues, 1979, 2(4):308321.

9. Archavanitkul K, Pramualratana A. Factors affecting women's health in Thailand. Paper presented at the Workshop on Women's Health in Southeast Asia, Population Council, Jakarta, October 29-31, 1990.

Las investigaciones en Noruega revelaron que el dolor pelviano crónico está asociado significativamente a una historia de violencia en el hogar (10).

Un estudio importante en Estados Unidos determinó que haber sido víctima de maltrato en la niñez o de delitos violentos duplicaba la probabilidad de que una mujer padezca de problemas menstruales graves, enfermedades de transmisión sexual o infección de las vías urinarias; la violencia en el hogar triplicaba su probabilidad (11).

Otras investigaciones de Estados Unidos han indicado que los pacientes que sufren del síndrome de intestino irritable, comparado con las que tienen la enfermedad inflamatoria del intestino, de menor gravedad, tenían mayor probabilidad de haber padecido trauma sexual grave, maltrato sexual grave en la niñez o alguna forma de victimización sexual (12).

Se ha sugerido que la mayor vulnerabilidad de las mujeres maltratadas se puede deber en parte a la inmunidad reducida debido al estrés que provoca el maltrato. Por otra parte, también se ha responsabilizado al autodescuido y a una mayor proclividad a tomar riesgos. Se ha determinado, por ejemplo, que las mujeres maltratadas tienen mayor probabilidad de fumar que aquellas sin antecedentes de violencia (13).

-
10. Schei B, Bakketeig L. Gynecological impact of sexual and physical abuse by spouse: study of a random sample of Norwegian women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1989, 96:13791383.
 11. Plichta SB, Abraham C. Violence and gynaecological health in women < 50 years old. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1996, 174:903907.
 12. Walker EA, et al. Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150:15021506.
 13. Koss M, Koss P, Woodruff J. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Archives of Internal Medicine*, 1991, 151:342347.

Consecuencias psicológicas

Suicidio

En el caso de las mujeres golpeadas o agredidas sexualmente, el agotamiento emocional y físico puede conducir al suicidio. Estas muertes son un testimonio dramático de la escasez de opciones de que dispone la mujer para escapar de las relaciones violentas.

Las investigaciones en Estados Unidos han indicado que la mujer maltratada, comparada con la mujer que no vive con hombres violentos, tiene cinco veces más probabilidad de suicidarse (14).

Problemas de salud mental

Las investigaciones indican que las mujeres maltratadas experimentan enorme sufrimiento psicológico debido a la violencia. Muchas están gravemente deprimidas o ansiosas, mientras otras muestran síntomas del trastorno de estrés postraumático. Es posible que estén fatigadas en forma crónica, pero no pueden conciliar el sueño; pueden tener pesadillas o trastornos de los hábitos alimentarios; recurrir al alcohol y las drogas para disfrazar su dolor; o aislarse y retraerse.

14. Stark E, Flitcraft A. Spouse abuse. In: Rosenberg M, Fenley M, eds. Violence in America: a public health approach. New York, Oxford University Press, 1991.

En un estudio en León, Nicaragua, después de controlar otros factores, los investigadores determinaron que las mujeres que experimentaron maltrato tienen seis veces más probabilidad de sufrir disturbios que las mujeres que no sufrieron maltratos. Igualmente, en los Estados Unidos, las mujeres maltratadas por su pareja, tienen entre cuatro y cinco veces más probabilidad de necesitar tratamiento psiquiátrico que las mujeres que no sufrieron maltrato (15) y (16).

La violación y el maltrato sexual del niño puede causar daños psicológicos similares. Un episodio de agresión sexual puede ser suficiente para crear efectos negativos duraderos, especialmente si la niña víctima no recibe posteriormente apoyo adecuado. Al igual que la violencia contra la mujer en el seno familiar, el maltrato del menor suele durar muchos años y sus efectos debilitantes pueden hacerse sentir en la vida adulta. Por ejemplo, la pérdida de autoestima de la mujer que ha sido maltratada en la niñez puede traducirse en un mínimo de esfuerzo para evitar situaciones en que su salud o seguridad estén en peligro.

Un estudio realizado en Boston, Los Angeles y San Diego en Estados Unidos, Ciudad Juárez, México y San Juan, Puerto Rico, evidenció un importante vínculo entre la victimización por medio del maltrato sexual en los primeros años de vida y la participación en etapas posteriores de la vida en comportamientos sexuales que colocan a la mujer en riesgo de contraer el VIH (17).

-
15. Ellsberg M, et al. Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women: results from a population based study. *American psychologist* [inédito].
 16. Stark E, Flitcraft A. Spouse abuse, En: Rosenberg M, Fenley M, eds, *Violence in America: A Public Health Approach*. New York, Oxford University Press, 1991.
 17. Klein H, Chao B. Sexual abuse during childhood and adolescence as predictors of HIV related sexual risk during adulthood among female sexual partners of injection drug users. *Violence against women*, 1995, 1(1):5576.

Efectos en el niño derivados de haber presenciado actos de violencia

Las investigaciones han indicado que los niños que presencian actos de violencia en el hogar suelen padecer muchos de los síntomas que tienen los niños que han sido maltratados física o sexualmente. Las niñas que presencian a su padre o padrastro tratando violentamente a su madre tienen además más probabilidad de aceptar la violencia como parte normal del matrimonio que las niñas de hogares no violentos. Los varones que han presenciado la misma violencia, por otro lado, tienen mayor probabilidad de ser violentos con sus compañeras como adultos.

El estudio de León, en Nicaragua, informó que los niños que habían presenciado regularmente cómo sus madres eran golpeadas o humilladas, comparados con otros niños, tenían al menos cinco veces más probabilidades de experimentar graves dificultades emocionales y de conducta (18).

Impacto social

Costes agregados de atención de salud

Los costes a la sociedad de la violencia contra la mujer son extraordinarios, considerando solamente la atención de salud. Una proporción de estos costes son para tratar las lesiones físicas graves. Una cantidad sustancial también se gasta en problemas psicológicos como el manejo de las ansiedades y los síntomas que las mujeres más felices y más seguras pueden tolerar, pasar por alto o encogerse de hombros.

18. Ellsberg M, et al. Confites en el infierno: prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres en Nicaragua. Asociación de Mujeres Profesionales por la Democracia en el Desarrollo, Managua, 1996.

Un estudio en Estados Unidos reveló que la atención ambulatoria para las mujeres con historia de agresión sexual o física costó dos veces y media más que la atención para otras mujeres, después de controlar otras variables (19).

Los costes directos incluyen los incurridos por la policía, los tribunales y los servicios jurídicos para entablar demandas contra los perpetradores del maltrato; costes de los programas de tratamiento para los hombres que golpean y otros agresores; costes de atención médica para tratar las consecuencias médicas directas del maltrato sexual y físico; y costes de los servicios sociales, como los servicios de protección del menor.

Efectos sobre la productividad y el empleo

“Las mujeres que experimentan violencia pueden efectuar un menor aporte a la sociedad así como a la propia realización de su potencial”.

En la encuesta nacional de Canadá sobre la violencia contra la mujer, 30% de los incidentes notificados de agresión a las esposas llevaron a distraer tiempo de las actividades regulares, y 50% de las mujeres que fueron lesionadas tomaron licencia por enfermedad de sus trabajos (20).

Las mujeres pueden ser además intimidadas por la violencia de su esposo, lo cual les impide avanzar en su trabajo.

19. Koss M, Koss P, Woodruff J. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Archives of Internal Medicine*, 1991, 151:342347.

20. Day T. *The health related costs of violence against women in Canada: the tip of the iceberg*. London, Ontario, Center of Research on Violence Against Women and Children, 1995.

Una estrategia de desarrollo en Madrás, India, casi se desintegró cuando las mujeres empezaron a desertar debido al creciente número de palizas de sus esposos, después que las mujeres habían ingresado al proyecto (21).

El impacto económico del maltrato puede extenderse a una pérdida del potencial de la mujer de percibir remuneración. Ello puede deberse en parte a que las niñas que son víctimas de violencia tienen probabilidad de padecer de ansiedad o depresión y ser incapaces de desarrollar su capacidad plena en la escuela. Debido a su experiencia de no tener control de su propio cuerpo, el mundo puede convertirse en un lugar amenazante donde la mujer evita retos de todo tipo.

En las zonas en que el maltrato sexual de las estudiantes de parte de los profesores es prevalente, las niñas pueden no asistir a la escuela para escapar de la atención no deseada. En otros lugares, los padres que temen que sus hijas sean agredidas sexualmente pueden mantenerlas en la casa hasta que se “casen y estén en un marco de seguridad”. En muchos países, una niña que queda embarazada es expulsada de la escuela, independientemente de si el embarazo fue resultado de una violación. La consecuencia, en cada caso, es una educación disminuida, una menor oportunidad de conseguir un empleo lucrativo y un aporte reducido a la calidad de vida para su comunidad.

