

54.º CONSEJO DIRECTIVO

67.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015

Punto 4.6 del orden del día

CD54/9, Rev. 2
30 de septiembre del 2015
Original: inglés

ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE EL FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD PARA ABORDAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Introducción

1. La violencia contra la mujer, una forma extrema de desigualdad de género, es un problema de salud pública y de derechos humanos que afecta a un gran número de mujeres en todo el mundo (1). En la Región de las Américas, una de cada tres mujeres ha sido víctima en algún momento de su vida de violencia infligida por el compañero íntimo o violencia sexual perpetrada por alguien que no es su pareja (1). Las mujeres de algunos grupos indígenas o grupos marginados por razones étnicas a menudo corren un riesgo mayor (2, 3).

2. En la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (A/RES/48/104) se define la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada” (4).

3. La violencia contra la mujer adopta muchas formas, pero la violencia sexual, física y emocional por un compañero varón son las formas más prevalentes (5). La violencia contra la mujer tiene consecuencias perdurables que afectan profundamente su salud física y mental, la salud y el desarrollo psicosocial de sus hijos, el bienestar de las familias y comunidades, y el presupuesto y desarrollo económico de las naciones (1).

4. La prevención de la violencia contra la mujer y la respuesta eficaz ante ella requieren una acción coordinada y multisectorial. La *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer* para el período 2015-2020 de la Organización Panamericana de la Salud brinda una hoja de ruta concreta para abordar las prioridades de la Región a fin de prevenir y responder a la violencia contra la mujer. La estrategia y el plan de acción se han diseñado para redoblar los esfuerzos de los Estados Miembros, la Oficina Sanitaria Panamericana (“la Oficina”)

y las organizaciones internacionales. En este documento se adopta un enfoque de salud pública y se centra en lo que pueden hacer los sistemas de salud, como complemento a las importantes medidas adoptadas por otros sectores.

5. La Oficina reconoce que la violencia puede producirse en todas las etapas de la vida: la infancia, la adolescencia, la adultez y la vejez. Todo acto de violencia contra niños y adultos de ambos sexos puede acarrear consecuencias negativas para la salud que deben ser abordadas por los sistemas sanitarios. Sin embargo, es imperioso que se preste especial atención a la violencia contra la mujer, por las siguientes razones: la invisibilidad de este tipo de violencia en las estadísticas nacionales e internacionales, su aceptabilidad social, los obstáculos económicos y sociales a la búsqueda de ayuda (como la vergüenza y el estigma), el poco efecto de las sanciones legales y la limitada capacidad de los sistemas de salud para detectar y brindar atención a las sobrevivientes (6).

6. La violencia contra la mujer ha recibido recientemente considerable atención internacional, lo que ha generado un impulso que puede aprovecharse para fomentar el cambio. Revisten especial interés los siguientes puntos:

- a) la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud titulada *Fortalecimiento de la función del sistema de salud en la lucha contra la violencia, en particular la ejercida sobre las mujeres y las niñas, y sobre los niños en general*, aprobada por consenso en mayo del 2014 (7);
- b) el examen de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014 realizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en el que los países señalaron la violencia contra la mujer como un área de acción prioritaria (8);
- c) los esfuerzos por informar sobre la violencia contra la mujer en ocasión del vigésimo aniversario de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing (Beijing+20) (9);
- d) la inclusión de una meta específica para eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (10).

Antecedentes

7. Debido a: *a)* los esfuerzos de las organizaciones de mujeres, *b)* el mayor compromiso por parte de los gobiernos, *c)* las políticas públicas innovadoras y *d)* la evidencia cada vez mayor sobre su magnitud y consecuencias, la comunidad internacional está reconociendo cada vez en mayor medida la violencia contra la mujer como una violación o vulneración de los derechos humanos con ramificaciones importantes para la salud pública (11).

8. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1981) tuvo como propósito erradicar todo tipo de discriminación contra

la mujer, al igual que las Recomendaciones Generales relacionadas. En la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de 1993 se reconoció “la urgente necesidad de una aplicación universal a la mujer de los derechos y principios relativos a la igualdad, seguridad, libertad, integridad y dignidad de todos los seres humanos” (4). En la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer de 1994 (conocida como la “Convención de Belém do Pará”) se describió la violencia contra la mujer como una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales (3).

9. Muchas iniciativas recientes del sistema de las Naciones Unidas han procurado abordar la violencia contra la mujer, como la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, las resoluciones de la Asamblea General y del Consejo de Derechos Humanos y las reuniones de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (12, 15). En el 2006, el Secretario General, en un estudio titulado *Poner fin a la violencia contra la mujer. De las palabras a los hechos*, instó a las Naciones Unidas a que emprendieran medidas más firmes para combatir la violencia contra la mujer (11). Además, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible adoptó una meta, en el marco de su objetivo independiente sobre la igualdad de género, para la eliminación de todas las formas de violencia contra todas las mujeres y niñas (10).

10. En diversas resoluciones de la OPS y la Organización Mundial de la Salud (OMS) se reconoce que la violencia es un problema mundial de salud pública y se señala a las mujeres como un grupo que corre un riesgo mayor de sufrir tipos específicos de violencia (16, 19). En la resolución WHA67.15 que la Asamblea Mundial de la Salud aprobó en el 2014 (*Fortalecimiento de la función del sistema de salud en la lucha contra la violencia, en particular la ejercida sobre las mujeres y las niñas, y sobre los niños en general*), se encomienda a la OMS la elaboración de un plan de acción mundial para fortalecer la función del sistema de salud (7). Como parte de un esfuerzo sincronizado, el Consejo Directivo de la OPS encargó simultáneamente a la Oficina que elaborara esta estrategia y plan de acción sobre la violencia contra la mujer.

Análisis de la situación

Formas y prevalencia de la violencia contra la mujer

11. Muchas formas de violencia afectan de forma desproporcionada a las mujeres (1). A nivel mundial, las formas más comunes de violencia contra la mujer son, entre otras, las siguientes:

- a) violencia (física, sexual o psicológica) infligida por la pareja;
- b) violencia sexual (incluida la violación) infligida por otra persona distinta de la pareja;
- c) matrimonio infantil, precoz y forzado;

- d) trata de personas, incluida la prostitución forzada y la explotación económica;
- e) mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales perjudiciales;
- f) femicidio¹ y asesinato de niñas o mujeres en nombre del “honor”;
- g) acoso² sexual en escuelas y lugares de trabajo (20).

12. Los niveles de violencia contra la mujer pueden ser particularmente altos en situaciones de conflicto armado, desplazamientos, desastres naturales y otras crisis humanitarias, así como en entornos institucionales, como las prisiones y las instalaciones para personas con enfermedades mentales. La violencia contra la mujer también puede ocurrir en el sistema de salud mismo: el maltrato de la mujer en el contexto de la interacción entre el proveedor y la paciente, sobre todo durante la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, incluido el parto, está recibiendo mayor atención en la Región y lo están abordando la OPS y la OMS (21).

13. La violencia contra la mujer en el lugar de trabajo, incluida la agresión física, sexual y psicológica en los servicios de salud, plantea muchas de las inquietudes que se presentan en este documento, y también se está abordando mediante esfuerzos dirigidos a mejorar la salud y el bienestar de los trabajadores y a incrementar la participación de la mujer en la fuerza laboral (22).

14. En algunos entornos, las mujeres pertenecientes a grupos étnicos minoritarios pueden encontrarse expuestas a mayores riesgos de sufrir violencia que otras mujeres. En un análisis de datos de Bolivia se estableció que existe un riesgo de sufrir violencia por parte de la pareja dos veces mayor entre las mujeres que hablan un idioma diferente del español en el hogar (23). En el Ecuador, las mujeres que se autoidentificaron como indígenas notificaron niveles más altos de violencia infligida por la pareja que las mujeres que se identificaron como mestizas o blancas (2). En México, en un estudio que se llevó a cabo en las mujeres indígenas que acuden a los servicios de salud, se encontró que 25,55% de las que fueron entrevistadas informaron haber sufrido alguna forma de violencia por parte de una pareja actual, con amplias variaciones entre las distintas zonas geográficas.³ En el Canadá, la probabilidad de que las mujeres indígenas sufran violencia es casi tres veces mayor que entre las mujeres no indígenas (24). Sin embargo, en muchos entornos son escasos los datos sobre la prevalencia de la violencia contra las mujeres

¹ Se suelen emplear dos términos para hacer referencia al homicidio de mujeres: femicidio y feminicidio; sin embargo, no hay consenso sobre la distinción entre ambos y sobre cuál es el más adecuado. El término “feminicidio” fue acuñado para referirse específicamente a los homicidios de mujeres por su condición de mujer y en algunas definiciones se refiere también a la participación del Estado por acción u omisión. En el presente documento se utiliza el término más amplio “femicidio” para poner de relieve la escasez de información que permita determinar el contexto y la intención de los homicidios de mujeres en la Región pero se reconoce la existencia de ambos términos.

² En algunos contextos, se utiliza también el término “hostigamiento” en español.

³ Este documento se puede encontrar en:

http://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/100722_cp7.pdf.

desglosados por grupo étnico o raza, por lo que es necesario hacer investigaciones culturalmente más relevantes y metodológicamente más rigurosas.

15. Ciertos datos, incluidas algunas investigaciones realizadas en el Canadá, indican que las mujeres que se identifican como lesbianas o bisexuales pueden correr un riesgo mayor de padecer violencia que las mujeres que se identifican como heterosexuales (25). No obstante, los datos desglosados por sexo, identidad de género y orientación sexual son muy limitados en la Región. Esta es un área que exige mayor investigación.

