

género

Violencia contra la mujer

Género y equidad
en la salud

Claudia García-Moreno

equidad

salud



Organización
Panamericana
de la Salud



Harvard Center for
Population and
Development Studies

Emitido originalmente como el documento "Violence Against Women, Gender, and Health Equity" (No. 99.15) de la Serie de Working Papers del Harvard Center for Population and Development Studies, Harvard School of Public Health (September 1999).

© Harvard Center for Population and Development Studies, 2000

Los trabajos que componen esta serie sobre "Género y Equidad en la Salud" proceden de dos talleres celebrados en el Center for Population and Development Studies de la Universidad de Harvard en 1997 y 1998, respectivamente. Ambos fueron organizados como parte de la Iniciativa Global para la Equidad en la Salud, un proyecto integrado, financiado en parte por la Fundación Rockefeller y por la Agencia para el Desarrollo Internacional de Suecia. La Iniciativa Global para la Equidad en la Salud es un proyecto interdisciplinario que combina el trabajo conceptual sobre equidad en la salud con estudios de caso-país.

Algunos de los trabajos que integran esta serie se publicarán en inglés en un volumen editado por Gita Sen, Pirooska Ostlin y Asha George.

CONTENIDO

Prólogo	v
Introducción	3
Definición y magnitud del problema	7
Consecuencias de la violencia: un problema relacionado con género y equidad en la salud	11
Mala salud y muerte	11
Uso de los servicios de salud	14
Consecuencias para los niños de la violencia doméstica contra la mujer	14
Los costos de la violencia contra la mujer	16
Causas de la violencia contra la mujer	18
Vínculos entre la violencia contra la mujer, las estructuras patriarcales y la falta de equidad entre los géneros	19
La contemplación de la violencia	21
El alcohol	22
Factores protectores	23
Discusión de las actuales respuestas políticas: limitaciones y algunas propuestas	23
¿Y qué sucede con los hombres: una perspectiva de la violencia según el género?	26
Controversias y dilemas actuales	29
¿Es la violencia contra las mujeres un problema de salud, o un factor de riesgo para la salud?	29
Definición y medición	30
Conocimientos limitados y falta de recursos para la investigación	31
Enfoque médico o de salud pública	33
Modelos limitados para las intervenciones	34
Falta de multisectorialidad	35
Medicina forense: intersección entre los sistemas de salud y legal	35
Marco de derechos legales y humanos	36
Conclusión	37
Referencias	39

PRÓLOGO

Este libro, fruto de la colaboración entre el Centro de Estudios de Población y Desarrollo de Harvard y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), tiene por objeto difundir información y modelos para mejorar el abordaje de las inequidades de género en salud que persisten en la Región. Al hablar de “inequidades de género en salud” se hace referencia a las diferencias injustas pero prevenibles entre mujeres y hombres. Estas inequidades, en nuestras sociedades, están determinadas por las relaciones de poder.

La violencia de género sigue siendo uno de los problemas de salud pública más prevalentes en el mundo, y, a la vez, uno de los que menor visibilidad tienen. En las Américas, una de cada tres mujeres ha sido víctima de actos de violencia, la mayoría de las veces en su propio hogar, y a manos del cónyuge o de un familiar.

Para alcanzar la meta de salud para todos, la OPS privilegia las acciones dirigidas a eliminar las inequidades en salud. A través del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo, se ha fortalecido el papel del sector salud en 10 países, en lo que se refiere a la atención de mujeres y niñas que viven situaciones de violencia, y a la movilización de organismos comunitarios, sectoriales, nacionales y regionales para su prevención. Así, se espera dar mayor visibilidad al problema, al tiempo que se desarrollan las intervenciones más apropiadas. Con las contrapartes de los diferentes sectores, la OPS desarrolló un modelo para la prevención y atención de la violencia doméstica que permitió el establecimiento de más de 70 redes comunitarias, la capacitación de gran número de personas, y el diseño de instrumentos, sistemas y políticas que facilitan la detección y prevención de la violencia, así como la atención de las mujeres y niñas que la sufren.

Esta obra brinda información acerca de los diferentes tipos de violencia, sus causas y consecuencias, relacionándolos con las inequidades sociales y culturales que la exa-

cerban. Además, contiene sugerencias y recomendaciones sobre el análisis de género, presenta diferentes modelos para mejorar programas, describe políticas que se ocupan del tema, y detalla los retos y controversias que despierta la lucha contra la violencia. Su lectura resultará de utilidad para los encargados de tomar decisiones, los profesionales de salud y de otros programas sociales, los investigadores y los funcionarios que abogan por una equidad de género.

Cuando me preguntan si la violencia de género es prevenible, mi respuesta es: "¡Sí!" Su prevención, sin embargo, depende en gran medida de un largo y complejo proceso de sensibilización de la sociedad y del compromiso de sus actores para eliminar las inequidades que facilitan la violencia de género.

George A. O. Alleyne
Director

“...las mujeres no se hallarán libres de violencia hasta que exista igualdad, y la igualdad no se conseguirá hasta que la violencia y la amenaza de la violencia desaparezcan de las vidas de las mujeres”.

Panel Canadiense sobre Violencia Contra la Mujer, 1993

INTRODUCCIÓN

La violencia es un problema generalizado y creciente en casi todas las sociedades. Adopta muchas formas y aparece en todos los ambientes: en el trabajo, en el hogar, en la calle y en la comunidad en su conjunto. Afecta tanto a los hombres como a las mujeres de todas las edades, pero sobre todo a los jóvenes. No obstante, existen diferencias importantes entre las mujeres y los hombres en lo que se refiere a la forma, la naturaleza y las consecuencias de la violencia. Gran parte de la violencia es perpetrada por los hombres, independientemente del sexo y la edad de las víctimas. Lo más importante es el hecho de que la violencia sufrida por las mujeres y las niñas procede de hombres a quienes conocen y se produce dentro del llamado “puerto seguro” del hogar y la familia. La respuesta de la sociedad a las distintas formas de violencia también varía. Así como todos consideran unánimemente que la violencia callejera es un crimen y creen legítima la intervención del Estado, son muchos los gobiernos que dudan cuando se trata de actuar e incluso legislar contra la violencia doméstica. Como se produce en lo que a menudo se considera como la “esfera privada” del hogar, la violencia es difícil de demostrar y de prevenir y fácil de ignorar.

Veinte años de activismo de las organizaciones de mujeres contra la violencia están cambiando lentamente este panorama. En concreto, en los últimos cinco años ha habido creciente reconocimiento de que la violencia contra la mujer, como preocupación legítima, ha llegado a formar parte de la agenda internacional: inicialmente como un tema de derechos humanos de la mujer en la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos de Viena (1993) y en su relación con la salud sexual y reproductiva en la Conferencia In-

ternacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994). La Plataforma para la Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing (1995) dedicó un capítulo completo a la violencia contra la mujer, del que salieron varias recomendaciones para los gobiernos y para las organizaciones multilaterales y no gubernamentales. Más recientemente, la violencia contra la mujer fue objeto de atención como problema de salud pública y fue adoptada como tal por organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), entre otras.

La violencia contra la mujer es un problema complejo y multidimensional. Existen factores individuales, familiares y sociales que sitúan a la mujer ante el riesgo de sufrir actos violentos o, por el contrario, ayudan a reducir ese riesgo. La violencia contra la mujer está imbricada en las normas sociales y culturales que perpetúan la desigualdad entre las mujeres y los hombres y que perdonan e incluso favorecen la discriminación contra la mujer, incluyendo el castigo por parte de los hombres y otras personas. En especial, la violencia doméstica es el epítome de las relaciones de poder desiguales entre mujeres y hombres. El Panel Canadiense sobre Violencia contra la Mujer (1993) afirmó en la introducción a su informe que: *“Es indudablemente claro que las mujeres no se hallarán libres de violencia hasta que exista igualdad, y la igualdad no se conseguirá hasta que la violencia y la amenaza de la violencia desaparezcan de las vidas de las mujeres.”*

La violencia contra las mujeres afecta a todas las esferas de sus vidas: su autonomía, su productividad, su capacidad para cuidar de sí mismas y de sus hijos, y su calidad de vida. Aumenta su riesgo frente a una amplia gama de resultados sanitarios negativos e incluso la muerte. Gran parte de esta violencia se debe, fundamentalmente, a que son mujeres; hecho que recibe el nombre de violencia basada en género. Tiene un gran costo individual para las personas que la sufren y también para la sociedad y para muchos servicios y sectores, incluido el sistema de atención de salud, que debe responder a sus consecuencias. Por tanto, es

un aspecto importante a considerar cuando se estudia la equidad en la salud.

A pesar del creciente reconocimiento de la violencia frente a la mujer y los progresos logrados en los últimos años, la información básica sobre la magnitud del problema sigue siendo insuficiente, al igual que sucede con el conocimiento de sus causas profundas y de los factores que pueden resultar protectores.¹ Ello es especialmente cierto en los países en desarrollo. Las respuestas son fragmentadas y tienden a centrarse en la provisión de cuidados a las que ya sufrieron violencia, más que en la búsqueda de estrategias de prevención eficaces. Además, hay que pasar de manifestar preocupación por la violencia contra la mujer a la asignación concreta de los fondos necesarios para mejorar el conocimiento del problema, estudiar la efectividad y reproducibilidad de las intervenciones y comenzar a enfrentarse al problema de manera realista y con una buena relación costo-efectividad.

La violencia contra las mujeres o la violencia basada en el género puede adoptar muchas formas, entre las que destacan la violencia doméstica, la relación sexual forzada y otras formas de violencia sexual, el tráfico de mujeres y otras formas específicas de determinados países, como las muertes relacionadas con la dote, la mutilación de los genitales femeninos y otras prácticas tradicionales peligrosas. También puede producirse en distintos lugares y circunstancias, como en el hogar, en situaciones de custodia (prisiones, policía), en la comunidad, en ocasión de conflictos armados y en campos de refugiados o desplazados. En

¹Los datos de que se dispone para valorar la magnitud de la violencia en general y de la violencia contra la mujer en particular son insuficientes. Son muchas las razones que explican la insuficiencia de la notificación y gran parte de los datos procedentes de los servicios son incompletos y a menudo poco fiables. Los estudios publicados proceden en su mayoría de los Estados Unidos, Canadá, Australia y algunos países europeos, siendo escasos los originados en países más pobres. Además, muchos de estos estudios conllevan problemas metodológicos de diseño o utilizan muestras derivadas de los sistemas de salud, lo que complica la obtención de cálculos confiables de prevalencia.

todos estos casos, las diferencias de poder entre los géneros y otras desigualdades desempeñan un papel importante en la dinámica de la violencia y las mujeres pueden estar especialmente expuestas a determinadas formas de violencia, como sucede con la violación en situaciones de conflicto armado.

Aún reconociendo la complejidad del tema y las muchas formas existentes de violencia contra la mujer, este trabajo se centra en la violencia doméstica y sexual. En él se hace una revisión del problema, de sus causas y sus consecuencias, en especial de las relacionadas con el género y la equidad en la salud. Se exponen algunos de los dilemas y controversias actuales en este campo y se hacen algunas recomendaciones sobre políticas y programas para progresar en la lucha contra la violencia.

Emitido originalmente como el documento "Violence Against Women, Gender, and Health Equity" (No. 99.15) de la Serie de Working Papers del Harvard Center for Population and Development Studies, Harvard School of Public Health (September 1999).

© Harvard Center for Population and Development Studies, 2000

Los trabajos que componen esta serie sobre "Género y Equidad en la Salud" proceden de dos talleres celebrados en el Center for Population and Development Studies de la Universidad de Harvard en 1997 y 1998, respectivamente. Ambos fueron organizados como parte de la Iniciativa Global para la Equidad en la Salud, un proyecto integrado, financiado en parte por la Fundación Rockefeller y por la Agencia para el Desarrollo Internacional de Suecia. La Iniciativa Global para la Equidad en la Salud es un proyecto interdisciplinario que combina el trabajo conceptual sobre equidad en la salud con estudios de caso-país.

Algunos de los trabajos que integran esta serie se publicarán en inglés en un volumen editado por Gita Sen, Pirooska Ostlin y Asha George.

CONTENIDO

Prólogo	v
Introducción	3
Definición y magnitud del problema	7
Consecuencias de la violencia: un problema relacionado con género y equidad en la salud	11
Mala salud y muerte	11
Uso de los servicios de salud	14
Consecuencias para los niños de la violencia doméstica contra la mujer	14
Los costos de la violencia contra la mujer	16
Causas de la violencia contra la mujer	18
Vínculos entre la violencia contra la mujer, las estructuras patriarcales y la falta de equidad entre los géneros	19
La contemplación de la violencia	21
El alcohol	22
Factores protectores	23
Discusión de las actuales respuestas políticas: limitaciones y algunas propuestas	23
¿Y qué sucede con los hombres: una perspectiva de la violencia según el género?	26
Controversias y dilemas actuales	29
¿Es la violencia contra las mujeres un problema de salud, o un factor de riesgo para la salud?	29
Definición y medición	30
Conocimientos limitados y falta de recursos para la investigación	31
Enfoque médico o de salud pública	33
Modelos limitados para las intervenciones	34
Falta de multisectorialidad	35
Medicina forense: intersección entre los sistemas de salud y legal	35
Marco de derechos legales y humanos	36
Conclusión	37
Referencias	39

PRÓLOGO

Este libro, fruto de la colaboración entre el Centro de Estudios de Población y Desarrollo de Harvard y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), tiene por objeto difundir información y modelos para mejorar el abordaje de las inequidades de género en salud que persisten en la Región. Al hablar de “inequidades de género en salud” se hace referencia a las diferencias injustas pero prevenibles entre mujeres y hombres. Estas inequidades, en nuestras sociedades, están determinadas por las relaciones de poder.

