

La violencia, el embarazo y el aborto Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública

Un estudio de los datos mundiales y recomendaciones para la acción

La violencia, el embarazo y el aborto Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública

Un estudio de los datos mundiales y recomendaciones para la acción



Maria de Bruyn
Agosto de 2003



Ipas
300 Market Street, Suite 200
Chapel Hill, NC 27516, EE.UU.
Tel: 1-919-967-7052
Fax: 1-919-929-0258
Correo electrónico: ipas@ipas.org
Sitio Web: <http://www.ipas.org>

Cita sugerida: de Bruyn, Maria. 2003. La violencia, el embarazo y el aborto.
Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública. Segunda edición.
Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.

ISBN: 1-882220-50-1

© 2001, 2003 Ipas. Todos los derechos reservados. Esta publicación puede ser revisada, citada, reproducida o traducida, parcial o totalmente, para propósitos educativos o sin fines de lucro si: (1) se notifica a Ipas con antelación acerca del alcance y la naturaleza del uso planeado; (2) se reconocen los derechos de autor de Ipas en los materiales reproducidos, y se citan claramente el nombre del autor y el título y la fecha del documento; y (3) si se envía una copia del material a Ipas.

Las ilustraciones y/o fotografías utilizadas en esta publicación son para fines ilustrativos solamente. Cualquier semejanza a personas reales, ya sea vivas o muertas, no ha sido intencional.

Foto de la portada: ©Dieter Telemans/Panos Pictures

Maqueta/Diseño Gráfico: Valerie Holbert

Impresión: Graphics Ink, Durham, NC, EE.UU.

Impreso en papel reciclado. ♻️

Agradecimientos

La autora reconoce agradecida la asistencia de colegas que aportaron valiosos comentarios sobre esta monografía durante las diversas etapas de su creación. Entre los colegas de Ipas figuran: Mariana Abernathy, Deborah Billings, Marta María Blandón, Virginia Chambers, Evan Christie, Barbara Crane, Eliana del Pozo, Charlotte Hord, Kit McGinnis, Ashley Montague, Karen Otsea, Jennifer Potts, Andrea Saldaña y Judith Winkler.

Entre los colegas de otras organizaciones que aportaron valiosas contribuciones figuran: Marge Berer (redactora, Reproductive Health Matters, Reino Unido), France Donnay (FNUAP), Ellen Hardy (Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad Estatal de Campinas, Brasil), Lori Heise (Women's Health Exchange, EE.UU.), Zarina Ishani (Mazingira Institute, Kenia), Claudia García Moreno (OMS) y Jael Silliman (Women's Studies Program, Universidad de Iowa, EE.UU.).

El texto de esta monografía fue finalizado en noviembre de 2001; los recursos en el Apéndice 4 que están disponibles en Internet fueron actualizados en junio de 2003. La responsabilidad del texto final le corresponde estrictamente a la autora.

Índice

PREFACIO	1
-----------------------	----------

SECCIÓN 1: EL CONTEXTO Y MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA

1. Introducción	3
------------------------------	----------

1.1. Definición de la violencia contra la mujer	4
1.2. La violencia como un atropello de los derechos de la mujer	6
1.3. La tolerancia social de la violencia contra la mujer	7
1.4. Un modelo conceptual para vincular la violencia al embarazo y el aborto ...	8
1.4.1. El nivel individual	9
1.4.2. El nivel interpersonal	9
1.4.3. El nivel comunitario e institucional	10
1.4.4. El nivel de la sociedad	10

2. La violencia y los abusos asociados con el embarazo	11
---	-----------

2.1. La violencia como un cofactor relacionado con la falta de uso de anticonceptivos	11
2.2. La violación como una causa del embarazo no deseado/forzado	13
2.2.1. Mayor vulnerabilidad: el papel de la economía	14
2.2.2. La violación y el embarazo forzado como armas de guerra ...	14
2.2.3. El abuso institucional: cuando se impide la prevención del embarazo no deseado como resultado de una violación	15
2.3. La violencia durante el embarazo	16
2.4. La violencia como un castigo por quedar embarazada	17

3. La violencia asociada con la pérdida del embarazo	19
---	-----------

3.1. El no reconocimiento de la violencia como un factor contribuyente	19
3.2. La violencia específica durante el embarazo	21
3.3. La violencia y las infecciones de transmisión sexual	22

4. La violencia asociada con el aborto inducido	23
--	-----------

4.1. La interrupción del embarazo debido a la violencia	23
4.2. El aborto forzado	24
4.3. La violencia como castigo por haber abortado	27

5. La violencia institucional asociada con la atención al aborto	28
5.1. Los daños físicos y mentales que resultan de las prácticas médicas poco éticas	28
5.2. Las amenazas de daños e intimidación	29
5.2.1. La mujer como objeto de violencia	29
5.2.2. Los profesionales de la salud como objeto de violencia	31
5.3. El tratamiento inhumano y degradante	32
5.4. Más abusos de los derechos humanos de la mujer por parte de las instituciones	32
5.4.1. Los abortos postergados debido a impedimentos jurídicos	32
5.4.2. La objeción de conciencia como una barrera al aborto	33

SECCIÓN 2: QUÉ SE PUEDE Y SE NECESITA HACER

6. Medidas e intervenciones: un enfoque para la promoción de la salud	34
6.1. Creación de políticas públicas saludables	36
▶ El uso de tratados internacionales	36
▶ La recolección de datos	36
▶ La reforma jurídica y reglamentaria	39
6.2. Creación de un entorno de apoyo y fortalecimiento de la acción comunitaria	40
6.2.1. El nivel internacional	40
6.2.2. El nivel nacional	41
▶ Eventos públicos	41
▶ Reuniones	41
6.2.3. El nivel comunitario	42
▶ La acción comunitaria	42
▶ Intervenciones para propiciar el cambio de comportamiento	42
6.3. Reorientación de los servicios jurídicos y de salud	44
6.3.1. El nivel internacional: la gestoría y defensa (advocacy) profesional	44
6.3.2. El nivel nacional: la gestoría y defensa (advocacy) profesional	44
6.3.3. El nivel comunitario	44
▶ Servicios especializados de asistencia jurídica	44
▶ Protocolos del sistema de salud	45
6.4. Desarrollo de habilidades personales e institucionales	46
6.4.1. El nivel nacional	46
▶ Desarrollo de la capacidad respecto a la ley y el género	47
▶ Capacitación del sistema de salud	48
6.4.2. Los niveles comunitario e individual	50
▶ Educación para la juventud sobre la violencia y sus consecuencias	50
▶ Información y educación sobre los derechos de la mujer	51
▶ Atención integral para las mujeres maltratadas	52

7. Sugereencias para medidas sectoriales	53
7.1. Medidas para los funcionarios gubernamentales elaboradores de políticas .	53
7.2. Medidas para los investigadores	53
7.3. Medidas para el personal judicial y jurídico, así como para el personal responsable de hacer que se cumpla la ley	54
7.4. Medidas para el personal del sistema de salud	54
7.5. Medidas para la sociedad civil y los miembros de la comunidad	54
8. Conclusión	56
Apéndice 1: Citaciones de instrumentos de derechos humanos	57
Apéndice 2: La tolerancia social de la violencia contra la mujer	62
Apéndice 3: Preguntas para guiar a los profesionales de la salud respecto a la violencia, el embarazo y el aborto	64
Apéndice 4: Recursos disponibles en Internet	65
Referencias	67

Prefacio

Las estadísticas disponibles son asombrosas y terribles. Se calcula que entre un 10 y un 50% de todas las mujeres en sociedades de todo el mundo han sido maltratadas físicamente por sus parejas [1]. Las niñas y las mujeres también reciben maltratos físicos a manos de extraños y conocidos tales como sus parientes, vecinos, maestros, jefes y compañeros de trabajo. Según las encuestas basadas en la población, entre un 12 y un 25% de las mujeres sufren intentos de violación o son violadas, al menos una vez [2].

La no violencia es un derecho humano básico. No obstante, en todos los países la violencia manifestada en diversas formas afecta a mujeres de todo grupo étnico y clase socioeconómica. Las mujeres desamparadas y aquellas que viven en situaciones de disturbios civiles, conflictos o guerra corren aun mayor riesgo de sufrir violencia.

La edad no es una barrera para evitar la violencia: las niñas, las adolescentes y las mujeres adultas son todas afectadas y sufren lesiones tanto físicas como psicológicas, y en casos extremos, la muerte. Pero son las mujeres en edad reproductiva quienes afrontan las mayores consecuencias ya que la violencia puede estar asociada con la incapacidad de evitar embarazos no deseados, con el embarazo en sí, con la pérdida del embarazo (aborto espontáneo y parto de un feto muerto), con el aborto y con el trato abusivo de las mujeres que acuden en busca de servicios de aborto. Sin embargo, la relación entre la violencia, el embarazo y el aborto continúa siendo un asunto de las políticas y servicios de salud pública que aún no ha recibido suficiente atención.

El objetivo de este estudio de la literatura es motivar a los investigadores, elaboradores de políticas, profesionales de la salud, personal del sector jurídico y cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, así como al personal de las Organizaciones no gubernamentales (ONG) responsable de implementar programas, a que hagan mayores esfuerzos para abordar el problema de la violencia en relación con el embarazo y el aborto. En la *Sección 1* de la monografía primero se presenta información sobre los posibles vínculos entre la violencia, el embarazo y el aborto, y luego en la *Sección 2* se discuten las medidas que se pueden tomar para abordar el problema.

En el Capítulo 1 se presenta el contexto del problema, y se describen los problemas de salud sexual y reproductiva que pueden causar la violencia contra la mujer. También se mencionan brevemente las normas internacionales pertinentes a los derechos humanos y se trata el entorno social que permite que continúe la violencia contra la mujer. En los Capítulos 2 a 5 se describen las formas en que la violencia puede estar relacionada con el embarazo y el aborto. En el Capítulo 6 se abarcan las medidas que pueden tomarse centrándose en la promoción de la salud a nivel internacional, nacional, comunitario e individual, mientras que en el Capítulo 7 se presentan listas de verificación de las posibles medidas que pueden tomarse en distintos sectores de la sociedad: elaboradores de políticas, investigadores, miembros de los sectores judicial y jurídico, prestadores de servicios de salud y organizaciones de la sociedad civil.

Se incluye una extensa lista de referencias como una fuente informativa para aquellos interesados en el tema. El número de 1999 de Population Reports sobre cómo dar fin a la violencia contra la mujer fue una fuente valiosa [1]. Sin embargo, dado que no ha habido muchas investigaciones que han examinado la violencia específicamente en relación con el embarazo y el aborto a nivel mundial, gran parte de la evidencia presentada en esta monografía es anecdótica o procede de estudios que no se



Petterik Wiggins/Hollandse Hoogte

“Cuando se trata de violencia contra la mujer, no hay países ‘desarrollados’

– Charlotte Bunch, Center for Women's Global Leadership [3]

centraron específicamente en la violencia en relación con el embarazo. Además, muchos de los estudios citados incluyen sólo pequeños ejemplos; en algunos casos, los informes no eran metodológicamente exactos. Dado que los estudios relacionados con la violencia cerca del período del embarazo difieren en sus métodos y estrategias para medir la violencia, es difícil generalizar los hallazgos [4]. No obstante, la literatura proporciona datos preliminares que pueden servir de base para más investigaciones y medidas.

A fin de reflejar la sensibilidad de género, ahora a veces se utiliza la @ en español para indicar que las palabras se refieren tanto a la mujer como al hombre. Aunque esto no se ha hecho en el presente documento, se les pide a los lectores que sean conscientes del hecho de que tanto las mujeres como los hombres sirven de profesionales de la salud, capacitadores, etc.

1. Introducción

Tanto los hombres como las mujeres, y los niños como las niñas, son objeto de la violencia personal en el mundo entero, pero la violencia perpetrada contra la mujer suele ser por motivos del género. En la mayoría de los casos, los perpetradores son hombres y los comportamientos violentos que ellos imponen en las mujeres reflejan sus prejuicios de género. Por supuesto, no todos los hombres maltratan a las mujeres, y un número creciente de hombres está haciendo campañas para terminar la violencia contra la mujer. No obstante, las normas comunes basadas en el género que ponen énfasis en la 'superioridad' y el dominio del hombre frente a la 'inferioridad' y subordinación de la mujer, siguen sosteniendo la percepción de que el hombre tiene derecho a utilizar cualquier medio necesario para controlar a la mujer. El hombre que está de acuerdo con dichas normas puede responder maltratando verbalmente, atacando físicamente o acosando sexualmente a su compañera, madre e hijas si percibe que ponen en duda su autoridad. Muchos hombres carecen de las habilidades para lidiar con el estrés (por ejemplo, el ocasionado por demandas económicas) o para resolver conflictos. Muchos hombres también han sido motivados a ejercer comportamientos arriesgados, tal como la adicción al alcohol y a otras sustancias. Dichos factores pueden llevar a algunos hombres a expresar su frustración y furia escogiendo a otras víctimas en quien descargar: las mujeres y los niños suelen llevar el peso de este abuso.

Cuando la mujer es víctima de la violencia, ella sufre repercusiones cuyos efectos pueden durar toda una vida. Las mujeres que sufren abuso durante la niñez corren mayor riesgo que otras mujeres de convertirse en víctimas de la violencia como adultas. Cuando la mujer sufre continuo abuso doméstico por parte de su pareja íntima, sus hijos corren un riesgo considerable de convertirse en víctimas también, y esto puede significar el inicio de un ciclo repetitivo.

En el caso de las mujeres que son maltratadas en su edad reproductiva, los efectos son agravados. Puede que las adolescentes y mujeres adultas que son agredidas física y sexualmente tengan que afrontar las infecciones transmitidas sexualmente/virus de la inmunodeficiencia humana (ITS/VIH), el embarazo no deseado, el aborto espontáneo, el parto de un feto muerto, e incluso la muerte. En el caso del embarazo como resultado de una violación, los efectos psicológicos pueden ser devastadores, particularmente cuando se trata de niñas cuya primera experiencia sexual consistió en una violación o incesto. Más aún, las adolescentes que quedan embarazadas en una edad muy precoz afrontan riesgos a su salud porque, en muchas mujeres, el esqueleto no termina de desarrollarse hasta los 18 años de edad, además de que el conducto pélvico a veces no es fisiológicamente adecuado hasta los 20 ó 21 años de edad. La tasa de mortalidad relacionada con el embarazo y el parto es de dos a cinco veces más alta entre las mujeres menores de 18 años de edad que entre aquéllas de 20 a 29 años de edad [5].

Además, una mujer que queda embarazada debido a una violación debe tomar decisiones que afectarán el resto de su vida [6]:

- ▶ Ella puede optar por llevar el embarazo a término y quedarse con el niño que nazca. A pesar de que puede darse una relación cariñosa y gratificadora entre la madre y el



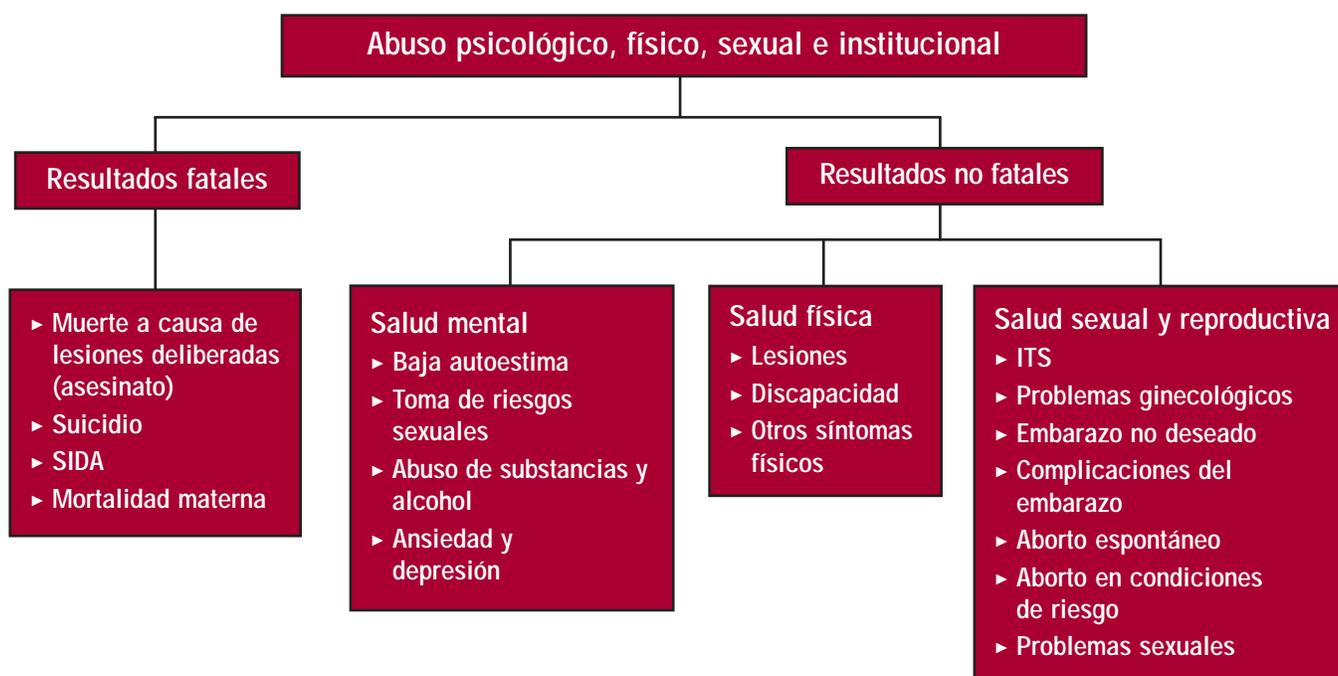
Ella puede tener 11, 20 ó 35 años de edad, ser soltera o casada, residente urbana o rural o una mujer sin hogar. Sin embargo, independientemente de sus circunstancias, a escala mundial, una de cada tres mujeres tiene la probabilidad de ser maltratada de alguna manera: psicológica, física o sexualmente. Una de cada cuatro mujeres puede que sufra violencia durante el embarazo, y el que la maltrata por lo general suele encontrarse en su entorno doméstico, aunque también son perpetradores los extraños, los compañeros de clase, los maestros, los empleadores y otras personas.