Qué pueden hacer los trabajadores de salud

Los trabajadores de salud tienen un papel crucial que desempeñar en cuanto a ayudar a las mujeres y los niños que son objeto de violencia. Las personas que trabajan en la comunidad, los centros de salud y los consultorios pueden oír rumores que

21. Carillo R. *Battered dreams: violence against women as an obstacle to development*. New York, United Nations Fund for Women (UNIFEM), 1992.

una mujer está siendo golpeada o un menor abusado, o advertir pruebas de la violencia cuando la mujer se hace atender por otras afecciones. Los que trabajan en los departamentos de urgencias en los hospitales pueden ser los primeros en examinar a una mujer lesionada por violación o violencia en el hogar. Los trabajadores de salud que visitan instituciones como prisiones, hospitales psiquiátricos y hogares geriátricos pueden ser la única fuente de ayuda externa para las víctimas del maltrato.

Los administradores de salud pueden también dar visibilidad al tema de la violencia contra la mujer, teniendo presente que es una de las causas principales de mala salud e incapacidad en casi todo el país. Ellos pueden garantizar que se asignen recursos para recoger datos, formular normas para mejorar la identificación y el manejo del maltrato, además de adiestramiento y sensibilización del personal. Pueden propiciar contactos interinstitucionales para desarrollar distintas respuestas a las necesidades de las mujeres y las niñas maltratadas.

El problema de la violencia contra la mujer es enorme y preocupante. No hay respuestas fáciles. El sector de la salud no puede resolverlo por sí solo. Pero la sensibilidad y el compromiso pueden empezar a marcar una diferencia.

Un objetivo del trabajo de la OMS en la violencia contra la mujer es explorar estos temas y formular normas para los trabajadores de salud con el fin de identificar y responder apropiadamente a las mujeres y las niñas que han sido maltratadas.

La función de los trabajadores de salud

La mayoría de los trabajadores de salud no tienen tiempo ni adiestramiento para asumir la responsabilidad exclusiva de satisfacer las necesidades de las mujeres que han sido maltratadas. Pueden, sin embargo, identificar y remitir a las víctimas del maltrato y, cuando sea factible, proveer atención.

Como mínimo, los trabajadores de salud pueden:

- En primer lugar, "no dañar". Las actitudes no solidarias o que culpan a la víctima pueden reforzar el aislamiento y la culpa de la mujer agredida, minar la confianza en sí misma y restar probabilidad de que las mujeres se abran para buscar ayuda.
- Estar atentos a los posibles signos y síntomas de maltrato y hacer un seguimiento.
- Cuando sea factible, preguntar con regularidad a todos los pacientes sobre sus experiencias de maltrato como parte normal de la documentación de la historia.
- Ofrecer atención médica y documentar en la historia clínica del paciente las circunstancias del maltrato, inclusive detalles del maltratador.
- Remitir a las pacientes a los recursos disponibles en la comunidad.
- Mantener la privacidad y el carácter confidencial de la información y los registros del cliente.

Cribado sistemático y protocolos

Los que trabajan para mejorar la respuesta del sector sanitario hacia las mujeres que han sido maltratadas hacen hincapié en la importancia del cribado universal de las mujeres y las niñas y la creación de protocolos de acción.

El cribado es la práctica de preguntar habitualmente a todas las clientes o pacientes si han sido objeto de maltrato sexual o físico.

Los protocolos son planes escritos que definen, para un entorno específico, los procedimientos que deben seguirse para identificar y responder apropiadamente a las víctimas de maltrato. Los estudios revelan que con adiestramiento y protocolos adecuados, los trabajadores de atención de salud pueden adquirir una mayor sensi-

bilidad a los temas de la violencia contra la mujer. Un ejemplo es el departamento de urgencias de la Universidad Médica de Pensilvania en Filadelfia, Estados Unidos. Después de introducir el adiestramiento y los protocolos sobre la violencia, la proporción de pacientes mujeres con traumatismos que se determinó provenían de ser golpeadas aumentó cinco veces, de 6% a 30% (1).

La experiencia ha demostrado que investigar sobre el maltrato sólo cuándo hay signos obvios de lesiones no es suficiente en general; son más las mujeres maltratadas que presentan dolencias vagas, como dolor crónico, dolores de cabeza, trastornos de reposo y depresión, que en el caso del traumatismo físico. Ni tampoco existen “perfiles” que puedan predecir confiablemente quién es una víctima probable de maltrato. En cambio, algunos profesionales preconizan el tamizado de todas las pacientes.

Muestra de preguntas de cribado (2)

- Dado que la violencia es tan común en la vida de la mujer, ahora le pregunto a cada mujer que atiendo sobre la violencia en el hogar. ¿Alguna vez ha sido golpeada o maltratada por su compañero?
- A veces cuando veo a una mujer con una lesión como la suya es porque alguien la golpeó. ¿A usted le sucedió eso?
- A veces cuando las personas llegan al consultorio con síntomas como el suyo, determinamos que puede haber problemas en la casa. ¿Alguien le ha estado lastimando?
- Usted mencionó que su compañero bebe alcohol. ¿Alguna vez se pone violento?

1. McLeer SV, Anwar R. A study of women presenting in an emergency department, *American Journal of Public Health*, 1989, 79:65–67.
2. Adapted from *Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Resource Manual for Health Care Providers*, producido por The Family Violence Prevention Fund, San Francisco en colaboración con la Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence, 1995.

Sin embargo, el cribado universal debe introducirse con cuidado. Con el adiestramiento adecuado de los trabajadores de salud y el establecimiento de protocolos, el cribado puede ser eficaz para detectar casos de maltrato. La ejecución descuidada del cribado puede originar maltrato de las clientes, desde echarles la culpa a romper la confidencialidad, hasta la violación. Otras barreras pueden interferir en el mantenimiento de las normas de atención para los servicios de salud en las zonas de escasos recursos. Las respuestas sensibles en la atención sanitaria pueden incidir en la mujer y reducir sus sentimientos de aislamiento y culpa. No obstante, los servicios adicionales como la orientación, el asesoramiento jurídico y los grupos de autoayuda prestan otras clases de servicios permanentes que las víctimas necesitan. Las deficiencias en los servicios de apoyo pueden hacer sentir a los proveedores aislados e indefensos porque la capacidad para ayudar a sus clientes es limitada. Además, el volumen de clientes puede ser tan grande, y sus necesidades tan urgentes, que les es difícil prestar una atención eficaz más allá del nivel básico. Con la sobrecarga que ya experimentan, los administradores y los proveedores pueden considerar que la adopción de otro rubro, como las consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer, rebasa su capacidad.

Directrices para los trabajadores de salud

La siguiente es una lista de recomendaciones posibles adaptadas específicamente al reto de tratar la violencia en el hogar en un entorno clínico. Deben explorarse modificaciones en busca de otros tipos de maltrato y otros entornos.

1. No tenga miedo de preguntar. Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta en forma directa y no valorativa. En realidad, muchas están esperando silenciosamente que alguien les pregunte.
2. Cree un ambiente de apoyo donde no se emitan juicios de valor. Déjele contar su historia. Mencione claramente que nadie merece ser golpeado ni violado en ninguna circunstancia.

3. Esté atento a las “señales de peligro”. Si bien la mejor manera de descubrir la violencia en el hogar es preguntar directamente, varias lesiones o afecciones deben hacerle sospechar de la existencia del maltrato:
 - Quejas crónicas, vagas, que no tienen una causa física obvia.
 - Lesiones que no coinciden con la explicación de cómo se produjeron; un compañero que es excesivamente atento, controlador o reticente a dejar a la mujer sola.
 - Lesión física durante el embarazo.
 - Antecedentes de intentos de suicidio o pensamientos suicidas; y demora entre la lesión y la concurrencia al establecimiento para atenderse.
4. Evalúe su situación para determinar si está en peligro inmediato. Defina si la mujer considera que ella o sus hijos están expuestas a un peligro inmediato. En ese caso, ayúdela a considerar planes alternativos de acción. ¿Hay un amigo o pariente que ella pueda llamar? Si hay un centro de acogida de mujeres en la zona, ofrézcase a llamarlos.
5. Explique que tiene derechos médicos y legales. Los códigos penales de la mayoría de los países penalizan la violación y la agresión física, aunque no exista una ley específica contra la violencia en el hogar. Trate de determinar qué protecciones legales existen en esa zona para las víctimas de maltrato y a dónde pueden recurrir las mujeres y los niños para recibir ayuda en cuanto a reclamar sus derechos.
6. Esté preparado para ofrecer una cita de seguimiento.
7. Considere la posibilidad de crear espacio en el consultorio para grupos de apoyo y autoayuda.
8. Ponga carteles y reparta folletos sobre la violencia en el hogar, la violación y el maltrato sexual, cuando estén disponibles, para aumentar la conciencia de los temas y alentar a las pacientes a notificar de cualquier maltrato que puedan estar experimentando.