La violencia de género sigue siendo uno de los problemas de salud pública más prevalentes en el mundo, y, a la vez, uno de los que menor visibilidad tienen. En las Américas, una de cada tres mujeres ha sido víctima de actos de violencia, la mayoría de las veces en su propio hogar, y a manos del cónyuge o de un familiar.

Para alcanzar la meta de salud para todos, la OPS privilegia las acciones dirigidas a eliminar las inequidades en salud. A través del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo, se ha fortalecido el papel del sector salud en 10 países, en lo que se refiere a la atención de mujeres y niñas que viven situaciones de violencia, y a la movilización de organismos comunitarios, sectoriales, nacionales y regionales para su prevención. Así, se espera dar mayor visibilidad al problema, al tiempo que se desarrollan las intervenciones más apropiadas. Con las contrapartes de los diferentes sectores, la OPS desarrolló un modelo para la prevención y atención de la violencia doméstica que permitió el establecimiento de más de 70 redes comunitarias, la capacitación de gran número de personas, y el diseño de instrumentos, sistemas y políticas que facilitan la detección y prevención de la violencia, así como la atención de las mujeres y niñas que la sufren.

Esta obra brinda información acerca de los diferentes tipos de violencia, sus causas y consecuencias, relacionándolos con las inequidades sociales y culturales que la exa-

cerban. Además, contiene sugerencias y recomendaciones sobre el análisis de género, presenta diferentes modelos para mejorar programas, describe políticas que se ocupan del tema, y detalla los retos y controversias que despierta la lucha contra la violencia. Su lectura resultará de utilidad para los encargados de tomar decisiones, los profesionales de salud y de otros programas sociales, los investigadores y los funcionarios que abogan por una equidad de género.

Cuando me preguntan si la violencia de género es prevenible, mi respuesta es: "¡Sí!" Su prevención, sin embargo, depende en gran medida de un largo y complejo proceso de sensibilización de la sociedad y del compromiso de sus actores para eliminar las inequidades que facilitan la violencia de género.

George A. O. Alleyne
Director

“...las mujeres no se hallarán libres de violencia hasta que exista igualdad, y la igualdad no se conseguirá hasta que la violencia y la amenaza de la violencia desaparezcan de las vidas de las mujeres”.

Panel Canadiense sobre Violencia Contra la Mujer, 1993

INTRODUCCIÓN

La violencia es un problema generalizado y creciente en casi todas las sociedades. Adopta muchas formas y aparece en todos los ambientes: en el trabajo, en el hogar, en la calle y en la comunidad en su conjunto. Afecta tanto a los hombres como a las mujeres de todas las edades, pero sobre todo a los jóvenes. No obstante, existen diferencias importantes entre las mujeres y los hombres en lo que se refiere a la forma, la naturaleza y las consecuencias de la violencia. Gran parte de la violencia es perpetrada por los hombres, independientemente del sexo y la edad de las víctimas. Lo más importante es el hecho de que la violencia sufrida por las mujeres y las niñas procede de hombres a quienes conocen y se produce dentro del llamado “puerto seguro” del hogar y la familia. La respuesta de la sociedad a las distintas formas de violencia también varía. Así como todos consideran unánimemente que la violencia callejera es un crimen y creen legítima la intervención del Estado, son muchos los gobiernos que dudan cuando se trata de actuar e incluso legislar contra la violencia doméstica. Como se produce en lo que a menudo se considera como la “esfera privada” del hogar, la violencia es difícil de demostrar y de prevenir y fácil de ignorar.

Veinte años de activismo de las organizaciones de mujeres contra la violencia están cambiando lentamente este panorama. En concreto, en los últimos cinco años ha habido creciente reconocimiento de que la violencia contra la mujer, como preocupación legítima, ha llegado a formar parte de la agenda internacional: inicialmente como un tema de derechos humanos de la mujer en la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos de Viena (1993) y en su relación con la salud sexual y reproductiva en la Conferencia In-

ternacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994). La Plataforma para la Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing (1995) dedicó un capítulo completo a la violencia contra la mujer, del que salieron varias recomendaciones para los gobiernos y para las organizaciones multilaterales y no gubernamentales. Más recientemente, la violencia contra la mujer fue objeto de atención como problema de salud pública y fue adoptada como tal por organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), entre otras.

La violencia contra la mujer es un problema complejo y multidimensional. Existen factores individuales, familiares y sociales que sitúan a la mujer ante el riesgo de sufrir actos violentos o, por el contrario, ayudan a reducir ese riesgo. La violencia contra la mujer está imbricada en las normas sociales y culturales que perpetúan la desigualdad entre las mujeres y los hombres y que perdonan e incluso favorecen la discriminación contra la mujer, incluyendo el castigo por parte de los hombres y otras personas. En especial, la violencia doméstica es el epítome de las relaciones de poder desiguales entre mujeres y hombres. El Panel Canadiense sobre Violencia contra la Mujer (1993) afirmó en la introducción a su informe que: *“Es indudablemente claro que las mujeres no se hallarán libres de violencia hasta que exista igualdad, y la igualdad no se conseguirá hasta que la violencia y la amenaza de la violencia desaparezcan de las vidas de las mujeres.”*

La violencia contra las mujeres afecta a todas las esferas de sus vidas: su autonomía, su productividad, su capacidad para cuidar de sí mismas y de sus hijos, y su calidad de vida. Aumenta su riesgo frente a una amplia gama de resultados sanitarios negativos e incluso la muerte. Gran parte de esta violencia se debe, fundamentalmente, a que son mujeres; hecho que recibe el nombre de violencia basada en género. Tiene un gran costo individual para las personas que la sufren y también para la sociedad y para muchos servicios y sectores, incluido el sistema de atención de salud, que debe responder a sus consecuencias. Por tanto, es

un aspecto importante a considerar cuando se estudia la equidad en la salud.

A pesar del creciente reconocimiento de la violencia frente a la mujer y los progresos logrados en los últimos años, la información básica sobre la magnitud del problema sigue siendo insuficiente, al igual que sucede con el conocimiento de sus causas profundas y de los factores que pueden resultar protectores.¹ Ello es especialmente cierto en los países en desarrollo. Las respuestas son fragmentadas y tienden a centrarse en la provisión de cuidados a las que ya sufrieron violencia, más que en la búsqueda de estrategias de prevención eficaces. Además, hay que pasar de manifestar preocupación por la violencia contra la mujer a la asignación concreta de los fondos necesarios para mejorar el conocimiento del problema, estudiar la efectividad y reproducibilidad de las intervenciones y comenzar a enfrentarse al problema de manera realista y con una buena relación costo-efectividad.

La violencia contra las mujeres o la violencia basada en el género puede adoptar muchas formas, entre las que destacan la violencia doméstica, la relación sexual forzada y otras formas de violencia sexual, el tráfico de mujeres y otras formas específicas de determinados países, como las muertes relacionadas con la dote, la mutilación de los genitales femeninos y otras prácticas tradicionales peligrosas. También puede producirse en distintos lugares y circunstancias, como en el hogar, en situaciones de custodia (prisiones, policía), en la comunidad, en ocasión de conflictos armados y en campos de refugiados o desplazados. En

¹Los datos de que se dispone para valorar la magnitud de la violencia en general y de la violencia contra la mujer en particular son insuficientes. Son muchas las razones que explican la insuficiencia de la notificación y gran parte de los datos procedentes de los servicios son incompletos y a menudo poco fiables. Los estudios publicados proceden en su mayoría de los Estados Unidos, Canadá, Australia y algunos países europeos, siendo escasos los originados en países más pobres. Además, muchos de estos estudios conllevan problemas metodológicos de diseño o utilizan muestras derivadas de los sistemas de salud, lo que complica la obtención de cálculos confiables de prevalencia.

todos estos casos, las diferencias de poder entre los géneros y otras desigualdades desempeñan un papel importante en la dinámica de la violencia y las mujeres pueden estar especialmente expuestas a determinadas formas de violencia, como sucede con la violación en situaciones de conflicto armado.

Aún reconociendo la complejidad del tema y las muchas formas existentes de violencia contra la mujer, este trabajo se centra en la violencia doméstica y sexual. En él se hace una revisión del problema, de sus causas y sus consecuencias, en especial de las relacionadas con el género y la equidad en la salud. Se exponen algunos de los dilemas y controversias actuales en este campo y se hacen algunas recomendaciones sobre políticas y programas para progresar en la lucha contra la violencia.

CONTENIDO

Prólogo	v
Introducción	3
Definición y magnitud del problema	7
Consecuencias de la violencia: un problema relacionado con género y equidad en la salud	11
Mala salud y muerte	11
Uso de los servicios de salud	14
Consecuencias para los niños de la violencia doméstica contra la mujer	14
Los costos de la violencia contra la mujer	16
Causas de la violencia contra la mujer	18
Vínculos entre la violencia contra la mujer, las estructuras patriarcales y la falta de equidad entre los géneros	19
La contemplación de la violencia	21
El alcohol	22
Factores protectores	23
Discusión de las actuales respuestas políticas: limitaciones y algunas propuestas	23
¿Y qué sucede con los hombres: una perspectiva de la violencia según el género?	26
Controversias y dilemas actuales	29
¿Es la violencia contra las mujeres un problema de salud, o un factor de riesgo para la salud?	29
Definición y medición	30
Conocimientos limitados y falta de recursos para la investigación	31
Enfoque médico o de salud pública	33
Modelos limitados para las intervenciones	34
Falta de multisectorialidad	35
Medicina forense: intersección entre los sistemas de salud y legal	35
Marco de derechos legales y humanos	36
Conclusión	37
Referencias	39

DEFINICIÓN Y MAGNITUD DEL PROBLEMA

La Declaración de las Naciones Unidas sobre Erradicación de la Violencia Contra las Mujeres, adoptada por la Asamblea General de la ONU en 1993, proporciona un marco amplio y útil para definir la violencia contra la mujer, aunque para fines concretos como, por ejemplo, el monitoreo del problema, se necesitan definiciones operativas más específicas. En dicha declaración se define esta forma de violencia como “cualquier acto de violencia basada en el género que produzca o pueda producir daños o sufrimientos físicos, sexuales o mentales en la mujer, incluidas las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada”.

En la Declaración se dice también que la violencia contra la mujer abarca, entre otras, “la violencia física, sexual y psicológica que se produce en el seno de la familia y en la comunidad en general, incluidas las palizas, el abuso sexual de niñas, la violencia relacionada con la dote, la violación marital, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales dañinas para la mujer, la violencia no conyugal y la violencia relacionada con la explotación, el acoso sexual y la intimidación en el trabajo, en las instituciones educativas y en cualquier otro lugar, el tráfico de mujeres, la prostitución forzada y la violencia perpetrada o tolerada por el Estado” (United Nations 1993). Todas estas formas de violencia se asocian a desigualdades de poder: entre mujeres y hombres, entre los niños y sus cuidadores y, con las crecientes desigualdades económicas, tanto dentro de los países como entre ellos. Aún reconociendo las muchas formas de violencia contra la mujer existentes, este trabajo se centra en la violencia doméstica y sexual contra las mujeres.

Un texto para la discusión del Banco Mundial de 1994, “Violence Against Women. The Hidden Health Burden”, aportó la primera revisión global de la magnitud del problema y de sus consecuencias para la salud (Heise, Pitanguy y Germain 1994). Desde entonces, han aparecido un número creciente de estudios sobre la prevalencia de la violencia doméstica contra la mujer,² tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. En el Cuadro 1 se resumen los datos de prevalencia recogidos en algunos de los estudios más recientes (World Health Organization 1997).

²Hemos elegido el término “violencia doméstica contra la mujer” según su acepción más común en los trabajos procedentes de los Estados Unidos. Otros términos utilizados por los distintos autores para describir estos fenómenos son los de “violencia por parejas masculinas íntimas” y “violencia contra la mujer en el entorno familiar”.

CUADRO 1. Prevalencia de la violencia doméstica contra las mujeres: una muestra de la literatura^a

Camboya Nelson y Zimmerman (1996)	Muestra representativa nacional de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad	16% de las mujeres notifican malos tratos físicos de sus esposos; 8% notifican lesiones
Corea Kim y Cho (1992)	Muestra aleatoria estratificada de todo el país	38% de las esposas notifican malos tratos físicos de sus maridos durante el año anterior
Chile Larrain (1993)	Muestra representativa de mujeres de 22 a 25 años de edad de Santiago, con una relación de más de dos años de duración	26% notifican al menos un episodio de violencia por sus parejas; 11% notifican al menos un episodio de violencia intensa y 15% notifican al menos un episodio de violencia menos grave
Egipto El-Zanty et al. (1996)	Muestra nacional representativa de mujeres de 15 a 49 años de edad que estuvieron o están casadas	35% de las mujeres notifican haber sido golpeadas por sus maridos en algún momento de su matrimonio
Gran Bretaña Mooney (1993)	Muestra aleatoria de mujeres del barrio de Islington, en Londres	25% de las mujeres habían sido golpeadas o azotadas por su pareja o ex-pareja en algún momento de su vida
Israel Haj-Yahia (1997)	Muestra aleatoria sistemática de 1.826 mujeres árabes casadas (no beduinas) de Israel	32% de las mujeres notifican al menos un episodio de malos tratos físicos por su pareja durante los últimos 12 meses; 30% notifican relación sexual forzada por sus esposos durante el año anterior
México Rodríguez y Becerra (1997)	Muestra representativa de 650 mujeres del área metropolitana de Guadalajara, casadas/emparejadas en alguna ocasión	30% notifican al menos un episodio de violencia física por su pareja; 13% refieren violencia física durante el año anterior
Nicaragua Ellsberg et al. (1997)	Muestra representativa de mujeres de 15 a 49 años de edad, de la segunda ciudad más grande de Nicaragua, León, casadas en alguna ocasión	52% notifican malos tratos físicos de su pareja en al menos una ocasión; 27% notifican malos tratos físicos en el año anterior
Suiza Gillioz et al. (1997)	Muestra de 1.500 mujeres de 20 a 60 años de edad, en una relación	20% notifican agresiones físicas
Uganda Blanc et al. (1996)	Muestra representativa de mujeres de 20 a 44 años de edad y de sus parejas en dos distritos, Masaka y Lira	41% de las mujeres notifican malos tratos o lesión física causada por su pareja; 41% de los hombres afirman golpear a sus compañeras
Zimbabwe Watts (1997)	Muestra representativa de 966 mujeres mayores de 18 años en la provincia de Midlands	32% notifican malos tratos físicos por un miembro de la familia o del domicilio desde los 16 años de edad

Fuente: World Health Organization. (1997) *Violence against women. A priority health issue*. Geneva: WHO. (WHO/FRH/WHO/97.8).