Las consecuencias serán tanto inmediatas como de largo plazo, y afectarán su salud mental y física. Los efectos van desde la ansiedad, depresión y lesiones físicas, hasta las ITS/VIH, el embarazo no deseado y el aborto en condiciones de riesgo.

niño, la madre debe afrontar decisiones difíciles (por ejemplo, decirle al niño cómo ocurrió el embarazo). También puede que se encuentre con situaciones difíciles para las cuales estaba totalmente desprevenida, por ejemplo, tener que criar un niño sin la ayuda del padre, el posible rechazo del niño por parte de su pareja, verse apremiada a tener que dejar sus estudios, los efectos en su situación de empleo, etcétera.

- ▶ Ella puede optar por llevar el embarazo a término y dar al niño en adopción. En algunas sociedades puede que esta opción sea difícil dado que rara vez se practica la adopción, y la mujer sabe que el niño probablemente crecerá sin padres. Puede que la mujer también sufra estigmatización por 'abandonar' a su hijo.
- ▶ Ella puede optar por tener un aborto. Algunos países y estados no permiten el aborto en casos de violación e incesto; por tanto la mujer se ve forzada a recurrir a un aborto clandestino, el cual en muchos casos puede ser arriesgado y poner en peligro la salud e incluso la vida de la mujer. Debido al estigma en torno al aborto, las mujeres que escogen esta opción pueden, además, afrontar abuso cuando buscan la asistencia del sistema jurídico y los cuidados del sistema de salud.

Posibles resultados de la violencia contra la mujer con respecto a su salud [7]



1.1. Definición de la violencia contra la mujer

La Declaración de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, adoptada en 1993 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, define la violencia contra la mujer como: "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada."

Utilizando esta definición como punto de partida, se emplearán los siguientes términos en esta monografía (y el término 'abuso' será utilizado como un término general) [8].

- ▶ **La violencia psicológica** incluye amenazas de daño, violencia física o sexual y abandono; intimidación; humillación; insultos y críticas constantes; acusaciones; atribu-

ción de culpa; hacer caso omiso de la persona, no prestar suficiente atención a las necesidades de la víctima o ridiculizar dichas necesidades; controlar lo que la víctima puede o no puede hacer; negar las necesidades básicas (tales como comida, albergue y atención médica) y privación de la libertad.

- **La violencia física** comprende el uso de fuerza física o armas en ataques que lesionan o hieren a la mujer, entre ellos golpear, patear, halar el cabello, morder, tirar ácido, quemar, atacar con armas y objetos, y matar.
- **La violencia sexual** comprende acciones que obligan a una persona a participar en actos sexuales contra su voluntad, sin su consentimiento; incluye el sexo forzado económicamente, la violación durante una cita (incluso administrar drogas a la mujer), la violación marital, la violación por grupos de hombres ('gang rapes'), el incesto, el embarazo forzado y el tráfico en la industria del sexo.¹
- **La violencia institucional** también ha sido definida como una forma específica de abuso. Comprende daño físico y psicológico a personas como resultado de condiciones estructuralmente inadecuadas en las instituciones y sistemas públicos. Está estrechamente relacionada con la calidad de la atención a la salud: en el Artículo 14.2(b) de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) se declara que los Estados deben tomar medidas para garantizar que la mujer tenga acceso a instalaciones de salud adecuadas. La violencia institucional también puede estar relacionada con el derecho a ser tratada de manera no degradante [9-11]. Amnistía Internacional ha señalado que los actos de violencia contra la mujer que causan dolor o sufrimiento físico o mental grave, y que pueden ser prevenidos por los Estados, son prohibidos por la Convención de la ONU contra la Tortura y Otro Tratamiento o Castigo Cruel, Inhumano o Degradante [12].

Entre los ejemplos de dicha violencia institucional figuran: negar tratamiento sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, proveer deliberadamente información defectuosa o incompleta, largas esperas para ser atendida en las instalaciones de salud que pueden contribuir a aflicciones psicológicas y daños físicos (por ejemplo, aplazar la atención médica a mujeres que requieren atención postaborto, para atender primero a todas las otras pacientes), amenazas e intimidación, maltrato verbal, negar medicamentos y atención o manejo del dolor como 'castigo' y cobrar tarifas excesivas por los servicios.

Las diversas formas de violencia están interrelacionadas y suelen ocurrir a la misma vez, especialmente en relaciones íntimas. La violencia psicológica, física, sexual e institucional también puede ser exacerbada por otros factores tales como el racismo, el sexismo y la discriminación étnica: todos estos factores pueden reforzar las ideas predominantes respecto a la superioridad del hombre y la inferioridad de la mujer.

Un creciente número de estudios, incluidas las encuestas nacionales sobre la salud, están comenzando a investigar los niveles de la violencia contra la mujer. Los protocolos de investigación aún no han sido estandarizados; las definiciones de la violencia, los métodos para la selección de muestras y las metodologías para la recolección de datos varían, lo cual explica parcialmente la gran variación en las estadísticas. Por

"...la tortura incluye los actos de violencia causados por personas particulares en ciertas circunstancias.. Cuando el Estado es cómplice en los actos de violencia, los ha consentido o se ha descuidado en tomar las medidas necesarias para evitarlos, y cuando la violencia se inflige intencionalmente y causa sufrimiento o dolor grave, estos actos son tortura."

– Amnistía Internacional

¹ Por lo general, también se considera que la violencia sexual incluye actividad sexual forzada sin penetración, así como el acoso sexual.

“Desde el momento en que Rodi Adalí Alvorada Peña se casó con un militar guatemalteco a los 16 años de edad, se vio sometida a grandes abusos y todos sus esfuerzos por obtener ayuda fueron inútiles. Su marido la violó repetidas veces, intentó abortar su segundo hijo pateándola en la columna vertebral, dislocó su quijada, trató de cortarle las manos con un machete, le pateó la vagina y usó su cabeza para romper ventanas. Él la atormentó jactándose de su poder de matar civiles inocentes con impunidad. A pesar de que muchos de los ataques ocurrieron en público, la policía no le brindó ningún tipo de ayuda a Rodi. Después de que ella lo denunció a las autoridades su marido hizo caso omiso de tres citaciones sin consecuencia alguna.” [12]

ejemplo, en una revisión realizada por la OMS de los estudios nacionales sobre mujeres que declararon haber sido agredidas físicamente por una pareja íntima, se mostraron cifras que variaban del 5.1% de las mujeres en Filipinas, el 12.6% en Suiza, el 19.3% en Colombia, el 20.8% en los Países Bajos, el 22.1% en EE.UU., el 29% en Canadá y el 34.4% en Egipto, al 47% y el 67%, respectivamente, en poblados de Bangladesh y Papúa Nueva Guinea [13]. Los porcentajes de mujeres que informan de haber sufrido algún tipo de agresión física o sexual durante su vida han variado del 9% en Polonia, el 20% en Suiza y el 21% en India, al 52% en Finlandia y el 68% en Bélgica [14-18]. Al evaluar una muestra ponderada de 1821 mujeres en una encuesta nacional de un grupo representativo de las mujeres de EE.UU., realizada en 1998, se encontró que el 43.7% de las mujeres de 18 a 64 años de edad informaron de por lo menos un episodio de violencia en su vida: el 17.8% sufrió agresión física o sexual durante la niñez, el 19.1% de ellas fueron agredidas físicamente como adultas, el 20.4% de ellas habían sido agredidas sexualmente y el 34.6% habían sido maltratadas por sus parejas [19].

Las adolescentes y las niñas sufren altos niveles de violencia sexual, a menudo en su propio hogar. De 106 adolescentes víctimas de la violación atendidas en la clínica de abuso sexual del Hospital General Dr. Manuel Gea González de la Ciudad de

México en 1995, el 53.9% de ellas habían sido atacadas por un conocido, por lo general en su propio hogar [20]. En un estudio realizado por UNICEF en São Paulo, Brasil, más del 75% de los ataques sexuales denunciados por menores a una ONG entre 1988 y 1993 fueron cometidos por miembros de la familia [21].

1.2. La violencia como un atropello de los derechos de la mujer

Algunos tratados internacionales sobre los derechos humanos, tal como el Pacto de Derechos Civiles y Políticos, fueron adoptados sin una perspectiva específica de género. Radhika Coomaraswamy, Relatora Especial de la ONU sobre la Violencia contra la Mujer, declara que los tratados, no obstante, proveen una base para tratar la violencia contra la mujer [22]. Varios tratados internacionales y declaraciones de consenso más recientes, respaldados por los gobiernos, han tratado la violencia contra la mujer específicamente como una violación de los derechos humanos. Entre ellos figuran la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993), la Convención Interamericana sobre la Prevención, el Castigo y la Erradicación de la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará, 1994), el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo (1994), y la Plataforma de Acción adoptada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Pekín (1995).

Los Comités de Monitoreo establecidos por la ONU evalúan las gestiones de los gobiernos para implementar y acatar las disposiciones estipuladas en los tratados internacionales. Por ejemplo, el Comité de Derechos Humanos monitorea el acatamiento del Pacto de Derechos Civiles y Políticos, mientras que el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer evalúa la ejecución de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Ambos comités recientemente emitieron recomendaciones actualizadas que definen aun más cómo las disposiciones de los tratados están relacionadas con la violencia contra la mujer y los prejuicios de género. En el Apéndice 1 se proporcionan citas pertinentes de estos instrumentos internacionales.

1.3. La tolerancia social de la violencia contra la mujer

Los elaboradores de políticas, legisladores y comunidades del mundo entero han empezado a tratar la violencia contra la mujer como una violación de los derechos humanos. Sin embargo, el predominio de dicha violencia no está disminuyendo y la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que una reacción común de la sociedad hacia las víctimas de la violencia es culparlas por el abuso [23].

En muchas sociedades, existe una 'tolerancia' general del abuso, la cual tanto la mujer como el hombre aceptan internamente como norma. Como comentó una madre de 16 años de edad de Zimbabue, "Una mujer puede rehusarse [a tener relaciones sexuales], pero entonces esa mujer correrá el riesgo de ser forzada a tener sexo. Quisiera cambiarlo, pero no se puede hacer porque la mujer necesita obedecer al hombre" [24].

La violencia dentro de la esfera doméstica suele considerarse como un 'asunto privado', que no se debe tratar fuera del hogar. Cuando una mujer sufre violencia sexual, se le suele culpar por haberla causado ella misma. Tales percepciones se deben en parte a las normas de género mencionadas anteriormente, que hacen hincapié en la 'superioridad' del hombre y en la 'inferioridad' de la mujer: se hace referencia al comportamiento de la mujer como un mecanismo que provoca los 'justificables' actos de violencia, en vez de referirse al comportamiento aberrante e inaceptable por parte de los perpetradores. Los profesionales en diversos sectores y las personas en puestos de autoridad que también reflejan dichas actitudes pueden impedir el acatamiento de las leyes pertinentes y la imposición de sanciones contra los perpetradores de la violencia contra la mujer (véase también el Apéndice 2).

"Solemos utilizar la voz pasiva para hablar sobre los delitos contra la mujer. ¿Cuántas niñas fueron agredidas por sus novios? ¿Cuántas niñas fueron violadas? Compare ese lenguaje a '¿Cuántos niños y hombres violaron a las niñas? ¿Cuántos hombres agredieron a las mujeres?' La construcción pasiva para describir el problema se centra en las víctimas y perpetúa el problema."

– Jackson Katz, capacitador en la prevención de violencia [25]

La tolerancia de la violencia contra la mujer: reforzada por el sistema jurídico

- ▶ Un juez del Tribunal Supremo del Cabo sudafricano se negó a condenar a la requerida cadena perpetua a un hombre declarado culpable de haber violado a su hija de 14 años de edad, porque él dijo que el delito no amenazaba a la sociedad en general dado que ocurrió dentro de la familia [26].
- ▶ "Un hombre que golpea a su esposa debe de tener una buena razón para hacerlo; seguramente ella hizo algo para provocarlo."
– juez del Tribunal Supremo de Nicaragua que habló en un foro público en 1996 [27]
- ▶ "Dé gracias que alguien aún se sentía atraído a usted", dijo un funcionario de la policía de Filipinas dirigiéndose a una víctima de violación de 32 años de edad [28]
- ▶ "La niña era sexualmente agresiva"
– juez canadiense que suspendió la sentencia de un hombre que agredió sexualmente a una niña de 3 años en 1991 [29]
- ▶ "Estamos pasando por un proceso de desarrollo de la nación, y nos enfrentamos a muchos retos políticos. No es hora de abordar y tratar tales asuntos [de abuso sexual] en público. Estamos ocupados lidiando con cuestiones muy graves; no estoy dispuesto a gastar mi energía en problemas de niñas"
– un policía de Palestina [30]

Tal refuerzo o respaldo de la ‘tolerancia de la violencia’ por parte de los líderes de la comunidad y de personas en puestos de autoridad ayuda a crear un entorno donde el hombre cree que puede abusar de la mujer con impunidad. Las propias mujeres también aprenden a creer que dicha violencia es justificable, según se documenta en estudios de Bangladesh, Camboya, Chile, Colombia, Egipto, Indonesia, México, Nigeria, Paquistán, Papúa Nueva Guinea, Perú, Filipinas, Sudáfrica, Tanzania, el Reino Unido, Venezuela y Zimbabue [1, 31-37]. Por ejemplo, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de la Familia realizada de 1998 a 1999 en India, el 56% de 89,199 mujeres creían que existía por lo menos una razón que justificaba el hecho de que un hombre golpeará a su esposa [18].

Puede que las mujeres que sí reconocen la violencia como un delito no tengan conocimiento de las leyes pertinentes que pueden ayudar a remediar su situación. Y aun cuando saben cuáles son sus derechos jurídicos, la falta de confianza en el sistema jurídico puede impedir que denuncien el abuso.² En encuestas de África, Asia, Latinoamérica y los países industrializados se reveló que entre el 22 y el 70% de las mujeres, antes de participar en los estudios, no habían informado a nadie del maltrato que habían sufrido o nunca habían hecho una denuncia a la policía [1, 38-42]. Según las investigaciones realizadas en cuatro de las principales ciudades de Bolivia, se reveló que las mujeres que denuncian el abuso son maltratadas por las autoridades, lo que les quita la disposición de hacer denuncias a la policía; también se considera abuso cuando los jueces deciden de antemano que ambos cónyuges deben ser culpables, así como la discriminación por parte de las trabajadoras sociales contra las mujeres pobres [43].