9. Cuando sea posible, evite prescribir medicamentos que alteren el estado de ánimo de la mujer que está viviendo con un compañero abusivo, ya que estos pueden poner en peligro su capacidad de predecir y reaccionar a los ataques de su compañero.
10. Establezca y mantenga contactos con grupos de mujeres y otros organismos gubernamentales y no gubernamentales que ofrezcan apoyo a las mujeres que experimentan violencia. Asegúrese de que contengan información actualizada sobre sus servicios en forma visible, en los idiomas que correspondan.

Promoción de la salud comunitaria

El tema de la violencia puede y debe incorporarse a las actividades de promoción de la salud también en el ámbito de la comunidad. Cada vez más, los proyectos patrocinados por organizaciones no gubernamentales están incorporando temas sobre la violencia contra la mujer y la condición de la mujer en los materiales de formación para los promotores de salud comunitarios.

El Programa de las Mujeres de Urao Pueblo en Honduras, por ejemplo, incluye drama, charlas y escenificación de situaciones sobre la violencia en el hogar y el acoso sexual como parte de su programa de formación general para los promotores de salud (3).

La Hesperian Foundation, patrocinadora del libro popular "Cuando no hay un médico", ha producido un nuevo manual popular de educación sobre la salud de la mujer con capítulos sobre la violencia en el hogar, la salud mental, la violación y la sexualidad (4).

3. Heise L, Pitanguy J, Germain A. Violence against women: the hidden health burden, World Bank Discussion Paper No. 255, Washington, DC: The World Bank, 1994.

4. Burns A, et al. Where women have no doctor: a health guide for women, Berkeley: The Hesperian Foundation, 1997.

Qué está haciendo la OMS/OPS

Sede de la OMS, Salud de la Mujer

Las actividades de la OMS en el área de la violencia contra la mujer fueron iniciadas por WHD en 1995. La iniciativa se centra en la función del sector sanitario en la prevención de la violencia contra la mujer y el tratamiento de sus consecuencias. Las áreas prioritarias actuales son la violencia contra la mujer en las familias y la violencia sexual.

A mediados de 1996, se estableció el Grupo Especial de la OMS sobre Violencia y Salud para coordinar las actividades sobre la violencia que realizan los diversos programas de la OMS, incluida WHD.

El objetivo a largo plazo de las actividades de la OMS en cuanto a la violencia contra la mujer es identificar las estrategias eficaces para prevenir la violencia y reducir la morbilidad y la mortalidad entre las víctimas femeninas del maltrato. Los objetivos específicos son:

- Aumentar el conocimiento sobre la magnitud del problema y sus consecuencias para la salud y poner esta información a disposición de los encargados de adoptar las decisiones, los proveedores de servicios de salud y los planificadores de los programas.
- Identificar las estrategias adecuadas de prevención e intervención que puedan reducir la prevalencia o incidencia de la violencia contra la mujer de parte de sus compañeros.
- Mejorar la capacidad de los trabajadores de salud en todos los niveles para identificar y responder adecuadamente a las víctimas del maltrato mental, físico y sexual.
- Apoyar la formulación de políticas y protocolos adecuados contra la violencia por parte de los gobiernos nacionales.

- Actuar como defensora dentro de la OMS y con las asociaciones de salud profesional en cuanto a las repercusiones de la violencia física, mental y sexual para las políticas, los programas y la formación sanitaria.

Investigadores, proveedores de atención de salud, defensores de la salud de la mujer y miembros del personal de varios programas de la OMS asistieron a una reunión de consulta de la OMS sobre la violencia contra la mujer en Ginebra, en febrero de 1996 (1). Examinaron la información existente en cuanto a la escala de la violencia contra la mujer de parte de sus compañeros, las consecuencias para la salud y las intervenciones de salud, además de las iniciativas de investigación en curso. Las recomendaciones de los participantes consultados se usaron como base para el Plan de Acción de la OMS.

Plan de acción para la violencia contra la mujer

Investigaciones entre varios países

La meta máxima de esta investigación es generar nuevos datos sobre la prevalencia, los factores determinantes y los factores de riesgo y protectores relacionados, al igual que las consecuencias sobre la salud que tiene la violencia contra la mujer. La OMS procura además: fortalecer la capacidad local de investigación; crear y poner a prueba nuevos instrumentos para medir la violencia y sus consecuencias, como el trauma mental/ emocional en diferentes culturas; y promover una forma de investigación que atienda las necesidades de la mujer y valore la experiencia de los grupos de mujeres que trabajan en el tema.

1. El informe sobre la reunión de consulta se puede obtener de Salud de la Mujer, Organización Mundial de la Salud, 1211, Ginebra 27, Suiza.

Documentación y puesta a prueba de las intervenciones eficaces

Los grupos más eficaces en el campo suelen ser los que carecen de tiempo y financiación para documentar su trabajo. La OMS se propone invertir en el registro sistemático de las intervenciones de dichos grupos en los países en desarrollo para que otros puedan beneficiarse cuando empiecen su trabajo. Un fondo de pequeñas donaciones apoyará la documentación de las intervenciones en curso y las lecciones aprendidas. Un segundo fondo respaldará varios proyectos de investigación y demostración. Además, se convocará una reunión para examinar las experiencias del sector de la salud en los países, con atención específica a su conveniencia en los lugares de escasos recursos.

Elaboración de un manual de investigación

La OMS está colaborando en el desarrollo y la puesta a prueba de un manual para los investigadores que efectúan encuestas de la comunidad en lugares de escasos recursos. El manual responderá a la necesidad de orientación práctica y ética para las investigaciones sobre este tema.

Elaboración de una base de datos

La OMS ha establecido una base de datos sobre la violencia contra la mujer en las familias, la violación y la agresión sexual, la mutilación genital femenina y las consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer. Se están compilando los resultados de las investigaciones de todo el mundo, entre otros los datos inéditos de acceso difícil como las tesis y la labor de las organizaciones no gubernamentales (ONG) locales. La base de datos se usará para descubrir si existe información suficiente para elaborar políticas y programas en estas áreas, donde la necesidad de continuar con las investigaciones, y la magnitud y la gravedad de los riesgos relacionados con la salud son mayores.

Promoción de la causa (advocacy) e información

La OMS procura asegurar un mayor reconocimiento —con los proveedores de servicios de salud y los planificadores, y dentro de las organizaciones de profesionales de la salud— de la violencia contra la mujer y sus consecuencias para las políticas y programas de salud. La promoción de la causa es necesaria tanto dentro como fuera de la OMS; por ejemplo, muchos programas de formación de la OMS podrían integrar la información básica sobre la violencia contra la mujer. Este documento es una herramienta para la promoción de la causa.

El Proyecto de Rwanda

En Rwanda, la violencia sexual contra la mujer y la niña se usó como una arma de guerra y de genocidio.

La OMS, con la asistencia del gobierno italiano, está patrocinando un proyecto para ayudar a las mujeres afectadas por la violencia mediante:

- La formación de los trabajadores de salud;
- El establecimiento de una red nacional para la salud y la asistencia psicosocial.

WHD convocó un taller en febrero de 1997 en Kigali, Rwanda, para los trabajadores de salud y los administradores. El taller estaba orientado a identificar problemas vinculados a la violencia y mejorar las aptitudes técnicas pertinentes.

Usando los conocimientos adquiridos en el taller, se están creando módulos de formación para los trabajadores de salud. Se espera que éstos mejoren la capacidad de dichos trabajadores de prestar atención a las mujeres afectadas por la violencia.

Organización Panamericana de la Salud: trabajo con las comunidades para poner fin a la violencia contra la mujer

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) está trabajando con 16 países miembros para combatir la violencia contra la mujer en el hogar. La OPS usa un enfoque bifronte para aumentar la capacidad de las instituciones, tanto gubernamentales como no gubernamentales, de idear estrategias de prevención y apoyo que puedan abordar eficazmente este problema social complejo. En el ámbito local, procura crear redes comunitarias coordinadas en las que el sistema de salud, el sistema jurídico, las iglesias, las ONG y otros grupos comunitarios se reúnen con regularidad para diseñar y brindar una respuesta coordinada a la violencia en el hogar. A nivel nacional, procura promover la adopción de las leyes y políticas orientadas a fortalecer la capacidad institucional de responder eficazmente a la violencia en el hogar. Por otra parte, el proyecto alienta los vínculos con los medios de comunicación para transmitir que la violencia contra la mujer es inaceptable, y desafiar las actitudes y creencias sociales que postulan la superioridad básica del varón, lo cual le concede el derecho de controlar el comportamiento de la mujer.