^aVer la Bibliografía para más información sobre cada uno de los títulos citados.

Conviene señalar que estos estudios, aunque intrínsecamente concordantes, utilizan definiciones distintas de violencia y miden aspectos diferentes, lo que dificulta la comparación de sus cifras y de las procedentes de cada país. Sin embargo, en conjunto, los datos indican que la violencia contra la mujer, especialmente la violencia doméstica, es un problema importante y generalizado que puede encontrarse en una amplia variedad de circunstancias. La revisión de un número seleccionado de encuestas de población bien diseñadas indica que entre 20% y 50% de las mujeres notifican haber sido objeto de violencia física por parte de un compañero masculino íntimo al menos una vez en sus vidas (World Health Organization 1997).

También la relación sexual forzada parece ser frecuente. En 1998, la Commonwealth Fund Survey on Women's Health de los Estados Unidos estableció que una de cada cinco mujeres entrevistadas (21%) confesaba haber sido víctima de una violación o un asalto sexual (Scott-Collins et al. 1999). Sin embargo, también sobre este aspecto existen grandes variaciones en las definiciones de violación y abuso sexual utilizadas por los distintos autores, lo que hace imposible establecer comparaciones entre las cifras recogidas. Los índices varían enormemente, dependiendo de si la definición de abuso sexual incluye solo el contacto físico o las formas de abuso sin contacto. También varían según la definición de violación o intento de violación empleada. Por ejemplo, en muchos países, la definición legal de violación comprende tan solo la penetración del pene en la vagina. Además, existen formas distintas de coacción sexual, variables de unas culturas a otras. Sin perder de vista estos obstáculos, se calcula que, en todo el mundo, una de cada cinco mujeres se ha visto forzada a practicar el sexo contra su voluntad (World Health Organization 1997).

Los datos sobre el abuso sexual, especialmente durante la infancia, son aún más difíciles de obtener. No obstante, existen ciertos indicios de que es mucho más frecuente de lo que hasta ahora se pensaba. Por ejemplo, en un estudio realizado en Barbados sobre una muestra representativa de mujeres y hombres de 20 a 45 años, se observó que 33% de las mujeres y 2% de los hombres admitían haber sido objeto de conductas constitutivas de abuso sexual durante la infancia o la adolescencia (Handwerker 1993). Otro estudio llevado a cabo en Suiza demostró que 20% de las mujeres y 3% de los hombres de 13 a 17 años de edad habían sufrido abusos sexuales con contacto físico (Halperin et al. 1996). Otros estudios recientes confirman el amplio porcentaje de casos en los que la primera experiencia sexual no es

deseada e incluso es forzada. Por ejemplo, en una encuesta nacional sobre VIH/sida llevada a cabo en la República Centroafricana entre septiembre y diciembre de 1989, casi 22% de las mujeres que respondieron informaron de que su primera experiencia sexual con coito fue una "violación" (Chapko et al. 1999). En un estudio sobre madres adolescentes que acudieron a una clínica prenatal en Cape Town, Sudáfrica (edad media, 16,3 años), 30% declararon que su primer coito fue "forzado" y 11% afirmaron haber sido violadas (Wood, Maforah y Jewkes 1998).

La situación podría ser aún más extrema en las zonas de conflicto armado, en las que los movimientos de masas y la inseguridad y la violencia generales pueden contribuir a un aumento de las violaciones y agresiones sexuales, sobre todo, aunque no exclusivamente, de las mujeres. Quizá donde se alcanza el punto más alto es en las guerras civiles interétnicas, en las que una de las estrategias más importantes es la destrucción del tejido social. Así se comprobó recientemente en Rwanda y en la antigua Yugoslavia, donde se recurrió de forma sistemática a la violación como arma de guerra (Swiss y Giller 1993). Es bien conocido que resulta probable que el incremento del riesgo de violencia permanezca una vez concluido el conflicto, avivado por la presencia de armas de fuego y de otros tipos. Junto al problema de la violencia relacionada con las guerras se encuentra la violencia doméstica que muchas de estas mujeres también sufren. Se ha sugerido que la violencia doméstica podría aumentar durante o después de un conflicto, pero esta afirmación es difícil de demostrar, dada la falta de información previa en la mayoría de los casos.

No existen cálculos fidedignos acerca de las demás formas de violencia contra la mujer, tales como la prostitución forzada o el tráfico de mujeres. Sin embargo, se dispone de algunos datos anecdóticos que parecen indicar que tales formas están aumentando, sobre todo en ciertas partes de Asia y en los nuevos estados surgidos en Europa Central y del Este. Este incremento, al igual que el crecimiento del turismo sexual, se debe a las crecientes disparidades económicas dentro de los países y entre ellos. A menudo, son las familias más pobres las que venden a sus hijas para asegurar la supervivencia del resto de la familia. Se trata de un ejemplo más de la relación existente entre violencia, pobreza y desigualdad.

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA: UN PROBLEMA RELACIONADO CON GÉNERO Y EQUIDAD EN LA SALUD

Las consecuencias de la violencia contra las mujeres son muy amplias e influyen en todos los aspectos de sus vidas, su salud y la de sus hijos y se extienden, además, al conjunto de la sociedad. Por otra parte, existen muchas formas de autoperpetuación de la violencia, por lo que depende de la desigualdad y, a su vez, perpetúa dicha desigualdad. Por ejemplo, la violencia doméstica se asocia a la pobreza, pero también perpetúa la pobreza a través de la reducción de las oportunidades que puede tener la mujer de trabajar fuera de casa, de su movilidad y acceso a la información y de la escolarización de sus hijos. Ejerce su impacto en la capacidad de la mujer para cuidar de sí misma y de sus hijos y se asocia a conductas autodestructivas, como el abuso de drogas o alcohol. Además, la violencia influye de forma determinante en los sentimientos de amor propio, autonomía y capacidad para sentir y actuar con independencia y capacidad como mujer.

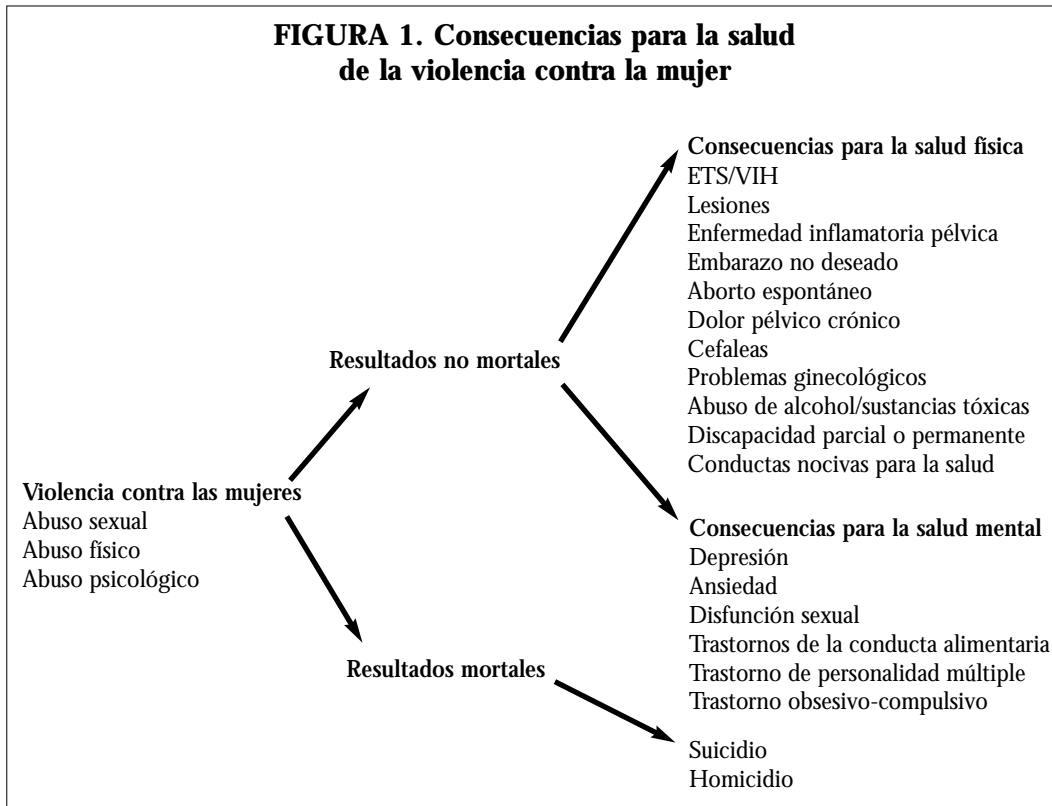
Mala salud y muerte

La violencia contra la mujer, especialmente la violencia doméstica y el abuso sexual, conlleva muchas consecuencias negativas para la salud que se resumen en la Figura 1. Entre ellas se encuentran: lesiones (que oscilan desde cortes y hematomas a lesiones graves que causan incapacidad permanente, como la pérdida de audición), enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida, embarazo no deseado, problemas ginecológicos, dolor pélvico crónico asociado a veces a enfermedad inflamatoria pélvica, hipertensión, depresión, trastornos por ansiedad, trastorno por estrés posttraumático, cefaleas, síndrome de colon irritable y diversas manifestaciones psicosomáticas.³

Se admite con frecuencia cada vez mayor que la violencia es causa de lesiones en la mujer, pero su impacto en la salud mental y la salud sexual y reproductiva femeninas es menos conocido. La relación sexual forzada, sea con la pareja o con un extraño, puede provocar un embarazo no deseado o una infección venérea, incluido el VIH/sida. La violencia o el temor a ella también pueden afectar de manera indirecta a la salud sexual y reproducti-

³Para más información sobre las consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer, véanse Heise, L.L., Pitanguy, J., Germain, A. (1994); Heise, L.L., en Koblinsky, M., Timyan, J., Gay, J., eds. (1993); Resnick, H.S., Acierno, R., Kilpatrick, D.G. (1997).

FIGURA 1. Consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer



va, ya que influyen en la capacidad de la mujer para negociar el sexo seguro, incluido el uso de condones y de la anticoncepción. Datos procedentes de los Estados Unidos demuestran que cada año se producen más de 32.000 embarazos como consecuencia de violaciones, la mayoría de ellos en adolescentes; 50% de ellos acaban en aborto y 5,9%, en la cesión del recién nacido en adopción (Holmes et al. 1996). La literatura referente a la asociación entre violencia y trastornos de salud mental crece de día en día.⁴

La violencia también se produce durante el embarazo, por lo que sus consecuencias afectan no solo a la mujer, sino también al feto o al recién nacido. Una revisión de los estudios efectuados en los Estados Unidos demostró una prevalencia de abusos durante el embarazo que oscilaba entre 0,9 y 20%, con una tasa de prevalencia en la mayoría de estos estudios de 4 a 8,3% (Gazmararian et al. 1996). La violencia durante el embarazo se asocia a abortos, muerte fetal, parto prematuro y muerte y lesiones

⁴Véanse, por ejemplo, Mullen, P.E., et al. (1988); Ellsberg, M., et al. (1997); Campbell, J.C., Kub, J.E., Rose, L. (1996), *JAMWA* 51(3):106-111.

fetales o del recién nacido (McFarlane, Parker y Soeken 1996). En varios estudios se observó asimismo su asociación con bajo peso al nacer (BPN). Por ejemplo, Bullock y McFarlane (1989) encontraron tasas de BPN significativamente más altas en las mujeres golpeadas (12%) que en las no golpeadas (6%), incluso tras controlar otras variables como el tabaco, el alcohol, la asistencia prenatal y las complicaciones maternas. Esta misma asociación apareció en un estudio efectuado en Nicaragua (Momeni et al., en prensa). Otra investigación, llevada a cabo en India, demostró la existencia de una fuerte asociación entre las mujeres golpeadas y la pérdida de fetos y lactantes, incluso después de controlar las variables de educación y paridad (Jeejeebhoy 1998).

La violencia contra la mujer puede provocar también la muerte. Las tasas de muerte por "feminicidio", como se denomina cada vez con mayor frecuencia al homicidio femenino, suelen ser mucho menores que las de muerte por homicidio en los hombres. Por ejemplo, en las Américas, las causas externas son las responsables de 51,7% de las muertes de hombres y 24,5% de las de mujeres. En los primeros, la causa externa más importante es el homicidio, que representa 39,5% del total, mientras que los homicidios femeninos constituyen la segunda causa externa de muerte, con 23,2% del total (Organización Panamericana de la Salud 1998). Sin embargo, se sabe que, en la mujer, la muerte por homicidio se asocia a antecedentes de violencia doméstica. Una elevada proporción de las muertes de mujeres son ocasionadas por conocidos, especialmente sus parejas o antiguas parejas. Muchas de estas muertes se producen en torno al momento en que la mujer decide buscar ayuda o abandonar a su agresor. Durante 1992 se produjeron en los Estados Unidos 5.373 homicidios de mujeres y en 6 de cada 10 casos, el homicida fue una persona conocida por la víctima; alrededor de la mitad de estas mujeres fueron víctimas de sus esposos o de personas con quienes habían tenido intimidad (Saltzman y Johnson 1996). Entre 1976 y 1996, el número de muertes ocasionadas por familiares de las víctimas cayó en un promedio de 5% anual para los hombres y 1% para las mujeres (United States Department of Justice 1998).