Envuelta en el silencio: la violencia no se denuncia

- ▶ La Asociación Médica Británica calcula que sólo el 25% de los casos de abuso doméstico son denunciados a la policía, y sólo el 36% de las mujeres buscan ayuda fuera de sus hogares [44].
- ▶ En India, se ha calculado que por cada caso de violación que es denunciado a la policía hay 70 casos más que no se denuncian [45].
- ▶ Sólo el 21% de 86 mujeres que habían sido maltratadas y que participaron en un estudio mexicano intentaron poner una denuncia [46].
- ▶ Sólo cuatro de 121 sobrevivientes de violación estudiadas en Colombia denunciaron el delito a la policía; sólo siete de ellas buscaron atención médica, y 52 de ellas no informaron a nadie de la violación [6].

Una de las consecuencias de este silencio tolerante de la violencia es que muchas de las mujeres que procuran asistencia para sus lesiones, tratarán de ocultar la verdadera causa de las mismas y, por tanto, perderán la oportunidad de recibir apoyo y cuidados.

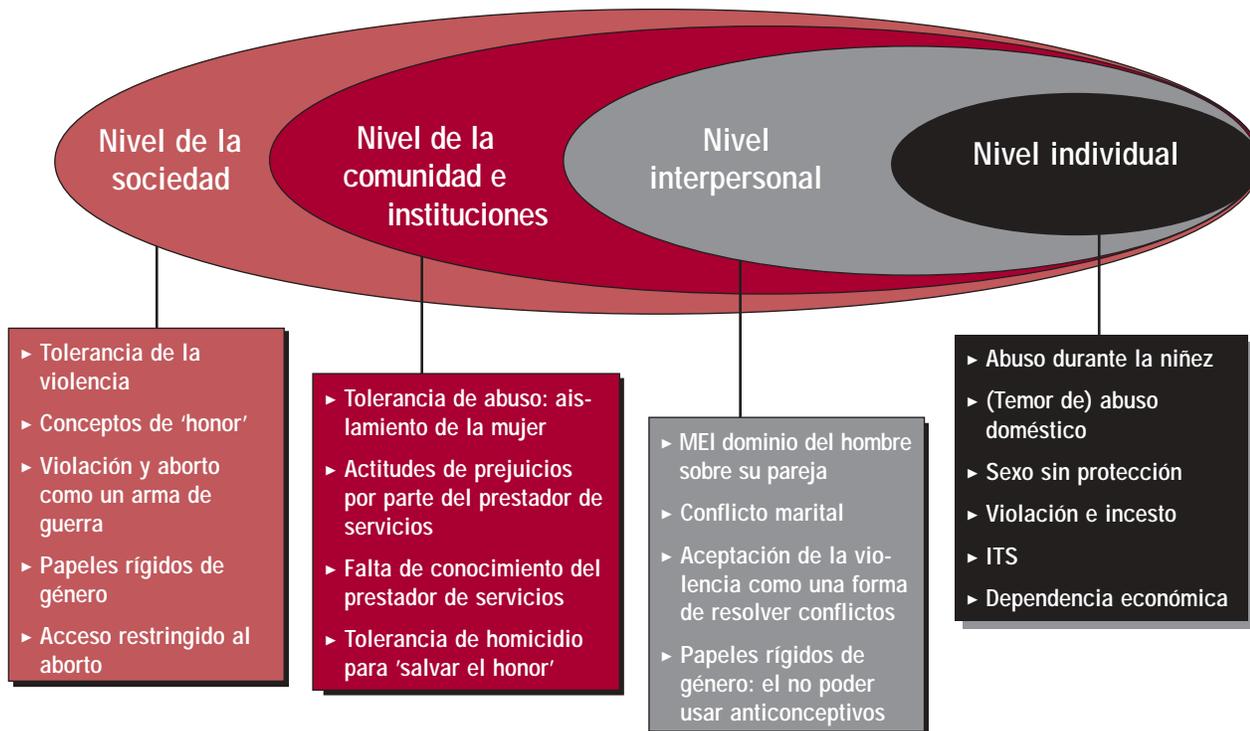
1.4 Un modelo conceptual para vincular la violencia al embarazo y el aborto

Heise ha proporcionado un modelo conceptual para determinar cómo relacionar la violencia contra la mujer al embarazo y sus consecuencias [47]. El nivel individual incluye factores que pueden incrementar el riesgo de una persona de perpetrar o sufrir violencia, mientras que el nivel interpersonal incorpora factores que afectan las

² Entre otras razones figuran la dependencia económica de la pareja que maltrata; el temor a la discriminación, estigmatización y represalia; la falta de apoyo de su red social; el amor por la pareja íntima que la maltrata; y las creencias de que la mujer debe evitar agobiar a la familia con problemas adicionales.

relaciones personales con los compañeros o la familia. El nivel comunitario incluye factores en el entorno inmediato de la gente, por ejemplo, la comunidad donde vive (incluidas las normas y creencias locales), las redes sociales y las instituciones que prestan servicios. Los factores del nivel de la sociedad incluyen valores y creencias culturales que influyen en los otros tres niveles.

Marco de factores interrelacionados que pueden afectar los vínculos entre la violencia, el embarazo y el aborto (adaptado de [47])



1.4.1. El nivel individual

La violencia está asociada indirectamente con el embarazo no deseado mediante su efecto en el uso de anticonceptivos por parte de la mujer. Por ejemplo, las mujeres con antecedentes de abuso durante la niñez posiblemente tengan relaciones sexuales sin protección con mayor frecuencia que otras mujeres. La violación y el incesto causan directamente embarazos no deseados, y un considerable número de mujeres que han sido violadas optarán por interrumpir dichos embarazos.

1.4.2. El nivel interpersonal

La mujer que teme a su pareja o sufre violencia a manos de ésta suele creer que es difícil o imposible hablar con él sobre la anticoncepción; puede que ella también tema sufrir abuso o realmente sufra abuso si usa métodos anticonceptivos sin el permiso del cónyuge. En algunos casos, puede que el embarazo provoque episodios de abuso por parte de la pareja, por ejemplo, cuando la pareja está celosa o enojada porque un hijo significará más demandas económicas en el hogar. La aceptación de la violencia como una forma de resolver disputas maritales o como una forma de control por parte del hombre lleva a la violencia física contra la mujer; y cuando ella está embarazada, puede resultar en un aborto espontáneo. Los riesgos de un aborto espontáneo y del parto de un feto muerto también pueden incrementar cuando las infecciones de transmisión sexual (ITS) son contraídas por una mujer embarazada durante la violación y el incesto y no se les da tratamiento. La mujer que vive en situaciones de conflicto marital y de violencia doméstica constante puede optar por interrumpir un embarazo en vez de traer a un niño a una situación de violencia.

1.4.3. El nivel comunitario e institucional

El ambiente social de una mujer puede implicar violencia relacionada con el aborto en diversas formas. Algunas mujeres son presionadas o forzadas a tener un aborto, por ejemplo, mediante la intimidación o amenazas de sus parejas, miembros de la familia y otras personas (por ejemplo, los prestadores de servicios en el caso de mujeres que viven con VIH/SIDA, o los propietarios de burdeles, en el caso de mujeres que son explotadas sexualmente).

Puede que las mujeres que intentan obtener abortos legítimamente o que buscan tratamiento de un aborto incompleto tengan que enfrentarse al abuso de los prestadores de servicios. Los ejemplos incluyen amenazas de denuncia, intimidación, humillación y castigo, en la forma de retrasos en la prestación de atención, medicamentos inadecuados para el control del dolor, tarifas excesivas por el servicio y coacción para aceptar ciertos métodos anticonceptivos.

Las acciones abusivas de terceras partes (por ejemplo, violencia contra los prestadores de servicios y las clínicas) también pueden impedir que la mujer obtenga servicios de aborto legal. En dichos casos, puede que la mujer recurra a abortos clandestinos practicados en condiciones de riesgo, que pueden perjudicar su salud o incluso llevar a la muerte.

El aborto basado en el sexo del feto, generalmente practicado para impedir el nacimiento de niñas debido a las normas que fomentan la preferencia por hijos varones, constituye una forma de discriminación grave contra la mujer. El personal

del sector salud incluso puede que lo respalde, ya sea porque se adhiere a la norma o porque puede que su práctica le traiga ganancias (cobrar tarifas por determinar el sexo del feto).

“Tenemos dos hijas. Ya habíamos decidido someternos al curetaje y tener una operación. Yo había ido al hospital donde el doctor allí me dijo: ‘Verificalo (el sexo) primero. ¿Por qué debes someterte a eso si es un niño varón?’”

– madre de 20 años de edad con dos hijas en India [48]

1.4.4. El nivel de la sociedad

Las normas culturales relacionadas con el dominio del hombre y el derecho sexual del hombre sobre la mujer contribuyen a las asociaciones directas entre la violencia, el embarazo y el aborto. Las

adolescentes y las mujeres adultas son violadas por extraños y conocidos; la violación es utilizada como un arma de guerra (lo cual lleva al embarazo no deseado y a embarazos forzados). En ciertas sociedades, las normas culturales relacionadas con la familia y el honor del clan pueden llevar a la violencia contra las mujeres que tienen embarazos o abortos extramaritales o de solteras (por ejemplo, lo que se conoce como homicidio para 'salvar el honor').

En los siguientes capítulos se proporciona más información sobre cómo estos factores ambientales interactúan con respecto a la violencia, el embarazo y el aborto.

2. La violencia y los abusos asociados con el embarazo



La violencia puede estar asociada con el embarazo en distintos niveles. A nivel individual, existe evidencia de que uno de los resultados del abuso durante la niñez es la tendencia a que, más adelante en su vida, la mujer víctima participe en comportamientos arriesgados que puedan afectar su uso de métodos anticonceptivos. A nivel interpersonal, el temor de ser maltratadas por sus parejas que se oponen a limitar el número de hijos, también pueden impedir que la mujer use anticonceptivos.

Cuando las mujeres y las niñas que no usan anticonceptivos son violadas, el embarazo puede ser un resultado directo. Más aún, si se les niega la opción de la anticoncepción de emergencia, aun cuando acudan a un hospital o clínica inmediatamente después de este suceso traumático, la violencia institucional a nivel comunitario entra en el juego.

El embarazo en sí también puede ser un factor que precipite violencia por parte de las parejas de algunas mujeres. Algunas mujeres sufren violencia psicológica o física como 'castigo' por haber quedado embarazadas, especialmente si el embarazo ocurre fuera del matrimonio o en una madre soltera. Dicha violencia puede ser perpetrada contra ellas porque son juzgadas como personas que desafían las normas de género relacionadas con el comportamiento 'adecuado' de una mujer 'buena'. Puede que los miembros de la familia también se vean presionados por las normas y actitudes de la comunidad a devolver el 'honor' al nombre de la familia, el cual se percibe como 'perjudicado' por la condición de la mujer (factores del nivel de la sociedad y del nivel comunitario). En casos extremos, la mujer puede ser asesinada.

2.1. La violencia como un cofactor relacionado con la falta de uso de anticonceptivos

En algunos estudios se ha mostrado que las mujeres que sufrieron abuso sexual cuando eran jóvenes puede que tengan más embarazos no planeados o no deseados que otras mujeres. Lo mismo puede ocurrir con las mujeres que viven en situaciones de violencia doméstica habitual, tanto psicológica como física. Múltiples son las razones sugeridas: el abuso ha sido asociado con la baja autoestima, la pérdida de control, la ansiedad, el temor y el abuso de alcohol y drogas. Todos estos factores pueden contribuir a un comportamiento sexual arriesgado (tener relaciones sexuales sin usar condones o anticonceptivos), perjudicar la capacidad de una mujer de utilizar anticonceptivos de manera continua, o dificultar que hable con su pareja sobre el uso de anticonceptivos.³ Por tanto, la violencia se convierte en un factor indirecto que contribuye al embarazo no deseado.

Tres estudios de EE.UU. proporcionan algunos datos pertinentes. En una encuesta de 1193 mujeres de 20 a 50 años de edad, se mostró que las mujeres que con frecuencia sufrían violencia física eran 1.5 veces más propensas a tener un primer embarazo 'accidental' que las mujeres que no fueron maltratadas [50]. Durante un análisis de experiencias adversas durante la niñez en 1193 mujeres que quedaron embarazadas por primera vez a los 20 años o más, se estudió específicamente si el embarazo fue intencional. Los datos indicaron que el 31.9% de las mujeres que no fueron expuestas al abuso durante la niñez y que vivieron en un hogar estable tuvieron un primer embarazo no intencional, en comparación con el 63.7% de las

³ Existe por lo menos un estudio de EE.UU. en el cual también se demostró una asociación entre el abuso durante la niñez y la participación del hombre en el embarazo de las adolescentes [49].

mujeres que habían sido expuestas a cuatro o más tipos de abuso (por ejemplo, abuso psicológico, físico o sexual, abuso físico de la madre, abuso de alcohol y drogas, enfermedad mental) [51]. En otro estudio de 535 madres adolescentes, sólo el 28% de aquellas que sufrieron abuso habían usado anticonceptivos en su primera experiencia sexual, comparado con el 49% de las adolescentes que no habían sido abusadas [29]. En investigaciones realizadas en Barbados se encontró que la experiencia con la violencia durante la niñez era el mejor mecanismo de predecir el embarazo en la adolescencia [52].

La violencia y la anticoncepción

- ▶ "Si la mujer trata de tomar píldoras anticonceptivas, por ejemplo, el hombre le pega... Esto le ocurrió a mi madre... mi padre descubrió que ella estaba tomando la píldora y la golpeó y le dijo que ella tendría que recibir todos los hijos que Dios le enviara. Lo mismo le ocurrió a mi tía que también fue golpeada."
– mujer nicaragüense de 18 años de edad [53]
- ▶ "No queremos tener relaciones sexuales con nuestros maridos porque no queremos tener bebés...Ellos no nos permiten utilizar anticonceptivos, pero sí quieren que tengamos relaciones sexuales con ellos. Y cuando nos rehusamos, nos golpean."
– dos mujeres de Sri Lanka [54]
- ▶ "Lo que está claro es que una mujer que decide por sí sola, sin tomar en cuenta la opinión de su marido, merece ser castigada" y "Si mi esposa tomara la decisión de usar anticonceptivos sin mi consentimiento, yo me divorciaría de ella."
– hombre entrevistado en Mali para un estudio de planificación familiar [55]
- ▶ Algunas adolescentes embarazadas de Sudáfrica comentaron que su pareja había despedazado su tarjeta anticonceptiva, alegando que los anticonceptivos causan bebés incapacitados e infertilidad y reducen el placer sexual del hombre [56]

Una mujer que intenta tomar decisiones independientes sobre el uso de anticonceptivos quizá tenga que enfrentarse a que su pareja la maltrate, especialmente en sociedades donde las normas de género predominantes dictan que el hombre debe tomar las decisiones relacionadas con la fertilidad y los asuntos de la familia. Durante discusiones de grupos focales en México y Perú, las mujeres dijeron que no hablaban con su marido sobre la planificación familiar por temor a ser maltratadas [27]. En Bangladesh, ha habido mujeres que han sido golpeadas por su marido debido a conflictos relacionados con la anticoncepción [57], mientras que las mujeres en un estudio filipino que usaban métodos anticonceptivos eran más propensas a sufrir violencia doméstica que las no usuarias [55]. La situación puede ser aun más difícil si la mujer desea utilizar un método anticonceptivo que requiere la cooperación del hombre. En Zimbabue, una mujer en una discusión de grupo focal comentó: "Si la mujer le insiste a su marido que use un condón, entonces obviamente se propicia el abuso" [58].

Muchos hombres prefieren dejar la responsabilidad de usar métodos anticonceptivos a la mujer, pero suelen creer que ellos deben ser los que decidan si se debe o no usar un método. La decisión independiente de la mujer de usar anticonceptivos entonces puede ser vista como un intento de escapar el control del hombre o como prueba de que la mujer es infiel o piensa serlo. La mujer sabe que dichos desafíos a la autoridad del hombre pueden propiciar amenazas, golpizas y abandono, lo cual lleva a diversas consecuencias:

- ▶ La mujer no usará ningún método anticonceptivo y no podrá evitar embarazos no planeados y no deseados: “Cuando usted va a adoptar un método de planificación familiar con el consentimiento de su marido, no tiene problemas, pero si va y usa un método sin su aprobación, inmediatamente después de regresar a la casa, será golpeada gravemente.”

– mujer en Ghana [59]

- ▶ La mujer podría ser forzada por su pareja a usar un método que no es eficaz: “Solamente tenía un regador que me compró mi marido para hacerme unos lavados de agua de malva o de manzanilla después de que tenía mis relaciones con él. Yo pensé que con eso iba a evitar [quedar embarazada], pero no fue así. Alguna vez le hablé de cuidarnos [usando anticonceptivos] porque tenía pena de mis hijos, de dejarlos huérfanos. Él reaccionó violentamente. No le importaba lo que yo le decía y entonces me cuidaba con el regador; no conocía otro método.”