16. Ciertos estudios indican que las mujeres con discapacidad también enfrentan un riesgo mayor de sufrir violencia que otras mujeres. Por ejemplo, un examen sistemático y un metanálisis revelaron que las personas con discapacidades (tanto hombres como mujeres) tienen una probabilidad mayor de sufrir violencia física o sexual que sus contrapartes sin discapacidad (26).

17. La violencia perpetrada por la pareja es la forma más común de violencia que sufren las mujeres. La OMS calcula que 30% de las mujeres de la Región ha vivido violencia sexual o física a manos de la pareja, mientras que 11% ha sufrido violencia sexual perpetrada por un tercero (1).

18. El femicidio es otra forma importante de violencia contra la mujer en la Región (27, 28). En términos generales, el femicidio es el homicidio intencional de una mujer por ser mujer, pero existen otras definiciones más amplias que abarcan todo asesinato de una mujer adulta o joven. El femicidio perpetrado por la pareja es el asesinato de una mujer por parte de su pareja actual o su expareja, por lo general antecedido de otras formas de violencia por parte de esa persona (29). Los datos mundiales sobre el femicidio son limitados porque no existen sistemas para documentar el motivo del asesinato o la relación entre las víctimas y los victimarios. No obstante, la OMS calcula que hasta un 38% de las mujeres asesinadas en la Región fueron víctimas de su pareja o expareja (1).

19. La prevalencia estimada de la violencia sexual contra la mujer infligida alguna vez en la vida por algún agresor (sea o no la propia pareja) varía ampliamente según el estudio y el lugar, pero es considerable en toda la Región. En un análisis de los datos de encuestas nacionales realizadas en once países de la Región se observa que la violencia que han sufrido en algún momento de su vida las mujeres que han estado casadas alguna vez (como las relaciones sexuales forzadas, los actos sexuales forzados y las relaciones sexuales no deseadas que tienen lugar por temor) se ubicó entre cerca de 1 de cada 10 mujeres (10,3%) en el Paraguay (2008) y más de 1 de cada 4 mujeres (27,2%) en Haití (2005-2006) (2).

20. Los datos indican que un número significativo de mujeres de la Región inician su vida sexual activa con un acto forzado o no deseado. Cuando se les preguntó si sus primeras relaciones sexuales habían sido deseadas o forzadas, entre 1,8% de las mujeres en Nicaragua (2006-2007) y 21,2% de las mujeres en Haití (2005-2006) respondieron que su primera experiencia sexual había sido forzada (2). Igualmente, un estudio de seis países de la Organización de Estados del Caribe Oriental (2005-2006) indicó que las

relaciones sexuales forzadas en las mujeres de 15 a 24 años de edad oscilaba entre 6% en Antigua y Barbuda y 12% en Santa Lucía (30). En Jamaica (2008-2009), apenas 4,7% de las mujeres jóvenes dijo que su primera relación sexual había sido “forzada”, pero casi la mitad (44,9%) dijo que su primera relación sexual había sido “no deseada” (2). La relación sexual forzada o no deseada puede contribuir al embarazo adolescente y la transmisión de la infección por el VIH, lo que pone de relieve la necesidad de afrontar la violencia sexual como parte de los esfuerzos para reducir los embarazos no planeados y la transmisión del VIH en la Región.

Factores de riesgo y de protección

21. Las investigaciones sobre los factores de riesgo y de protección asociados a la violencia contra la mujer adolecen de limitaciones y lagunas importantes. En primer lugar, la mayoría de los estudios provienen de países de ingresos altos y se centran principalmente en los factores de riesgo, no en los factores de protección. En segundo lugar, la mayor parte de esos estudios utiliza diseños transversales en lugar de longitudinales y, por lo tanto, aportan pocas pruebas sobre la relación de causalidad. Por último, la mayoría de los estudios examina factores de riesgo individuales, en lugar de factores de riesgo presentes en la comunidad o la sociedad, que son fundamentales para la prevención.

22. A pesar de las deficiencias de las investigaciones existentes, está claro que no hay una explicación única de por qué ciertos individuos cometen violencia contra mujeres ni de por qué esa violencia es más prevalente en ciertas comunidades. La evidencia disponible indica que la violencia contra la mujer está arraigada en las desigualdades de género y en los desequilibrios de poder entre hombres y mujeres, pero también se ve afectada por una compleja interacción de factores a los niveles individual, relacional, comunitario y social, como se articulan en el marco socioecológico. En la figura que se encuentra en el anexo A se ilustran los factores de riesgo asociados a la violencia infligida por la pareja y a la violencia sexual, según un modelo socioecológico.

23. Los factores individuales asociados a un riesgo mayor de perpetración masculina y experiencia femenina de la violencia contra la mujer son, entre otros, un nivel educativo bajo, exposición a la violencia en la niñez (sea como víctima de maltrato infantil o como testigo de violencia entre los padres), consumo de alcohol o de drogas ilícitas, y trastornos mentales. A nivel de la comunidad y de la sociedad, los factores asociados a niveles más altos de violencia de pareja y violencia sexual a manos de terceros son las sanciones débiles por parte de la comunidad contra la violencia, la pobreza, la desigualdad de género y las normas que apoyan la aceptabilidad de la violencia (31).

24. Aunque se ha observado que existe violencia contra la mujer virtualmente en todos los entornos donde se ha investigado, las tasas de prevalencia varían mucho entre los países y dentro de ellos, lo que indica que los altos niveles de violencia contra la mujer no son inevitables. En todo el mundo están en curso varias iniciativas para definir estrategias eficaces de prevención. La atención se ha centrado en resultados prometedores obtenidos con el fortalecimiento de las sanciones legales contra la violencia, el

cuestionamiento de las normas de género, la inversión en el empoderamiento económico de la mujer, la reducción del consumo nocivo de alcohol y la atención al maltrato de niños y niñas. Se necesitan mayores inversiones para entender los factores a nivel individual, relacional, comunitario y social, y que son susceptibles al cambio para que se puedan aplicar en amplia escala estrategias integrales y eficaces de prevención.

Consecuencias para la salud

25. La violencia contra la mujer conlleva muchas consecuencias para la salud poco reconocidas, entre ellas la muerte (por femicidio, suicidio, infección por el VIH/sida y mortalidad materna), así como efectos no mortales que comprenden lesiones, infecciones de transmisión sexual (ITS), embarazo no deseado, morbilidad materna, consecuencias negativas para la salud sexual y reproductiva y trastornos mentales. En los párrafos siguientes se describen más detalladamente estas consecuencias.

Lesiones y discapacidad

26. Los datos provenientes de la Región indican que una proporción considerable de las mujeres que viven en situación de violencia infligida por la pareja sufren lesiones. De acuerdo con las encuestas nacionales, el porcentaje de mujeres en relaciones de maltrato que notificaron haber sufrido heridas a manos de su pareja oscila entre 41,2% (Honduras, 2005-2006) y 81,6% (Paraguay, 2008). En las encuestas nacionales que evaluaron la gravedad de los traumatismos, el porcentaje de mujeres que han sufrido abusos y notificaron lesiones graves (como huesos rotos o heridas profundas) se ubicó entre 6,6% (El Salvador, 2008) y 24,8% (República Dominicana, 2007) (2).

Salud mental y consumo de sustancias psicotrópicas

27. La violencia tiene efectos profundos sobre la salud mental como trastornos por estrés postraumático, depresión, ansiedad y dolencias debidas al consumo nocivo de alcohol y drogas (1). A nivel mundial, las mujeres expuestas a la violencia de pareja tienen una probabilidad dos veces mayor que otras mujeres de presentar depresión y casi el doble de presentar trastornos debidos al consumo de alcohol (1). Los datos de cinco encuestas nacionales de población de la Región indican que grandes proporciones de mujeres que habían vivido violencia infligida por un compañero íntimo en los 12 meses precedentes —desde casi la mitad de las mujeres en el Ecuador (2004) a más de dos tercios de las mujeres en el Paraguay (2008)— notificaron sufrir ansiedad o depresión tan grave (como resultado de la agresión de la pareja) que no podían cumplir con su trabajo u otras obligaciones (2). En Guatemala (2008-2009) y el Paraguay (2008), las mujeres que habían vivido violencia de pareja mostraron una probabilidad considerablemente mayor que otras mujeres de haber contemplado o intentado el suicidio en el último mes (2).

Salud sexual y reproductiva

28. Las investigaciones indican que la violencia contra las mujeres puede tener una gran cantidad de consecuencias negativas para la salud sexual y reproductiva. Tras un

análisis de encuestas nacionales de países de la Región, se encontró que la violencia de pareja estaba asociada en grado considerable al embarazo no planeado o no deseado, a un mayor número de partos y al nacimiento del primer hijo antes de los 17 años de edad (2). En algunos países, los embarazos no deseados fueron dos a tres veces más comunes entre las mujeres que sufrieron violencia infligida por la pareja en comparación con las que no habían vivido violencia (2). En el mismo estudio se encontró que entre 3% y 44% de las mujeres que en algún momento estuvieron embarazadas sufrieron violencia a manos de la pareja durante el embarazo (2). La violencia durante el embarazo ha sido asociada a un riesgo mayor de sufrir complicaciones como abortos espontáneos, partos prematuros e hijos de peso bajo al nacer (1, 23). Otras consecuencias de la violencia de pareja son los trastornos ginecológicos y un riesgo mayor de contraer la infección por el VIH (en algunas zonas), sífilis, clamidiasis o gonorrea (1).