En muchas mujeres que sufren palizas o abusos sexuales de forma crónica, la tensión emocional y física puede inducir al suicidio. Las investigaciones efectuadas en los Estados Unidos, Nicaragua y Suiza demuestran que las mujeres golpeadas corren un riesgo mayor de intento de suicidio (Abbott et al. 1995; Bailey et al. 1997; Kaslow et al. 1998; Bergman y Brismar 1991; Rosales et al. 1999). Estos datos constituyen un testimonio

dramático de las limitadas opciones de que disponen algunas de las mujeres que sufren una relación de agresión.

Uso de los servicios de salud

En los países industrializados parece existir una asociación entre la victimización y el uso de los servicios de salud. Por ejemplo, en un estudio de una organización de salud gerenciada (HMO) importante de los Estados Unidos, se comprobó que los antecedentes de violación o agresión eran un factor de predicción de las visitas a los médicos y de los costos ambulatorios más fuerte que ninguna otra variable, incluidos la edad de la mujer u otros riesgos de salud como el consumo de tabaco (Koss, Koss y Woodruff 1991). En el año en que se hizo el estudio, que no fue el mismo del que se obtuvo la información, las mujeres que habían sido víctimas de la violencia buscaron atención médica con una frecuencia dos veces mayor que las que no la sufrieron. Además, el costo de la atención médica de las mujeres violadas o que sufrieron agresiones fue 2,5 veces mayor que el de las no agredidas y ello, tras controlar los factores que pudieran inducir a confusión. Los datos sobre este aspecto procedentes de los países en desarrollo son escasos. Aunque es posible que las mujeres no acudan a los servicios de salud y lo hagan a otras fuentes más informales, como los vecinos o la familia, también es posible que utilicen aquellos para resolver diversos problemas de salud relacionados con la violencia, como es la depresión, mientras que la violencia propiamente dicha permanece oculta.

Las numerosas consecuencias para la salud de la violencia doméstica son importantes en lo que se refiere a la equidad en la salud, ya que pueden incrementar la necesidad de atención de salud, al mismo tiempo que la mujer puede encontrar obstáculos para acceder a dicha atención. La encuesta del Commonwealth Fund de 1998 sobre la salud de las mujeres en los Estados Unidos detectó que las sometidas a violencia o abusos tenían mayores dificultades para acceder a la atención de salud que las demás (Scott-Collins et al. 1999). Más de la tercera parte de las que sufrieron violencia o abusos notificaron que no habían obtenido la atención de salud que necesitaban en al menos una ocasión.

Consecuencias para los niños de la violencia doméstica contra la mujer

Además del impacto directo de la violencia en la mujer y en su vida, varios estudios indican que la violencia doméstica contra la mujer también

tiene consecuencias para sus hijos, tanto si solo son testigos de la violencia como si son también víctimas de ella. Estas consecuencias se traducen en problemas de conducta, a menudo asociados a dificultades de comportamiento, problemas escolares y falta de relación positiva con los compañeros (Jaffe, Wolfe y Wilson 1990). Los niños expuestos a la violencia contra sus madres tienen igualmente dificultades de adaptación al medio escolar, incluyendo el absentismo.

Jaffe publicó los resultados de un estudio de Hughes sobre niños que residían en refugios según el cual, 55% de los niños se caracterizaban por retraimiento y 10% revelaban tener actitudes suicidas. Otros informes recogen un alto grado de ansiedad —de los niños que se comen las uñas, se arrancan el pelo y notifican molestias somáticas como cefaleas y dolores de estómago. Se ha demostrado, además, que los niños que son testigos de agresiones frecuentes e intensas a sus madres puntúan significativamente menos en una medida de sensibilidad interpersonal (capacidad para comprender las situaciones sociales y los pensamientos y sentimientos de las personas que intervienen en dichas situaciones) que los niños expuestos a agresiones maternas menos frecuentes e intensas. A su vez, este hallazgo se asocia con “conductas de alto riesgo”, como la práctica del sexo no seguro en etapas posteriores de la vida (Jaffe, Wolfe y Wilson 1990).

Una revisión de las investigaciones de la Academia Nacional de Ciencia de los Estados Unidos afirma que “la tercera parte de los niños que sufrieron abusos o se vieron expuestos a la violencia paterna se convierten en adultos violentos” (National Research Council 1996). Esto es especialmente cierto en los niños varones, mientras que las niñas que son testigos de la violencia tienen más probabilidades de acabar siendo víctimas de relaciones violentas. Por tanto, a menudo resulta difícil separar las causas de las consecuencias, ya que crecer en una familia en la que la madre es objeto de abusos es una vía importante por la que el ciclo de la violencia doméstica se perpetúa. Además, sirve para reforzar y perpetuar los estereotipos de género y las relaciones desiguales entre los géneros, lo que a su vez contribuirá a la violencia contra la mujer. Ser testigo de la violencia doméstica también contribuye a la violencia general, en el sentido de que estos niños identifican la violencia como medio para resolver los conflictos.

Además del hecho de ser testigos, la victimización de los niños también perpetúa el ciclo de la violencia por otros caminos. Se sabe que los niños que sufren abusos sexuales tienen una escasa autoestima, incapacidad para rechazar las relaciones sexuales no deseadas y comportamientos auto-

destructivos, entre ellos el abuso del alcohol y las drogas. Igualmente hay una estrecha relación con la depresión, otros problemas mentales y el abuso posterior. En un estudio efectuado en Barbados se observó que el abuso sexual fue el factor determinante más importante de la conducta sexual de alto riesgo (Handwerker 1993). Tras controlar 17 variables que podrían haber dado lugar a confusión en estudios previos, se observó una fuerte relación entre el abuso sexual y el número de años sexualmente activos antes de llegar a los 20, el número de parejas por intervalos de 5 años, la omisión del uso del condón y la historia de ETS (Handwerker 1993). Otro estudio hecho en 535 adolescentes embarazadas o púerperas reveló que las que habían sufrido abusos antes de su primer embarazo tenían mayores probabilidades de haber intercambiado sexo por dinero, drogas o un lugar donde vivir; de haber consumido alcohol o drogas durante el embarazo; de tener menos probabilidades de usar anticonceptivos y de haber comenzado las relaciones sexuales al menos un año antes que la media de las demás participantes en el estudio (13,2 frente a 14,5 años) y considerablemente antes que las compañeras no embarazadas (16,2 años) (Boyer y Fine 1992).

LOS COSTOS DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

La información sobre los costos de la violencia contra la mujer es limitada, aunque puede admitirse que es importante. Existen costos directos, referidos a la pérdida de vidas y de los servicios proporcionados, sean de salud, legales, de protección o de otro tipo. También hay costos indirectos, como los días de trabajo perdidos o la disminución de la productividad, con un impacto en la economía global. Además, pueden considerarse otros muchos costos indirectos (a veces denominados “costos intangibles”) que, en su mayoría, no son contabilizados debido a la dificultad que entraña su medición. Entre ellos se encuentran el costo de las vidas destrozadas, del dolor crónico, del sufrimiento, del miedo, de la depresión, de los intentos de suicidio, de la pérdida de oportunidades para lograr las propias metas y de la pérdida del amor propio. Aunque puede ser útil considerar las consecuencias económicas de la violencia contra las mujeres, la misma importancia tiene la inclusión de los aspectos humanos y sociales en las consideraciones sobre el costo que la violencia contra las mujeres tiene para la sociedad.

Laurence y Spalter-Roth (1996) revisaron los datos obtenidos de las mediciones de los costos de la violencia doméstica y la relación costo-

efectividad de las intervenciones en los Estados Unidos. Citan cálculos sobre el costo de la violencia en ese país que oscilaron entre los US\$ 5.000 y US\$ 10.000 millones anuales de pérdidas por esta causa hasta los US\$ 67.000 millones hallados en un estudio sobre los costos del delito para las víctimas.⁵ Concluyen que en pocos estudios se incluyen los costos indirectos y que aún los que se limitan a los directos tienden a adoptar un enfoque demasiado estricto. En la mayoría de los estudios solo se consideran los costos de las lesiones y las muertes. Sin embargo, los costos no repercuten solo en la víctima, sino también en su familia, los recursos de las instituciones de las comunidades y de las sociedades en su conjunto y en los programas destinados a los que ejercen la violencia. Además, la violencia contra la mujer contribuye a otros problemas como el vagabundeo, los servicios de atención a menores y los problemas de salud mental, que a menudo no se incluyen en los cálculos (Laurence y Spalter-Roth 1996). En la actualidad se están haciendo nuevos estudios para proponer formas de calcular el costo de la violencia doméstica. En uno reciente, llevado a cabo en Suiza, el cálculo del costo directo anual se eleva a SF 409.750.000 (alrededor de US\$ 273.166.000 al cambio de 1999) (Yodanis y Godenzi 1999).⁶

Otra gran laguna del conocimiento en el campo de la violencia doméstica se refiere a la relación costo-efectividad de las intervenciones relacionadas con ella. Hasta el momento no se ha intentado documentar este aspecto (Laurence y Spalter-Roth 1996). Sin embargo, se trata de una información esencial para que los responsables de las políticas, los fondos y las actividades puedan identificar las intervenciones efectivas, factibles y duraderas para erradicar la violencia. Los estudios de costo-efectividad pueden ayudar a transformar el conocimiento de la violencia contra la mujer en un tema sobre el que los responsables de las decisiones pudieran tomar medidas, si se proporciona la guía sobre el lugar en que los recursos pueden usarse con mayor eficiencia.

⁵Estas grandes diferencias se deben a los distintos métodos utilizados para medir los costos de la violencia y la inclusión de varias clases de costos en los diversos estudios.

⁶Para otros estudios sobre el costo de la violencia doméstica véase Blumel, D.K., et al. (1993) de Australia. No existen intentos de cuantificar esta magnitud en los países en desarrollo.

CAUSAS DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Para evitar y tratar un problema social como la violencia contra la mujer es necesario conocer sus causas. Aunque son muchas las teorías que intentan explicarla, el conocimiento de sus causas precisas sigue siendo escaso. Los estudios efectuados no pudieron identificar característica concreta personal o de actitud alguna por la que determinadas mujeres pudieran ser más vulnerables a la violencia, excepto una asociación con haber sido testigos, cuando eran niñas, de la violencia paterna (National Research Council 1996). Parece que el factor principal de riesgo para la violencia doméstica contra la mujer es, precisamente, el hecho de ser mujer. En otras palabras, es un problema que afecta a las mujeres de todo el mundo, de todas las clases sociales, de todas las religiones y de todos los grupos étnicos. Al mismo tiempo, las tasas con las que el problema ocurre son variables a través de estos factores.

Las investigaciones efectuadas en los últimos 20 años, fundamentalmente en los Estados Unidos, permitieron identificar algunos de los factores asociados a la violencia contra las mujeres. Sin embargo, gran parte de estas investigaciones se centraron en un solo factor causal o trataron de explicar una teoría causal de la violencia doméstica (aprendizaje social, feminismo, sistemas familiares, estructuras) centrada en el responsable o en la víctima. Recientemente, se propusieron modelos más complejos para el estudio de la violencia, entre ellos los análisis estadísticos multivariados. Por ejemplo, cuando se estudia la asociación entre el nivel socioeconómico y la violencia contra la mujer, es necesario conocer mejor cuáles aspectos de un nivel socioeconómico bajo están relacionados con la violencia. ¿Son los ingresos, el nivel educativo, la disparidad entre marido y mujer en términos de posición social o recursos socioeconómicos, hacinamiento u otras variables? (Hoffman, Demo y Edwards 1994). Hay que señalar también que la literatura sobre los factores causales procede principalmente de los países desarrollados y que para identificar los factores determinantes y protectores de la violencia en otros entornos sería necesario disponer de muchos más estudios.

Heise se apoya en el trabajo de otros autores para proponer “un marco ecológico integrado” para el estudio y el conocimiento de la violencia contra la mujer (Heise 1998). Este marco estudia los factores que actúan en cuatro ámbitos distintos: individual, familiar, comunitario y sociocultural. Lo más importante de este modelo es que insiste en la interacción que se

produce entre los factores de los distintos niveles. En otras palabras, aporta un modelo de niveles de causalidad imbricados en el que no existe un solo factor causal, sino más bien una interacción de factores que operan en niveles distintos y que pueden favorecer la violencia o proteger contra ella. Son estos factores y sus interacciones en niveles distintos lo que hay que conocer mejor en los distintos contextos y ambientes culturales. Ello ayudará a identificar los distintos puntos de partida y los caminos por donde avanzar en la prevención de la violencia y en intervenciones de otro tipo.

Vínculos entre la violencia contra la mujer, las estructuras patriarcales y la falta de equidad entre los géneros

Las normas y los valores relacionados con los géneros que sitúan a la mujer en una posición subordinada con respecto al hombre mantienen y refuerzan la violencia doméstica contra ella. Esto sucede en todas las clases sociales, religiones y niveles educativos. Aunque existen variaciones asociadas a la raza, la clase social, la geografía o la región que han de ser explicadas, feministas y otros estudiosos identificaron las relaciones de desigualdad entre los géneros como la pieza clave de la violencia doméstica y sexual contra la mujer. El contexto cultural específico desempeña un papel importante a la hora de definir los mecanismos por los que la desigualdad de géneros y otros factores influyen en la violencia.