– mujer de 45 años de edad, madre de cinco hijos en Bolivia [60]

- ▶ La mujer al verse forzada a esconder sus métodos anticonceptivos por temor a la violencia, puede que no los use correcta o constantemente [57]. En Zimbabue se informó de que las mujeres que sufrían abuso escondían los anticonceptivos orales en bolsas de maíz o los enterraban en el jardín porque temían que su pareja reaccionara de manera violenta [52].
- ▶ La mujer puede verse forzada a usar anticonceptivos sin el conocimiento de su pareja, arriesgándose a sufrir violencia si él se entera de ello. En una clínica de Jinja, Uganda, se esconden las tarjetas de citas para las mujeres que usan anticonceptivos, principalmente porque ellas no quieren que su marido sepa que está utilizando anticonceptivos y temen represalias; el personal declara que los anticonceptivos inyectables son populares (el 52% de las clientas) porque pueden utilizarse en secreto [61].

2.2. La violación como una causa del embarazo no deseado/forzado

Cuando las niñas y mujeres que no usan anticonceptivos sufren incesto y violación, puede que tengan que enfrentarse a embarazos no deseados.⁴ Algunos investigadores ahora prefieren hablar de ‘embarazo forzado’ después de todos los casos de violación,⁵ mientras que otros usan el término para referirse específicamente al embarazo que resulta del uso de la violación como un arma de guerra [63]. En muchos lugares, el sexo forzado en un matrimonio no se considera una violación. Dicho abuso y muchos casos en que se ‘reconoce’ que ha sido una violación por perpetradores que no son las parejas íntimas, no son denunciados. Por tanto, el número de embarazos que resultan de la violación sólo puede calcularse aproximadamente. Las mujeres que tienen conocimiento de la anticoncepción de emergencia y acceso a ella pueden evitar embarazos no deseados; sin embargo, muchos lugares carecen del conocimiento y la disponibilidad de esta opción anticonceptiva.

En una encuesta nacional telefónica de EE.UU. de tres años de duración, en la cual participaron 4008 mujeres en una muestra de probabilidad, se revelaron 34 casos de embarazos relacionados con la violación entre 32 mujeres (el 5%). De estas mujeres (el 48% de las cuales quedaron embarazadas entre las edades de 12 y 17 años), el 47% no recibió atención médica para la violación, y el 32% de ellas sólo

4 La literatura sobre la salud reproductiva se refiere a embarazos no planeados, no intencionales y no deseados. Estos términos a veces son utilizados de modo intercambiable, aunque un estudio sugirió que la planificación e intencionalidad del embarazo están asociadas con la preparación, las metas y la educación de la persona, mientras que el hecho de desear un embarazo está vinculado a los valores de la persona con respecto a la maternidad y a su relación con su pareja y la comunidad [62]. Los estudios necesitan definir estos términos para que esos datos puedan ser interpretados de manera más precisa.

5 Otros investigadores caracterizan al embarazo forzado como cualquier embarazo que la mujer considera peligroso a su salud, su vida y su integridad [63].

se percataron de que estaban embarazadas durante el segundo trimestre [64]. Basándose en estos datos, los autores calcularon que cada año podría haber más de 30,000 embarazos relacionados con violaciones entre las mujeres adultas de Estados Unidos. Otros investigadores han calculado una cifra de aproximadamente 25,000 embarazos al año relacionados con violaciones en EE.UU., y han comentado que hasta 22,000 de ellos podrían evitarse si todas las mujeres recibieran atención médica oportuna y anticoncepción de emergencia, si fuese necesario [65].

En los datos de diversos estudios de México, se ha encontrado que entre el 7.4 y el 26% de las mujeres que sufren violencia sexual quedan embarazadas como resultado [66-69]. En un hospital de maternidad en Lima, Perú, hasta el 90% de las jóvenes entre los 12 y los 16 años de edad, informaron de haber sido violadas, la mayoría por miembros de su propia familia [70]. Una encuesta en un albergue costarricense reveló que el 95% de los embarazos entre las niñas de 15 años o menos se debían al incesto. [71]

En Asia, en un estudio en el cual se comparó a hombres no abusivos y abusivos de India se demostró que los embarazos no planeados eran considerablemente más comunes entre los hombres que forzaron a sus parejas a tener relaciones sexuales [72]. Entre las adolescentes que buscaban se les hicieran abortos en Mumbai, India, el 20% de los embarazos era el resultado del sexo forzado [73]. Los datos de la Encuesta Nacional de Maternidad sin Riesgos de Filipinas, realizada en 1993, mostraron que el 10% de 8481 mujeres que habían estado embarazadas alguna vez en la vida habían sido abusadas, y el 24% informó de haber tenido un embarazo no deseado como resultado [74]. En los centros de crisis de violaciones en Tailandia y Corea se ha informado de que entre un 15 y un 18% de sus clientas quedaron embarazadas debido a la violación [75, 76].

2.2.1. Mayor vulnerabilidad: el papel de la economía

La pobreza que pone a la mujer en situaciones en las que la violencia física y sexual es común, ha sido denominada 'violencia económica'. Las mujeres desamparadas y las niñas de la calle suelen estar sujetas a la violencia económica en el sentido de que pueden verse forzadas a participar en trabajo sexual para ganarse la vida. Su situación es especialmente vulnerable ya que les resulta extremadamente difícil exigir o negociar que sus clientes usen el condón; más aún, ellas también son vulnerables a ser violadas por hombres en la calle e incluso por funcionarios de cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado. Más del 80% de las niñas de la calle estudiadas en Dhaka, Bangladesh, fueron impregnadas por sus clientes o por hombres desconocidos, y en aproximadamente el 95% de los casos interrumpieron el embarazo mediante métodos arriesgados [77]. Las mujeres en situaciones de esclavitud económica o que trabajan como sirvientas domésticas en países del mundo entero son vulnerables a ser violadas por sus empleadores.

“Todas nosotras fuimos violadas por un grupo de hombres. ¿Qué podíamos haber hecho si ellos nos llamaron para que saliéramos? A veces ni eso hacían, sino que nos tomaban justo enfrente de nuestros maridos e hijos. A ellos no les importaba nuestro pudor...también violaron algunas de nuestras hijas, algunas sólo tenían 10 u 11 años de edad...Varias de nosotras tuvimos hijos como resultado de dichas violaciones ...Nuestros maridos no pudieron hacer nada; si desobedecían, ellos eran encerrados con llave o enviados muy lejos.”

– Una mujer en esclavitud económica en Paquistán [12]

2.2.2. La violación y el embarazo forzado como armas de guerra

La ONU y las organizaciones que trabajan con refugiados reconocen que la violación y el embarazo forzado se han convertido en armas de guerra y represalia; esta forma de abuso ha sido documentada en conflictos que ocurren en Bangladesh, Chechenia, Guatemala, Corea, Liberia, Ruanda, Sierra Leona, Somalia y la antigua Yugoslavia.

UNIFEM señala que algunas víctimas de la violación son forzadas a llevar a término embarazos no deseados, ya sea porque ellas son detenidas por tanto tiempo que consecuentemente no pueden interrumpir el embarazo de manera segura o porque simplemente no tienen acceso a servicios de aborto en condiciones adecuadas [78].

Las mujeres son violadas durante la guerra porque a ellas mismas se les considera el enemigo; se calculó que de dos a cinco mil ‘niños producto de malos recuerdos’ nacieron en Ruanda como resultado de la violación durante la guerra genocida [79]. Los hombres también atacan sexualmente a las mujeres como una forma indirecta de represalia contra sus rivales del sexo masculino. FNUAP señaló: “al violar a las mujeres, los serbios violan incluso a aquellos hombres de Kósovo que están inaccesibles y escondidos en las montañas” [80]. Los refugiados de Kósovo informaron de que habían sido prevenidos acerca de la violencia inminente contra las mujeres mediante un mensaje escrito en el muro de una escuela: “Vamos a violar a sus mujeres, y ellas darán a luz a hijos serbios” [81]. En 2001, en un tribunal de crímenes de guerra de la ONU, tres hombres serbios fueron condenados a la cárcel por dichos crímenes.

“Después que llegué al campo de concentración, ellos me violaron...frente a todas las otras mujeres...quienes gritaban y me defendían, pero fueron golpeadas. Los [soldados] dijeron ‘usted dará a luz a un hijo serbio, estamos haciendo eso por venganza’...De las 24 mujeres, 12 de nosotras fuimos violadas muchas veces... Ahora yo tengo 4 meses y medio de embarazada.”

– testimonio de una mujer de Bosnia [83]

Las mujeres que viven como refugiadas también son muy vulnerables a la violación, como se ha visto en ataques contra las personas de barcos vietnamitas y las mujeres que viven en campamentos en Kenia, Tanzania y Zaire. Por ejemplo, el Comité Internacional de Rescate encontró en 1996-97 que el 27% de las mujeres de 12 a 49 años de edad que vivían en Kibondo District, Tanzania, habían sufrido violencia sexual mientras vivían en campamentos de refugiados [82].

Una mujer de 23 años, su madre, su hija y su abuela estaban durmiendo en su casa en Cauca, Colombia, cuando irrumpió en la casa una cuadrilla de más de 10 hombres armados. Gritando que pertenecían a las guerrillas comenzaron a violar a la mujer; cuando su abuela se acercó para defenderla, la mataron, diciéndole a la víctima que si no hacía lo que le ordenaban iban a matar a su madre y a su hija también. Quedó embarazada como resultado de la violación [6].

La violación como arma de guerra no sólo afecta a las mujeres durante una guerra. En países con movimientos guerrilleros que se oponen al Gobierno dirigente, las mujeres pueden sufrir agresión sexual por parte de los soldados del Gobierno o de los insurgentes. En tales casos, las agresiones pueden ser utilizadas como una forma de infundir terror en los miembros de una comunidad.

2.2.3. El abuso institucional: cuando se impide la prevención del embarazo no deseado como resultado de una violación

Cuando las organizaciones que prestan o financian servicios de salud reproductiva para los sobrevivientes de las violaciones, se oponen a la provisión de anticoncepción de emergencia o la impiden, esto puede verse como una forma de abuso institucional. Las instituciones pueden optar por no prestar este servicio, pero deben disponer de mecanismos para referir a las pacientes, de manera segura y conveniente, a otras instalaciones que sí lo prestan [84].

En Estados Unidos, por ejemplo, muchos de los hospitales seculares se han unido con instalaciones católicas en los últimos cinco años; algunas de estas uniones han requerido que los hospitales seculares dejen de ofrecer servicios anticonceptivos. En una encuesta telefónica de 58 hospitales urbanos, realizada en 1998, se encontró

que 12 de los 27 hospitales católicos tenían políticas que le prohibían al personal discutir la anticoncepción de emergencia con las víctimas de violación, a pesar de que los profesionales de la salud, incluso en dichos hospitales, dijeron que tratarían el tema si se les preguntara específicamente al respecto. Ninguno de los otros hospitales prohibía discusiones sobre la anticoncepción de emergencia [85]. Este tipo de políticas ha creado una situación en la cual las mujeres que han sido violadas podrían ser negadas acceso a la anticoncepción de emergencia que pudiera evitar un embarazo no deseado. La Iglesia Católica también ha tomado medidas para influenciar las políticas de salud reproductiva ofrecidas por las organizaciones internacionales a los refugiados. En 1999, un portavoz del Papa declaró erróneamente que

"Esta flagrante información errónea [que el Vaticano declarara que la anticoncepción de emergencia es un abortivo] fue generada para fomentar una agenda política a fin de impedir el acceso a los anticonceptivos en general, y específicamente a los anticonceptivos de emergencia, lo cual facilita la prevención de embarazos no deseados o forzados, claramente una necesidad urgente de algunas mujeres en una situación de guerra tal como la de Kosovo."

– Directora General de IPPF Ingar Brueggemann [87]

los organismos de la ONU estaban promoviendo abortos al distribuir anticoncepción de emergencia a las mujeres refugiadas de Kosovo que habían sido violadas; el Vaticano ya había retirado sus contribuciones financieras al UNICEF porque dicho organismo proveía la 'píldora del día siguiente' a las mujeres refugiadas durante la guerra de Bosnia [86].

La anticoncepción de emergencia es especialmente necesitada por las mujeres que viven en situaciones de conflicto armado o tratan de huir de dichas situaciones. El Programa sobre Violencia Sexual y basada en el Género para los refugiados de Burundi que viven en campamentos de Tanzania no sólo garantizó que a las víctimas de violación se les ofrecieran exámenes médicos en casos de trauma, ITS/VIH y embarazo, sino que también se les ofreciera anticoncepción de emergencia [88]. En sus botiquines de salud reproductiva para las refugiadas de Kosovo en Albania y las mujeres en campamentos en Tailandia en las fronteras con Camboya y Myanmar, FNUAP también

proveyó suministros para la anticoncepción de emergencia, y para atender partos complicados y las complicaciones de abortos practicados en condiciones de riesgo y de abortos espontáneos [89, 90].

2.3. La violencia durante el embarazo

Existen relativamente pocos estudios que se hayan concentrado específicamente en la violencia durante el embarazo; por tanto, algunos de los datos disponibles proceden de investigaciones sobre la violencia en general y de estudios sobre la morbilidad relacionada con el embarazo. Otros datos se basan en registros mantenidos por servicios que ofrecen asistencia a los sobrevivientes de la violencia.

Los cálculos relacionados con la violencia sufrida por las mujeres embarazadas varían considerablemente; esto se debe en parte a las diferencias en las metodologías de investigación y en los métodos de recolección de datos. Los informes proporcionados por las mujeres, por tanto, varían del 6.6% en Zimbabue a porcentajes tan altos como el 68% en Malasia [45, 75, 91-98]. Un investigador calculó que porcentajes aun más bajos, entre el 4 y el 8%, implicarían que cada año de 156,000 a 332,000 mujeres embarazadas en EE.UU. sufren violencia durante el embarazo [99].

Existen indicios de que si las investigaciones sobre la violencia durante el embarazo incluyeran el asesinato como una causa de la mortalidad materna, los cálculos podrían aumentar. Por ejemplo, en algunos estudios de EE.UU. se ha determinado que el predominio de la violencia durante el embarazo se encuentra entre el 3.9 y el 8.3%; no obstante, tres investigaciones de mortalidad asociada con el embarazo revelaron que el homicidio era la causa de muerte entre el 13 y el 25% de los casos estudiados [4, 100, 101].

Hasta la fecha no hay ninguna prueba concluyente de que el embarazo en sí puede provocar mayor violencia contra la mujer en términos epidemiológicos. Sin embargo, en un análisis de los datos disponibles en 1998, se señalaron ciertas indicaciones de que el predominio del abuso físico y sexual es mayor y más grave entre las mujeres embarazadas que entre otras mujeres [96]. Existen diversas razones por las cuales la pareja de una mujer puede recurrir a la violencia, particularmente durante el embarazo:

- ▶ Él no quiere que ella lleve a término el embarazo.
- ▶ Él sospecha que otro hombre es responsable del embarazo.
- ▶ Él considera el embarazo una carga económica, ya sea porque su pareja embarazada trabaja menos en el hogar, o fuera de éste, o porque el nacimiento inminente de un hijo acarreará nuevas demandas económicas en un hogar de pocos recursos.
- ▶ Él se pone celoso al percibir que la mujer embarazada presta menos atención a sus necesidades y sus deseos.
- ▶ Él ve que la mujer es más vulnerable o indefensa debido a su condición de embarazo y menos capaz de tomar represalias o defenderse.

En un estudio nacional de EE.UU. se mostró que resultaba más probable que las mujeres embarazadas, en comparación con las mujeres no embarazadas, hubieran sufrido violencia durante el año anterior (el 17% frente al 12%), pero dicho estudio no llevó un control de factores tales como la edad, lo cual pudiera predecir mejor (es decir, siendo que una edad más temprana está asociada con mayor vulnerabilidad a la violencia) [103]. En otra encuesta de hogares de EE.UU. se encontró que la probabilidad de que las mujeres embarazadas fueran golpeadas era un 60.6% mayor que la de las mujeres no embarazadas [104]. En una encuesta de mujeres embarazadas en el Reino Unido, Rusia y la República Checa, el 2, 4 y casi el 10% de las mujeres, respectivamente, informaron de que habían sido maltratadas físicamente durante el embarazo [105]. En un estudio retrospectivo de los registros de muertes en Bangladesh se indicó que el riesgo de muerte a causa de las lesiones era tres veces más alto para las mujeres embarazadas de 15 a 19 años de edad, que para las mujeres no embarazadas [106]. Aproximadamente una tercera parte de las pacientes ambulatorias en un estudio de pequeña escala realizado en Paquistán, informaron de haber sido golpeadas durante su embarazo, mientras que el 42% de las mujeres estudiadas en Sri Lanka declararon lo mismo [105].