Mortalidad asociada con el embarazo

29. En estudios realizados en países de ingresos altos se sugiere que la violencia de pareja puede ser un factor importante que influye en la mortalidad materna. En una provincia del Canadá, las hemorragias fueron tres veces más frecuentes en las embarazadas expuestas a la violencia (32). En un examen de datos correspondientes al período 2003-2007 del Sistema Nacional de Notificación de Muertes Violentas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos se encontró que 54% de los suicidios y 45% de los homicidios de mujeres que estaban embarazadas o en el período posparto estaban asociados a la violencia de pareja, y que estas muertes contribuían de manera importante a la mortalidad asociada con el embarazo (33). Esos resultados tienen repercusiones importantes para los esfuerzos por reducir las muertes durante el embarazo y posparto.

Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo

30. Hay cada vez más evidencia que sugiere un vínculo entre la violencia de pareja y un riesgo mayor de padecer enfermedades no transmisibles como sobrepeso, diabetes, cardiopatía isquémica, accidentes cerebrovasculares o cáncer (34, 35). Si bien no ha llegado a comprenderse cabalmente la relación de causalidad, la evidencia indica que los efectos perniciosos del estrés crónico, combinados con una probabilidad mayor de que las sobrevivientes adopten comportamientos dañinos como fumar, comer en exceso o hacer poco uso de la atención preventiva de la salud (como el control del colesterol y despistajes de cáncer cervicouterino o del colon), pueden incidir en esta situación (34, 35). La violencia puede contribuir además al desarrollo de otros trastornos como síndromes de dolor crónico, síndrome de colon irritable, trastornos del aparato digestivo, síntomas somáticos y fibromialgia (34, 35).

Efectos sobre los niños

31. La violencia contra la mujer tiene graves consecuencias negativas para los niños. Además de las consecuencias negativas para la salud mencionadas anteriormente, la evidencia sugiere que las repercusiones sociales y de salud a largo plazo derivadas de la

exposición durante la niñez a la violencia de pareja son similares a las ocasionadas por el maltrato físico y emocional o el descuido del niño (23, 36, 37, 38). La exposición durante la infancia a la violencia de pareja se ha asociado a tasas más altas de mortalidad en los menores de cinco años (39), así como a un riesgo mayor de cometer o vivir actos de violencia contra la mujer más adelante en la vida (2, 40-42). Los datos de varios países de la Región indican que los niños de hogares afectados por la violencia contra la mujer enfrentan una probabilidad mayor de sufrir castigos físicos crueles que otros niños (2). No obstante, las formas en que la violencia de pareja afecta a los niños no se han investigado suficientemente, por lo que ameritan mayor atención.

Costos económicos

32. La violencia contra la mujer representa costos directos para los servicios de salud, los servicios sociales, la justicia penal y los tribunales de familia. Un estudio realizado en los Estados Unidos determinó que los gastos por concepto de atención de salud eran aproximadamente 42% más altos en el caso de las mujeres víctimas de la violencia de pareja que en el de las mujeres que no habían vivido tal violencia (43). La violencia contra la mujer también implica costos indirectos para las sobrevivientes, las familias, los empleadores y la sociedad en general, en razón de la pérdida de productividad y las consecuencias psicosociales negativas para las mujeres y sus hijos. Un amplio análisis realizado en el Canadá calculó que el impacto económico anual de la violencia conyugal, incluidos los costos directos e indirectos, ascendía a 7.400 millones de dólares canadienses (44). Un análisis del Banco Mundial llegó a la conclusión de que la violencia de pareja cuesta al Perú 3,7% de su producto interno bruto (PIB), debido en gran parte a los días de trabajo perdidos (45). Un estudio realizado en Colombia permitió observar niveles significativamente mayores de desempleo e ingresos más bajos entre las sobrevivientes de la violencia (46).

La función del sistema de salud

33. Los servicios de salud pueden desempeñar un papel protagónico en la respuesta a la violencia contra la mujer. Los proveedores de salud pueden identificar a las mujeres expuestas a la violencia, brindar atención inmediata y mitigar los daños mediante el apoyo y la derivación a otros sectores, incluidos los servicios legales y sociales. La evidencia indica que las mujeres expuestas a la violencia tienen mayores probabilidades que las mujeres no maltratadas de procurar atención de salud, pero que no siempre revelan haber sido objeto de violencia a sus proveedores de atención de salud (47). Las iniciativas dirigidas a aumentar la pronta identificación por parte de los proveedores de salud de las mujeres que han vivido violencia pueden mejorar su acceso a servicios de apoyo, atención y derivación (48).

34. Los sistemas de salud también pueden cumplir una función clave en los esfuerzos multisectoriales para prevenir la violencia. El enfoque de salud pública hacia la prevención entraña cuatro pasos: *a)* definir el problema mediante la recopilación de datos sobre la magnitud, las características y las consecuencias de la violencia contra la mujer; *b)* investigar los factores de riesgo y de protección para comprender por qué se produce el

problema; c) formular, ejecutar y evaluar estrategias de prevención de la violencia para el sector de la salud y otros sectores; y d) difundir información sobre la eficacia de los programas y ampliar aquellos que resulten eficaces (49). En este proceso, los sistemas de salud deberían coordinar su labor con otros interesados directos y sectores (en particular, el sector de la educación y la justicia) y colaborar con los mecanismos nacionales de coordinación multisectorial y las organizaciones de la sociedad civil.

Estrategia y plan de acción

35. Esta estrategia y plan de acción reflejan los esfuerzos de los gobiernos nacionales y los movimientos de mujeres para llamar la atención y catalizar la acción a fin de abordar la violencia contra la mujer. Este documento también se fundamenta en un creciente cúmulo de evidencia, prácticas, normas, principios, reglas y directrices técnicas que han elaborado en los últimos decenios la OPS/OMS y otros organismos, así como en muchos otros esfuerzos emprendidos en todo el sistema de las Naciones Unidas.

Principios orientadores

36. Los diez principios siguientes, que se describen con mayor detalle en el anexo B, orientan la estrategia y plan de acción:

- a) acceso universal a la salud y cobertura universal de salud y equidad;
- b) derechos humanos;
- c) sensibilidad a las cuestiones de género e igualdad y a las diversidades culturales y étnicas;
- d) respuesta multisectorial;
- e) prácticas basadas en la evidencia;
- f) enfoque de la totalidad del curso de vida;
- g) respuesta integral;
- h) participación comunitaria;
- i) autonomía y empoderamiento de las sobrevivientes;
- j) involucramiento de los hombres y jóvenes varones.

Meta general

37. La meta general de la estrategia y plan de acción es contribuir a la reducción y la erradicación de la violencia contra la mujer. Las líneas estratégicas de acción que se utilizan en la ejecución de la estrategia y plan de acción promoverán el logro del resultado intermedio 2.3 del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y de los resultados inmediatos 2.3.2 y 2.3.3 del Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015.

Líneas estratégicas de acción⁴

38. La estrategia y plan de acción utilizarán las siguientes líneas estratégicas de acción:

- a) fortalecer la disponibilidad y el uso de evidencia científica sobre la violencia contra la mujer;
- b) fortalecer el compromiso político y financiero para abordar la violencia contra la mujer en los sistemas de salud;
- c) fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para prestar atención y apoyo eficaces a las mujeres que son víctimas de la violencia por parte de la pareja o que han sufrido violencia sexual a manos de un tercero;
- d) fortalecer el papel de los sistemas de salud en la prevención de la violencia contra la mujer.

Línea estratégica de acción 1: Fortalecer la disponibilidad y el uso de datos científicos sobre la violencia contra la mujer

39. Comprender la naturaleza, la magnitud, los factores de riesgo y de protección y las consecuencias de la violencia contra la mujer, incluidas las mujeres indígenas y otras mujeres marginadas por razones raciales y étnicas, es el primer paso hacia la prevención y el abordaje de la violencia, por diversas razones. Primero, los planes, políticas, programas y leyes culturalmente pertinentes y basados en la evidencia deberían fundamentarse en datos cuantitativos y cualitativos de alta calidad obtenidos a partir de sistemas de datos administrativos y estudios basados en la población. Segundo, es necesario recopilar datos de manera reiterada (idealmente basados en la población) a fin de medir los cambios en los niveles de violencia a medida que transcurre el tiempo. Por último, en consonancia con los instrumentos internacionales de derechos humanos aplicables a la salud y el principio ético de no maleficencia, los datos son esenciales para el seguimiento y la evaluación a fin de velar por que las intervenciones bien intencionadas no causen daño.

40. Cuando se genera evidencia, es necesario hacer esfuerzos para recolectar y analizar datos sobre los estratificadores de la equidad (como la edad, la etnicidad/raza, la situación socioeconómica, el lugar de residencia, la orientación sexual y la identidad de género, entre otros) con el propósito de aumentar los conocimientos acerca de la manera en que los determinantes sociales influyen en la violencia contra la mujer. Las alianzas con instituciones académicas y de investigación podrían ampliar la disponibilidad y el uso de la evidencia.

⁴ El seguimiento de los indicadores para cada línea estratégica de acción debe tener en cuenta las responsabilidades compartidas de los estados federados.