Heise, en el artículo antes mencionado, revisó los estudios publicados y resumió algunos de los factores relacionados con la violencia que logró identificar, organizándolos según los niveles del modelo ecológico que proponía. Muchos de los factores identificados guardan una estrecha relación con las normas y valores que giran en torno a la igualdad social y de los géneros. Por ejemplo, en el nivel familiar, el dominio y control masculinos sobre la riqueza parecen importantes, mientras que en el ámbito macrosocial lo serían los conceptos de titularidad/propiedad del hombre sobre la mujer, de masculinidad vinculada a la agresión y al dominio, de las atribuciones rígidas de género y la aceptación de la violencia interpersonal como forma de resolver los conflictos (Heise 1998).

Según la revisión del Consejo Nacional de Investigación de los Estados Unidos, varios estudios confirman el hecho de que “los hombres criados en estructuras familiares patriarcales en las que se estimulan los papeles tradicionales de los géneros tienen mayores probabilidades de convertirse en

adultos violentos, de violar a mujeres que conocen y de golpear a sus compañeras íntimas, en comparación con los hombres criados en hogares más igualitarios” (National Research Council 1996). Schuler et al., tras estudiar la violencia contra la mujer en Bangladesh, señalaron que aunque la mayor parte de las agresiones de los hombres contra las mujeres tiene lugar en el hogar, no solo se originan y persisten en dicho contexto. Más bien, la violencia es uno de los elementos de un sistema de subordinación de la mujer a través de normas sociales que establecen su lugar y su conducta (Schuler et al. 1999). Este estudio muestra que la violencia es más frecuente cuando la mujer transgrede o desafía las atribuciones tradicionales impuestas por la sociedad.

Un estudio realizado en una población urbana con escasos recursos del Distrito Federal de México llegó a conclusiones semejantes, encontrando que la violencia contra la mujer y los trastornos relacionados con ella están imbricados en sus relaciones sociales, especialmente en las que mantiene con su pareja masculina (Finkler 1997). Se señala que las ideologías tradicionales refuerzan la dependencia económica de la mujer con respecto al hombre, los conceptos sobre su papel en el hogar, su inferioridad social y la forma en que estas ideologías se transmiten también a través de la práctica biomédica. Aunque en los estratos socioeconómicos más bajos, tanto los hombres como las mujeres están expuestos a muchas formas de infortunio y denigración, el poder que la ideología prevalente concede al hombre y el uso de la violencia física contra la mujer generan lo que Finkler llama “lesiones de la vida” en la mujer. Estas lesiones se asocian a enfermedad y se sugiere que son la causa de muchos de los cuadros subagudos que no suponen una amenaza para la vida pero que la mujer de los países en desarrollo presenta cuando acude a los servicios de salud y que no son fácilmente tratables con los remedios biomédicos habituales (Finkler 1997).

Los estudios transculturales antropológicos y etnográficos de la violencia contra la mujer, como el de Levinson (1989) y la revisión de 14 culturas efectuada por Counts, Brown y Campbell (1992) también identificaron la influencia de las costumbres sociales y culturales, incluidas las que giran en torno a las relaciones entre los géneros, en la aceptación y promoción de la violencia contra la mujer. Counts, Brown y Campbell encontraron que la presencia y la gravedad de las palizas a las esposas oscilaba entre una gran frecuencia y su casi inexistencia, aunque la mayoría de las sociedades toleraban e incluso consideraban necesario el castigo físico de aquellas. Estos autores observaron que la existencia de “sanciones” contra la con-

ducta violenta, de “santuarios” para las mujeres que experimentan violencia, o ambas cosas (por ejemplo, cuando la familia o la comunidad pueden intervenir en las disputas o en la violencia matrimonial) se asocia a menores niveles de violencia y viceversa. Las culturas con un concepto “machista” de la masculinidad asociado a dominio, dureza u honor masculinos son también aquellas que poseen los niveles globales de violencia contra la mujer más altos (Campbell 1985).

Las normas culturales que rodean a la violencia, el género y las relaciones sexuales no solo se manifiestan en el ámbito individual, sino que también la familia, la comunidad y el más amplio contexto social, incluidos los medios de comunicación, los refuerzan o combaten. Dobash et al. (1992) demostraron cómo la dominación histórica de los maridos sobre sus esposas, incluido el uso de la violencia, ha sido sancionada por creencias culturales. En muchos entornos, la violencia se considera “normal” y una prerrogativa de los hombres/maridos. La socialización de los niños y las niñas suele reflejar las normas y los valores culturales relacionados. Se estimula a los niños varones a ser agresivos y sexualmente activos, mientras que a las niñas se les enseña a resistir la actividad sexual y a ser dulces. Datos perturbadores de algunos países demuestran que el primer acto sexual que experimentan las niñas suele ser forzado, aceptado por miedo a la violencia. (Wood, Maforah y Jewkes 1998). Este hecho resalta la necesidad de establecer normas y actitudes sociales que favorezcan la igualdad de los géneros y de las relaciones sexuales, comenzando por los niños y los adolescentes. Para poder llevar a cabo intervenciones contra la violencia, es importante comprender que estas normas sociales que perdonan y legitiman la violencia contra la mujer contribuyen a elevar sus niveles.

La contemplación de la violencia

Como se indicó más arriba, los estudios realizados en Nicaragua (Ellsberg et al. 1997), Camboya (Nelson y Zimmerman 1996), Canadá (Johnson 1996) y los Estados Unidos demuestran que la exposición a la violencia doméstica entre los padres durante el período de crecimiento se asocia a violencia doméstica contra la mujer. La tercera parte de los niños que sufrieron abusos o presenciaron la violencia paterna durante su infancia se hacen adultos violentos y el abuso sexual durante la niñez constituye un factor de riesgo en los varones para que se transformen en ofensores sexuales cuando alcanzan la edad adulta (National Research Council 1996).

En una revisión crítica de 52 estudios llevados a cabo en los Estados Unidos y en la que se incluyeron grupos de comparación, Hotaling y Sugarman (1986) encontraron que el único marcador de riesgo de la mujer asociado constantemente al hecho de ser víctima de violencia física fue el haber sido testigo de la violencia paterna durante la infancia. En cuanto a la agresión sexual, Koss y Dinero (1989) llegaron a la conclusión de que, en general, no es previsible pero que, hasta donde puede decirse, se explica por variables que representan los efectos posteriores del abuso sexual en la infancia, incluyendo la influencia del abuso de alcohol, de los valores sexuales y del grado de actividad sexual (National Research Council 1996). Lo mismo se había observado en otros estudios, como el llevado a cabo en Barbados y anteriormente comentado (Handwerker 1993).

Al revisar estos estudios es importante observar que, aunque el hecho de ser testigos favorece el riesgo de mantener los patrones de violencia, ello no ocurre necesariamente siempre. Como dice Johnson, "Aunque es verdad que la frecuencia de palizas a las esposas es mucho mayor en los varones que fueron testigos de la violencia ejercida por sus propios padres, también es cierto que la mayoría de los varones agresores no estuvieron expuestos a la violencia durante su infancia. Más de la mitad de los varones que sufrieron esta exposición nunca se comportan violentamente con sus propias esposas." (Johnson 1996).

El alcohol

Es necesario mencionar el alcohol, ya que en los distintos estudios se aprecia de manera constante una relación entre el consumo elevado del mismo y la violencia sexual contra las parejas íntimas. Sin embargo, la relación exacta entre el alcohol y la violencia sigue siendo oscura (National Research Council 1996). Muchas personas beben sin que por ello manifiesten un comportamiento violento y muchas palizas y asaltos sexuales ocurren en ausencia de alcohol. No obstante, existen algunos datos según los cuales los varones violentos que abusan del alcohol tienen accesos de violencia con mayor frecuencia y que infligen lesiones más graves a sus compañeras, en comparación con los que no tienen problemas con el alcohol (Frieze y Browne 1989, en Heise 1998). El abordaje del problema de la violencia dentro de los programas de tratamiento del alcoholismo podría ayudar a reducir la incidencia y la gravedad de las agresiones, pero no terminaría necesariamente con la violencia.

FACTORES PROTECTORES

Se han identificado factores de riesgo y también otros que parecen ofrecer protección frente a la violencia o, al menos mitigarla, lo que podría proporcionar importantes puntos de partida para el desarrollo de intervenciones. En un estudio efectuado en Nicaragua se documentó la importancia de disponer de una familia capaz de responder o intervenir en caso de violencia (Ellsberg et al. 1997). En Bangladesh, la pertenencia a un programa de crédito se asoció con niveles más bajos de violencia doméstica, gracias tanto a la canalización de los recursos a las familias pobres a través de las mujeres como a la participación de estas en reuniones periódicas y su exposición a desconocidos (Schuler et al. 1999). Los investigadores observaron que los organizadores de los programas de crédito podrían lograr mejores resultados, al menos aumentando la concienciación y la disposición a discutir el tema. Sin embargo, la globalización y la urbanización creciente de los países en desarrollo podrían estar facilitando la desaparición de algunos de los factores protectores, ya que favorecen el aislamiento de las mujeres, separándolas de sus familias más amplias, además de haber contribuido a atenuar las sanciones de la comunidad (Finkler 1997). El conocimiento y el sostén de las fuentes tradicionales de apoyo o remedio pueden ser intervenciones importantes, sobre todo cuando los recursos son escasos.

DISCUSIÓN DE LAS ACTUALES RESPUESTAS POLÍTICAS: LIMITACIONES Y ALGUNAS PROPUESTAS

La escasez de información sobre factores de riesgo y de protección es un obstáculo importante para el diseño de los programas y políticas localmente pertinentes. A este respecto, es necesario disponer de nuevos estudios. Hasta fechas muy recientes, gran parte de la respuesta a la violencia contra la mujer, incluidos los servicios de atención y apoyo, procedía de las organizaciones no gubernamentales y voluntarias, especialmente de las formadas por mujeres. Ejemplos clásicos son los hogares para mujeres golpeadas y centros para violadas, que en muchos países desarrollados siguen siendo la base de los servicios a los que pueden acudir las mujeres víctimas de la violencia, si bien con diversos grados de financiación guber-

namental. Algunos países, sobre todo nórdicos, disponen de políticas y mecanismos de coordinación gubernamentales que proporcionan un marco para la acción, pero en su mayoría las respuestas solo se producen después del hecho. Siguiendo las directrices de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing, varias naciones en desarrollo, sobre todo latinoamericanas, promulgaron leyes sobre la violencia doméstica. Se trata de un paso importante, pero aún queda mucho por hacer antes de que estas leyes puedan ponerse en práctica de forma realista. Además, la reforma legal es solo uno de muchos cambios necesarios para combatir la violencia contra la mujer.

En la actualidad, se están desarrollando numerosos proyectos encaminados a facilitar o a mejorar la respuesta de los sectores formales ante las mujeres que sufren la violencia. Hasta ahora, las intervenciones se centraron en el sistema policial, legal y judicial (jueces y otros) y, progresivamente, en el sector salud. Casi todas ellas consisten en enseñar a mejorar la identificación y la respuesta a las mujeres víctimas de la violencia. Este enfoque tiene diversas limitaciones:

- a) La capacitación suele ser una intervención aislada, con escaso seguimiento. Se convierte en un fin más que en un medio.
- b) La capacitación se centra exclusivamente en el contenido técnico y no abarca las actitudes y valores de los docentes. Por ejemplo, un servicio de salud no acogedor y en el que las mujeres no sean tratadas con respeto o no sean escuchadas difícilmente podrá proporcionar un ambiente adecuado para tratar la violencia contra la mujer.
- c) Las instituciones como la policía y los sistemas legal y de salud reflejan los mismos estereotipos de género y las normas prevalentes que respaldan la violencia en el entorno social. En ocasiones, la capacitación puede abarcar el estudio de la construcción social del género y las relaciones de poder, pero lo más frecuente es que no lo haga; los programas de capacitación rara vez tratan de las barreras estructurales que dificultan la puesta en práctica de lo aprendido. En lo que concierne al sector salud, quizá muchas de las personas que proporcionan atención creen que el tratamiento de la violencia está fuera de su alcance. Es posible que les falten conocimientos básicos, tiempo o empatía o que simplemente no sepan qué hacer o a dónde remitir a la mujer. En muchos casos, incluso pueden experimentar la violencia en sí mismos.

Es necesario que la información básica sobre la violencia doméstica y la agresión sexual se incluya sistemáticamente en todos los currículos médicos y de enfermería con el fin de que, como mínimo, despierten la conciencia sobre el hecho de que el problema existe. Los programas de capacitación en el sector salud alcanzarán su máxima utilidad si abarcan aspectos amplios de interacción y comunicación con los pacientes, el género y la sexualidad, en lugar de centrarse exclusivamente en la violencia. Con el fin de que estos programas sean eficaces, han de tener estrategias y objetivos a largo plazo gracias a los cuales la capacitación pueda asociarse a los cambios estructurales necesarios. Ello requiere un compromiso político y administrativo y el desarrollo de políticas y protocolos para los distintos niveles de profesionales encargados de proporcionar atención.

d) Los programas están centrados en el servicio, más que en la mujer. El personal de salud, especialmente los médicos, suelen creer que tienen que “hacer las cosas bien”, lo que puede conducirlos a emitir juicios de valor y a ejercer una presión indebida sobre la mujer para que abandone su relación o situación violenta. El personal de salud ha de aprender a escuchar y a tratar a la mujer con pericia, equilibrando delicadamente el apoyo y la guía que proporcionan y la preocupación por la seguridad de la mujer, respetando sus decisiones, incluso aunque ello signifique permanecer junto al compañero agresor. La mujer puede juzgar que esta es la opción más segura y, en algunos casos, tiene razón. Esta es una línea fina y difícil por la que han de aprender a caminar los que trabajan en este campo.