Aproximadamente el 40% de las esposas golpeadas que se entrevistaron en Santiago, Chile, dijeron que el abuso en el hogar había aumentado durante el embarazo [107].

Aunque es posible que el embarazo no sea un factor de riesgo de violencia atribuible a la población (lo cual indicaría que el porcentaje general del problema disminuiría si el factor de riesgo se redujera), en el caso individual de cada mujer, el embarazo puede que, efectivamente, sea el momento en que ella empieza a ser maltratada por su pareja.

Durante un juicio en Namibia en 1997, un hombre de 54 años de edad declaró que su intención no había sido matar a golpes a su esposa, de ocho meses de embarazada, con el mango de un hacha; él sólo quería "darle una paliza como se hace con todas las esposas." Al sentenciarlo a 12 años de cárcel, el juez dijo que los hombres deberían aprender que dicho comportamiento es inaceptable [102].

"Yo estaba embarazada la primera vez que él me golpeó; quedé atónita. Pero ahora, no me puedo recordar... [Cuando] se terminó... no se lo dije a nadie. Estaba tan asustada, y, de todas formas, su familia vive por todas partes."

– una mujer en Sri Lanka [54]

2.4. La violencia como un castigo por quedar embarazada

En algunas sociedades, la violencia contra las mujeres que quedan embarazadas debido a relaciones extramaritales puede que no sólo sea tolerada sino que también

sea condonada. Puede abarcar distintos grados: desde la humillación, la expulsión del hogar y las golpizas, hasta los ‘homicidios para revindicar el honor’ y el nombre de la familia. Los perpetradores de dicha violencia suelen ser hombres de las clases más bajas de la sociedad – que cuentan con la aprobación de familiares del sexo femenino que también han aceptado el código de honor – pero sus acciones son apoyadas implícitamente por sistemas judiciales que no imponen ninguna sentencia o imponen leves sentencias a los hombres acusados del delito. Según Mohammed Ajjarmeh, presidente del Tribunal Criminal Supremo en Jordania, “Nadie realmente desea matar a su esposa o hija o hermana, pero a veces las circunstancias lo obligan a hacerlo. A veces, la sociedad lo obliga a hacerlo, porque la gente no se olvida. A veces, hay dos víctimas: la asesinada y el asesino” [108]. He aquí algunos ejemplos:

- ▶ En el año 2001, una mujer de 17 años de edad en el Estado de Zamfara, Nigeria, recibió 100 latigazos en público. Su delito fue haber tenido relaciones sexuales antes de casarse; la prueba era que ella había quedado embarazada estando soltera. El tribunal que la sentenció descartó sus declaraciones de haber sido violada por tres hombres, y añadió 80 latigazos a su sentencia por ‘falsas acusaciones’ [109].
- ▶ En un tribunal islámico en el emirato de Fujairah se ordenó matar a pedradas a una mujer embarazada por haber cometido adulterio; la policía la arrestó después de haber sido informada de que era soltera y estaba embarazada [110].
- ▶ Una mujer de 21 años de edad fue asesinada por su hermano en Jordania porque quedó embarazada sin estar casada. Su hermano dijo que mató a su hermana para “lavar el honor de la familia” [111].
- ▶ Una niña árabe de 14 años de edad, con retraso mental, fue violada en la calle; y cuando su embarazo se hizo visible, la mataron [112].
- ▶ En un caso denunciado a una audiencia internacional, una mujer de 35 años de edad procedente de un país no identificado, que se había separado de su marido por más de un año, fue asesinada de un tiro por su marido cuando él regresó. Él supuso que su estómago inflamado indicaba que había quedado embarazada, cuando en realidad era el resultado de una inflamación aguda del hígado que le causó extrema inflamación del abdomen y para la cual no había buscado atención médica [112].
- ▶ En Bangladesh, una adolescente fue envenenada por sus padres cuando descubrieron su embarazo sin haberse casado [113].
- ▶ En Egipto, una mujer electrocutó a su hija embarazada por no revelarle el nombre del hombre responsable de su embarazo [114].
- ▶ En un estudio de 38 casos de abuso sexual entre niñas palestinas de 2 a 19 años de edad, 11 de las víctimas habían buscado ayuda a fin de interrumpir un embarazo resultante del abuso. Tres de ellas fueron asesinadas por un miembro de la familia; dos habían sido encarceladas por las autoridades para salvarles la vida, pero una de ellas fue asesinada por una hermana que le puso comida envenenada en su celda [30].

"El castigo corporal nunca es justificable, y es particularmente ofensivo....cuando una adolescente es acusada de un delito por haber dado a luz"

– Regan Ralph, Human Rights Watch [115]

Dicha violencia contra la mujer suele ocurrir en países con una población predominantemente musulmana, según la Relatora Especial de la ONU sobre Ejecuciones Extrajudiciales, Sumarias y Arbitrarias. Sin embargo, también se ha informado de ‘homicidios de honor’, ya sean atentados o llevados a cabo (también por transgresiones, que son tan solo percepciones, tales como socializar con hombres o elegir a una pareja para casarse sin la aprobación de la familia) en Brasil, Ecuador, Italia, Suecia, Uganda y el Reino Unido [116].

3. La violencia asociada con la pérdida del embarazo



La violencia contra la mujer puede contribuir tanto directa (por medio de abuso físico y sexual) como indirectamente (por medio de posibles infecciones de transmisión sexual) a la pérdida de un embarazo. A nivel de la sociedad y la comunidad, las normas sociales que fomentan la tolerancia de la violencia pueden hacer difícil o imposible que la mujer denuncie el abuso físico y sexual durante el embarazo. Por tanto, ella se priva de la posibilidad de recibir asistencia para lidiar con el problema y sus posibles efectos en el resultado del embarazo. A nivel comunitario, puede que los profesionales de la salud no tengan la capacidad de tratar los problemas de abuso de sus pacientes; su renuencia o negación de investigar el problema entonces inadvertidamente ayuda a perpetuar el mismo.

Pese al hecho de que las normas culturales atribuyen gran valor a la maternidad en todas las sociedades, el embarazo no siempre parece ofrecer 'protección' contra la violencia perpetrada por parejas íntimas abusivas. Por el contrario, según se indicó en el capítulo anterior, la mujer puede sufrir más o peor violencia durante el embarazo que en cualquier otro momento. Más aún, la mujer puede sufrir un aborto espontáneo o dar a luz a un feto muerto como resultado de las ITS transmitidas durante relaciones sexuales forzadas sin protección.

3.1. El no reconocimiento de la violencia como un factor contribuyente

Es difícil encontrar información y estadísticas sobre la contribución de la violencia física y sexual a la pérdida del embarazo. Por un lado, la falta de datos puede ser atribuida a la renuencia de la mujer a denunciar el abuso cuando ella procura tratamiento de las lesiones. Por otro lado, muchos profesionales de la salud no tratan este asunto, ya sea porque simplemente no lo consideran o porque desean evitar discutir un tema 'sensible'.

Cuando una mujer cree que el abuso doméstico es simplemente su mala suerte, es improbable que ella lo mencione a los profesionales de la salud como una causa de lesión o una posible causa de aborto espontáneo. En Sri Lanka, en una encuesta de mujeres maltratadas se demostró que la mayoría había sido golpeada durante el embarazo; sólo el 25% de ellas informaron a los profesionales de la salud de la razón de sus lesiones [117]. Puede que la mujer también crea, a veces acertadamente, que los profesionales de la salud no le proporcionarán ninguna asistencia por el abuso sufrido y, por tanto, no hay ninguna razón de mencionar la violencia.

Puede que a los profesionales de la salud con una orientación predominantemente biomédica (que se centra en etiologías somáticas) no se les ocurra preguntar sobre los factores 'sociales' tales como la violencia, cuando atienden a las mujeres que procuran tratamiento de lesiones y abortos espontáneos. En una encuesta de facultades de medicina estadounidenses y canadienses se reveló que menos del 50% abordaban en sus currículos la violencia en la familia [118]. La literatura médica que los informa refleja dicho sesgo. Por ejemplo, dos sitios web que se centraron en el aborto espontáneo no mencionaron la violencia como una posible causa de la pérdida del embarazo [119, 120]. En un libro dedicado totalmente al aborto espontáneo, no se menciona

"Cuando el doctor me atendió, le expliqué lo que pasó, que yo había sido golpeada y dije: 'Sé que esto no es parte de su trabajo, pero necesito un favor; mi esposo está afuera en el pasillo, y yo necesito que usted llame a un policía para que me ayude a pararlo antes de que me atrape nuevamente.' El médico contestó que ese no era su problema, que yo podía irme cuando quisiera. Sólo dijo: 'Tome esto para la hinchazón' y me dejó sola en el cuarto."

– mujer en Panamá que sufrió un aborto espontáneo cuando su esposo la golpeó [1]

“Las mujeres que visitan a los ginecólogos...son aquellas que están embarazadas y piensan que el bebé pudo haber sido lastimado o que han sido lastimadas gravemente ellas mismas... Algunas dirán que han sido quemadas por una plancha; sin embargo, es claro que han sido maltratadas por su marido.”

– Dr Robert Busingye, gineco-obstetra de Uganda [122]

el abuso; pero uno de los autores comenta: “La mujer generalmente atribuye la pérdida del embarazo a un trauma, tal como una caída o un golpe en el abdomen. Sin embargo, el feto en realidad está bien protegido del trauma externo por estructuras maternas y líquido amniótico...” [121]. En vista de esto, quizá no es sorprendente que en una encuesta de ginecólogos y obstetras de EE.UU. se haya encontrado que sólo el 17% examinaron a sus pacientes para detectar posible violencia doméstica durante una primera visita, a pesar de las recomendaciones profesionales de que esto debería ser una práctica rutinaria [101].

Puede que los profesionales de la salud eviten (sub)conscientemente tratar el tema de la violencia; diversas barreras pueden contribuir a esto [8, 118]:

► incomodidad al identificarse con el problema o la cliente (por ejemplo, cuando los profesionales de la salud tienen una historia personal que incluye violencia)

- temor de ofender a la paciente o de poner en riesgo la relación médico-paciente
- incredulidad de que la violencia realmente está ocurriendo
- sospecha de que la paciente está mintiendo
- sentimientos de impotencia, insuficiencia y falta de conocimiento sobre cómo ayudar adecuadamente
- falta de conocimiento sobre la magnitud del problema
- creencias que no apoyan la intervención de los profesionales de la salud
- sobrecarga de trabajo y falta de tiempo
- prejuicios que culpan a las víctimas por su situación.

El director del Proyecto Hospitalario de Intervención de Crisis, de EE.UU., señaló: “El ‘no reconocimiento’ del abuso por parte del personal clínico evoluciona de toda una constelación de factores...Según la variada información que proporcione una paciente, incluso pistas sobre el abuso, los médicos tienden a centrarse en lo físico...Cuando el sistema docente, la institución o el pagador no apoyan o valoran las cuestiones psicosociales, es menos probable que los médicos desarrollen sus propias habilidades para hacerlo... Además, cuando nuestro propio sentido de aptitud profesional está ligado a poder resolver problemas, es particularmente frustrante lidiar con situaciones que no podemos arreglar...Por supuesto, éstas son abrumadoras sólo porque no hemos aprendido a abordarlas” [123].

A pesar de la escasez de datos, parece ser que la violencia durante el embarazo de hecho contribuye al aborto espontáneo. De 100 mujeres de 13 a 21 años de edad que recibían atención prenatal en EE.UU., el 42.3% de aquellas que informaron de haber sido maltratadas de alguna manera, dijeron que habían sufrido abortos espontáneos, comparado con el 16.2% de las mujeres que no fueron sometidas al abuso [127]. En un estudio realizado en 1995 de 17 obstetras (parteras) en Morelos, México, las respondedoras mencionaron la violencia como una causa mayor del aborto espontáneo [128]. Las mujeres aymara y quechua en Perú identificaron la violencia doméstica – y particularmente el abuso por parte del cónyuge que resulta en un aborto espontáneo – como uno de sus principales problemas de salud reproductiva durante la investigación cualitativa [129]. Una gran proporción de las mujeres que viven en los barrios pobres de Mumbai, India, asociaron sus abortos espontáneos con ataques violentos por parte del cónyuge [130]. En Costa Rica, el 7.5% de las mujeres golpeadas informaron de que el abuso era responsable de sus abortos espontáneos, mientras que 23 de 150

La violencia física y el aborto espontáneo

- ▶ “En 1987, fui víctima de un atentado de homicidio por parte de mi ex novio... Lleno de furia, le prendió fuego a mi cuerpo frente a mi hijo de cuatro años de edad... Yo estaba embarazada. [En el hospital] me dijeron que, aparte de haber sido herida gravemente a consecuencia de las quemaduras, yo había tenido un aborto.”
– mujer de Brasil [124]
- ▶ “Trataba de protegerme los ojos cuando él me golpeaba...Solía ir al hospital con la cara y el cuerpo entero golpeados. Sólo me protegía los ojos... Los primeros dos bebés fueron abortos espontáneos porque yo fui golpeada.”
– mujer en Namibia [102]
- ▶ “Fui sometida a un abuso físico constante a lo largo de mi matrimonio. Pero el embarazo fue la peor época para mí. Tuve cinco abortos espontáneos. Cada vez que quedaba embarazada, él me golpeaba la barriga cuando se volvía violento. Esto sucedía todo el tiempo hasta que me di cuenta de que él no quería que yo tuviera un bebé.”
– mujer en Australia [125]
- ▶ “...Él me golpeó tan duro que perdí los dientes. Las golpizas ocurrían por lo menos una vez al mes. Él usaba sus puños para golpearme. Me golpeaba más duro cuando estaba embarazada...La primera vez que me golpeó, y perdí el bebé, yo estaba en el hospital. La segunda vez fue sólo unos pocos días antes de que naciera el bebé, y mi cara estaba cubierta de moratones. Él me golpeó y yo fui adonde mis padres. Mi padre se negó a llevarme a un doctor. Él dijo: “¿Qué se supone que diga, que su esposo la golpea?””
– mujer en Uzbekistán [126]

mujeres paquistaníes dijeron que ellas fueron maltratadas físicamente durante su embarazo, lo cual llevó a abortos espontáneos en ocho casos (5%) [131, 132].

3.2. La violencia específica durante el embarazo

No toda la violencia sufrida por las mujeres embarazadas lleva a la pérdida del embarazo. Sin embargo, las investigaciones muestran que el tipo de violencia habitual sufrida por las mujeres puede cambiar durante el embarazo: en vez de recibir golpes en la cabeza, ellas sufren golpizas dirigidas al abdomen y el pecho [133]. Este fue el caso en un estudio de EE.UU. donde las mujeres embarazadas fueron golpeadas en el abdomen con doble frecuencia que las mujeres que no estaban embarazadas [134]. En León, Nicaragua, el 31% de 194 mujeres que fueron maltratadas por su pareja fueron agredidas durante el embarazo; la mitad recibió golpes en el abdomen [42].

Los investigadores en México señalaron: “El efecto [de la violencia] puede que no sólo afecte el embarazo actual sino que además se convierta, según el tipo de lesión física, en un riesgo reproductivo para embarazos subsecuentes” [69]. En el caso de mujeres que han sido agredidas físicamente también puede que el abusador impida que ellas procuren atención prenatal o urgente, la cual podría evitar un aborto espontáneo [135].

Es este tipo de violencia específica que posiblemente explique el hecho de que en algunos estudios se vean tasas más altas de aborto espontáneo entre las mujeres que han sido maltratadas que entre las que no han sido maltratadas. En un estudio brasileño de mujeres con una historia de abuso, se mostró que ellas tenían una tasa significativamente más alta de aborto espontáneo que las otras mujeres [96]. En la Encuesta Nacional de la Maternidad sin Riesgos de Filipinas, realizada en 1993, se encontró que una tercera parte de las mujeres que tuvieron un aborto espontáneo habían sufrido violencia, en comparación con el 28% de aquellas que no informaron de ningún abuso [74]. En los estados de Tamil Nadu y Uttar Pradesh, India, las

mujeres que habían sido golpeadas eran más propensas que las mujeres no maltratadas a tener abortos espontáneos y nacidos muertos [1].