Objetivo	Indicador	Línea de base (2015)	Meta (2025)
1.1 Aumentar la recopilación y la disponibilidad de datos epidemiológicos y de servicios relacionados con la violencia contra la mujer	1.1.1 Número de Estados Miembros que en los cinco últimos años han realizado estudios de población representativos a nivel nacional sobre la violencia contra la mujer (o que han incluido un módulo sobre la violencia contra la mujer en otras encuestas demográficas o de salud)	14	22
	1.1.2 Número de Estados Miembros que en los cinco últimos años han realizado estudios de población representativos a nivel nacional sobre la violencia contra la mujer (o que han incluido un módulo sobre la violencia contra la mujer en otras encuestas demográficas o de salud) que incluyen un análisis de prevalencia de la violencia contra la mujer en diferentes grupos étnicos/raciales	2	10
	1.1.3 Número de Estados Miembros que pueden proporcionar datos sobre homicidios, desglosados por edad, sexo y relación de la víctima con el agresor	9	15

Línea estratégica de acción 2: Fortalecer el compromiso político y financiero para abordar la violencia contra la mujer en los sistemas de salud

41. El sistema de salud tiene un papel importante en el cuestionamiento de la aceptabilidad de la violencia contra la mujer. Una respuesta firme y visible de los sistemas de salud transmite a la sociedad el mensaje de que la violencia es inaceptable y alienta a un mayor número de mujeres a revelar situaciones de abuso a los profesionales de la salud (47). Sin embargo, dada la naturaleza multidimensional de la violencia contra la mujer, una respuesta eficaz e integral requiere la participación de diversos sectores, lo que incluye el liderazgo, el compromiso y la acción coordinada de altos funcionarios de gobierno, formuladores de políticas, docentes, legisladores, comisiones nacionales de derechos humanos, organismos de ejecución de la ley, organizaciones de la sociedad civil y de mujeres, y miembros de la comunidad (50).

42. Si bien muchos gobiernos de la Región han elaborado planes nacionales para abordar la violencia contra la mujer, suele haber brechas entre el compromiso y la ejecución. La puesta en práctica eficaz de planes nacionales para prevenir y responder a la violencia contra la mujer requiere disponer de evidencia científica sólida, la provisión de un apoyo y conocimientos técnicos fuertes y presupuestos designados dentro del sistema de salud (50).

Objetivo	Indicador	Línea de base (2015)	Meta (2025)
2.1 Fortalecer las políticas y los planes nacionales y subnacionales para abordar la violencia contra la mujer en los sistemas de salud	2.1.1 Número de Estados Miembros que han incluido la violencia contra la mujer en sus planes o políticas nacionales de salud	18	35
	2.1.2 Número de Estados Miembros cuyos presupuestos nacionales de salud contemplan una o más asignaciones presupuestarias específicas para apoyar la prevención y respuesta a la violencia contra la mujer	4	10
	2.1.3 Número de Estados Miembros que han establecido una o más unidades o puntos focales responsables de la violencia contra la mujer adscritos al ministerio de salud	4	10
2.2 Aumentar la participación del sistema de salud en los planes, políticas y coaliciones multisectoriales para abordar la violencia contra la mujer	2.2.1 Número de Estados Miembros que cuentan con un plan nacional o multisectorial sobre la violencia contra la mujer que incluye al sistema de salud, según el estado del plan: <ul style="list-style-type: none"> ▪ en fase de formulación; ▪ en fase de ejecución. 	13	20

Línea estratégica de acción 3: Fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para prestar una atención y apoyo eficaces a las mujeres que son víctimas de la violencia por parte de la pareja o que han sufrido violencia sexual

43. Habida cuenta de la prevalencia alta de la violencia contra la mujer y de los datos según los cuales las mujeres que han vivido violencia acuden a los servicios de salud con mayor frecuencia que otras mujeres (incluso si la violencia no es el problema de salud que las lleva a acudir a estos servicios), es indispensable que los sistemas de salud estén preparados para ofrecer a las sobrevivientes una atención de primera línea que responda a sus necesidades físicas, emocionales, de seguridad y de apoyo. Los profesionales de la salud necesitan capacitación y herramientas para identificar a las sobrevivientes, prestar asistencia clínica apropiada y derivarlas a otros servicios según sea necesario. Dado que muchos de los factores de riesgo y de los determinantes de la violencia se encuentran fuera del sistema de la salud, y en consonancia con el enfoque de la “salud en todas las políticas”, los sistemas de salud deberían ser proactivos en la interacción y la coordinación con una serie de sectores, como la policía y la justicia, los servicios sociales, la educación, la protección infantil y los mecanismos de igualdad de género o de empoderamiento de la mujer.

44. Considerando el número desproporcionado de mujeres marginadas por razones raciales y étnicas que sufren violencia en la Región, las iniciativas deben contemplar

además enfoques interculturales y culturalmente sensibles sobre la violencia que vayan más allá del entorno habitual de salud para incluir a los proveedores de salud tradicionales.

45. Reconociendo que la exposición de los niños a la violencia infligida por la pareja contra la madre está asociada con una gama de consecuencias negativas, entre otras un mayor riesgo de violencia en la edad adulta, deben hacerse mayores esfuerzos para determinar mecanismos que permitan coordinar, de manera segura y ética, los servicios para las mujeres y los niños expuestos a la violencia.

Objetivo	Indicador	Línea de base (2015)	Meta (2025)
3.1 Fortalecer los procedimientos operativos nacionales (protocolos, directrices) para prestar atención y apoyo seguros y eficaces a las mujeres que sufren violencia infligida por el compañero íntimo o violencia sexual	3.1.1 Número de Estados Miembros que cuentan con procedimientos operativos, protocolos o directrices nacionales relativos a la respuesta de los sistemas de salud a la violencia de pareja, que estén en consonancia con las directrices de la OMS ⁵	6	15
	3.1.2 Número de Estados Miembros que prestan servicios integrales de atención posviolación en servicios de urgencia, que estén en consonancia con las directrices de la OMS ⁶	2	15
3.2 Aumentar la capacidad de los profesionales de la salud para responder a la violencia contra la mujer	3.2.1 Número de Estados Miembros que han incluido el tema de la violencia contra la mujer en sus procesos de educación continua para los profesionales de la salud	2	10

⁵ Los protocolos y directrices relativos a la respuesta del sistema de salud deben abordar, como mínimo: *a*) la escucha con empatía y sin emitir juicio de valor por parte de los profesionales de la salud; *b*) medidas para ayudar a la mujer a mejorar su seguridad; *c*) medidas para ayudar a las mujeres a mejorar la seguridad de sus hijos y *d*) prestación (directa o por derivación) de atención de la salud mental, servicios sociales y apoyo jurídico.

⁶ Los servicios integrales de atención posviolación incluyen: *a*) apoyo de primera línea y primeros auxilios psicológicos; *b*) anticoncepción de urgencia para las mujeres que buscan atención en un plazo máximo de cinco días; *c*) derivación a los servicios de aborto seguro si la mujer queda embarazada tras una violación, en aquellos lugares donde dichos servicios están permitidos por la legislación nacional; *d*) profilaxis posexposición a las ITS o el VIH, de conformidad con los protocolos aplicables; y *e*) vacunación contra la hepatitis B.

Línea estratégica de acción 4: Fortalecer el papel de los sistemas de salud en la prevención de la violencia contra la mujer

46. Aunque la atención a las necesidades inmediatas de las sobrevivientes es esencial, la reducción y eliminación a largo plazo de la violencia dependen de la prevención. De manera análoga a las formas en que asume la responsabilidad de modificar las conductas relacionadas con el tabaquismo y el consumo de sustancias psicoactivas, la comunidad de la salud pública debería concientizar sobre la violencia contra la mujer como un problema de salud pública.

47. El sistema de salud puede contribuir a prevenir la violencia contra la mujer mediante la recopilación y difusión de datos probatorios acerca de la magnitud y las consecuencias de la violencia, la formulación y evaluación de programas y políticas de prevención, y la ampliación de las estrategias de prevención eficaces o prometedoras. Estas incluyen programas que combatan las actitudes y normas sociales que aprueban la desigualdad y la violencia de género, que apoyen el aprendizaje socioemocional y las aptitudes de vida que favorecen las relaciones no violentas, que reduzcan el consumo nocivo de alcohol, que apunten a prevenir el maltrato infantil (por ejemplo, programas de visitas al hogar y de educación de los padres) y que presten asistencia a los niños expuestos a la violencia, ya sea directamente o como testigos (50).

Objetivo	Indicador	Línea de base (2015)	Meta (2025)
4.1 Fortalecer la participación y el compromiso del sistema de salud en los esfuerzos de prevención de la violencia contra la mujer	4.1.1 Número de Estados Miembros que cuentan con una coalición o grupo de trabajo multisectorial para coordinar los esfuerzos de prevención de la violencia contra la mujer y que incluya la participación del ministerio de salud	3	10
	4.1.2 Número de Estados Miembros que tienen un plan nacional o multisectorial para abordar la violencia contra la mujer (que incluye al sistema de salud) que propone por lo menos una estrategia para prevenir la violencia contra las mujeres, por tipo de estrategia ⁷	0	10

Seguimiento y evaluación

48. La estrategia y plan de acción contribuirán al resultado intermedio 2.3 del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 (“reducción de los factores de riesgo relacionados con la violencia y los traumatismos, haciendo hincapié en la seguridad vial, los traumatismos

⁷ Las estrategias de prevención se clasificarán de la siguiente manera: *a*) cambio de la norma social y cultural; *b*) enfoques de aprendizaje socioemocional; y *c*) enfoques de política (como las políticas relacionadas con el consumo de alcohol).

infantiles y la violencia contra los niños, las mujeres y los jóvenes”) y los resultados inmediatos 2.3.2 y 2.3.3⁸ del Programa y Presupuesto de la OPS 2014-2015. A diferencia de otros temas de salud pública, el abordaje de la violencia contra la mujer en los sistemas de salud es relativamente nueva como área de trabajo para muchos Estados Miembros, por lo que no se dispone de indicadores de referencia uniformes de todos los países. En consecuencia, para atender esta laguna, la Oficina elaborará un plan de seguimiento y evaluación, y verificará los datos de las líneas de base como parte de la ejecución de la estrategia y plan de acción. En el 2018 y 2021 se prepararán informes provisionales para los Cuerpos Directivos de la OPS, y se emitirá un informe final en el 2025.