Una prueba convincente de que la violencia en el hogar puede erradicarse es la existencia de logros ejemplares al nivel de la comunidad. El proyecto de la OPS procura dar a conocer estos logros ejemplares guiando a los modelos de intervención y prevención de la violencia contra la mujer en una escala reducida. A posteriori, es posible aumentar la escala de los mismos para alcanzar reformas de magnitud. Este proyecto fue diseñado y está siendo ejecutando en estrecha colaboración con organizaciones de mujeres y otras ONG que han trabajado ampliamente en la violencia por razón de género en sus respectivos países.

Un componente central del proyecto es el fortalecimiento de la capacidad del sector sanitario de identificar y responder a las mujeres maltratadas. La OPS está guiando los modelos de intervención y prevención de la violencia intrafamiliar contra la mujer, como es el caso de la sensibilización y la formación de los profesionales de la salud.

Otros componentes del proyecto incluyen la mejora de los sistemas de información para la vigilancia de la violencia en el hogar; el establecimiento de grupos de autoayuda para las mujeres y los agresores; la promoción de reformas legales necesarias a fin de proteger a las mujeres y las niñas; y la promoción del cumplimiento de las leyes contra la violencia en el hogar.

El primer paso para adaptar la respuesta comunitaria ha sido la ejecución de un estudio cualitativo en cada sitio que proporciona no sólo un punto de comparación sino también un instrumento para diseñar y aplicar soluciones en forma colectiva. Los resultados reveladores de este esfuerzo indican la naturaleza compleja de este problema al manifestar que las instituciones que se establecieron para proteger a los ciudadanos pueden ser parte de la victimización.

Este diagnóstico ha tenido la ventaja, además, de servir como un instrumento que permitió que los entrevistados, específicamente los miembros de la comunidad y los grupos clave, se interesaron en el problema de la violencia en el hogar. Por lo tanto, lo que se concibió inicialmente como un instrumento que reflejara las respuestas de las instituciones de la comunidad a la mujer maltratada se convirtió en el vehículo para aumentar la conciencia del problema. Cuando los resultados se compartieron con la comunidad, ya se había incentivado en general el compromiso con el tema. Dentro de este contexto, en el último año, se han logrado avances significativos a nivel de la comunidad en las 25 comunidades participantes. En muchos países, el proyecto se ha incluido como parte de las actividades de "Municipios Saludables", con amplia participación de los alcaldes de las localidades, los gobernadores estatales y las autoridades locales. En las zonas rurales con pocas instituciones, el proyecto está procurando explorar, con la comunidad, las formas creativas de prevenir y lidiar con la violencia. Ello sucede en seis sitios, muchos de los cuales están poblados principalmente por pueblos indígenas. El trabajo en estas áreas ha recibido el apoyo decidido de los sacerdotes de las parroquias locales quienes, con el personal de planta de los centros de atención primaria de salud, se están convirtiendo en participantes clave en estas actividades en las zonas rurales.

En el ámbito nacional, el proyecto está trabajando con diversos participantes, principalmente los ministerios de salud y justicia y los grupos de derechos humanos y de mujeres, además de las organizaciones internacionales pertinentes. En algunos países, la OPS ha movilizado recursos locales adicionales significativos para apoyar los esfuerzos del proyecto.

Qué están haciendo las organizaciones no gubernamentales

Durante el último decenio, en todo el mundo, han surgido movimientos locales y nacionales para poner fin a la violencia contra la mujer. Un sinfín de organizaciones, grupos colectivos y ad hoc están trabajando en pos del cambio en muchos sectores. La OMS reconoce el esfuerzo de estas organizaciones, no sólo en la promoción de la causa sino también en el desarrollo de estrategias, servicios y orientación para responder a las necesidades de la mujer. El compromiso de estas organizaciones no gubernamentales (ONG) y de muchos individuos ha colocado el tema en el tapete internacional y ha promovido la discusión de estrategias a escala nacional e internacional, para tratar la violencia contra la mujer. Pueden consultarse los ejemplos de esta labor en las hojas de información, La violencia contra la mujer en las familias y violación y agresión sexual.

Este movimiento de concienciación de la violencia contra la mujer, liderado por los esfuerzos de cientos de organizaciones de mujeres, ha dado lugar a varias iniciativas que tratan el problema en casi todos los niveles de la sociedad. La mayoría de las ONG que funcionan en el campo de los derechos reproductivos, la salud reproductiva y la salud de la mujer, las mujeres refugiadas, incluyen la violencia contra la mujer en su mandato. Presentamos a continuación un perfil de varias organizaciones regionales que trabajan en la violencia contra la mujer y mantienen conexiones con otras organizaciones. El lector también puede recurrir a sus organizaciones locales o nacionales para obtener más información.

Asian Pacific Resource & Research Centre for Women (Arrow)
2nd Floor, Block F, Anjung Felda
Jalan Maktab
54000 Kuala Lumpur, Malaysia
Tel: (603) 2929913
Telefax: (603) 2929958
Correo electrónico: arrow@po.jaring.my
Homepage: <http://www.asiaconnect.com.my/arrow/>

ARROW produce bibliografías, materiales anotados y un boletín. Un tema reciente del boletín se tituló la Violencia contra la mujer: una pandemia silenciosa. La organización aboga por un mayor alcance de la recolección e investigación de datos nacionales, intervenciones de salud sensibles al género y ejecución rápida de la Plataforma de Acción de Beijing.

Coordination of Women's Advocacy
CH1271 Givrins, Switzerland
Tel: (22) 369 40 90
Telefax: (22) 369 4070
Correo electrónico: cwa@iprolink.ch

Coordination of Women's Advocacy es una red de mujeres en doce países especializada en los aspectos legales, psicosociales, médicos, del desarrollo y de urgencia de los abusos de derechos humanos de la mujer en momentos de guerra y conflicto.

Health and Development Policy Project (HDPP)
6930 Carroll Ave, Suite 430
Takoma Park
Maryland 20912, USA
Tel: (301) 270 1182
Telefax: (301) 270 2052
Correo electrónico: hdpp@igc.apc.org

La labor de HDPP consiste en lograr que el campo de la salud internacional se convierta en una fuerza constructiva al abordar la violencia contra la mujer. Actualmente, HDPP está creando un manual sobre cómo realizar investigaciones sobre la violencia por razón de género y está colaborando con sus socios dentro del país para poner en práctica los proyectos piloto de prevención.

Isis–Women’s International CrossCultural Exchange (Isis–WICCE)

P.O. Box 4934

Kampala, Uganda

Tel: (256 41) 244007/8

Telefax: (256 41) 268676

Correo electrónico: isis@starcom.co.ug

La labor de Isis–WICCE consiste en cambiar las instituciones sociales, económicas, políticas y culturales que perpetúan o refuerzan la violencia por razón de género. Realiza labores de promoción de la causa mediante la provisión y el intercambio de información con mujeres, usando un programa internacional de intercambio cultural. Isis–WICCE también brinda información a las personas en posición de influencia y a los encargados de adoptar las decisiones.

Red de mujeres latinoamericanas y caribeñas contra la violencia sexual y en el hogar

Casilla 2067, Correo Central

Santiago, Chile

Tel: (562) 633 4582

Telefax: (562) 638 3142

Correo electrónico: isis@reuna.cl

La Red tiene miembros en la mayoría de los países de la región. Ha conseguido que el tema de la violencia contra la mujer se incorpore a la agenda pública mediante la organización de seminarios, la coordinación de campañas regionales y la presentación del tema a los gobiernos y las organizaciones internacionales. La Red produce un boletín informativo trimestral titulado ‘Boletín’.

Match International Centre
200 Elgin Street, Suite 1102
Ottawa, Ontario
Canada K2P 1L5
Tel: (613) 238 1312
Telefax: (613) 238 6867
Correo electrónico: matchint@web.apc.org

Match International es un organismo de desarrollo que colabora con grupos de mujeres en África, Asia, el Caribe y América del Sur. En sociedad con Match, muchas mujeres en todo el mundo están organizando campañas de sensibilización, actividades de concientización, confianza en uno mismo y adiestramiento paralegal, teatro popular e investigaciones sobre medidas para acometer el tema de la violencia contra la mujer.