Aunque el personal de salud suele prestar una atención preferente a las lesiones, para la mujer estas son solo uno de los aspectos de una relación compleja, y su interpretación de la situación está matizada de un entendimiento distinto. Es posible que establezca un balance entre los riesgos de mantener la relación con los de una pobreza extrema para ella y sus hijos o con ser condenada al ostracismo por su familia y el resto de la comunidad. Aunque cada mujer requiere y debe recibir atención de alta calidad relacionada con las consecuencias de la violencia, conviene recordar que el problema básico es la violencia masculina. Es importante que reciba, por parte del personal que la atiende y de las instituciones que tratan de ayudar, un mensaje claro de que el comportamiento violento no es aceptable y que la mujer no merece sufrir abusos en ninguna circunstancia.

¿Y QUÉ SUCEDE CON LOS HOMBRES: UNA PERSPECTIVA DE LA VIOLENCIA SEGÚN EL GÉNERO?

Cuando se trabaja para prevenir la violencia contra la mujer, esta cuestión surge inevitablemente. Existen varios argumentos: “¿Por qué prestar tanta atención a las mujeres, cuando la mortalidad por violencia es mucho más alta en los hombres? ¿Por qué se centra usted solo en la mujer? Nunca podrá acabar con la violencia contra la mujer si no implica también al hombre.”

Aunque se está haciendo mucho más habitual hablar sobre la violencia contra la mujer, este tema sigue siendo sensible en muchos niveles. Muchos hombres se sienten incómodos tratando el tema, que a veces parece reflejar a los hombres en general, haciéndolos aparecer a todos como seres agresivos, violentos, irresponsables, depredadores sexuales o agresores de sus esposas. Muchas mujeres pueden ser, y de hecho son, violentas y, por el contrario, muchos hombres no lo son. Estos también son frecuentes víctimas de la violencia, sobre todo los jóvenes, de manera que el homicidio es la primera causa de muerte entre los hombres de 15 a 44 años de edad (Organización Panamericana de la Salud 1998). Sin embargo, la mayor parte de la violencia es perpetrada por los hombres, sean cuales sean la edad y el sexo de la víctima. Como ya se expuso en este trabajo, las niñas y las mujeres son las principales víctimas de la violencia a manos de hombres a los que conocen y en el contexto de una relación íntima. La perspectiva de la violencia según el género suele significar la violencia contra mujeres y niñas. Sin embargo, la perspectiva de género ayuda a ampliar el campo de la violencia. Es importante conocer los diferentes tipos y naturalezas de la violencia sufrida por mujeres y hombres y la forma en que la socialización de ambos géneros contribuye a aquella.

En una revisión de la literatura sobre crimen y violencia citada por Barker (1999), se concluye que la masculinidad ha sido contemplada como intrínsecamente violenta y que en el estudio de la violencia se ha prescindido en gran medida del impacto de la socialización del género en el hombre (Messerschmidt 1993). Algunos investigadores sugieren que, mientras la socialización de las niñas suele tener lugar en el hogar, los jóvenes varones tienden a encontrar el apoyo de sus iguales en la calle o fuera de su casa. En muchas culturas, la masculinidad se define en términos “machistas” de coraje, agresividad y control y dominio de las mujeres y de los considerados más débiles. Muchas culturas condonan la agresión como medio por el que los hombres expresan su ira. Algunas pueden contener códigos rígi-

dos sobre el “honor familiar” que conducen a las llamadas “muertes por honor” de las mujeres que son violadas, generalmente por hombres de su propia familia.

Barker postula que en los ambientes de ingresos bajos, en los que el acceso a las principales fuentes de la identidad masculina como la educación o un empleo estable resulta difícil, los jóvenes varones podrían sentirse más inclinados a adoptar la violencia y otros comportamientos de control como forma de demostrar su hombría. Un mejor conocimiento de las formas que adopta la masculinidad en los distintos entornos contribuiría de manera importante al conocimiento de la violencia en general y no solo al de la violencia contra la mujer.

En lo que se refiere a la prevención y a otras intervenciones, sería sin duda importante que un mayor número de hombres tomara partido en el tema de la violencia contra la mujer y asumiera algunas responsabilidades en el cambio de las normas y los valores sociales que contribuyen a ignorar esta flagrante violación de los derechos humanos (Piot 1999). No obstante, al mismo tiempo es necesario valorar de forma crítica los enfoques que se están utilizando, y asegurar que los recursos dedicados al tema se asignan de la forma más eficaz y no se detraen de los programas conseguidos a consecuencia de grandes esfuerzos por muchas organizaciones de mujeres. Durante los últimos 20 años, han sido estas organizaciones las que proporcionaron la asistencia y el apoyo básicos a las mujeres víctimas de la violencia y a sus hijos, las que cada vez dedican más trabajo a la prevención e incluso a programas dedicados a los hombres responsables de la violencia. El creciente interés por los grupos de hombres que trabajan para prevenir la violencia contra la mujer no siempre reconoce que para cambiar las normas y los valores de las relaciones, desde los basados en el control y el dominio hasta los centrados en el respeto mutuo y la equidad, no solo son necesarios cambios individuales sino también estructurales.

Al igual que sucede con las mujeres víctimas, no existe un perfil único de hombre que permita definir quién o quién no será un agresor, excepto el antecedente de exposición a la violencia durante la infancia. Por tanto, las intervenciones centradas en la atención a los hijos de mujeres que han sufrido abusos puede ser una estrategia preventiva importante, que produzca un impacto en los propios niños y, al mismo tiempo, reduzca la violencia y favorezca la salud y el bienestar de hombres y mujeres en el futuro. Los programas escolares iniciados a edades tempranas y que ayudan a formar y a promover relaciones más igualitarias entre los géneros

y el uso de vías no violentas para resolver los conflictos podrían ser intervenciones importantes para iniciar el cambio de las normas prevalentes. El enseñar una forma de paternidad no violenta puede ser otro camino importante a desarrollar como intervención para la prevención de la violencia. (Beaglewood R., comunicación personal).

No obstante, las intervenciones más frecuentes hasta la fecha son los programas de intervención sobre los agresores (PIA), que tienen el fin de cambiar su comportamiento. Estos programas se iniciaron en los años 1970 y tienden a centrarse en el tratamiento de los grupos, más que del individuo. Su duración es variable, pero tienden a ser relativamente cortos, en general de 20 a 30 semanas. En los Estados Unidos son, en muchos casos, una alternativa judicial al encarcelamiento.

A menudo los PIA no se monitorean ni se evalúan sistemáticamente, lo que limita la valoración de su eficacia. Algunos investigadores sugieren que, en conjunto, parecen contribuir al cese de la violencia física doméstica en alrededor de 53% a 85% de los hombres que completan la intervención prescrita (Austin y Dankwort 1999). Sin embargo, estos estudios adolecen de muchas limitaciones metodológicas, entre ellas la falta de grupos de control y mediciones de los distintos resultados finales, el escaso tamaño de las muestras y los distintos períodos de seguimiento tras el tratamiento (National Research Council 1996). Otro problema se deriva de la tendencia a una baja tasa de observancia, salvo en los casos impuestos por la justicia. En la mayoría de los estudios, las tasas de abandono o de no participación comprenden alrededor de dos terceras partes de los que llegan al final y la mayoría de los hombres no vuelven después de la primera sesión.

Por otra parte, las evaluaciones disponibles se centran en la reducción de las tasas de violencia según los informes de los propios agresores (a veces con confirmación por sus parejas), pero no tienen en cuenta el bienestar y la seguridad de las mujeres ni si las intervenciones las han reforzado o las han desautorizado (Austin y Dankwort 1999). Varios informes muestran que, si bien los hombres dejaron de agredir físicamente a las mujeres al participar en un PIA, los abusos psicológicos y verbales continuaron e incluso empeoraron (Edleson 1990). Este hallazgo resalta la necesidad de dirigir los PIA no solo a combatir los malos tratos físicos, sino también los psicológicos y otras formas de control. Estos programas deberían insistir en la seguridad de la mujer y en el estudio de las atribuciones de género y las desigualdades de poder.

CONTROVERSIAS Y DILEMAS ACTUALES

¿Es la violencia contra las mujeres un problema de salud, o un factor de riesgo para la salud?

En el modelo biomédico, la violencia suele clasificarse como una lesión intencionada, incluida a veces junto a las enfermedades no transmisibles. Sin embargo, cuando se desarrolla un sistema para conceptualizar las causas y las consecuencias de la violencia, es importante considerar la distinta naturaleza y patrones de violencia que sufren con mayor frecuencia los hombres, las mujeres y los niños.

Es bien conocido que los hombres suelen experimentar la violencia física ejercida por otros hombres (extraños o conocidos) y, fundamentalmente, fuera del contexto familiar. Las lesiones físicas o la muerte son los resultados más frecuentes. Por el contrario, la mayor parte de la violencia sufrida por mujeres y niñas procede de hombres a los que conocen y a menudo ejercida en el seno de la familia y el hogar. Esta violencia puede tener dimensiones físicas, sexuales o psicológicas, puede prolongarse durante años y puede aumentar en intensidad con el tiempo. Muchas veces, las lesiones físicas no son los resultados más importantes, e incluso pueden no producirse a consecuencia de ella. Sin embargo, la violencia puede tener otras importantes consecuencias negativas para la salud, como son las enfermedades de transmisión sexual, los embarazos no deseados, la depresión y otros numerosos problemas mentales, trastornos gastrointestinales y diversas alteraciones psicosomáticas ya comentadas en la sección sobre consecuencias para la salud.

Aunque las lesiones físicas pueden servir como indicador adecuado para medir la violencia entre hombres, no proporcionan un marco lo bastante amplio para describir y conocer otras muchas formas de violencia, como los malos tratos a los niños, la violencia doméstica y sexual contra la mujer y los malos tratos a los ancianos. Evidentemente, importa reconocer que la violencia es una causa de lesiones, pero la valoración exclusiva de estas limita el conocimiento de las muchas formas de violencia existentes y de sus múltiples consecuencias para la salud.

La mejor forma de conceptualizar la violencia contra la mujer es como un factor de riesgo para la mala salud, ya que sus consecuencias se traducen en una gama de resultados finales en la salud de la mujer. De este

modo, será posible comprender con mayor claridad sus múltiples consecuencias para la salud, las sinergias que existen entre ellas y los posibles beneficios que pueden obtenerse con los distintos tipos de actividades preventivas. Asimismo, podrán vislumbrarse los varios canales posibles del sistema de salud a través de los cuales pueden identificarse a las mujeres que necesitan ayuda, no solo en los departamentos de accidentes o urgencias sino también, por ejemplo, en servicios psiquiátricos, consultas prenatales y clínicas para enfermedades de transmisión sexual.

Un enfoque exclusivo en las lesiones puede contribuir, inadvertidamente, a impedir un conocimiento pleno del impacto de la violencia en la salud y la vida de la mujer. Con frecuencia se ignoran las profundas consecuencias de la violencia en la salud mental de la mujer. La fuerte asociación entre la historia de abusos domésticos y el desarrollo de problemas psiquiátricos, sobre todo depresión, ansiedad y trastorno por estrés postraumático está bien documentada (Campbell 1985; Koss 1990). En algunos países, sobre todo en América Latina, la consideración penal del acto de violencia como delito y su persecución por la justicia dependen del tipo y de la gravedad de la lesión física. La investigación efectuada en Nicaragua demostró que los hombres aprenden a modificar su comportamiento con el fin de adaptarlo a la ley —por ejemplo, golpeando en lugares normalmente ocultos (Ellsberg 1997).

Definición y medición

No existe una definición de la violencia contra la mujer aceptada universalmente. Algunos defenderían una definición amplia que incluyera todos los actos u omisiones peligrosos para la mujer o que contribuyan a subordinarla. Se incluiría así lo que a veces se ha denominado “violencia estructural”, por ejemplo, la pobreza y un acceso desigual a los servicios de salud y a la educación. El beneficio de una definición abierta es que sitúa a la violencia basada en el género en un contexto social más amplio (Richters 1994) y permite a las partes interesadas prestar atención a la mayoría de las violaciones de los derechos humanos de la mujer, agrupándolas bajo la rúbrica de la violencia contra ella. El inconveniente es que, con la adopción de significados muy amplios, la definición pierde su poder descriptivo. En una consulta a expertos realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se llegó al acuerdo de que es preferible incluir los diversos aspectos de la violencia estructural en el marco de la discriminación (World Health Organization 1996). La definición de la Declara-

ción de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General en 1993 y presentada al comienzo de este trabajo, proporciona un marco conceptual y de defensa útil, pero para facilitar la investigación, la vigilancia y el monitoreo se necesitarían definiciones operativas más concretas.

La aplicabilidad transcultural de las definiciones es uno de los aspectos que surgen en el contexto de los estudios internacionales. Los antropólogos y defensores de la salud de la mujer señalan las dificultades de hacer clasificaciones internacionales, ya que los conceptos de qué es lo que constituye violencia contra la mujer son muy variables de unas culturas a otras. Como los sistemas de clasificación universal no pueden abarcar por completo toda la diversidad existente entre las culturas, es necesario utilizarlos con precaución (World Health Organization 1996). En todas las sociedades hay formas de violencia que son toleradas o, a veces, incluso estimuladas por las normas y las costumbres sociales. Tanto si están socialmente tolerados como si no lo están, es necesario registrar estos actos y sus efectos sobre la salud y las vidas de las mujeres. Tratar tan solo las formas culturalmente inaceptables de violencia implica no cubrir el espectro completo de las necesidades de la mujer.