Puede que las mujeres que viven en situaciones de violencia extrema también sean más propensas al aborto espontáneo. Se encontró que las mujeres chilenas que vivían en vecindarios caracterizados por la violencia en general, tenían un riesgo cinco veces mayor de sufrir complicaciones durante el embarazo que las mujeres que vivían en otros lugares. Heise señala que: “Si el estrés y el trauma de vivir en un vecindario violento pueden inducir complicaciones durante el embarazo, es razonable suponer que vivir en el infierno privado de una relación abusiva también podría hacerlo” [27]. En 1999, en el hospital principal de Pristina, Kósovo, se vio una incidencia de abortos espontáneos y nacidos muertos más alta de lo de costumbre [136]. Los miembros de la comunidad que viven en áreas de conflicto armado continuo en Sudán comentaron espontáneamente que las mujeres embarazadas estaban sufriendo un gran número de pérdidas y de nacidos muertos. Ellos atribuyeron muchos de estos casos a las ITS, tales como la sífilis (y citaron la violación como la causa de las ITS) y al propio conflicto armado [137].

3.3. La violencia y las infecciones de transmisión sexual

Las mujeres que son violadas no sólo corren el riesgo de tener un embarazo no deseado, sino que también pueden contraer una ITS. Los investigadores en EE.UU. informaron de que aproximadamente entre el 4 y el 30% de las víctimas de violación contraen una ITS [103], mientras que en Tailandia el 10% de las sobrevivientes de violación fueron infectadas [73]. Entre las adolescentes menores de 18 años de edad que acuden a las clínicas de atención prenatal y que fueron atendidas durante un período de tres años en un hospital de EE.UU., las adolescentes que habían sido maltratadas eran más propensas a tener una ITS que las adolescentes que no habían sido maltratadas (el 71% frente al 43%) [138]. En el Hospital del Distrito Isiolo de Kenia, una enfermera informó de que desde 1997 hasta mediados de 1998 dos de cada cinco mujeres y niñas que habían sido violadas estaban infectadas con ITS [139]. Los riesgos pueden ser particularmente altos para las niñas y mujeres que viven en la calle y están sujetas a la explotación sexual. Por ejemplo, el 100% de un número no especificado de niñas de la calle estudiadas en Dhaka, Bangladesh, sufrían de ITS [77].

Cuando una mujer es violada, infectada con sífilis y no recibe tratamiento alguno, ella puede transmitir la infección al feto durante el embarazo, lo cual pone al feto en mayor riesgo de morir [140, 141]. La violencia puede desempeñar un papel en la falta de tratamiento; durante entrevistas con un grupo no seleccionado de 184 mujeres embarazadas con sífilis en Nairobi, Kenia, 12 (el 6%) dijeron que no habían informado a su pareja de que necesitaban recibir tratamiento, ya que temían ser agredidas o ser culpadas por tener la enfermedad [142]. Los datos de otro estudio en Nairobi mostraron un aumento de un 4.3% en el riesgo de tener un aborto espontáneo, entre las mujeres con sífilis; los cálculos para Etiopía indican que el 5% de los abortos espontáneos es el resultado de esta ITS [140]. En Zambia, la sífilis es considerada una de las causas principales de los abortos espontáneos y los nacidos muertos [143]. Los cálculos en cuanto a la contribución de la sífilis a la tasa de nacidos muertos varían entre el 21% en Malawi y el 42% en Zambia [140].

Cuando una mujer contrae clamidia genital mediante una violación, puede que a consecuencia sufra de enfermedad pélvica inflamatoria; lo cual a su vez puede incrementar sus riesgos de embarazo ectópico, causante del 1 al 5% de la mortalidad materna [144]. La clamidia y la vaginosis bacteriana han sido asociadas con la ruptura prematura de las membranas y con partos prematuros; en un estudio comparativo de 701 mujeres embarazadas en EE.UU. se encontró que el predominio de la vaginosis bacteriana era significativamente más alto entre las mujeres que habían sido maltratadas que entre las que no habían sido maltratadas [145].

4. La violencia asociada con el aborto inducido



Jeremy Homer / Pamos Pictures

La violencia puede estar relacionada con el aborto inducido en varias formas. A nivel individual, las mujeres que están lidiando con situaciones de violencia continua por parte de su pareja íntima o que han sido violadas puede que se sientan obligadas a interrumpir un embarazo porque no es deseado y lo consideran un embarazo forzado. A nivel interpersonal y comunitario, puede que las mujeres se sientan forzadas o presionadas por sus parejas, parientes, prestadores de servicios u otras personas a tener un aborto. Las mujeres que han optado por tener un aborto puede que sufran violencia en represalia.

4.1. La interrupción del embarazo debido a la violencia

Muchas veces las mujeres y niñas no desean llevar a término un embarazo si es el resultado de una violación. Si no hay anticoncepción de emergencia para evitar el embarazo, puede que muchas de estas mujeres recurran a un aborto. Por ejemplo, en un estudio de 249 mujeres casadas que tuvieron abortos en EE.UU., el 17% de ellas declararon haber sido violadas por sus esposos, en los 6 meses anteriores; entre las mujeres que habían sido forzadas a tener relaciones sexuales repetidas veces, mayor era la probabilidad de que la mujer decidiera por cuenta propia tener un aborto [103]. En otro estudio de EE.UU. de 486 mujeres que deseaban tener un aborto, se encontró que la única diferencia significativa entre las mujeres maltratadas y las no maltratadas con respecto a sus razones para interrumpir un embarazo tenían que ver con sus relaciones de pareja; las mujeres con una historia de abuso eran más propensas a indicar cuestiones de la relación como la razón principal [146].

Algunas mujeres que viven en situaciones de abuso doméstico habitual y de conflicto marital optan por interrumpir el embarazo porque no desean tener un hijo que resultó de una violación marital o porque no quieren exponer a (otro) hijo a una situación de violencia doméstica. En una encuesta telefónica de EE.UU. realizada en 1993 con 1426 mujeres, se reveló que era significativamente más probable que las mujeres que habían tenido abortos tuvieran relaciones de conflicto, en comparación con otras mujeres (el 64.6% frente al 44.9%) [103]. En un estudio tailandés de 114 mujeres que buscaron atención médica para abortos inducidos en condiciones de riesgo, se encontró que la mayoría había decidido interrumpir el embarazo porque su marido le peleaba, no le proveía suficiente dinero o tenía otras esposas [147].

“Tenía un año de casada y me vi esperando familia... no quería un embarazo. En ese momento nos llevábamos mal con mi marido... Los malos tratos y los constantes celos de parte de mi pareja me hicieron pensar que no debía seguir adelante con mi embarazo... Me da rabia porque yo decidí abortar por la relación que tenía con mi esposo. Siempre me maltrataba y no valía la pena tener un hijo en esas condiciones.”

– mujer boliviana de 25 años de edad [60]

Las mujeres que quedan embarazadas como resultado de una violación que es usada como un arma de guerra, también desean tener abortos. En 1995, los ginecólogos en el Hospital Central de Kigali en Ruanda recibían 5 solicitudes de abortos al día por parte de mujeres que habían sido violadas por milicianos Hutu; dado que el aborto era ilegal, también atendían pacientes con perforación uterina resultante del aborto practicado en condiciones de riesgo [148]. En Kósovo, la violación lleva un estigma social tremendo para la mujer y su familia; este hecho probablemente contribuyó a que se triplicaran los abortos en el hospital de maternidad en un pueblo de Albania, donde buscaron guarida 120,000 refugiados durante la guerra [81, 149].

“No sabía qué debía hacer, pero sabía que quería un aborto a todo costo, y no sabía cómo. Porque era una tortura llevar este embarazo a término. Simplemente no podía hacerlo. Había escuchado decir que había doctores aquí que deseaban ayudar... Está contra la ley, pero no puedo criar el hijo de un asesino. Que Dios me perdone, pero yo no deseaba eso. Después del aborto, regresé a mi casa.”

– mujer de 30 años de edad de Ruanda, violada por cinco hombres durante la guerra [148]

Es necesario mencionar, en el contexto de la guerra, una circunstancia más en que el embarazo es interrumpido mediante la violencia: los ataques contra una mujer embarazada, con la intención de evitar el nacimiento de su bebé. En Guatemala, por ejemplo, hay informes de que los soldados que destruían poblados bajo sospecha de albergar adversarios armados, cortaban el abdomen de las mujeres embarazadas y les arrancaban el feto enfrente de su familia como una manera de demostrar que ellos podían destruir el movimiento guerrillero desde su propio inicio [150].

4.2. El aborto forzado

Las mujeres son forzadas a tener abortos por diversas razones: puede que sufran de VIH/SIDA, que sus embarazos lleven un estigma social (es decir, madre soltera), que esperen el parto de una hija, o que infrinjan las políticas gubernamentales sobre la población.

Se ha informado de algunos casos de mujeres embarazadas con VIH/SIDA, que son presionadas por los prestadores de servicios a tener un aborto [151]. Puede que un profesional de la salud no considere sus consejos coercitivos, pero pueden ser percibidos de tal manera, especialmente por las mujeres que están acostumbradas a depender del conocimiento de los profesionales de la salud y quienes, asimismo, no contrarían a las figuras autoritarias en acatamiento de las normas basadas en género que dictan la subordinación de la mujer. Un consejero tailandés comentó: “[dos mujeres] fueron instruidas por el médico a tener un aborto sin darles ninguna consejería. Ellas se sorprendieron al saber que el niño posiblemente no hubiera estado infectado [con VIH]”. Un investigador del mismo país observó: “En mi estudio, las mujeres tenían sólo 7 días para tomar una decisión; eso es muy poco tiempo para considerar detenidamente las diversas opciones. Los consejeros les dicen que pueden cambiar de parecer, pero muchas mujeres no cambian algo que le dijeron al médico o a la enfermera” [152]. Incluso, en 1998, se publicó una propuesta en una revista profesional africana a favor de hacer el aborto y la esterilización obligatorios para las mujeres embarazadas que sufren de VIH/SIDA [153]. A medida que aumenta la disponibilidad de los tratamientos con medicamentos que reducen la transmisión del VIH de madre a hijo, puede que disminuya dicha presión por parte de los profesionales de la salud, pero la capacitación de los consejeros es esencial en lo que a esto respecta.

Las adolescentes en particular pueden ser más susceptibles a la presión de abortar debido a su situación de dependencia [154]. Algunos padres temen la discriminación y estigmatización social del embarazo de una hija soltera, y, por tanto, la obligan a abortar. Otros padres quizá sientan que el aborto es lo mejor para la niña; sin embargo, cuando presionan a su hija a interrumpir el embarazo en contra de su voluntad, los padres, aún así, están implicados en forzar un aborto, lo cual niega el derecho de una joven a tomar sus propias decisiones reproductivas. En otros casos, la mayor preocupación de la familia es conservar el honor de la familia evitando el embarazo de una hija soltera; han llegado informes de Asia de que los padres han golpeado a sus hijas o las han hecho padecer hambre por un período de tiempo prolongado, como una forma de forzarlas a tener un aborto [113].

La coacción por parte de la pareja puede que esté relacionada con el deseo de evitar la responsabilidad de cuidar al niño. Al estudiar 80 testimonios de mujeres chilenas en 1996, se reveló que cuatro mujeres habían sido forzadas por sus parejas a tener abortos mediante amenazas y golpizas [107]. En el caso de niñas y mujeres que han sido secuestradas y engañadas para someterlas a la trata de blancas, la coacción puede proceder de los propietarios de burdeles que no quieren que sus ‘empleadas’

tomen tiempo libre para ausentarse durante la baja por maternidad. Por tanto, los investigadores señalaron que las niñas compradas para burdeles en Camboya “entonces deben trabajar hasta que hayan pagado su llamada deuda a sus compradores, o de lo contrario afrontar las golpizas. Esto es difícil, si no imposible, dado que los propietarios consideran que las niñas les deben por sus gastos constantemente crecientes en comida, ropa, costos médicos y abortos” [155].

La coacción y el aborto [60]

- ▶ “Yo tuve que abortar por la presión de mis padres. Al enterarse de que estaba embarazada, me presionaron a que aborte por mi bien y el de la familia.”
– mujer boliviana de 21 años de edad
- ▶ “Ellos [mis padres] son evangélicos y se preocupaban de la situación social, ‘¿qué nos van a decir en la Iglesia?’...’ Pensálo –me dijo— lo más conveniente para vos, sería que no lo tengas pero ésa es tu decisión. A lo que decidas, te vamos a apoyar.’ Después de eso, me presionaron a abortar y yo accedí. Yo nunca decidí, ellos lo hicieron.”
– mujer boliviana de 21 años de edad
- ▶ “Mi marido decidió todos mis [cinco] abortos, yo sólo asumí lo que él ordenaba. Me faltaba personalidad en esos momentos.”
– mujer boliviana de 45 años de edad

El concepto de 'honor' también puede ser utilizado en intentos para forzar abortos o "castigar" a las mujeres que se rehúsan a tenerlos. Por ejemplo, en Egipto, una mujer fue asesinada por su hermano frente a sus cuatro hijos por haberse negado a tener un aborto; él quería que lo tuviera para "evitar escandalizar a su familia y su esposo" [114].

La presión para tener un aborto también puede ser indirecta y manifestarse en las normas sociales y en las presiones de las familias que prefieren a hijos varones.⁶ En dichos casos se cree comúnmente que las hijas son una carga para la familia, porque ellas requerirán dotes cuando se casen, lo cual consume los recursos del hogar. O se cree que un hijo continuará sosteniendo a sus padres cuando sea adulto, mientras que una hija pasará a formar parte del hogar de su marido; por tanto, cualquier inversión económica en las hijas se considera en vano. Como resultado, la mujer está bajo una presión enorme de producir hijos.

FNUAP calcula que millones de niñas no nacieron porque fueron abortadas después de la prueba de ecografía. Dicha práctica está muy bien documentada en India, donde la Asociación Médica India ha calculado que cada año se abortan tres millones de fetos femeninos, a pesar de la existencia de la Ley de (Prevención de) Técnicas Diagnósticas Prenatales, la cual prohíbe el uso extenso de la ecografía para determinar el sexo de un feto [156-158]. En un estudio comunitario de abortos practicados en una comunidad rural de Maharashtra Occidental en 1996-98, se encontró que el 17.6% fueron efectuados para evitar el nacimiento de hijas. Comparado con las mujeres que habían abortado por otras razones, las mujeres que se presentaban para tener abortos debido al sexo del feto tenían menos autonomía y menos poder en la toma de decisiones de la familia, y afrontaban mayor presión por parte de la familia, los miembros de la comunidad, e incluso los médicos, para interrumpir sus embarazos [48].

⁶ Se ha informado de que las familias pobres que no pueden pagar por las pruebas para determinar el sexo del feto, recurren al infanticidio si nace una niña. En un estudio informal realizado por Adithi, una ONG, se encontró que cada una de las obstetrices en varios distritos de Bihar, India, mataba hasta cinco recién nacidas cada mes. [48].

El aborto de fetos del sexo femenino: las normas sociales y la violencia contra la mujer [48]

- ▶ “Mi suegra solía decir, ‘No voy a decir nada, pero mañana si mi hijo empieza a creer que él debería tener un hijo y si [él] piensa en volver a casarse, entonces no me culpes a mí. Arréglatelas tú.’ Después de oír todo eso, me vinieron temores a la mente, así que pensé vamos a tratar e ir para verificar (el sexo).”

– mujer de 21 años de edad en India con dos hijas

- ▶ “Esta vez mi suegra quería un niño, por eso, decidió que deberíamos verificar [el sexo]. Mi esposo no dijo nada. ¿Qué puedo decir? Yo hago lo que digan los mayores en la familia.”

– mujer de 21 años de edad en India que tuvo dos abortos de fetos del sexo femenino

- ▶ “La esperanza de tener un hijo varón era tanta que no tenía ningún otro sentimiento. Estaba triste, pero ¿qué iba a hacer? Una tiene que quemarse el cerebro. Hay dos hijas, ¿qué hacer con una tercera hija? Nada más, se desea un varón. Eso es todo lo que tengo en mente.”