Women in Law and Development, Africa (WiLDAF)
PO Box 4622
Harare, Zimbabwe
Tel: (2634) 752105
Telefax: (2634) 733670

WiLDAF, una Red de Derechos Humanos de Mujeres Panafricanas con miembros en más de 22 países, trabaja en la promoción y la protección de los derechos humanos de la mujer. Ejerce presiones políticas sobre los gobiernos en temas de políticas y reforma jurídica, promoción de la causa y educación pública sobre la violencia contra la mujer. Cada año, desde el 25 de noviembre hasta el 10 de diciembre, WILDAF organiza la campaña *16 días de activismo en la violencia por razón de género*.

Documentos seleccionados de derechos humanos, declaraciones y tratados de las Naciones Unidas

Los documentos internacionales de derechos humanos abarcan documentos escritos formales, como convenciones, declaraciones, afirmaciones de la conferencia, normas, resoluciones y recomendaciones. Los tratados obligan legalmente a los Estados que han ratificado o accedido a los mismos, y su ejecución se observa mediante entidades de vigilancia, como la Comisión sobre la Eliminación de la Discriminación de la Mujer (CEDAW). Las declaraciones reflejan la norma progresiva del derecho internacional. Los documentos adoptados por las Conferencias Mundiales (afirmaciones de la Conferencia) reflejan un consenso internacional.

Documentos mundiales

La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) ha sentado las bases para la creación de convenciones internacionales de derechos humanos. El artículo 3 declara que todas las personas tienen derecho a la vida, la libertad y la seguridad personal. Según el artículo 5, nadie será objeto de tortura, trato o pena crueles, inhumanos o degradantes. Por consiguiente, cualquier forma de violencia contra la mujer que represente una amenaza para su vida, libertad o seguridad personal o que pueda interpretarse como tortura o trato crueles, inhumanos o degradantes infringe los principios de esta Declaración.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, (1966) junto con el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, prohíbe la discriminación por razón de género. La violencia afecta perjudicialmente la salud de la mujer, por consiguiente, infringe el derecho de disfrutar el máximo nivel posible de salud física y mental (artículo 12). Además, el artículo 7 estipula el derecho de disfrutar condiciones de trabajo justas y favorables que garanticen condiciones de trabajo inocuas y sanas. Esta disposición abarca la prohibición de la violencia y el acoso de las mujeres en su lugar de trabajo.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) prohíbe la violencia en todas sus formas. El artículo 6.1 protege el derecho a la vida. El artículo 7 prohíbe la tortura y el trato o pena inhumanos o degradantes. El artículo 9 garantiza el derecho a la libertad y la seguridad de la persona.

La Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984) brinda protección para todas las personas, independientemente de su sexo, de una manera más detallada que el Pacto Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos. Los estados deben tomar medidas eficaces para impedir los actos de tortura (artículo 2).

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) es el instrumento internacional más extenso que trata los derechos de la mujer. Aunque la violencia contra la mujer no se aborda específicamente en la Convención, salvo con relación al tráfico de mujeres y la prostitución (artículo 6), muchas de las cláusulas de anti-discriminación protegen a las mujeres de la violencia. Los estados signatarios han aceptado una política de eliminar la discriminación de la mujer y adoptar medidas legislativas y de otra índole que prohíban la discriminación contra la mujer (artículo 2).

En 1992, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) que vigila la ejecución de esta Convención, incluyó la violencia por razón de género formalmente en la discriminación por razón de género. La recomendación general No. 19, adoptada en el XI período de sesiones (junio de 1992), trata en su totalidad de la violencia contra la mujer y las medidas tomadas para eliminarla. En cuanto a los temas de salud, recomienda que los Estados ofrezcan servicios de apoyo a todas las víctimas de la violencia por razón de género, como refugios, trabajadores de salud adiestrados especialmente y servicios de rehabilitación y orientación.

La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965) declara que los estados signatarios se comprometen a prohibir

y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar la posibilidad de disfrutar el derecho a la seguridad personal y la protección del Estado contra la violencia o el daño corporal, ya sea infligido por los funcionarios públicos o por cualquier grupo o institución (artículo 5).

Las cuatro *Convenciones de Ginebra de 1949* y dos Protocolos adicionales forman la piedra angular de la ley humanitaria internacional. Las Convenciones de Ginebra requieren que todas las personas que no toman parte activa en las hostilidades sean tratadas humanitariamente, sin distinción adversa por cualquiera de los motivos usuales, como puede ser el género (artículo 3). Ofrecen protección a todos los civiles contra la violencia sexual, la prostitución forzada, el maltrato sexual y la violación.

En lo referente al conflicto armado internacional, el *Protocolo Adicional I* de las Convenciones de Ginebra de 1949 crea obligaciones para las partes de un conflicto de tratar humanitariamente a las personas bajo su control. Requiere que las mujeres estén protegidas contra la violación, la prostitución forzada y la agresión indecente. El *Protocolo Adicional II*, aplicable durante los conflictos internos, también prohíbe la violación, la prostitución forzada y la agresión indecente.

La Convención sobre los Derechos del Niño (1989) declara que las partes deben tomar medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño de la violencia física o mental, el abuso, el maltrato o la explotación (artículo 19). Los estados actuarán en consecuencia para impedir la explotación de los niños en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales, y la explotación de los niños en actuaciones y materiales pornográficos (artículo 34).

La Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (adoptada por la Asamblea General en 1990, aún no ha entrado en vigencia) contiene el derecho de los trabajadores migratorios y los miembros de su familia a la libertad y la seguridad de la persona tal cual se ha proclamado en otros instrumentos internacionales. Tendrán derecho a la pro-

tección eficaz del Estado contra la violencia, la lesión física, las amenazas y la intimidación, ya sea de parte de los funcionarios públicos o de los particulares, grupos o instituciones (artículo 16).

Tratados regionales

La Convención Europea de Derechos Humanos (adoptada en 1950 por el Consejo de Europa) protege el derecho a la vida (artículo 2), el derecho a la libertad y la seguridad de la persona (artículo 5) y la libertad de la tortura y de trato o pena inhumanos o degradantes (artículo 3). Los estados deben garantizar para todos, dentro de su jurisdicción, sin discriminación, los derechos y libertades definidos en esta Convención (artículo 1, 14).

La Convención Americana sobre Derechos Humanos (adoptada en 1969 por la Organización de los Estados Americanos) también consagra el derecho a la vida (artículo 4), el derecho al tratamiento humanitario (artículo 5), incluye la prohibición de la tortura y el trato o pena crueles, inhumanos o degradantes, el derecho a la libertad personal y la seguridad (artículo 7), todas las disposiciones pertinentes a la protección de la mujer contra la violencia en todas sus formas. Además, cada niño tiene derecho a las medidas de protección por parte de su familia, la sociedad y el Estado (artículo 19). Se prohíbe la discriminación por razón de género (artículo 1).

La Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (adoptada en 1981 por la Organización de la Unidad Africana) garantiza el derecho a la vida para todas las personas (artículo 4) y el derecho a la libertad y la seguridad de la persona (artículo 6). Se prohíben la tortura y el trato o pena crueles, inhumanos o degradantes (artículo 5). Cada individuo tiene el derecho de gozar del mejor estado alcanzable de salud física y mental (artículo 16). Además, la Carta proclama que el Estado asegurará la eliminación de toda discriminación contra la mujer y asegurará la protección de los derechos de la mujer y el niño según lo estipulado en las convenciones y declaraciones internacionales (artículo 18).

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Convención de Belém do Pará, 1994) es el único instrumento internacional específicamente diseñado para erradicar la violencia contra la mujer. Incluye una lista detallada de las responsabilidades de los Estados en lo que se refiere a la prevención y el castigo de los actos de ese tipo de violencia. Las partes condenan todas las formas de la violencia contra la mujer y están de acuerdo en procurar, por todos los medios apropiados y sin dilación, políticas para prevenir, castigar y erradicar ese tipo de violencia (artículo 7). Por ejemplo, las partes deben ofrecer servicios especializados a las mujeres que han sido objeto de violencia, incluidos los albergues, los servicios de orientación y la atención para los niños afectados (artículo 8). Tanto los particulares como los grupos pueden presentar quejas sobre la falta de acción del Estado para proteger a la mujer de la violencia a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

Declaraciones y resoluciones de conferencias

El tema de la violencia contra la mujer ha ganado recientemente atención más explícita en muchas reuniones internacionales. La siguiente lista es una selección de las afirmaciones y las decisiones sobre la erradicación de todas las formas de violencia contra la mujer. Por medio de estas Declaraciones y Afirmaciones, los Gobiernos se han comprometido a prevenir ese tipo de violencia, castigar a los perpetradores y ayudar a las víctimas.