Repercusiones financieras

49. El costo total calculado para la ejecución del plan de acción durante su ciclo completo del 2015 al 2025, incluidos los gastos de personal y actividades, es de US\$ 4.900.000.

Intervención del Consejo Directivo

50. Se invita al Consejo Directivo a que examine la propuesta de *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer* para el período 2015-2025, considere la posibilidad de aprobar el proyecto de resolución correspondiente (que figura en el anexo C) y formule las recomendaciones que estime pertinentes.

Anexos

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas); Facultad de Higiene y Medicina Tropical de Londres; Consejo Sudafricano de Investigaciones Médicas. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: Prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud [Internet] (Resumen de orientación en español). Ginebra: OMS; 2013. 51 p. [consultado el 11 de marzo del 2015]. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf?ua=1&ua=1

⁸ Resultado inmediato 2.3.2: Países y asociados habilitados para evaluar y mejorar las políticas y los programas nacionales sobre la prevención integral de la violencia, incluida la violencia contra los niños, las mujeres y los jóvenes. Resultado inmediato 2.3.3: Países habilitados para elaborar y ejecutar un protocolo nacional para la prestación de servicios de salud a las víctimas de violencia sexual y de pareja de conformidad con las directrices de la OMS del 2013.

2. Bott S, Guedes, A, Goodwin M, Mendoza J. Violence against women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries [Internet]. Washington (DC): OPS; 2012. [consultado el 11 de marzo del 2015]. 156 p. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=19825&Itemid=270&lang=en
3. Organización de los Estados Americanos (Comisión Interamericana sobre los Derechos Humanos). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará” [Internet]. 24.º período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos; 9 de junio de 1994; Belém do Pará, Brasil. Washington (DC): OEA; c2011 [consultado el 11 de marzo del 2015]. Disponible en:
<http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>.
4. Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer [Internet]. Cuadragésimo octavo período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 21 de septiembre de 1993 al 19 de septiembre de 1994; Viena (Austria): Naciones Unidas; 1993 (resolución A/RES/48/104) [consultado el 11 de marzo del 2015]. Disponible en:
http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/48/104&referer=/english/&Lang=S
5. OMS. Estudio de múltiples países sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica contra la mujer: Resumen de los resultados iniciales sobre la prevalencia, los resultados intermedios de salud y las respuestas de las mujeres [Internet]. Ginebra: OMS; 2005. [consultado el 11 de marzo del 2015]. Disponible en inglés en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/.
6. Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra las mujeres y violencia contra los niños y las niñas: Áreas clave de la OPS/OMS para la acción [Internet]. Washington (DC): OPS; 2014. [consultado el 17 de marzo del 2015]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9998:violence-against-women-and-against-children-pahowhos-key-areas-for-action&Itemid=1519&lang=es
7. Organización Mundial de la Salud. Fortalecimiento de la función del sistema de salud en la lucha contra la violencia, en particular la ejercida sobre las mujeres y las niñas, y sobre los niños en general. 67.ª Asamblea Mundial de la Salud; 19 al 24 de mayo del 2014; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2014 (resolución WHA67.15) [consultado el 17 de marzo del 2015]. Disponible en:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R15-sp.pdf.
8. Naciones Unidas. Marco de medidas para el seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014.

Informe del Secretario General [Internet]. 69.º período ordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas: 16 de septiembre del 2014 a septiembre del 2015; Nueva York, Estados Unidos. Nueva York: Naciones Unidas; 2014 (documento A/69/62) [consultado el 18 de marzo del 2015]. Disponible en: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/framework_of_actions_for_the_follow-up_to_the_programme_of_action_of_the_icpd_beyond_2014_-_spanish.pdf

9. Comité de organizaciones no gubernamentales sobre la condición jurídica y social de la mujer; ONU-Mujeres. Documento regional de la sociedad civil para Beijing+20: América Latina y el Caribe NGO/CSW: febrero del 2015 [sin publicar]. Disponible previa solicitud.
10. Naciones Unidas. Proyecto de documento final de la cumbre de las Naciones Unidas para la aprobación de la agenda para el desarrollo después de 2015. Sexagésimo noveno período de sesiones, 12 de agosto del 2015. Nueva York, Estados Unidos. Nueva York: Naciones Unidas; 2015 (documento A/69/L.85) [consultado el 29 de septiembre del 2015]. Disponible en: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/69/L.85&referer=/english/&Lang=S.
11. Naciones Unidas. Poner fin a la violencia contra la mujer. De las palabras a los hechos. Estudio del Secretario General [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 2003 [consultado el 11 de marzo del 2015]. Disponible en: http://www.un.org/womenwatch/daw/public/VAW_Study/VAW-Spanish.pdf.
12. Red de Información de las Naciones Unidas sobre Población (División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales con apoyo del UNFPA). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo [Internet]. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo; del 5 al 13 de septiembre de 1994; El Cairo, Egipto. Nueva York: Naciones Unidas; 1994 (documento A/CONF.171/13) [consultado el 11 de marzo del 2015]. Disponible en: <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html>
13. Naciones Unidas (Departamento de Coordinación de Políticas y de Desarrollo Sostenible) Declaración y plataforma de acción de Beijing. En: Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer; del 4 al 15 de septiembre de 1995; Beijing, China. Nueva York: Naciones Unidas; 1995 (documento A/CONF.177/20) [consultado el 11 de marzo del 2015]. Disponible en: <http://www.un.org/documents/ga/conf177/aconf177-20sp.htm>
14. Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres. Conclusiones convenidas sobre la eliminación y prevención de todas las formas de violencia contra la mujer y la niña [Internet]. 57.º Período de Sesiones de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer; del 4 al

- 15 de marzo del 2013; Nueva York, Estados Unidos. Nueva York: Naciones Unidas; 2013. [consultado el 17 de marzo del 2015]. Disponible en: [http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw57/CSW57_Agreed_Conclusions_\(CSW_report_excerpt\)_E.pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw57/CSW57_Agreed_Conclusions_(CSW_report_excerpt)_E.pdf)
15. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (Comisión de Derechos Humanos). La cuestión de la integración de los derechos de la mujer en los mecanismos de derechos humanos de las Naciones Unidas y la eliminación de la violencia contra la mujer. 45.ª sesión de la Comisión de Derechos Humanos. Nueva York. Nueva York: CNUDH; 4 de marzo de 1994 (adoptada sin votación. Véase el capítulo XI.-E/CN.4/1994/132) [consultado el 17 de marzo del 2015]. Disponible en: <http://daccess-ods.un.org/TMP/7779644.13166046.html>
 16. Organización Mundial de la Salud. Aplicación de las recomendaciones del Informe mundial sobre la violencia y la salud [Internet]. 56.ª Asamblea Mundial de la Salud; del 19 al 28 de mayo del 2003; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2003 (resolución WHA56.24). Puede encontrarse en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/sa56r24.pdf.
 17. Organización Mundial de la Salud. Aplicación de las recomendaciones del Informe mundial sobre la violencia y la salud [Internet]. 111.ª reunión del Consejo Ejecutivo; del 20 al 28 de enero del 2003; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 2003 (resolución EB111.7) [consultado el 12 de marzo del 2015]. Puede encontrarse en: <http://daccess-ods.un.org/TMP/7883917.68932343.html>
 18. Organización Mundial de la Salud. Prevención de la violencia [Internet]. 50.ª Asamblea Mundial de la Salud; del 5 al 14 de mayo de 1997; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 1997 (resolución WHA50.19) [consultado el 12 de marzo del 2015]. Disponible en: <https://www.google.com/search?q=WHA50.19&ie=utf-8&oe=utf-8>
 19. Organización Mundial de la Salud. Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública [Internet]. 49.ª Asamblea Mundial de la Salud; del 20 al 25 de mayo de 1996; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 1996 (resolución WHA49.25) [consultado el 12 de marzo del 2012]. Puede encontrarse en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA49_25_spa.pdf.
 20. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Consecuencias para la salud: Comprender y abordar la violencia contra la mujer [Internet]. Ginebra: OMS; 2012 (Hojas informativas de la OMS) (WHO/RHR/12.43) [consultado el 12 de marzo del 2015]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12_43/es/

21. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [consultado el 12 de marzo del 2015]. (Declaración de la OMS) (WHO/RHR/14.23) [consultado el 12 de marzo del 2015]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/.
22. Organización Internacional del Trabajo. Oficina Internacional del Trabajo/Consejo Internacional de Enfermeras/Organización Mundial de la Salud/Public Services International. Programa internacional conjunto sobre violencia en el trabajo del sector de la salud. Directrices marco para abordar la violencia en el lugar de trabajo del sector de la salud [Internet]. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo; 2002 [consultado el 17 de marzo del 2015]. Disponible en inglés en: http://who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVguidelines_EN.pdf?ua=1&ua=1
23. Han, A., Stewart, D. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. Enero del 2014 [consultado el 12 de marzo del 2015];124(1):6-11. Disponible en inglés en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24182684>
24. Brennan S. Violent victimization of aboriginal women in the Canadian provinces, 2009 [Internet]. Ottawa (Canadá): Estadísticas Canadá; 17 de mayo del 2011 [consultado el 12 de marzo del 2015]. Disponible en inglés en: <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2011001/article/11439-eng.pdf>
25. Centro Canadiense de Estadísticas Jurídicas. Measuring violence against women: statistical trends. Ottawa (Canadá): Estadísticas Canadá; 2013 (Artículo de *Juristat*) 25 de febrero del 2013 [consultado el 12 de marzo del 2015]. 120 p.. Disponible en inglés en: <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2013001/article/11766-eng.pdf>
26. Hughes K, Bellis M, Jones L, Wood S, Bates G, Eckley L, et al. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet* [Internet]. 28 de abril del 2012 [consultado el 12 de marzo del 2015]. Disponible en inglés en: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2811%2961851-5/abstract>
27. Oficina Regional para América Central del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; Oficina Regional para las Américas y el Caribe de la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres. Modelo de protocolo latinoamericano de investigación de las muertes violentas de mujeres por razones de género