– mujer de 23 años de edad en India que tuvo dos abortos de fetos del sexo femenino

El Gobierno chino ha sido acusado de apoyar indirectamente los abortos de fetos del sexo femenino por parte de las parejas, debido a su política de un hijo para residentes urbanos (y dos hijos para habitantes rurales si el primer hijo fue una niña). Dado que las familias con más de un hijo pueden ser multadas o las mujeres que

tienen más de un hijo pueden ser esterilizadas, las personas que desean tener hijos varones se sienten obligadas a abortar los fetos femeninos. En un reciente estudio entre 820 mujeres en China Central se encontró que casi la mitad había sido examinada por ecografía para determinar el sexo del feto; el 90% de los fetos femeninos en el segundo embarazo eran abortados si la pareja ya tenía una hija [159]. También ha habido informes de abortos forzados en mujeres que no han acatado la política que limita el número de hijos. Según las estadísticas oficiales, el 12% de todos los fetos femeninos han sido abortados o, de otro modo, no se sabe qué les ocurrió [160-162].

“Si la mujer no se presenta en la clínica a tiempo (para un aborto o esterilización), vamos a su casa para tratar de encontrarla. Si ella no está en su casa, regresamos de noche, frecuentemente con 4 ó 5 tractores llenos de milicia o policía local, cada uno cargando una linterna grande. Entramos en el poblado calladamente, rodeamos la casa de la mujer y tocamos en su puerta. Cuando alguien abre la puerta tratamos de llevarnos la mujer...si atrapamos a la mujer, ella es enviada a la clínica del pueblo para ser esterilizada a media noche por enfermeras y médicos medio dormidos. La mujer generalmente grita y pateo, y nuestros hombres la sujetan para que se le administre anestesia.”

– ex funcionario del control de la población en Northwestern Province, China [114]

Aunque toda mujer debe tener el derecho al aborto legal, no puede hacerse caso omiso de los aspectos de la violencia y discriminación contra la mujer, implícitos en los abortos de fetos del sexo femenino. Cuando dichos abortos ocurren a gran escala, son prueba de que la sociedad tiene actitudes bien arraigadas que le otorgan menos valor a las niñas y mujeres adultas como seres humanos. Esta práctica no es sólo cuestión de preferencia individual sino que refleja los procesos de discriminación contra las mujeres, los cuales comienzan aun antes del nacimiento – sentando las bases para una tolerancia de diversas formas de abuso y violencia a lo largo de la vida de la mujer.

4.3. La violencia como castigo por haber abortado

Los homicidios para salvar el honor no sólo ocurren en conexión con embarazos premaritales o extramaritales, sino también en relación con el aborto. Puede que algunas mujeres deseen llevar a término dichos embarazos, pero puede que se sientan presionadas a tener un aborto inducido a fin de librarse de un posible asesinato. En el periódico Daily Star de Beirut, Líbano, se informó de que la mujer: "está preparada para arriesgarlo todo, incluso su propia vida, en manos de obstetras y médicos no cualificados para deshacerse de un embarazo no deseado" [163]. Las mujeres que intentan abortar o que tienen un aborto también pueden ser asesinadas. Dos ejemplos en 1999:

- ▶ Una mujer de 18 años de edad murió en Bangladesh después que un clérigo islámico mandó que la enterraran en lodo hasta la cintura y que le dieran 101 latigazos con un palo de bambú por haber tenido relaciones sexuales premaritales y luego haber inducido un aborto con medicinas herbales. El clérigo impidió que su familia la llevara a un hospital [164].
- ▶ Amal, una adolescente de Jordania de 17 años de edad, le dijo a su familia que quedó encinta después de haber sido violada por el amigo de su padre. Para pagar por un aborto, su cuñada vendió sus prendas de oro, pero el médico se negó a efectuar el aborto dado que era un procedimiento ilegal. Su padre entonces usó el dinero para comprar una pistola, y él y el hermano de ella de 22 años de edad le dispararon ocho veces, dándola por muerta. Su hermano fue encarcelado, pero su padre fue puesto en libertad bajo fianza. La propia Amal, con seis meses de embarazo, fue encarcelada también, detenida para su protección dado que su padre, hermano y primos aún querían matarla [108].



5. La violencia institucional asociada con la atención al aborto

Las mujeres que buscan atención postaborto para el tratamiento del aborto incompleto, ya sea espontáneo o inducido, suelen afrontar violencia dentro del sistema de salud. Puede que las mujeres que buscan abortos lícitamente también sufran abuso, tanto en el sector jurídico como en el sector salud. Cuando la razón de una mujer para interrumpir un embarazo no deseado es que fue el resultado de una violación o incesto, entonces la mujer vuelve a ser víctima de las organizaciones de su comunidad (a nivel institucional).

En la Declaración de la ONU sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer se indica explícitamente en el Artículo 2 que la violencia contra la mujer incluye “violencia física, sexual y psicológica perpetrada o condonada por el Estado, donde quiera que ocurra” [165]. Como se menciona en el Capítulo 1, la mujer puede sufrir daños físicos y psicológicos como resultado de condiciones estructuralmente inadecuadas en instituciones y sistemas públicos; cuando los gobiernos toleran dichas condiciones, ellos, en efecto, condonan la violencia contra la mujer.

La mujer puede sufrir daños físicos cuando se retrasa la atención postaborto o cuando el tratamiento es inadecuado o en condiciones de riesgo. No obstante, el daño más común afrontado por las mujeres que procuran atención relacionada con el aborto cuando tratan con el sistema jurídico y el sistema de salud, es de naturaleza psicológica. Dicha violencia psicológica incluye: amenazas de daño e intimidación, negación de una necesidad básica a la cual la mujer tiene derecho, tal como la atención médica, y tratamiento inhumano y degradante en forma de acusaciones, atribución de culpa, humillación e insultos.

5.1. Los daños físicos y mentales que resultan de las prácticas médicas poco éticas

Muchas son las mujeres en el mundo entero que necesitan atención para las complicaciones del aborto incompleto, que pueden llevar a altas tasas de morbilidad. Por ejemplo, en Perú, en 1994, un 30% de las camas de gineco-obstetricia se usaban para atender a las mujeres con complicaciones de aborto [166]. Ese mismo año, se necesitó el 27% de la sangre disponible y el 29% de las camas de gineco-obstetricia para el tratamiento de las complicaciones del aborto en toda América Latina [167]. Un 50% de los ingresos ginecológicos en Kenia se debe a complicaciones del aborto [38].

El 13% de la mortalidad materna del mundo se debe al aborto en condiciones de riesgo, lo que equivale a 70,000 muertes. El 99 por ciento de dichos abortos ocurren en países en desarrollo. Es particularmente importante que los organismos que atienden a los refugiados y mujeres en situaciones de emergencia estén equipados para ofrecer atención postaborto, dado que FNUAP calcula que entre el 25 y el 50% de las muertes maternas en situaciones de refugiados se deben a las complicaciones del aborto [168].⁷

Dichas estadísticas llevaron a los participantes de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) a concluir que todos los gobiernos, las organizaciones intergubernamentales y las ONG deben considerar los efectos que en la salud tiene el aborto en condiciones de riesgo como un importante problema de la salud

⁷ La atención postaborto incluye: servicios de tratamiento urgente del aborto incompleto y sus complicaciones, consejería eficaz sobre la anticoncepción postaborto, vínculos entre los servicios de tratamiento del aborto y los servicios integrales de salud reproductiva, y una reducción de la necesidad de dicha atención mediante la educación de la comunidad y acción por parte de la misma.

pública. En la revisión de los cinco años del Programa de Acción de la CIPD durante una sesión especial de la Asamblea General de la ONU en 1999, se concluyó que toda mujer debe tener acceso a servicios de alta calidad para el tratamiento de las complicaciones del aborto, y que se debe ofrecer con prontitud servicios de planificación familiar, educación y consejería postaborto, que ayuden también a evitar la repetición de los abortos [169]. Además, los Gobiernos acordaron en el párrafo 63(iii) que en los casos en que el aborto no es contrario a la ley, "los sistemas de salud deben capacitar y equipar a quienes prestan servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que el aborto se realice en condiciones adecuadas y sea accesible. Se deben tomar medidas adicionales para salvaguardar la salud de la mujer."

Cuando se retrasa el tratamiento de las complicaciones del aborto incompleto, puede que la mujer afronte graves daños a su salud, tales como graves infecciones, esterilidad e incluso la muerte. Las actitudes punitivas por parte de los profesionales de la salud pueden llevar a retrasos en la prestación de servicios. En Nepal, donde el aborto no es permitido por la ley en ningún caso, se informó de que las mujeres que se presentaban con complicaciones en el hospital nacional de maternidad tenían que esperar entre 1 y 7 días para recibir tratamiento, en parte como una forma de castigo [170].

Cuando una mujer sufre dolor innecesario debido a las actitudes negativas de los profesionales de la salud, esto puede considerarse abusivo. Por ejemplo, en un estudio peruano sobre las actitudes de los prestadores de servicios se declaró: "El grupo de profesionales médicos indicó que la falta de anestesia adecuada [para la atención postaborto] es un tipo de maltrato que la mujer debe soportar..." [171]. Aunque el aborto es legal en Albania, la atención proveída en procedimientos del primer trimestre en algunas instalaciones de salud puede ser abusiva porque se efectúa sin anestesia y utilizando instrumental oxidado, que puede ocasionar infecciones [172].

Aun cuando el aborto es permitido por la ley por una variedad de razones, las mujeres continúan recurriendo a proveedores ilegales porque ellas no son conscientes de sus derechos. En dichas circunstancias, se ha indicado que el desequilibrio de poder entre el prestador de servicios de aborto y la mujer se inclina intensamente hacia el proveedor. Esto le permite ser abusivo, tal como forzar a una mujer a aceptar ciertos tipos de tratamiento. En Indonesia, por ejemplo, un proveedor ilegal forzó a las mujeres a aceptar Norplant para la anticoncepción postaborto porque el proveedor estaba estudiando este método [113]. En India, se les negaba a las mujeres abortos permitidos por ley a menos que aceptaran anticonceptivos de largo efecto; a algunas mujeres se les había insertado el DIU después del procedimiento sin que ellas lo supieran [113].

5.2. Las amenazas de daños e intimidación

La violencia en forma de amenazas e intimidación puede afectar tanto a las mujeres que reciben servicios de aborto como a los profesionales de la salud que prestan dichos servicios.

5.2.1. La mujer como objeto de violencia

El Comité de la ONU para el Monitoreo de CEDAW, declaró en mayo de 1999: "En la medida de lo posible, debería enmendarse la legislación que castigue al aborto, a fin de abolir las disposiciones punitivas impuestas en las mujeres que se hayan sometido a abortos" [173]. La recomendación del comité surgió del hecho de que, en los países donde el aborto inducido es legalmente restringido, puede requerirse que los profesionales de la salud denuncien los abortos a las autoridades jurídicas y, por ende, las mujeres pueden ser encarceladas por ejercer su derecho humano a decidir si deben o no tener un hijo y cuándo deben tenerlo.

Un resultado de dicho requisito es que algunos profesionales de la salud amenazan con tomar medidas jurídicas contra las mujeres que solicitan tratamiento del aborto incompleto y, en ciertos casos, realmente denuncian a las pacientes con las autoridades policíacas. En Chile, el 80% de todas las mujeres encarceladas por aborto fueron denunciadas por personal del sistema de salud pública; la mayoría de estas mujeres son miembros de las clases más bajas de la sociedad [174]. Se ha calculado que el 20% de las mujeres en las prisiones de Nepal fueron encarceladas por haber tenido abortos o por haber cometido infanticidio [175]. Además, la pena en Nepal puede incluir la confiscación de la propiedad de una mujer. La subsiguiente falta de recursos económicos, junto con el rechazo por parte de sus familias y comunidades, ha forzado a algunas de estas mujeres a recurrir al trabajo sexual después de salir de la cárcel [176].

Acusaciones criminales contra las mujeres que acuden a recibir atención postaborto

- ▶ En Chile, una niña de 14 años fue acusada de aborto ilegal cuando la dieron de alta del hospital después de recibir atención postaborto. El policía dijo: "Probablemente fue abusada sexualmente... Pero la ley es la ley. Averigüe si lo hizo ella misma o si está protegiendo a alguien" [107].
- ▶ Maya, en Nepal, tomó medicamentos para controlar el dolor durante su séptimo mes de embarazo y posteriormente tuvo un aborto espontáneo. Ella fue acusada de haber inducido el aborto y fue encarcelada [175].
- ▶ "Después de terminar mis estudios médicos, empecé a trabajar en un centro de maternidad... Posteriormente, me enteré de que las mujeres que tienen abortos son encarceladas... Las mujeres recurren al aborto porque no pueden hablar con su marido o suegra sobre la planificación familiar... Muchas veces son violadas o sometidas a relaciones incestuosas."

– Médica de Nepal [105]

Una mujer, una niña y su familia también pueden sufrir violencia psicológica perpetrada por personas fuera del sector salud, cuando buscan servicios lícitos de aborto. En Brasil, los opositores del aborto entablaron una demanda para bloquear el aborto de una niña de 10 años de edad que había sido violada, pero un tribunal otorgó permiso. Sin embargo, la abogada de la familia recibió cartas y llamadas telefónicas abusivas, que la acusaban de asesina, mientras que la familia fue intimidada por grupos religiosos, que la forzaron a mudarse a otra ciudad [177]. En Italia, los padres y el médico de cabecera de una niña de 13 años de edad con retraso mental, que quedó encinta de un niño de 14 años de edad (también con retraso mental) buscaron un aborto legal. Un juez prohibió el procedimiento, y retiró a la niña del cuidado de sus padres después que un cura local dirigió una campaña para impedir el aborto [178].

Lucila, una niña de 12 años de edad con la edad mental de una niña de 8 años, quedó embarazada después de ser violada por su padre en abril de 2001. El estado mexicano de Sinaloa, donde ella vive, permite el aborto en casos de violación y la madre de Lucila, Lucía, por tanto buscó una interrupción legal del embarazo. El 27 de mayo, Lucía formuló cargos contra al padre de Lucila, quien fue arrestado. Lucía entonces solicitó un aborto en dos hospitales locales, donde los funcionarios dijeron que la solicitud debía hacerse al Departamento Estatal de Justicia. El 4 de junio, un juez dijo que él emitiría una orden sólo después de haber recibido las opiniones, por escrito, de dos especialistas médicos, pero los médicos dijeron que el juez debía resolver el asunto porque era un caso legal. El fiscal del Estado dijo que si un médico practicara un aborto, su oficina decidiría después si la acción era legal. Lucía visitó diversas oficinas y la agencia local de derechos humanos para buscar autorización hasta el cuarto mes del embarazo de Lucila, cuando los médicos le advirtieron que un aborto a estas alturas del embarazo podría poner en riesgo la vida de su hija. Finalmente, 4 meses y medio después de la violación, Lucila fue otorgada autorización para tener un aborto [179].

Amnistía Internacional ha señalado que los Estados son responsables de los abusos cometidos por individuos que no forman parte del Estado; los Estados están obligados a tomar medidas para impedir dichos abusos. El 20 de julio de 2001, el Fiscal General del Estado de Sinaloa anunció que se había establecido un departamento para gestionar las solicitudes de abortos en casos de violación. [180].

5.2.2. *Los profesionales de la salud como objeto de violencia*

Algunos profesionales de la salud tienen que afrontar amenazas de ser demandados si prestan atención postaborto. En México, por ejemplo, una partera dijo que ella vacilaba en ayudar a las mujeres con abortos espontáneos porque había tenido problemas en el pasado:

Los médicos y personal clínico que practican abortos lícitos pueden correr el riesgo de ser agredidos por grupos antiaborto. Los prestadores de servicios de aborto en América Latina han reportado amenazas de violencia, así como intentos de extorsión [182]. En EE.UU., desde 1993, siete personas que trabajaban en clínicas de servicios de aborto fueron asesinadas, y a partir de 1991 ha habido 16 otros atentados de asesinato contra el personal. Además, las clínicas y su personal han sufrido bombardeos, incendios premeditados, asaltos, secuestros y amenazas telefónicas [183].