En diciembre de 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer*, el primer instrumento internacional de derechos humanos que abordó exclusivamente la violencia contra la mujer. Afirma que la violencia contra la mujer infringe y a la vez deteriora o anula el aprovechamiento de la mujer de sus derechos humanos y libertades fundamentales y se preocupa por la demorada falta de protección y promoción de esos derechos y libertades con relación a la violencia contra la mujer. Además, proporciona una definición clara e integral de la violencia contra la mujer. Véase la *Defini-*

ción y alcance del problema, en este documento, para obtener la definición, según se indica en el artículo 1.

La Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993) adoptó la Declaración de Viena y el Programa de Acción. Declara que la violencia por razón de sexo y todas las formas de acoso y explotación sexual, incluso los que son resultado de los prejuicios culturales y el tráfico internacional, son incompatibles con la dignidad y el valor de la persona y deben ser eliminadas. Ello se puede lograr con medidas legales y por medio de la acción nacional y la cooperación internacional en ámbitos como el desarrollo socioeconómico, la educación, la maternidad sin riesgo, la atención de salud y el apoyo social.

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, adoptó un Programa de Acción que recalca que el avance de la igualdad en materia de género, el empoderamiento de la mujer y la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer son piedras angulares de los programas relacionados con la población y el desarrollo (principio 4). Se exhortó a los gobiernos a que tomaran medidas de amplio alcance, como la acción preventiva y la rehabilitación de las víctimas, para eliminar todas las formas de explotación, maltrato, acoso y violencia contra la mujer, el adolescente y el niño.

La Cumbre Mundial para el Desarrollo Social se celebró en Copenhague en 1995. Su Programa de Acción condena firmemente la violencia contra la mujer y repite las inquietudes expresadas en el Programa de Acción de El Cairo, centrándose en la violencia contra el niño, la violencia en el hogar y la violación.

En septiembre de 1995, la *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer* adoptó la Declaración de Beijing y la Plataforma de Acción que dedica toda una sección al tema de la violencia contra la mujer. Reconoce que la eliminación de la violencia contra la mujer es esencial para la igualdad, el desarrollo y la paz. La Plataforma se refiere directamente a la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la

mujer. Además, la Conferencia exhortó a los Estados a reconocer la vulnerabilidad frente a la violencia, de las mujeres que pertenecen a grupos como los refugiados, los desplazados, los migrantes y las personas con discapacidades.

En junio de 1996, la *Segunda Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos* (Hábitat II) adoptó el Programa de Estambul, que trata la violencia por razón de género dentro del contexto del albergue y el medio urbano. Los gobiernos se comprometieron a promover el albergue y apoyar la educación y los servicios de salud básicos para las mujeres y los niños que son supervivientes de la violencia en el hogar.

En agosto de 1996, *el Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de los Niños*, en Estocolmo, adoptó una Declaración y Programa de Acción, exhortando a los Estados a asignar alta prioridad a la acción contra la explotación sexual comercial de los niños y asignar los recursos para este fin. Exhorta a los gobiernos a brindar orientación social, médica, psicológica y otras formas de apoyo a los niños víctimas de la explotación sexual comercial, al igual que para sus familias.

El tema de la violencia contra la mujer fue tratado por el Consejo Económico y Social en 1990. La resolución 1990/15 exhorta a los Gobiernos a tomar medidas inmediatas para establecer las sanciones apropiadas para la violencia contra la mujer en la familia, el lugar de trabajo y la sociedad, además de reducir sus consecuencias.

En 1991, el Consejo Económico y Social aprobó la resolución 1991/18, en la cual pedía a los Estados Miembros adoptar, fortalecer y hacer cumplir la legislación que prohibía la violencia contra la mujer y actuar en tal sentido para proteger a las mujeres de todas las formas de violencia física y mental.

En mayo de 1996, la 49a Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución (WHA 49.25) declarando la violencia como prioridad de salud pública. Observó el aumento notable de la incidencia de lesiones intencionales que afectaban a personas de todas las edades y de ambos sexos, pero especialmente a mujeres y niños.

En abril de 1997, el Comité de Derechos Humanos condenó nuevamente, en su resolución 1997/44, todos los actos de violencia contra la mujer y recalcó que los Gobiernos tienen la responsabilidad de abstenerse de cometer actos de violencia contra la mujer y prevenir, investigar y castigar los actos de violencia contra la mujer, si es que dichos actos son perpetrados por el Estado o por particulares. En su resolución 1997/13 sobre la violencia contra las trabajadoras migratorias, expresó preocupación por los informes constantes de maltratos graves y actos de violencia cometidos contra las trabajadoras migratorias por ciertos empleadores en algunos países anfitriones.

Relator especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias

En marzo de 1994, el Comité de Derechos Humanos nombró a un Relator Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. En 1997, en su 53a reunión, dicho Comité decidió que el mandato del Relator Especial debería ser renovado por tres años. El Relator Especial puede recibir y solicitar información de los gobiernos, las organizaciones y los particulares sobre la violencia contra la mujer en función del género, y puede iniciar investigaciones pertinentes.

Lecturas seleccionadas

Agger I., *The blue room. Trauma and testimony among refugee women: a psycho-social exploration*. London, Zed Books, 1994.

Carillo R., *Battered dreams: violence against women as an obstacle to development*. New York, United Nations Fund for Women, 1992.

Clinkin C., *Rape and sexual abuse of women in international law*. *European Journal of International Law*, 1994, 326:23–28.

Commonwealth Secretariat. *Confronting violence: a manual for Commonwealth action*. London, Women and Development Programme, Commonwealth Secretariat, 1992.

Cook R., ed. *Human rights of women: national and international perspectives*. Philadelphia, PA, University of Pennsylvania Press, 1994.

Dan A., ed. *Reframing women's health: multidisciplinary research and practice*. Thousand Oaks, CA, Sage Publishers, 1994.

Davies M., ed. *Women and violence: realities and responses worldwide*. London, Zed Books, 1994.

DeKeseredy WS. Enhancing the quality of survey data on woman abuse. *Violence against women*, 1995, 1(2):158–173.

Heise L., Pitanguy J, Germain A. Violence against women: the hidden health burden. Washington, DC, World Bank, 1994 (World Bank Discussion Paper No. 255).

Heise L. et al. Violence against women: a neglected public health issue in less developed countries. *Social science and medicine*, 1994, 39(4):1165–1179.

Kerr J., ed. *Calling for change: international strategies to end violence against women*. The Hague, Development Cooperation Information Department, Ministry of Foreign Affairs, 1994.

Koss MP et al. Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilisation. *Archives of internal medicine*, 1991, 151:342–347.

The right to live without violence: The Women's Health Collection. Santiago, Chile, Latin American and Caribbean Women's Health Network, 1996.

Peters JL, Wolper A., eds. *Women's rights, human rights: international feminist perspectives*. New York, Routledge, 1995.

Plichta SB et al. The effects of woman abuse on health care utilisation and health status: a literature review. *Women's health issues*, 1992, 2(3):154–161.

Plichta SB et al. Violence and gynaecologic health in women <50 years old. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1996, 174:903–907.

Rothenberg KH et al. Domestic violence and partner notification: implications for treatment and counselling of women with HIV. *Journal of the American Medical Women's Association*, 1995, 50(3):87–93.

Spijkerboer T., *Women and refugee status: beyond the public/private distinction*. The Hague, Emancipation Council, September 1994:19–32.

Swiss S, Giller J. Rape as a crime of war: a medical perspective. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 270:612–615.

Strategies for confronting domestic violence: a resource manual. New York, United Nations, 1994.

Violence against women in the family. New York, United Nations, 1989.

Preliminary report of the special rapporteur on violence against women, its causes and consequences in accordance with Commission on Human Rights resolution 1994/45. New York, United Nations, Economic and Social Council, Commission on Human Rights, 1994 (documento inédito, No. E/CN.4/1995/42).

Report of the special rapporteur on violence against women, its causes and consequences in accordance with Commission on Human Rights resolution 1995/85. New York, United Nations, Economic and Social Council, Commission on Human Rights, 1996 (documento inédito, No. E/CN.4/1996/53).

Report of the special rapporteur on violence against women, its causes and its consequences. New York, United Nations, Economic and Social Council, Commission on Human Rights, 1997 (documento inédito, No. E/CN.4/1997/47).

Female genital mutilation. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento inédito No. WHO/FRH/WHD/ 96.26).

Wulf D., *Refugee women and reproductive health: reassessing priorities*. New York, Women's Commission for Refugee Women and Children, 1994.