- (femicidio/feminicidio) [Internet]. Nueva York: OACNUDH; 2014 [consultado el 13 de marzo del 2015]. xiv + 186p. Disponible en:
<http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/ProtocoloLatinoamericanoDeInvestigacion.pdf>.
28. Garita Vílchez AI. La regulación del delito de femicidio/feminicidio en América Latina y el Caribe. Campaña del Secretario General de las Naciones Unidas (ÚNETE) para poner fin a la violencia contra las mujeres. Panamá: Secretariado de la ÚNETE para poner fin a la violencia contra las mujeres; 2013 [consultado el 3 de marzo del 2015]. Disponible en:
http://www.un.org/es/women/endviolence/pdf/reg_del_femicidio.pdf
 29. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Femicidio [Internet]. Ginebra: OMS; 2012 (Hojas informativas de la OMS) [consultado el 12 de marzo del 2015]. Disponible en:
http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/es/
 30. Ogunnaike-Cook S, Kabore I, Bombereau G, Espeut D, O'Neil C, Hirschall G. Behavioural surveillance surveys (BSS) in six countries of the Organisation of Eastern Caribbean States (OECS) 2005-2006: report [Internet]. Caribbean Epidemiology Centre; 2007 [consultado el 12 de marzo del 2015]. Disponible en inglés en:
http://books.google.com/books/about/Behavioural_Surveillance_Surveys_BSS_in.html?id=6Z1eMwEACAAJ,
http://www.researchgate.net/profile/David_Plummer/publication/259080645_How_risk_and_vulnerability_become_socially_embedded_insights_into_the_resilient_gap_between_awareness_and_safety_in_HIV/links/0deec52c7e87aef1c9000000.pdf
 31. Organización Mundial de la Salud; Facultad de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias [Internet]. Ginebra: OMS; 2010 [consultado el 11 de marzo del 2015]. 94 p. Disponible en:
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564007/es/>
 32. Janssen PA, Holt VL, Sugg NK, Emanuel I, Critchlow CM, Henderson AD. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* [Internet] Mayo del 2003 [consultado el 12 de marzo del 2015];188(5):1341-1347. Disponible en inglés en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12748509>.
 33. Palladino C, Singh V, Campbell J, Flynn H, Gold K. Homicide and suicide during the perinatal period: findings from the National Violent Death Reporting System. *Obstet Gynecol* [Internet]. Noviembre del 2011 [consultado el 12 de marzo del 2015];118(5):1056–6103. Disponible en inglés en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22015873>.

34. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Adverse health conditions and health risk behaviors associated with intimate partner violence. *Morbidity and Mortality Weekly Report* [Internet]. 8 de febrero del 2008 [consultado el 12 de marzo del 2015];57(5): 113-117.
35. Black M (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos). Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. *Am J Lifestyle Med* [Internet]. Septiembre y octubre del 2011 [consultado el 12 de marzo del 2015];13;5(5):428-439. Disponible en inglés en: <http://ajl.sagepub.com/content/5/5/428.abstract>.
36. Wood SL, Sommers MS. Consequences of intimate partner violence on child witnesses: a systematic review of the literature. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* [Internet]. 2011 Nov [consultado el 31 de julio del 2015];24(4):223-236. Disponible en inglés en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6171.2011.00302.x/abstract;jsessionid=1277E8679A5AECA0B2238F4DE6032087.f04t03>
37. MacMillan HL, Wathen CN. Children's exposure to intimate partner violence. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [Internet]. 2014 [consultado el 31 de julio del 2015 Jul 31] 23(2):295-308. Disponible en inglés en: [http://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993\(13\)00112-0/abstract](http://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993(13)00112-0/abstract)
38. Kitzmann KM, Gaylord NK, Holt AR, Kenny ED. Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2003 [consultado el 31 de julio del 2015];71(2):339-352. Disponible en inglés en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.208.6823&rep=rep1&type=pdf>
39. Garoma S, Fantahun M, Worku A. The effect of intimate partner violence against women on under-five children mortality: a systematic review and meta-analysis. *Ethip Med J* [Internet]. 2011 Oct [consultado el 31 de julio del 2015];49(4):331-339. Disponible en inglés en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23409398>
40. Barker G, Aguayo F, Correa P. Understanding men's violence against women: findings from the IMAGES survey in Brazil, Chile and Mexico [Internet]. Rio de Janeiro: Promundo; 2013 [consultado el 12 de marzo del 2015]. 44 p. Disponible en inglés en: <http://promundo.org.br/wp-content/uploads/sites/2/2015/02/Understanding-Mens-Use-of-Violence-Against-Women-IMAGES-Brazil-Chile-Mexico.pdf>.

41. Gómez A. Testing the cycle of violence hypothesis: child abuse and adolescent dating violence as predictors of intimate partner violence in young adulthood. *Youth & Soc.* 2011;43:1171–192 (publicado originalmente el 7 de enero del 2010).
42. Ehrensaft MK, Cohen P, Brown J, Smailes R, Chen H, Johnson JG. Intergenerational transmission of partner violence: a 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol.* 2003; [consultado el 12 de marzo del 2015];71(4):741-53. Disponible en inglés en: <http://www.apa.org/pubs/journals/releases/ccp-714741.pdf>.
43. Bonomi A, Anderson M, Rivara F, Thompson R. Health care utilization and costs associated with physical and nonphysical-only intimate partner violence. *Health Serv Res [Internet]*. Junio del 2009 [consultado el 12 de marzo del 2015];44(3):1052–1067. Disponible en inglés en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2699921/>.
44. Zhang T, Hoddenbagh J, McDonald S, Scrim K. An estimation of the economic impact of spousal violence in Canada, 2009 [Internet]. Ottawa (Canadá): Ministerio de Justicia del Canadá; 2012 [consultado el 12 de marzo del 2015]. 145 p. Disponible en inglés en: http://justice.gc.ca/eng/rp-pr/cj-jp/fv-vf/rr12_7/rr12_7.pdf.
45. Vara Horna A. Violence against women and its financial consequences for businesses in Peru [Internet]. Lima, Perú: Facultad de Ciencias Administrativas y Recursos Humanos, Universidad San Martín de Porres; Deutsche Zusammenarbeit für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH Programa para combatir la violencia contra las mujeres en Perú, Ecuador, Bolivia y Paraguay (ComVoMujer); 2013 [consultado el 12 de marzo del 2015]. 18 p. Disponible en inglés en: http://www.learningtoendabuse.ca/sites/default/files/The%20Impacts%20of%20Violence%20against%20Women_Financial%20Consequences_Peru_1.pdf.
46. Ribero R, Sánchez F. Determinantes, efectos y costos de la violencia intrafamiliar en Colombia [Internet]. Bogotá, Colombia: Centro de Estudios para el Desarrollo Económico (CEDE) de la Universidad de los Andes; 2004 [consultado el 12 de marzo del 2015]. 47 p. Disponible en: https://economia.uniandes.edu.co/components/com_booklibrary/ebooks/D200444.pdf.
47. García-Moreno C, Hegarty K, Lucas d'Oliveira A, Koziol-MacLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *The Lancet [Internet]*. 20 de noviembre del 2014 (Serie sobre la violencia contra la mujer y la niña) [consultado el 12 de marzo del 2015];(2):17–29. Disponible en inglés en: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61837-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61837-7.pdf).
48. Organización Mundial de la Salud. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines [Internet].