Los investigadores han superado parcialmente este punto centrándose en la medición de comportamientos o actos específicos y en sus efectos sobre el bienestar físico, sexual y emocional de la mujer. Para ello han desarrollado instrumentos específicos como la Escala de Tácticas de Conflicto (Conflict Tactics Scale o CTS) y el Índice del Abuso de la Esposa (Spousal Abuse Index); concretamente, una versión modificada de la CTS se utiliza cada vez más en las investigaciones llevadas a cabo en los países en desarrollo.⁷

Conocimientos limitados y falta de recursos para la investigación

Como se demuestra en esta revisión, la mayoría de los trabajos publicados sobre la violencia contra la mujer proceden de los países del hemisferio norte, especialmente de los Estados Unidos. Aunque están apareciendo varios estudios sobre la prevalencia de la violencia doméstica contra la mujer realizados en países en desarrollo, los datos sobre dichos

⁷Para más información sobre la Conflict Tactics Scale, véase Straus, M.A., et al. (1996). Para las adaptaciones de la CTS, véase por ejemplo el Estudio Multinacional sobre la Salud de la Mujer y la Violencia Doméstica de la OMS, Protocolo WHO/EIP/GPE 99.3.

países siguen siendo escasos. Es necesario disponer de datos de prevalencia e incidencia que sean comparables entre unas culturas y otras y comenzar a descubrir los factores, tanto determinantes como protectores, que operan en cada contexto. Esta investigación es esencial para mejorar nuestro conocimiento de la magnitud y de la naturaleza del problema, proporcionar directrices para el desarrollo de intervenciones y poder monitorear su impacto. También aportarán una base de datos sobre la que se podrá deducir las tendencias y los patrones.

El Estudio Multinacional sobre la Salud de la Mujer y la Violencia Doméstica, coordinado por la OMS, pretende llenar esta laguna mediante el desarrollo de metodologías para medir la violencia contra la mujer y las consecuencias en su salud a través de las culturas, poniendo en práctica esta investigación en seis países (World Health Organization 1999). El protocolo y el cuestionario utilizados se basan en la experiencia de muchos investigadores preocupados especialmente por los aspectos metodológicos y éticos. Algunos se reunieron en la Red Internacional de Investigadores sobre Violencia contra la Mujer. La OMS ha editado unas Recomendaciones Éticas y de Seguridad para la Investigación sobre la Violencia Doméstica (World Health Organization 1999).⁸

También, es necesario estudiar las intervenciones: diferenciar lo útil de lo que no lo es en los distintos ámbitos y lo que es sostenible y factible cuando los recursos son escasos. Aunque se dispone de fondos para apoyar la investigación biomédica encaminada a identificar los tratamientos o curaciones de las enfermedades específicas, parece haber menor interés por apoyar la investigación encaminada a identificar la intervención o el conjunto de intervenciones efectivas en un tema como el de la violencia contra la mujer. Ello obliga a plantear la cuestión de la forma en que se distribuyen los recursos, quién establece las agendas de investigación y hasta qué punto se integran genuinamente en ellas los aspectos relacionados con la equidad entre géneros. Una investigación bien diseñada y orientada a la acción puede ser, en sí misma, una intervención ya que, entre otras cosas, amplía la conciencia sobre el problema e inicia la discusión pública y la colaboración entre los sectores. Con el fin de establecer cuál es la respuesta

⁸El Estudio Multinacional de la OMS se lleva a cabo en Bangladesh, Brasil, Japón, Namibia, Perú y Tailandia. Se está negociando su ejecución en otros países. Para más información sobre el estudio, acudir a la Dra. García Moreno, OMS, en la dirección garciamorenoc@who.ch.

más eficiente y con mejor relación costo-efectividad, sobre todo cuando los recursos son escasos, es necesario apoyar este tipo de investigaciones.

Enfoque médico o de salud pública

Comprensiblemente, el núcleo de muchos de los esfuerzos de organizaciones de mujeres y de otros tipos consiste en responder a las necesidades de las mujeres que sufren abusos. Sin embargo, el tratamiento de las víctimas de la violencia es solo una parte de la solución. Es clara la necesidad de responder a cada mujer, individualmente, que sufre violencia, lo que, además puede servir para evitar la reaparición de la violencia o sus posteriores consecuencias para la salud, la muerte o la discapacidad. Sin embargo, es necesario prestar una atención igual o incluso mayor a la búsqueda de estrategias para la prevención primaria.

El enfoque de salud pública se centra en la prevención e insiste en la oportunidad para la intervención precoz. Su base científica consiste en el análisis social de la salud y en un trabajo multidisciplinario, todo ello esencial para tratar el problema de la violencia contra la mujer. El trabajo a desarrollar en este campo ha de basarse en datos fidedignos que describan la magnitud y la naturaleza del problema, los factores de riesgo y de protección y una evaluación de las intervenciones según su efectividad, viabilidad y reproducibilidad.

Las estrategias de prevención necesitan un contexto específico y han de estar dirigidas hacia los factores de riesgo concretos más importantes en cada situación. Las intervenciones destinadas a cambiar las normas y los valores sociales que discriminan a la mujer y que condonan, por ejemplo, el castigo físico de la mujer por parte de sus maridos, son elementos importantes de la prevención. En algunos lugares se han iniciado “Campañas de Tolerancia Cero”, que utilizan los medios de comunicación y otros canales informativos y educativos para promover una cultura que no tolere la violencia contra la mujer o los niños. Otro enfoque consiste en el uso de “sanciones” por la comunidad, como forma de disuadir al hombre de la violencia contra la mujer. Ejemplos como golpear cazuelas alrededor de la casa de un hombre que abusa de la mujer en India, “vigilantes de barrio” o tocar silbatos en Perú y otras estrategias para identificar y avergonzar al abusador son formas creativas de diseñar sanciones. En muchas situaciones son más eficaces que el recurso a sanciones formales de tipo policial o judicial, que a menudo pueden volverse contra la mujer.

Nunca es fácil lograr un cambio de comportamiento y, además, es un proceso largo, como puede atestiguar cualquiera que haya intentado un cambio, por pequeño que sea. Sin embargo, cada vez se dispone de un mayor número de datos sobre el campo de comportamiento en relación con la prevención del VIH/sida y del consumo de tabaco, aspectos en los que la salud pública y la promoción de la salud han trabajado conjuntamente para lograr el cambio. Las personas que trabajan para prevenir la violencia contra la mujer han de apoyarse en estos conocimientos y aplicarlos al cambio de actitud, de valores y de creencias que son la base sobre la que se perpetúa la violencia contra la mujer. También resulta difícil medir el impacto de muchas de estas estrategias preventivas. Hasta el momento, solo se dispone de algunas evaluaciones sobre la efectividad de estos programas, por lo que es esencial que todo programa de intervención integre el monitoreo y la evaluación en su diseño.

Modelos limitados para las intervenciones

Los modelos para las intervenciones proceden en su mayor parte del mundo desarrollado y, en muchos casos, se copian de forma inadecuada en ambientes en los que no se dan las condiciones necesarias para que resulten efectivos. Por ejemplo, la recomendación para la detección sistemática de las mujeres en los centros sanitarios, muy útil en países que disponen de servicios de referencia y en los que los médicos saben cómo enfrentarse a la violencia, puede resultar inútil o incluso perjudicial en otros entornos. Además, se dispone de datos escasos o nulos sobre los que se pueden basar estas recomendaciones. Por tanto, en lugar de hacer amplias recomendaciones globales, es necesario hacer una valoración crítica de las pruebas relativas a la efectividad de toda intervención propuesta y considerar si es o no adecuada y sostenible en ambientes distintos.

Es necesario definir mejor el papel que ha de desempeñar el sector salud, tanto en la prevención como en la respuesta a las necesidades de las que sobreviven a la violencia. Este sector puede no ser el más adecuado para iniciar el trabajo en este campo en todos los contextos. Se necesitan con urgencia análisis contextuales específicos para probar las estrategias e identificar la mejor adaptada a cada lugar. En cuanto a la atención, es importante alcanzar un delicado equilibrio entre el estímulo a la participación del sector salud, sin, al mismo tiempo, medicalizar el problema. Los sesgos de género inherentes al sistema de salud pueden resultar obstáculos para una

respuesta adecuada y será necesario corregirlos para lograr la respuesta correcta a las necesidades de cada mujer individual en cada momento.

Falta de multisectorialidad

Se acepta que la respuesta a la violencia contra la mujer debe ser multisectorial y que ha de estar bien coordinada. Sin embargo, persiste el hecho de que la entrada suele hacerse a través de un sector determinado y son aún pocos los ejemplos en los que el abordaje multisectorial haya sido puesto en práctica de forma satisfactoria. Es necesario disponer de modelos piloto de una respuesta integrada a la violencia contra la mujer, documentar su efectividad y conocer los obstáculos a los que pueden enfrentarse. Actualmente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) están ensayando uno de estos modelos de respuesta integrada en el ámbito comunitario en América Latina. Este modelo trata de crear redes comunitarias coordinadas en las que el sistema de salud, el sistema legal, la policía, las iglesias, las organizaciones no gubernamentales y otros grupos de base comunitaria se reúnan periódicamente para diseñar y poner en práctica respuestas coordinadas a la violencia doméstica. En el nivel nacional, busca promover la promulgación de leyes y políticas que refuercen la capacidad institucional para responder de manera efectiva a la violencia doméstica. También fomenta los vínculos con los medios de comunicación para enfrentarse a las actitudes y creencias sociales que dan a los hombres el derecho de controlar la conducta de la mujer y comunicar, al mismo tiempo, que la violencia es inaceptable (World Health Organization 1997).⁹ Para valorar su reproducibilidad en otras regiones, estos modelos piloto han de ser cuidadosamente monitoreados.

Medicina forense: intersección entre los sistemas de salud y legal

Hay que afrontar aspectos específicos en los que la respuesta del sector salud a las necesidades de la mujer es claramente inadecuada, como sucede con el sistema de medicina forense. En muchos países, el sistema médico, sobre todo los forenses, actúan como barreras cuando la mujer trata de

⁹Para más información sobre este proyecto, consultar el Programa sobre Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS (velzebom@paho.org).

acceder al sistema legal (Prasad 1999).¹⁰ En muchos casos, según el sistema legal, solo los médicos forenses pueden aportar pruebas durante un juicio, aún cuando su número sea reducido. Incluso cuando hay muchos médicos forenses, las mujeres pueden encontrarse ante obstáculos como la falta de tiempo y dinero, la falta de información, el lenguaje y otros. Una mujer de una zona rural que ha sido violada y que desearía comenzar una acción legal contra el violador tiene muy pocas probabilidades de poder aportar las pruebas necesarias. Incluso, aunque todos los médicos pudieran contribuir con los indicios necesarios, la mayoría de ellos no saben recoger correctamente las pruebas, sin que ello suponga una nueva victimización de la mujer. También ocurre que no desean verse envueltos en un juicio. La falta de un servicio de calidad adecuada que proporcione atención y que recoja las pruebas en casos de violación y agresión sexual u otras formas de agresión afecta desproporcionadamente a las mujeres, constituyéndose en otra dimensión de la falta de equidad en la provisión de servicios de salud.

Marco de derechos legales y humanos

La violencia contra la mujer es mucho más que un problema de salud pública; se trata de una infracción de los derechos humanos de la mujer, por ejemplo, del derecho a la integridad corporal. También afecta a su capacidad de ejercer otros derechos humanos, como el de alcanzar los mayores niveles posibles de salud, o los derechos sexuales o reproductivos. Las muchas formas de discriminación que la mujer sufre en la sociedad refuerzan y condonan la violencia. Muchos países todavía no han ratificado las convenciones sobre derechos humanos como la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, que proporciona el marco para la revisión de las leyes que comenzarán a apoyar la reducción de las desigualdades existentes entre mujeres y hombres y otros problemas como el de la violencia contra la mujer.

¹⁰El proyecto Derechos Humanos de la Mujer de Human Rights Watch ha encargado la revisión de los sistemas forenses legales de Pakistán, Perú, Rusia y Sudáfrica. Los correspondientes informes pueden obtenerse directamente de Human Rights Watch.

CONCLUSIÓN

La violencia contra la mujer es un problema generalizado en todas las sociedades. Es una violación de los derechos humanos de la mujer y es también un problema de salud pública. Tiene consecuencias en todos los aspectos de la vida de la mujer, incluida su salud, y aumenta el riesgo de muchas enfermedades físicas y mentales y de muerte.

La violencia se basa y perpetúa en múltiples tipos de desigualdad: fundamentalmente, en la desigualdad entre hombres y mujeres, pero también en la desigualdad económica tanto entre países como dentro de cada país. Es perpetrada sobre todo por los hombres, sea cual sea el sexo de la víctima. Las mujeres y las niñas sufren la violencia ejercida sobre todo por hombres a los que conocen y en el contexto de la propia familia. En la mayoría de los casos, la violencia forma parte de los comportamientos de control que desarrolla sobre la mujer su compañero o ex-compañero. Por tanto, es esencial conocer el papel que desempeña el desigual equilibrio de poder entre mujeres y hombres en sus relaciones y en la sociedad en lo que concierne a la perpetuación de la violencia, así como identificar las formas en que puede modificarse.

Las causas de la violencia son multifactoriales y complejas. Aunque el género tiene una influencia esencial, existen variaciones según las razas, las clases y las regiones. Es necesario conocer mejor los factores de riesgo y de protección que operan en los distintos contextos y, sobre esa base, desarrollar intervenciones piloto que deben ser monitoreadas, evaluadas y contabilizadas.