Zapata BC et al. The influence of social and political violence on the risk of pregnancy complications. *American Journal of Public Health*, 1992, 82(5):685–690.

Zwi A., Ugalde A. Towards an epidemiology of political violence in the Third World. *Social science and medicine*, 1989, 28(7):649-657.

WHA49.25 Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública

La 49a Asamblea Mundial de la Salud,

Enterada con gran preocupación del dramático aumento en todo el mundo de la incidencia de lesiones intencionales que afectan a personas de todas las edades y de ambos sexos, pero especialmente a mujeres y niños;

Haciendo suyo el llamamiento formulado en la Declaración de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social para que se introduzcan y apliquen políticas y programas específicos de salud pública y de servicios sociales encaminados a prevenir la violencia en la sociedad y mitigar sus efectos;

Haciendo suyas las recomendaciones formuladas en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer para que se aborde urgentemente el problema de la violencia contra las mujeres y muchachas y se entiendan sus consecuencias para la salud;

Recordando la Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer;

Tomando nota del llamamiento realizado por la comunidad científica en la Declaración de Melbourne adoptada en la tercera conferencia internacional sobre la lucha contra los traumatismos (1996) para que se intensifique la colaboración internacional a fin de velar por la seguridad de los ciudadanos del mundo;

Reconociendo las graves consecuencias inmediatas y futuras a largo plazo que la violencia tiene para la salud y para el desarrollo psicológico y social de los individuos, las familias, las comunidades y los países;

Reconociendo las consecuencias cada vez mayores de la violencia en los servicios de salud en todas partes, así como su efecto perjudicial en los escasos recursos sanitarios para los países y las comunidades;

Reconociendo que el sector sanitario está con frecuencia en la primera línea de contacto con las víctimas de la violencia, tiene una capacidad técnica sin igual y goza de una posición especial en la comunidad para ayudar a las personas expuestas a riesgos;

Reconociendo que la OMS, el principal organismo de coordinación de la actividad internacional de salud pública, tiene la responsabilidad de desempeñar una función de liderazgo y orientación para con los Estados Miembros en el desarrollo de programas de salud pública encaminados a prevenir la violencia ejercida tanto contra uno mismo como contra los demás,

1. DECLARA que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo;
2. INSTA a los Estados Miembros a que evalúen el problema de la violencia en sus territorios y comuniquen a la OMS su información y su enfoque respecto de ese problema;
3. PIDE al Director General que, en la medida en que lo permitan los recursos disponibles, emprenda actividades de salud pública para abordar el problema de la violencia, con objeto de:

1. Caracterizar diferentes tipos de violencia, definir su magnitud y evaluar las causas de la violencia y las repercusiones de ésta en la salud pública, incorporando asimismo en el análisis una perspectiva de las diferencias entre los sexos;
2. Evaluar los tipos de medidas y programas destinados a prevenir la violencia y mitigar sus efectos, así como la eficacia de dichas medidas y programas, prestando especial atención a las iniciativas de orientación comunitaria;
3. Promover actividades para resolver este problema a nivel tanto internacional como de país, inclusive medidas tendientes a:
 - A. Mejorar el reconocimiento, la notificación y la gestión de las consecuencias de la violencia;
 - B. Promover una mayor participación intersectorial en la prevención y la gestión de la violencia;
 - C. Promover investigaciones sobre la violencia dándoles prioridad entre las investigaciones de salud pública;
 - D. Preparar y dar a conocer recomendaciones sobre programas de prevención de la violencia en naciones, estados y comunidades de todo el mundo;
4. Asegurar la participación coordinada y activa de los programas técnicos apropiados de la OMS;
5. Reforzar la colaboración de la Organización con gobiernos, autoridades locales y otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas en la planificación, la aplicación y el seguimiento de programas sobre la prevención y la mitigación de la violencia;
4. PIDE ASIMISMO al Director General que presente un informe al Consejo Ejecutivo en su 99a reunión en el que se describan los progresos realizados hasta

el momento, así como un plan de acción para avanzar hacia un enfoque de salud pública, de base científica, de la prevención de la violencia.

Sexta sesión plenaria, 25 de mayo de 1996

Organización Mundial de la Salud
NACIONES UNIDAS



Asamblea General

Distribución General
A/RES/48/104
23 de febrero de 1994

Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer

Resolución de la Asamblea General 48/104
del 20 de diciembre de 1993

La Asamblea General,

Reconociendo la urgente necesidad de una aplicación universal a la mujer de los derechos y principios relativos a la igualdad, seguridad, libertad, integridad y dignidad de todos los seres humanos,

Observando que estos derechos y principios están consagrados en instrumentos internacionales, entre los que se cuentan la Declaración Universal de Derechos Humanos (1), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (2), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2), la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (3) y la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (4),

-
1. Resolución 217 A (III).
 2. Véase resolución 2200 A (XXI), anexo.
 3. Resolución 34/180, anexo.
 4. Resolución 39/46, anexo.

Reconociendo que la aplicación efectiva de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer contribuiría a eliminar la violencia contra la mujer y que la declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, enunciada en la presente resolución, reforzaría y complementaría ese proceso,

Preocupada porque la violencia contra la mujer constituye un obstáculo no sólo para el logro de la igualdad, el desarrollo y la paz, tal como se reconoce en las Estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer (5), en las que se recomendó un conjunto de medidas encaminadas a combatir la violencia contra la mujer, sino también para la plena aplicación de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer,

Afirmando que la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales e impide total o parcialmente a la mujer gozar de dichos derechos y libertades, y preocupada por el descuido de larga data de la protección y fomento de esos derechos y libertades en casos de violencia contra la mujer,

Reconociendo que la violencia contra la mujer constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer, y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre,

Preocupada por el hecho de que algunos grupos de mujeres, como por ejemplo las mujeres pertenecientes a minorías, las mujeres indígenas, las refugiadas, las muje-

5. Informe de la Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz, Nairobi, 15 a 26 de julio de 1985 (publicación de las Naciones Unidas, No. de venta: S.85.IV.10), cap. I, secc. A.

res migrantes, las mujeres que habitan en comunidades rurales o remotas, las mujeres indigentes, las mujeres recluidas en instituciones o detenidas, las niñas, las mujeres con discapacidades, las ancianas y las mujeres en situaciones de conflicto armado son particularmente vulnerables a la violencia,

Recordando la conclusión en el párrafo 23 del anexo a la resolución 1990/15 del Consejo Económico y Social, de 24 de mayo de 1990, en que se reconoce que la violencia contra la mujer en la familia y en la sociedad se ha generalizado y trasciende las diferencias de ingresos, clases sociales y culturas, y debe contrarrestarse con medidas urgentes y eficaces para eliminar su incidencia,

Recordando asimismo la resolución 1991/18 del Consejo Económico y Social, de 30 de mayo de 1991, en la que el Consejo recomendó la preparación de un marco general para un instrumento internacional que abordara explícitamente la cuestión de la violencia contra la mujer,

Observando con satisfacción la función desempeñada por los movimientos en pro de la mujer para que se preste más atención a la naturaleza, gravedad y magnitud del problema de la violencia contra la mujer,

Alarmada por el hecho de que las oportunidades de que dispone la mujer para lograr su igualdad jurídica, social, política y económica en la sociedad se ven limitadas, entre otras cosas, por una violencia continua y endémica,

Convencida de que, a la luz de las consideraciones anteriores, se requieren una definición clara y completa de la violencia contra la mujer, una formulación clara de los derechos que han de aplicarse a fin de lograr la eliminación de la violencia contra la mujer en todas sus formas, un compromiso por parte de los Estados de asumir sus responsabilidades, y un compromiso de la comunidad internacional para eliminar la violencia contra la mujer,

Proclama solemnemente la siguiente Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer e insta a que se hagan todos los esfuerzos posibles para que sea universalmente conocida y respetada:

Artículo 1

A los efectos de la presente Declaración, por “violencia contra la mujer” se entiende 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.

Artículo 2

Se entenderá que la violencia contra la mujer abarca los siguientes actos, aunque sin limitarse a ellos:

- a) La violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación;
- b) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada;
- c) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.

Artículo 3

La mujer tiene derecho, en condiciones de igualdad, al goce y la protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural, civil y de cualquier otra índole. Entre estos derechos figuran:

- a) El derecho a la vida (6);
- b) El derecho a la igualdad (7);
- c) El derecho a la libertad y la seguridad de la persona (8);
- d) El derecho a igual protección ante la ley (7);
- e) El derecho a verse libre de todas las formas de discriminación (7);
- f) El derecho al mayor grado de salud física y mental que se pueda alcanzar (9);
- g) El derecho a condiciones de trabajo justas y favorables(10);
- h) El derecho a no ser sometida a tortura, ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (11).

6. Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 3; y Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 6.

7. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 26.

8. Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 3; y Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 9.

9. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12.

10. Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 23; y Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículos 6 y 7.

11. Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 5; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 7; y Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.

Artículo 4

Los Estados deben condenar la violencia contra la mujer y no invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de procurar eliminarla. Los Estados deben aplicar por todos los medios apropiados y sin demora una política encaminada a eliminar la violencia contra la mujer. Con este fin, deberán:

- a) Considerar la posibilidad, cuando aún no lo hayan hecho, de ratificar la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de adherirse a ella o de retirar sus reservas a esa Convención;
- b) Abstenerse de practicar la violencia contra la mujer;
- c) Proceder con la debida diligencia a fin de prevenir, investigar y, conforme a la legislación nacional, castigar todo acto de violencia contra la mujer, ya se trate de actos perpetrados por el Estado o por particulares;
- d) Establecer, en la legislación nacional, sanciones penales, civiles, laborales y administrativas, para castigar y reparar los agravios infligidos a las mujeres que sean objeto de violencia; debe darse a éstas acceso a los mecanismos de la justicia y, con arreglo a lo dispuesto en la legislación nacional, a un resarcimiento justo y eficaz por el daño que hayan padecido; los Estados deben además informar a las mujeres de sus derechos a pedir reparación por medio de esos mecanismos;
- e) Considerar la posibilidad de elaborar planes de acción nacionales para promover la protección de la mujer contra toda forma de violencia o incluir disposiciones con ese fin en los planes existentes, teniendo en cuenta, según proceda, la cooperación que puedan proporcionar las organizaciones no gubernamentales, especialmente las que se ocupan de la cuestión de la violencia contra la mujer;
- f) Elaborar, con carácter general, enfoques de tipo preventivo y todas las medidas de índole jurídica, política, administrativa y cultural que puedan fomentar la protección de la mujer contra toda forma de violencia, y evitar eficazmente la reinci-

- dencia en la victimización de la mujer como consecuencia de leyes, prácticas de aplicación de la ley y otras intervenciones que no tengan en cuenta la discriminación contra la mujer;
- g) Esforzarse por garantizar, en la mayor medida posible a la luz de los recursos de que dispongan y, cuando sea necesario, dentro del marco de la cooperación internacional, que las mujeres objeto de violencia y, cuando corresponda, sus hijos, dispongan de asistencia especializada, como servicios de rehabilitación, ayuda para el cuidado y manutención de los niños, tratamiento, asesoramiento, servicios, instalaciones y programas sociales y de salud, así como estructuras de apoyo y, asimismo, adoptar todas las demás medidas adecuadas para fomentar su seguridad y rehabilitación física y psicológica;
 - h) Consignar en los presupuestos del Estado los recursos adecuados para sus actividades relacionadas con la eliminación de la violencia contra la mujer;
 - i) Adoptar medidas para que las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley y los funcionarios que han de aplicar las políticas de prevención, investigación y castigo de la violencia contra la mujer reciban una formación que los sensibilice respecto de las necesidades de la mujer;
 - j) Adoptar todas las medidas apropiadas, especialmente en el sector de la educación, para modificar las pautas sociales y culturales de comportamiento del hombre y de la mujer y eliminar los prejuicios y las prácticas consuetudinarias o de otra índole basadas en la idea de la inferioridad o la superioridad de uno de los sexos y en la atribución de papeles estereotipados al hombre y a la mujer;
 - k) Promover la investigación, recoger datos y compilar estadísticas, especialmente en lo concerniente a la violencia en el hogar, relacionadas con la frecuencia de las distintas formas de violencia contra la mujer, y fomentar las investigaciones sobre las causas, la naturaleza, la gravedad y las consecuencias de esta violencia, así como sobre la eficacia de las medidas aplicadas para impedir la y reparar sus efectos; se deberán publicar esas estadísticas, así como las conclusiones de las investigaciones;

- l) Adoptar medidas orientadas a eliminar la violencia contra las mujeres especialmente vulnerables;
- m) Incluir, en los informes que se presenten en virtud de los instrumentos pertinentes de las Naciones Unidas relativos a los derechos humanos, información acerca de la violencia contra la mujer y las medidas adoptadas para poner en práctica la presente Declaración;
- n) Promover la elaboración de directrices adecuadas para ayudar a aplicar los principios enunciados en la presente Declaración;
- o) Reconocer el importante papel que desempeñan en todo el mundo el movimiento en pro de la mujer y las organizaciones no gubernamentales en la tarea de despertar la conciencia acerca del problema de la violencia contra la mujer y aliviar dicho problema;
- p) Facilitar y promover la labor del movimiento en pro de la mujer y las organizaciones no gubernamentales, y cooperar con ellos en los planos local, nacional y regional;
- q) Alentar a las organizaciones intergubernamentales regionales a las que pertenezcan a que incluyan en sus programas, según convenga, la eliminación de la violencia contra la mujer.

Artículo 5

Los órganos y organismos especializados del sistema de las Naciones Unidas deberán contribuir, en sus respectivas esferas de competencia, al reconocimiento y ejercicio de los derechos y a la aplicación de los principios establecidos en la presente Declaración y, a este fin, deberán, entre otras cosas:

- a) Fomentar la cooperación internacional y regional con miras a definir estrategias regionales para combatir la violencia, intercambiar experiencias y financiar programas relacionados con la eliminación de la violencia contra la mujer;

- b) Promover reuniones y seminarios encaminados a despertar e intensificar la conciencia de toda la población sobre la cuestión de la violencia contra la mujer;
- c) Fomentar, dentro del sistema de las Naciones Unidas, la coordinación y el intercambio entre los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos a fin de abordar con eficacia la cuestión de la violencia contra la mujer;
- d) Incluir en los análisis efectuados por las organizaciones y los órganos del sistema de las Naciones Unidas sobre las tendencias y los problemas sociales, por ejemplo, en los informes periódicos sobre la situación social en el mundo, un examen de las tendencias de la violencia contra la mujer;
- e) Alentar la coordinación entre las organizaciones y los órganos del sistema de las Naciones Unidas a fin de integrar la cuestión de la violencia contra la mujer en los programas en curso, haciendo especial referencia a los grupos de mujeres particularmente vulnerables a la violencia;
- f) Promover la formulación de directrices o manuales relacionados con la violencia contra la mujer, tomando en consideración las medidas mencionadas en la presente Declaración;
- g) Considerar la cuestión de la eliminación de la violencia contra la mujer, cuando proceda, en el cumplimiento de sus mandatos relativos a la aplicación de los instrumentos de derechos humanos;
- h) Cooperar con las organizaciones no gubernamentales en todo lo relativo a la cuestión de la violencia contra la mujer.

Artículo 6

Nada de lo enunciado en la presente Declaración afectará a disposición alguna que pueda formar parte de la legislación de un Estado o de cualquier convención, tratado o instrumento internacional vigente en ese Estado y sea más conducente a la eliminación de la violencia contra la mujer.

© Copyright 1996–2000

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights

Geneva, Switzerland



Bibliografía recomendada

- Resolución del Parlamento Europeo sobre violencia contra las mujeres. 11 de junio de 1986. Diario Oficial de las Comunidades Europeas N° C176/73. (doc. A 2-44/86).
- Informe de la Comisión de malos tratos a mujeres. Comisión de derechos humanos. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Senado III Legislatura. 12 de mayo 1989 núm. 313 pág. 12.182.
- Violencia contra la Mujer. Ministerio del Interior y Ministerio de Asuntos Sociales (Instituto de la Mujer), Madrid 1991.
- II Plan Andaluz para la Igualdad de las Mujeres. Instituto Andaluz de la Mujer, Enero 1995.
- Plan de Acción contra la Violencia Doméstica 1998-2000. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer, Madrid, 1998.
- Plan de actuación del Gobierno Andaluz para Avanzar en la Erradicación de la Violencia contra las Mujeres. Instituto Andaluz de la Mujer, Febrero 1998.
- Procedimiento de Coordinación para la Atención a las Mujeres Víctimas de Malos Tratos y Agresiones Sexuales. Instituto Andaluz de la Mujer, Diciembre 1998.

Edita
© Servicio Andaluz de Salud
Consejería de Salud. Junta de Andalucía
Avenida de la Constitución, 18
41071 Sevilla
Tel: 955 018 000, fax: 955 018 025
www.sas.junta-andalucia.es

Diseño y producción
Manigua s.l.

Impresión
Indugraf Madrid

ISBN: 84-8486-004-3
Depósito legal: Gr 827-2001