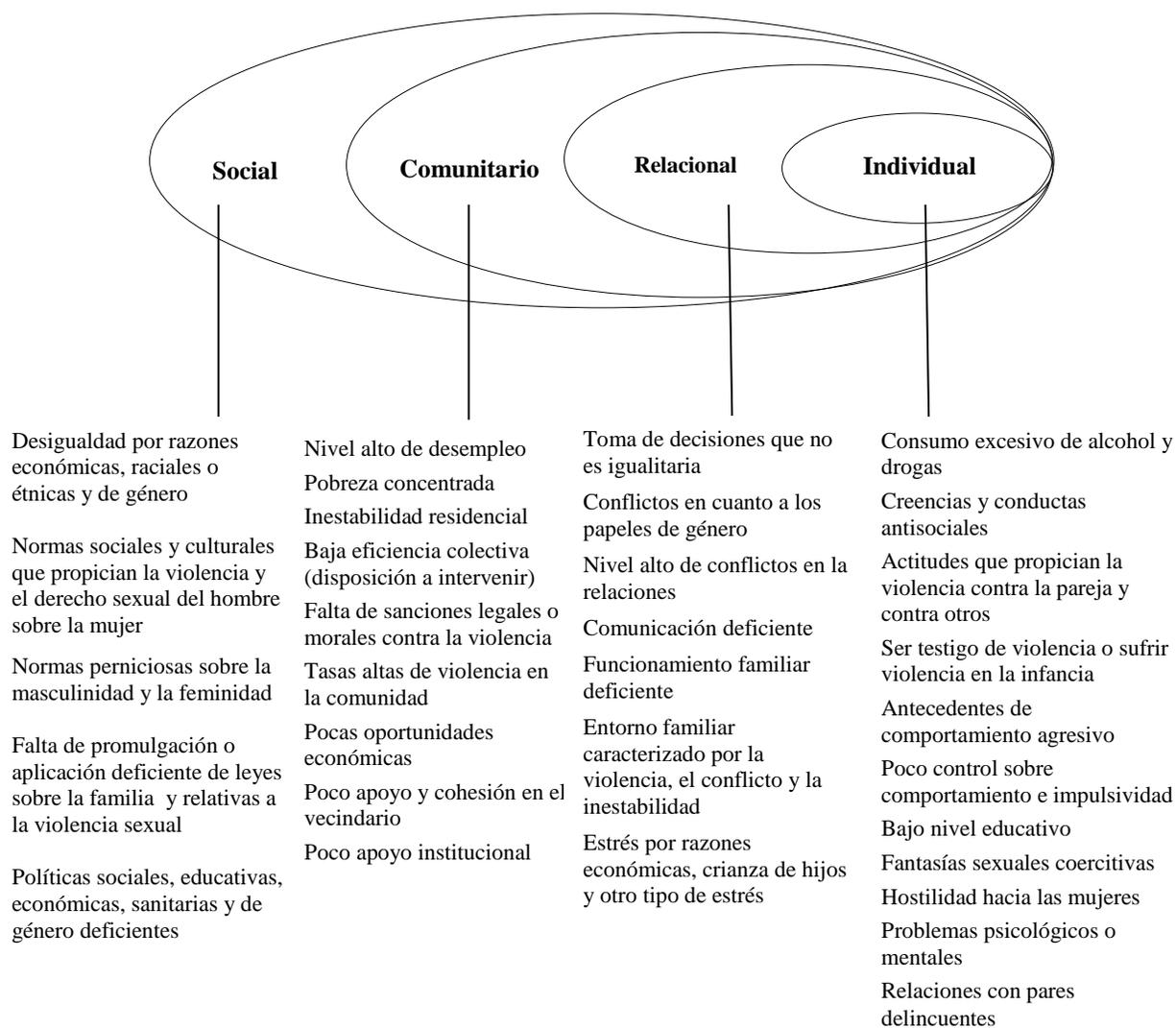
Ginebra: OMS; 2013 [Consultado el 12 de marzo del 2015]. 56 p. Disponible en inglés en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf?ua=1

49. Organización Mundial de la Salud. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R., eds. Informe mundial sobre la violencia y la salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2002 [consultado el 12 de marzo del 2015]. Disponible en:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/.
50. García-Moreno C, Zimmerman C, A, L, Amin A, Abrahams N, et al. Addressing violence against women: a call to action. *The Lancet* [Internet]. 21 de noviembre del 2014 (Serie sobre la violencia contra las mujeres y las niñas) [consultado el 12 de marzo del 2015];(5):1–11. Disponible en inglés en:
[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61830-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61830-4.pdf).
51. Organización Mundial de la Salud. Manual clínico de atención de salud para las mujeres víctimas de la violencia de pareja o la violencia sexual [Internet]. Ginebra: noviembre del 2014 (Versión de prueba en el terreno de septiembre del 2014) [consultado el 17 de marzo del 2015]. Disponible en inglés en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136101/1/WHO_RHR_14.26_eng.pdf?ua=1

Anexo A

Factores de riesgo asociados a la perpetración de la violencia contra la mujer



Adaptado de: OMS. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. 2002; Heise, L. *What works to prevent partner violence: An evidence overview*. 2011.

Anexo B

Principios orientadores

Los diez principios siguientes orientan esta estrategia y plan de acción:

- a) *Acceso universal a la salud y cobertura universal de salud y equidad*: Los servicios esenciales de salud deben estar disponibles sin que representen para aquellos que los requieran el riesgo de empobrecerse o sufrir estigma o discriminación (por razones de sexo, edad, estatus socioeconómico, etnicidad u orientación sexual).
 - b) *Derechos humanos y civiles*: Los derechos humanos y civiles están consagrados en tratados internacionales y regionales aplicables así como en las constituciones y leyes nacionales. Los programas, leyes, políticas y servicios para prevenir y responder a la violencia contra la mujer deberían alinearse con esos instrumentos, pero sobre todo deberían promover los siguientes principios, establecidos en el *Clinical Handbook: Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence* [manual clínico de la OMS sobre la atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia infligida por el compañero íntimo o violencia sexual (51):
 - i. vida: una vida libre de miedo y de violencia;
 - ii. autodeterminación: tener derecho a tomar sus propias decisiones en cuanto a atención médica y acciones legales;
 - iii. el nivel más alto posible de salud: servicios de salud de buena calidad disponibles, accesibles y aceptables para las mujeres;
 - iv. no discriminación: servicios de atención de salud ofrecidos sin discriminación, y tratamiento que no debe rehusarse por razones de sexo, raza, etnicidad, casta, orientación sexual, religión, discapacidad, estado civil, ocupación o creencias políticas;
 - v. privacidad y confidencialidad: Prestación de atención, tratamiento y orientación que sea privado y confidencial;
 - vi. información: el derecho a saber qué información se ha recopilado y tener acceso a la misma.
 - c) *Sensibilidad a las cuestiones de género e igualdad y a las diversidades culturales y étnicas*: La prevención de la violencia y la respuesta que hemos de dar a ella también deberían tomar en cuenta las normas de género, en especial las interpretaciones perniciosas de la masculinidad que devalúan el papel de la mujer, perdonan el uso de la violencia y culpan a la mujer por la violencia que sufren. Es importante comprender que la violencia contra la mujer está arraigada en desequilibrios de poder y desigualdades estructurales entre el hombre y la mujer,
-

que la mujer puede tener menos acceso que el hombre a recursos como el dinero o la información y que esto puede afectar su capacidad para salir de una situación de maltrato. También es importante reconocer y atender las múltiples formas de discriminación que pueden contribuir a una mayor vulnerabilidad a la violencia por razones de clase, cultura o etnicidad, edad, discapacidad, orientación sexual, identidad de género y otras.

- d) *Respuesta multisectorial*: La respuesta de los sistemas de salud a la violencia contra la mujer debería situarse dentro de una respuesta multisectorial integral y coordinada. Esto exige la forja de alianzas entre múltiples sectores, incluido el de la salud, mecanismos para el avance de la mujer o la promoción de la igualdad de género, protección de los niños, educación, cumplimiento de la ley, asuntos judiciales y sociales. También exige la coordinación y las alianzas entre el sector público y el privado, y con la sociedad civil, asociaciones profesionales, instituciones académicas y otros interesados importantes, según corresponda de acuerdo a la situación de cada país.
- e) *Prácticas basadas en la evidencia científica*: Los programas, las políticas y los servicios para prevenir y responder a la violencia contra la mujer debería basarse en la mejor evidencia científica disponible o en un consenso sobre las mejores prácticas, o en ambas cosas, y deberían adaptarse al contexto sociocultural específico.
- f) *Enfoque de la totalidad del curso de vida*: Este enfoque reconoce que existen factores positivos y negativos que pueden incidir sobre las trayectorias y los resultados de una persona en cuanto a su salud y su desarrollo, y reconoce las distintas manifestaciones de la violencia a lo largo de todo el curso de vida.
- g) *Respuesta integral*: Una respuesta integral contra la violencia también requiere una programación por fases que tenga en cuenta las diversas etapas de desarrollo de los sistemas de salud en los diversos países.
- h) *Participación comunitaria*: Se deberían tomar medidas para escuchar las necesidades de los miembros de las comunidades –incluidos aquellos que viven en situación de violencia o la han sufrido– y lograr su participación significativa en la formulación de los programas y las políticas, así como en el seguimiento y la evaluación.
- i) *Autonomía y empoderamiento*: Los programas deberían respetar la autonomía de las personas para tomar decisiones completas, libres e informadas sobre la atención que reciben y los servicios que desean utilizar. Los programas, las políticas y los servicios también deben empoderar a aquellas personas que viven bajo violencia o que se ven afectados por ésta, y para ello deben respetar su dignidad, reforzar su valor como personas, no culparles y juzgarles por sufrir violencia y darles información, orientación y servicios que les permitan tomar sus propias decisiones.

- j) *Involucrar a los hombres y jóvenes varones:* La participación de los hombres adultos y jóvenes en la prevención es un componente fundamental de las acciones para promover la igualdad de género, empoderar a las mujeres y cambiar las actitudes, prácticas y estereotipos sociales y culturales que contribuyen a la violencia del hombre contra la mujer.