El tratamiento de la violencia a través de la salud pública es una contribución importante. El abordaje del problema de la violencia requiere la colaboración, entre otros muchos, de los sectores educativo, de salud, legal, judicial, policial y eclesiástico, así como la de las organizaciones comunitarias. Es importante identificar con claridad las contribuciones específicas que pueden aportar cada uno de estos sectores y cuál es el punto de entrada más adecuado en cada entorno concreto. Los sectores no formales (iglesias, asociaciones de vecinos, grupos de mujeres) pueden desempeñar un papel tan importante, si no más, que algunos de los sectores formales, por lo que deben implicarse por completo en el problema.

Es necesario prestar más atención a la identificación de las medidas preventivas eficaces, orientando la salud pública y la promoción de la salud hacia la difícil y larga tarea de cambiar las actitudes, las normas

y las conductas que condonan o incluso favorecen el control masculino y la violencia contra la mujer. La promoción de relaciones más equitativas y responsables entre los géneros, comenzando a edades precoces, es otro elemento importante en la prevención de la violencia. Las acciones en este campo han de ser enfocadas de una manera más sistemática, monitoreando adecuadamente su efectividad y su impacto.

En tanto que no se pueda prevenir la violencia, seguirá siendo necesario proporcionar atención a las mujeres que sufren abusos y a sus hijos. Así, el personal de salud ha de recibir la capacitación adecuada que le permita identificar y responder correctamente a las necesidades de estas mujeres. Toda intervención ha de respetar la autonomía de la mujer y su derecho a decidir por sí misma la forma más adecuada para resolver su problema. Es importante identificar las estrategias de recuperación que usa la mujer y apoyarlas de todas las maneras posibles.

Referencias

- Abbott, J., Johnson, R., Koziol-McLain, J., Lowenstein, S.R. (1995) Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA* 273(22):1763-1767.
- Austin, J.B., Dankwort, J. (1999) The impact of a batterers' program on battered women. *Violence Against Women* 5:25-42.
- Bailey, J.E., Kellermann, A.L., Somes, G.W., Banton, J.G., Rivara, F.P., Rushforth, N.P. (1997) Risk factors for violent death of women in the home. *Arch Intern Med* 157(7):777-782.
- Barker, G. (1999) Working with adolescent boys: A review of international literature and a survey of programs working with adolescent boys in health and health promotion. (Manuscrito preparado por la Organización Mundial de la Salud).
- Bergman, B., Brismar, B. (1991) Suicide attempts by battered wives. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 83:380-384.
- Blanc, A., et al. (1996) *Negotiating reproductive outcomes in Uganda*. Kampala, Uganda: Institute of Statistics and Applied Economics and Calverton, MD: Macro International.
- Blumel, D.K., et al. (1993) *Who pays? The economic costs of violence against women*. Queensland, Australia: Women's Policy Unit, Office of the Cabinet.
- Boyer, D., Find, D. (1992) Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy and child mistreatment. *Fam Plann Perspect* 24(1):4-11.
- Bullock, L., McFarlane, J. (1989) The battering low-birthweight connection. *Am J Nurs* 89:1153-1155.
- Campbell, J.C. (1985) Beating of wives: A cross-cultural perspective. *Victimology: An International Journal* 10:174-185.
- Campbell, J.C., Kub, J.E., Rose, L. (1996) Depression in battered women. *JAMWA* 51(3):106-111.
- Canadian Panel on Violence Against Women. (1993) *Changing the landscape: Ending violence-Achieving equality*. Ottawa: Ministry of Supply and Services.
- Chapko, M.K., Somse, P., Kimball, A.M., Hawkins, R.V., Massanga, M. (1999) Predictors of rape in the Central African Republic. *Health Care for Women International* 20:71-79.
- Counts, D.A., Brown, J.K., Campbell, J.C. (1992) *Sanctions and sanctuary: Cultural perspectives on the beating of wives*. Boulder, CO: Westview Press.
- Day, T. (1995) *The health-related costs of violence against women in Canada: The tip of the iceberg*. Centre for Research on Violence Against Women and Children. London, Ontario.
- Dobash, R.P., Dobash, R.E., Wilson, M., Daly, M. (1992) The myth of sexual symmetry in marital violence. *Social Problems* 39:71-79.
- Edleson, J.L. (1990) Judging the success of interventions with men who batter. En: Beshrov, D.J., ed. *Family violence: Research and public policy issues*. Washington, DC: American Enterprise Institute.
- El-Zanty F., et al. (1996) Egypt demographic and health surveys III. Cairo: National Population Council and Calverton MD: Macro International.
- Ellsberg, M. (1997) Candies in hell. Domestic violence against women in Nicaragua. Department of Epidemiology and Public Health, Umea University, Sweden. Tesis de licenciatura.
- Ellsberg, M., Peña, R., Herrera, A., Winkvist, A., Hullgren, G. (1999) Domestic violence and emotional distress among Nicaragua women: Results from a population-based study. *American Psychologist* 54:30-36.
- Ellsberg, M., Peña, R., Herrera, A., Liljestrand, J., Winkvist, A. (1999) Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. *American Journal of Public Health* 89:241-244.
- Finkler, K. (1997) Gender, domestic violence and sickness in Mexico. *Soc Sci Med* 45:1147-1160.
- Frieze, I., Browne, A. (1989) Violence in marriage. En: Heise, L.L. (1998) Violence against women: An integrated ecological framework. *Violence Against Women* 4:262-290.
- Gazmararian, J.A., Lazorick, S., Spitz, A.M., Ballard, T.J., Saltzman, L.E., Marks, J.S. (1996) Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA* 275:1915-1920.
- Gillioz, L., et al. (1997) *Domination et violences envers les femmes dans la couple*. Lausanne: Editions Payot.
- Greaves, L., Hankivsky, O., Kingston-Riechers, J. (1995) Selected estimates of the costs of violence against women. Centre for Research on Violence Against Women and Children. London, Ontario.
- Haj-Yahia, M. (1997) The first national survey of abuse and battering against Arab women from Israel: Preliminary results. Inédito.

- Halperin, D.S., Bouvier, P., Jaffe, P.D., Mounoud, R.L., Pawlak, C.H., Laederach, J., Wicky, H.R., Astie, F. (1996) Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: Results of a cross-sectional survey. *BMJ* 312(7042): 1326-1329.
- Handwerker, W.P. (1993) Gender power differences between parents and high-risk sexual behaviour by their children: AIDS/STD risk factors extend to a prior generation. *Journal of Women's Health* 2:310-316.
- Heise, L.L. (1993) Violence against women: The missing agenda. En: Koblinsky, M., Timyan, J., Gay, J., eds. *The health of women. A global perspective*. Boulder, CO: Westview Press.
- Heise, L.L., Pitanguy, J., Germain, A. (1994) Violence against women. The hidden health burden. Washington, DC: World Bank. Discussion Papers No. 255.
- Heise, L.L. (1998) Violence against women: An integrated ecological framework. *Violence Against Women* 4:262-290.
- Hoffman, K.L., Demo, D.H., Edwards, J.N. (1994) Physical wife abuse in a non-western society: An integrated theoretical approach. *Journal of Marriage and the Family* 56:131-146.
- Holmes, M.M., Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Best, C.L. (1996) Rape-related pregnancy: Estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *Am J Obstet Gynecol* 320-324.
- Hotaling, G.T., Sugarman, D.B. (1986) An analysis of risk markers in husband to wife violence: The current state of knowledge. *Violence and Victims* 1:101-125.
- Jaffe, P.G., Wolfe, D.A., Wilson, S.K. (1990) Children of battered women. Vol. 21. En: *Developmental Clinical Psychology and Psychiatric*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Jeejeebhoy, S. (1998) Associations between wife beating and fetal and infant death: Impressions from a survey in rural India. *Studies in FP* 29:300-308.
- Johnson, H. (1996) Dangerous domains. Violence against women in Canada. Nelson, Canada: International Thomson Publishing Corp.
- Kaslow, N.J., Thompson, M.P., Meadows, L.A., Jacobs, D., Chance, S., Gibb, B., Bornstein, H., Hollins, L., Rashid, A., Phillips, K. (1998) Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African American women. *J Consult Clin Psychol* 66(3):533-540.
- Kerr, R., et al. (1996) *Paying for violence: Some of the costs of violence against women in B.C.* Ministry of Women's Equality, British Columbia, Canada.
- Kim, K., Cho, Y. (1992) Epidemiological survey of spouse abuse in Korea. En: Viano, C., ed. *Intimate violence: Interdisciplinary perspectives*. Washington, DC: Hemisphere Publishing Corporation.
- Koss, M.P., Dinero, T.E. (1989) Discriminant analysis of risk factors for sexual victimization among a national sample of college women. *J Consult Clin Psych* 57:242-250.
- Koss, M. (1990) The women's mental health research agenda: Violence against women. *American Psychologist* 45:374-380.
- Koss, M.P., Koss, P.G., Woodruff, W. (1991) Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Arch Intern Med* 151:342-347.
- Larrain, S. (1993) *Estudio de frecuencia de la violencia intrafamiliar y la condición de la mujer en Chile*. Santiago: Organización Panamericana de la Salud.
- Laurence, L., Spalter-Roth, R. (1996) *Measuring the costs of domestic violence against women and the cost-effectiveness of interventions: An initial assessment and proposals for further research*. Washington, DC: Institute for Women's Policy Research.
- Levinson, D. (1989) *Family violence in cross cultural perspective*. Newbury Park: Sage Publications.
- McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K. (1996) Abuse during pregnancy: Associations with maternal health and infant birth weight. *Nurs Res* 275:1915-1920.
- Messerschmidt, J. (1993) *Masculinities and crime: Critique and reconceptualization of theory*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
- Momeni, K.A., Peña, R., Ellsberg, M.C., Persson, L.A. (1999) *Violence against women increases the risk of infant and child mortality. A case-referent study in Nicaragua*. En prensa.
- Mooney, J. (1993) *The hidden figure: Domestic violence in North London*. London: Middlesex University, School of Sociology and Social Policy.
- Mullen, P.E., Romans-Clarkson, S.E., Walton, V.A., Herbison, G.P. (1988) Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *Lancet* 1(8590):841-845.

- National Research Council. (1996) *Understanding violence against women*. Washington, DC: National Academy Press.
- Nelson, E., Zimmerman, C. (1996) *Household survey on domestic violence in Cambodia*. Cambodia: Ministry of Women's Affairs, Project Against Domestic Violence.
- Organización Panamericana de la Salud. (1998) *La salud en las Américas*. Volumen I. Washington, DC: OPS. (Publicación Científica No. 569).
- Piot, P. (1999) HIV/AIDS and violence against women. *UNAIDS speech to the Commission on the Status of Women. Forty-third session, panel on women and health*.
- Prasad, S. (1999) Medicolegal response to violence against women in India. *Violence Against Women* 5(5):478-506.
- Resnick, H.S., Acierno, R., Kilpatrick, D.G. (1997) Medical and health outcomes of violence against women. *Behavioural Medicine* 23(2):65-78.
- Richters, J. (1994) *Women, culture and violence: A development, health and human rights issue*. Leiden, The Netherlands Women and Autonomy Centre (VENA).
- Rodriguez, J., Becerra, P. (1997) ¿Qué tan serio es el problema de la violencia doméstica contra la mujer? Algunos datos para la discusión. VII Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública, México, 2-5 de marzo de 1997.
- Rosales, J., Loaiza, E., et al. (1999) Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, 1998. Managua, Nicaragua, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).
- Saltzman, L.E., Johnson, D. (1996) CDC's family and intimate violence prevention team: Basing programs on science. *JAMWA* 51:83-86.
- Schuler, S.R., Hashemi, S.M., Riley, A.P., Akhters, M. (1999) Credit programs, patriarchy and men's violence against women in rural Bangladesh. *Soc Sci Med* 43(12):1729-1742.
- Scott-Collins, K., Schoen, C., Joseph, S., et al. (1999) Health concerns across a women's lifespan: *The Commonwealth Fund 1998 Survey of Women's Health*. The Commonwealth Fund.
- Stanko, A., et al. (1998) *Counting the costs: Estimating the impact of domestic violence in the London borough of Hackney*. Crime Concern, London.
- Swiss, S., Giller, J.E. (1993) Rape as a crime of war: A medical perspective. *JAMA* 270:612-615.
- United Nations. (1993) *Declaration on the Elimination of Violence Against Women*. General Assembly. New York: United Nations.
- United Nations. (1994) *Programme of Action: International Conference on Population and Development*. Cairo: United Nations.
- United Nations. (1995) *Declaration and Platform for Action: Fourth World Conference on Women*. Beijing: United Nations.
- United States Department of Justice, Office of Justice Programs. (1998) Violence by intimates. Analysis of data on crimes by current or former spouses, boyfriends and girlfriends. Bureau of Justice Statistics Factbook.
- Watts, C., Ndlovu, M. Keogh, E. (1997) The magnitude and health consequences of violence against women in Zimbabwe. Musasa Project Report.
- Wood, K., Maforah, F., Jewkes, R. (1998) He forced me to love him: Putting violence on adolescent sexual health agendas. *Soc Sci Med* 47:233-242.
- World Health Organization. (1996) *Violence against women*. WHO Consultation. Geneva, 5-7 February, 1996. Geneva: WHO. (FRH/WHD/96.27).
- World Health Organization. (1997) *Violence against women. A priority health issue*. Geneva: WHO. (WHO/FRH/WHD/97.8).
- World Health Organization. (1999) *WHO Multi-country study of women's health and domestic violence. Core protocol*. Geneva: WHO. (WHO/EIP/GPE/99.3).
- World Health Organization. (1999) *Putting women's safety first: Ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*. Geneva: WHO. (WHO/EIP/GPE/99.2).
- Yodanis, C., Godenzi, A. (1999) *Report on the economic costs of violence against women*. Fribourg, Switzerland: University of Fribourg.
- Zimmermann, N.E. (1996) *Household survey on domestic violence in Cambodia*. Cambodia Ministry of Women's Affairs, Project Against Violence.