54.º CONSEJO DIRECTIVO

67.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015

CD54/9, Rev. 2
Anexo C
Original: inglés

PROYECTO DE RESOLUCIÓN

ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN SOBRE EL FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD PARA ABORDAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

EL 54.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado la *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer* (documento CD54/9, Rev. 2);

Teniendo presente que en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud se establece que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”;

Observando que la violencia contra la mujer constituye un problema de salud pública de graves proporciones y una violación o vulneración de los derechos humanos y las libertades fundamentales de la mujer, e impide o anula la observancia, el disfrute y el ejercicio de dichos derechos y libertades;

Profundamente preocupado porque la violencia contra la mujer afecta a una de cada tres mujeres en la Región de las Américas;

Consciente de que la violencia contra la mujer puede adoptar muchas formas, pero que la violencia sexual, física y emocional perpetrada por la pareja masculina contra una mujer es la forma más prevalente de violencia contra la mujer;

Sabedor de que la violencia contra la mujer tiene sus raíces en las desigualdades por razón de género y en los desequilibrios de poder entre hombres y mujeres;

Consciente de que esa violencia tiene consecuencias perdurables y profundas en la salud de la mujer y de sus hijos, en el bienestar de las familias y comunidades, así como en la economía y el desarrollo de las naciones;

Reconociendo que los sistemas de salud tienen un papel importante que desempeñar para prevenir y responder a la violencia contra la mujer como parte de un esfuerzo integral y multisectorial;

Recordando la resolución WHA67.15 (2014), *Fortalecimiento de la función del sistema de salud en la lucha contra la violencia, en particular la ejercida sobre las mujeres y las niñas, y sobre los niños en general*;

Recordando otras resoluciones pertinentes de los Cuerpos Directivos de la OPS, entre ellas la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (CD53.R14 [2014]); *La salud y los derechos humanos* (CD50.R8 [2010]); y el *Plan de acción para la ejecución de la política de igualdad de género* (CD49.R12 [2009]),

RESUELVE:

1. Aprobar y ejecutar la *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer* en el contexto de las condiciones particulares de cada país.
2. Instar a los Estados Miembros, teniendo en cuenta las responsabilidades compartidas en los Estados federados, a que:
 - a) mejoren la recopilación y la difusión de datos comparables sobre la magnitud, los tipos, los factores de riesgo y de protección, y las consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer;
 - b) fortalezcan la función de sus sistemas de salud para abordar la violencia contra la mujer a fin de velar por que todas las mujeres en riesgo o afectadas por la violencia —incluidas las mujeres en situación de vulnerabilidad debido a su situación socioeconómica, edad, identidad étnica o racial, orientación sexual, identidad de género o discapacidad— tengan un acceso oportuno, eficaz y asequible a los servicios de salud;
 - c) fomenten que se aborde la violencia contra la mujer en el contexto de iniciativas de salud pertinentes, incluidas las relativas a la salud maternoinfantil, la salud sexual y reproductiva, la infección por el VIH/sida y la salud mental;
 - d) promuevan la participación del sistema de salud con otros asociados del sector público y de la sociedad civil como parte de un esfuerzo multisectorial para abordar la violencia contra la mujer;
 - e) consideren las repercusiones presupuestarias relacionadas y prevean recursos suficientes para ejecutar las actividades encaminadas a abordar la violencia contra la mujer.

3. Solicitar a la Directora que:
- a) apoye la ejecución de la estrategia y plan de acción para mantener y fortalecer la colaboración entre la Oficina Sanitaria Panamericana y los países y territorios para abordar la violencia contra la mujer;
 - b) continúe fortaleciendo las actividades de la OPS y la OMS dirigidas a generar evidencia científica sobre la magnitud, las tendencias, las consecuencias para la salud y los factores de riesgo y de protección de la violencia contra la mujer, y sobre estrategias eficaces para prevenir y responder a este tipo de violencia;
 - c) siga apoyando a los países y territorios, a petición de estos, prestando asistencia técnica para fortalecer la capacidad de los sistemas de salud a fin de abordar la violencia contra la mujer;
 - d) facilite la cooperación de la OPS con los comités, los órganos y las relatorías de derechos humanos del sistema de las Naciones Unidas y el sistema interamericano;
 - e) siga priorizando la prevención de la violencia contra la mujer y considere la posibilidad de asignar recursos adicionales para la ejecución de la estrategia y plan de acción.



Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas del proyecto de resolución para la Oficina

1. **Punto del orden del día:** 4.6 - Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer
2. **Relación con el Programa y Presupuesto 2014-2015:**
 - a) **Categorías:**

Categoría 2, enfermedades no transmisibles y factores de riesgo, y categoría 3, determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida
 - b) **Áreas programáticas y resultados intermedios:**

Área programática 2.3: Violencia y traumatismos.
Resultado intermedio (RIT) 2.3: Reducción de los factores de riesgo relacionados con la violencia y los traumatismos, haciendo hincapié en la seguridad vial, los traumatismos infantiles y la violencia contra los niños, las mujeres y los jóvenes.

Área programática 3.1: Salud de la mujer, la madre, el recién nacido, el niño, el adolescente y el adulto, y salud sexual y reproductiva.
RIT 3.1: Aumento del acceso a las intervenciones para mejorar la salud de la mujer, el recién nacido, el niño y el adolescente.
3. **Repercusiones financieras:**
 - a) **Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su período de vigencia (incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):** US\$ 4.900.000
 - b) **Costo estimado para el bienio 2016-2017 (incluye los gastos correspondientes a personal y actividades):** US\$ 980.000
 - c) **Del costo estimado que se indica en el apartado b), ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas?** La Oficina tiene una funcionaria en el área de violencia contra la mujer, y se prevé un financiamiento limitado para el trabajo programático en esta área en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019; no obstante, se necesitarán recursos financieros y humanos adicionales para ampliar la escala de la prevención de la violencia contra la mujer y la respuesta a la misma en la Región, en particular para prestar apoyo técnico a los Estados Miembros y territorios.

4. Repercusiones administrativas:

- a) **Indicar a qué niveles de la Organización se realizará el trabajo:** Este trabajo se llevará a cabo en todos los niveles de la Organización: de país, subregional y regional. También habrá colaboraciones entre regiones.
- b) **Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal):** Para aumentar la escala de las actividades en el área de violencia contra la mujer se necesitaría a otro profesional.
- c) **Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación):** El proyecto de resolución abarca el período 2015-2025 y requiere esfuerzo y compromiso por parte de todos los Estados Miembros y de la Oficina Sanitaria Panamericana.



**Organización
Panamericana
de la Salud**



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

CD54/9, Rev. 2
Anexo E

PLANTILLA ANALÍTICA PARA VINCULAR LOS PUNTOS DEL ORDEN DEL DÍA CON LOS MANDATOS INSTITUCIONALES

- 1. Punto del orden del día:** 4.6 - Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer
- 2. Unidad a cargo:** Familia, Género y Curso de Vida (FGL/HL)
- 3. Funcionario a cargo:** Alessandra Guedes
- 4. Vínculo entre este punto del orden del día y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017:**
Aunque la prevención de la violencia contra la mujer y la respuesta a la misma se vinculan a la mayoría de las áreas de acción descritas en la Agenda de Salud para las Américas, a continuación se enumeran las más pertinentes:
 - Abordar los determinantes de salud
 - Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad
- 5. Vínculo entre este punto del orden del día y el Plan Estratégico 2014-2019:**
La prevención de la violencia contra la mujer y la respuesta a la misma se relacionan directamente con la mayoría de las categorías del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019; sin embargo, las categorías que se enumeran a continuación son las más pertinentes:
Categoría 2: Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo
Categoría 3: Determinantes de la salud y promoción de la salud a lo largo de todo el ciclo de vida
Categoría 4: Sistemas de salud
- 6. Lista de centros colaboradores e instituciones nacionales vinculados a este punto del orden del día:**
Cinco centros colaboradores trabajan en la prevención de la violencia y los traumatismos en las Américas, a saber:
 - Canadá: Centro Colaborador para la Promoción de la Seguridad y la Prevención de Traumatismos, Instituto Nacional de Salud Pública de Quebec (*Collaborating Centre for Safety Promotion and Injury Prevention/National Public Health Institute of Quebec*)
 - Brasil: Centro de Estudios sobre la Violencia (*Núcleo de Estudos da Violência*), Universidad de São Paulo
 - México: Instituto Nacional de Salud Pública
 - Estados Unidos: Unidad Internacional de Investigaciones sobre Traumatismos, Universidad Johns Hopkins (*International Injury Research Unit/Johns Hopkins University*)
 - Estados Unidos: Centro Nacional para la Prevención y el Control de los Traumatismos/Centros

para el Control y la Prevención de Enfermedades (National Center for Injury Prevention and Control/Centers for Disease Control and Prevention).

La OPS también realiza actividades de colaboración continua con varias otras organizaciones, entre ellas organismos de las Naciones Unidas (UNICEF, ONU-Mujeres, FNUAP), centros académicos (Universidad George Washington, Facultad de Enfermería de la Universidad Johns Hopkins) y otros (Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Mundial, Organización de los Estados Americanos).

7. Prácticas óptimas en esta área y ejemplos provenientes de los países de la Región de las Américas:

- Obtener evidencia científica sobre la magnitud, tendencias, consecuencias para la salud, factores de riesgo y de protección de la violencia contra la mujer.
- Reforzar la capacidad de los sistemas de salud para que los profesionales de la salud puedan identificar a las mujeres que sufren violencia infligida por el compañero íntimo o violencia sexual y prestarles atención y apoyo oportunos, seguros y eficaces.
- Invertir en estrategias de prevención basadas en evidencia científica dirigidas a los principales factores de riesgo, entre ellos, pero no exclusivamente, los siguientes:
 - cuestionar las normas de género que aprueban el uso de la violencia contra la mujer;
 - prevenir el maltrato infantil;
 - prevenir el consumo nocivo de alcohol.
- Velar por que la violencia contra la mujer se aborde en el marco de los programas de salud pertinentes, por ejemplo de salud materno-infantil, salud sexual y reproductiva y salud mental.

8. Repercusiones financieras de este punto del orden del día:

- El costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su período de vigencia (2015-2025) es de US\$ 4.900.000.
- El costo estimado para el bienio 2016-2017 es de aproximadamente US\$ 980.000.

- - -