"Solamente he ayudado en dos casos de aborto en mi carrera de 30 años como partera y fueron por razones especiales. En el primer caso, una mujer con un embarazo de 5 meses me visitó con dolor alrededor de 8 días después de haber sido golpeado por su esposo. Tenía una hemorragia y estaba débil y por eso la trataba. La otra mujer que he ayudado también ha sido golpeado por el arrendador. También tenía una hemorragia. En los dos casos tenía problemas con la policía. Me han encarcelado y me amenazaron con el retiro de mi licencia para atender a los embarazos. Me dejaron en paz cuando las familias de las mujeres y una enfermera de la clínica dijeron que me conocían y que estoy una partera con buena reputación. Pero algunos días estaba el sujeto de noticias en la primera página de los periódicos" [181]

5.3. El tratamiento inhumano y degradante

La violencia institucional en la prestación de atención postaborto incluye el tratamiento inhumano y degradante en forma de acusaciones, humillación y agresión psicológica. Un practicante clínico en un país latinoamericano no especificado comentó sobre su estadía de interno en una unidad que atendía mujeres con infecciones sépticas, la mayoría de las cuales eran causadas por abortos en condiciones de riesgo: "los otros estudiantes y los profesores...regañaban a las pacientes y las hacían sentir peor de lo que ya se sentían, pero yo les tenía mucha lástima" [184].

Puede que los profesionales de la salud presionen a las mujeres que presentan complicaciones de aborto incompleto a que admitan 'culpabilidad' con respecto a su estado. Por otro lado, las mujeres que procuran atención postaborto en un hospital católico de Bolivia han sido forzadas a decir que están sufriendo un aborto espontáneo, a fin de ser atendidas [185]. Las investigaciones en Perú han documentado agresión frecuente por parte de los profesionales de la salud contra las mujeres que procuran tratamiento del aborto incompleto, incluso abandono, ser acusadas de mentirosas (si dicen que han sufrido un aborto espontáneo) y estigmatización [166,

171]. En Brasil, las mujeres que tuvieron abortos inducidos informaron de negligencia, falta de privacidad durante el examen físico, e incluso abuso sexual por parte de los prestadores de servicios [186].

"Las pacientes [mujeres que se presentan con complicaciones de abortos incompletos] generalmente son tratadas como criminales o pecadoras."

– profesional de la salud en Kenia [170]

En Argentina, se ha declarado que 'evitar el aborto es la meta institucional' de los hospitales; por consiguiente, algunos médicos intentan mantener un embarazo siempre que sea posible en vez de consultar con la mujer y efectuar el aborto si eso es lo que ella desea. Como dijo una mujer: "Cuando se dieron cuenta lo que me había hecho me retaron muchísimo y me dijeron que sólo me harían el raspado si fuera estrictamente necesario..." [187]. Esta práctica lleva a una situación en que la mujer regresa a la casa y recurre a alternativas más drásticas para completar el aborto, exponiendo su salud y su vida a mayores riesgos.

Un funcionario del sector de salud boliviano comentó: "lo único que vamos a lograr [con las medidas represivas] es que las complicaciones del aborto provocado pasen a la clandestinidad de la misma manera que su práctica, con lo cual elevaremos inmediatamente las tasas de mortalidad de la mujer" [185].

5.4. Más abusos de los derechos humanos de la mujer por parte de las instituciones

Existen otras acciones por parte del personal en el sector salud y en los sectores judicial y jurídico, las cuales, de por sí, no son formas de violencia. No obstante, sí constituyen violaciones de los derechos de la mujer y, por tanto, la mujer puede sufrir los efectos como una forma de violencia psicológica.

5.4.1. Los abortos postergados debido a impedimentos jurídicos

En algunos países, las mujeres que han sido violadas deben solicitar permiso del tribunal para tener un aborto; a veces los retrasos en obtener dicha aprobación significan que el embarazo ha evolucionado demasiado para que se practique un aborto. Un ejemplo extremo procede de Zimbabue donde una mujer violada no recibió permiso para tener un aborto legal hasta un mes después de haber dado a luz [188]. En otros países, como Corea y Taiwán, se requiere el consentimiento del cónyuge. En Bangladesh e India, donde no hay ningún requisito jurídico que dicta que una mujer debe obtener el permiso de su pareja para tener un aborto, los médicos y demás per-

sonal del sector de salud pública se rehúsan a llevar a cabo el procedimiento sin dicho consentimiento [113].

Aun cuando se le permite a una mujer adulta tomar sus propias decisiones con respecto al aborto, puede que una adolescente necesite el consentimiento de sus padres o guardián para que se le efectúe un aborto inducido legal. Esto puede constituir una barrera a la atención médica en el caso de mujeres jóvenes que no desean hablar sobre la causa de un embarazo no deseado, por ejemplo, la violación perpetrada por miembros de la familia [70]. Puede que la legislación provea disposiciones que permitan que una adolescente busque el permiso de un tribunal en vez del de sus padres, pero entonces ella debe depender del consentimiento de un juez. En EE.UU., el Tribunal Supremo dictó que se le debe otorgar dicha opción a una adolescente si es madura o si un aborto es lo mejor para ella. Sin embargo, el juez puede negar dicha disposición, como en el caso de una muchacha de 17 años en Ohio. Ella testificó que planeaba ir a la universidad y no estaba ni financiera ni emocionalmente preparada para estudiar y ser madre a la misma vez; el juez le negó su petición y dijo que ella “no había tenido suficientes tropiezos en la vida” [189].

5.4.2. La objeción de conciencia como una barrera al aborto

Algunos profesionales de la salud no quieren practicar abortos legales porque consideran que dichas acciones son una trasgresión moral. Aunque se reconoce el derecho del prestador de servicios a negar esta atención médica por objeción de conciencia, por lo general, tiene la obligación de referir a la mujer a un personal capacitado que le efectuará el aborto permitido por la ley. Más aún, las instituciones de salud en la mayoría de los países no gozan de la misma exención que un profesional de la salud que se basa en la objeción de conciencia; por tanto, están obligadas a garantizar que la paciente reciba toda la atención a la cual tenga derecho [84].

No obstante, algunos prestadores de servicios e instituciones que no practican abortos por objeción de conciencia no siempre refieren a la paciente a un médico que le efectuará el procedimiento. Por ejemplo, ese es el caso de hospitales estadounidenses administrados por organizaciones católicas (el 10% del total de la nación) [190].

El derecho a la objeción de conciencia también puede ser abusado. Se informó de que todos los médicos en los hospitales públicos de Split y Tula, Croacia, en algún momento se negaron a practicar abortos por razones de conciencia; sin embargo, estaban dispuestos a efectuarlos por honorarios altos en prácticas particulares [191]. En Polonia se informó de una práctica similar [172]. Puede que algunos profesionales de la salud también intenten imponer sus propias creencias religiosas en las pacientes, proporcionando deliberadamente información errónea para tratar de persuadirlas a no tener un aborto.

En Baja California, México, a una niña de 14 años que informó de haber quedado embarazada de un ladrón, se le impidió en el año 2000 tener un aborto permitido por ley, mediante las acciones de funcionarios de los sistemas de salud y jurídico. Primero, los médicos en el hospital se negaron a efectuar el procedimiento; posteriormente, el Fiscal General del Estado llevó a la niña y a su madre a un cura católico, quien trató de disuadirla de que se sometiera al procedimiento. Finalmente, unos pocos minutos antes del aborto, el director del hospital le proporcionó información errónea a la madre de la niña con respecto a los peligros del aborto, declarando que la niña podía morir o quedar infértil, en cuyo momento la madre decidió en contra del procedimiento: “Pensé que era mejor para mi hija tener el bebé que morir”, dijo ella. “Probablemente no le hubiera ocurrido nada, pero si todos estaban tan enojados por la operación, quizá los médicos la harían mal a propósito.” La Comisión Nacional de Derechos Humanos encontró que los derechos de la niña de interrumpir su embarazo habían sido violados porque las autoridades públicas habían “confundido sus creencias religiosas con sus obligaciones jurídicas” [192].



6. Medidas e intervenciones: un enfoque para la promoción de la salud

El modelo conceptual de Heise, presentado en el Capítulo 1, indica que se deben tomar medidas para abordar la violencia en relación con el embarazo y el aborto en distintos niveles sociales mediante un enfoque polifacético. El concepto de la promoción de la salud provee un modelo para tomar medidas en este respecto.

En noviembre de 1986, los participantes de la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud adoptaron la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [193], la cual ha sido promovida por la OMS como un medio de acción. La Carta se centra en mejorar la gestoría y defensa (advocacy), sugiriendo formas de crear un entorno conducente a la equidad en la salud, y fomentando la colaboración intersectorial. Su marco conceptual para la promoción de la salud se basa en cinco estrategias interrelacionadas que pueden utilizarse para reducir la violencia contra la mujer y sus consecuencias. Las cinco estrategias son:⁸

- ▶ Elaborar políticas públicas saludables agregando la salud a las agendas de políticas de múltiples sectores y actores gubernamentales y no gubernamentales.
- ▶ Crear un entorno de apoyo que haga posible o permita que las personas se cuiden las unas a las otras y cuiden a sus comunidades mediante condiciones de vida seguras y saludables.
- ▶ Fortalecer la acción comunitaria incrementando la participación del público en cuestiones conectadas con la salud.
- ▶ Reorientar los servicios de salud y los servicios jurídicos yendo más allá de la prestación de servicios técnicos de manera que se les dé suficiente atención a las investigaciones, la prevención y la capacitación.
- ▶ Desarrollar habilidades personales e institucionales mediante información, educación y desarrollo de la capacidad para tomar medidas.

⁸ La autora ha añadido servicios jurídicos a la estrategia de "reorientación de los sistemas de salud" y habilidades institucionales a la estrategia de "desarrollo de habilidades personales."

Cuadro de medidas: recomendaciones para abordar la violencia relacionada con el embarazo y el aborto		
Nivel internacional	Nivel nacional (sociedad)	Niveles comunitario, institucional e individual
Elaborar políticas públicas saludables		
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Utilizar los tratados internacionales 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Recolección de datos: investigaciones sobre la violencia, el embarazo y el aborto ▶ Reforma jurídica y reglamentaria 	
Crear un entorno de apoyo y fortalecer la acción comunitaria		
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Reuniones de <i>advocacy</i> ▶ Utilizar la Internet y los medios de comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Advocacy</i>: sucesos y reuniones públicas con la atención de los medios de comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Advocacy</i> y otras medidas para desafiar las normas que toleran la violencia ▶ Intervenciones para cambiar el comportamiento
Reorientar los servicios de salud y los servicios jurídicos		
<ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Advocacy</i> profesional 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Advocacy</i> profesional 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Servicios especializados de asistencia jurídica ▶ Protocolos del sistema de salud con respecto a la violencia, la anticoncepción de emergencia y el aborto
Desarrollar habilidades personales e institucionales		
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Desarrollo de capacidad con respecto a la ley para el personal judicial y jurídico ▶ Capacitación del sistema de salud 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Educación para la juventud sobre la violencia y sus consecuencias ▶ Alfabetismo jurídico: información y educación sobre los derechos de la mujer ▶ Servicios de atención integral

A nivel nacional, se pueden tomar medidas de políticas que afectan tanto el nivel de la sociedad como los niveles comunitario e institucional: éstas incluyen el uso de tratados internacionales de derechos humanos, investigación, gestoría y defensa (*advocacy*) y reforma jurídica y reglamentaria (incluida la modificación de leyes y políticas y la introducción de nuevas reglas). La creación de un entorno de apoyo y el fortalecimiento de la acción comunitaria pueden centrarse en elevar el reconocimiento del hecho de que la violencia relacionada con el embarazo y el aborto es un problema de salud pública. Dicho reconocimiento es influenciado por las percepciones del público en general, lo cual demuestra cómo pueden interactuar los factores de la sociedad y de la comunidad.

Los grupos comunitarios han empezado a tomar medidas innovadoras para transmitir el mensaje de que la violencia contra la mujer es inaceptable; sus acciones buscan desafiar las normas sociales que permiten la tolerancia de la violencia contra la mujer. Este es un ejemplo de cómo la influencia de la comunidad pueden afectar el nivel interpersonal.

La reorientación del sistema de salud y el sistema jurídico afectará el grado en que cada mujer sufre las consecuencias de la violencia. El desarrollo de habilidades personales e institucionales para abordar mejor la violencia vinculada con el embarazo y el aborto tiene efectos a nivel comunitario, interpersonal e individual. Cuando se le permite al personal que trabaja en el sector salud, así como en los sectores social, judicial/jurídico y en el sector responsable de hacer que se cumpla la ley, reconocer la violencia contra la mujer como un problema de salud pública, ellos estarán mejor capacitados para intervenir y asistir en casos de abuso en curso. La situación puede cambiarse para los individuos si se ayuda a la juventud a desarrollar más compor-

tamientos sensibles al género, que condenen la violencia, y empoderando a la mujer para reconocer y ejercer sus derechos a un trato justo y a cuidados adecuados cuando ocurre el abuso.

En este capítulo se proporcionan ejemplos de medidas e intervenciones que se pueden incluir en las cinco estrategias para la promoción de la salud. No se presentan en orden de importancia dado que se debe tomar acción simultánea en todas las áreas mencionadas anteriormente a fin de lograr un enfoque integral interdisciplinario. Dicho enfoque debe implicar el sector salud, los sectores judicial/jurídico y el sector responsable de hacer que se cumpla la ley, los investigadores, los medios de comunicación, las ONG y las comunidades para asegurar que se abarquen los diferentes aspectos del problema.

6.1. Creación de políticas públicas saludables

En el marco conceptual para la promoción de la salud, las políticas públicas saludables son aquellas que tienen algún efecto en la promoción de la salud, es decir, no están limitadas a políticas en el sector salud únicamente.

► *El uso de tratados internacionales*

Los tratados internacionales pueden sentar una base importante para crear políticas públicas que aborden la violencia adecuadamente en relación con el embarazo y el aborto. Los funcionarios y parlamentarios del Gobierno necesitan:

- Tomar medidas para ratificar tratados pertinentes y garantizar su uso como puntos de referencia en el sistema judicial nacional.
- Proporcionar información sobre la violencia y el abuso relacionados con el embarazo y el aborto en informes oficiales a los comités de la ONU que monitorean la implementación de los tratados internacionales.

Las ONG que trabajan en cuestiones de derechos humanos y de salud sexual y reproductiva están bien situadas para llevar a cabo la gestoría y defensa necesaria para

promover la ratificación de los tratados. Las ONG y los investigadores también pueden ser instrumentales en proporcionar información para los informes gubernamentales e informes sombras (de las ONG y de la sociedad civil) que son utilizados por los cuerpos de monitoreo de los tratados, a fin de evaluar cuán bien los gobiernos acatan las disposiciones de los tratados. Dicha información también necesita ser difundida a las comisiones nacionales de derechos humanos, a los medios de comunicación y al público en general.

El Comité de Derechos Humanos instó a Ecuador en 1998 a proveer a los adolescentes atención médica y educación adecuadas debido a la alta tasa de suicidios entre las niñas "que parecen, en parte, estar relacionadas con la prohibición del aborto." Ese mismo año, el comité CEDAW recomendó que el Gobierno peruano revisara sus leyes para garantizar que la mujer tenga acceso a tratamiento urgente de las complicaciones relacionadas con el aborto y a servicios de aborto seguros [116].

► *La recolección de datos*

Dado que existe relativamente poca información concerniente a los vínculos específicos entre la violencia, el embarazo y el aborto, puede que algunos elaboradores de políticas creen que el problema no es "cuantitativamente significativo" y, por tanto, no sea un problema de salud pública.

Por eso, ellos necesitan recibir datos para poder modificar las políticas, reglas y legislación según corresponda.

Las investigaciones sobre la violencia y el embarazo: Siguiendo las directrices establecidas por la OMS, la mortalidad materna ha sido definida como muertes que están

relacionadas con, o son agravadas por, las complicaciones que ocurren durante el embarazo o dentro de los primeros 42 días después de terminado el embarazo (excluidas las causas accidentales o incidentales). Dado que esta definición es bastante estrecha, algunos investigadores ahora están abogando por el uso del término 'muerte asociada con el embarazo' en los protocolos de investigación, ya que esto proveerá un alcance más amplio para considerar factores como la violencia contra la mujer como una causa de mortalidad materna. A fin de capturar los resultados no fatales de dicha violencia, los estudios podrían investigar más detenidamente la 'morbilidad y mortalidad asociadas con el embarazo'.

En las recomendaciones preparadas por los Centros de EE.UU. para el Control y la Prevención de Enfermedades se han sugerido los siguientes temas de investigación [4]:

- ▶ las metodologías de investigación estandarizadas con respecto a la violencia que permiten comparaciones entre las mujeres embarazadas y las que no lo están
- ▶ el predominio de la violencia relacionada con el embarazo
- ▶ las características de dicha violencia
- ▶ la causalidad: ¿cuándo y por qué precipita el embarazo la violencia y con cuánta frecuencia es el embarazo el resultado de la violencia sexual?
- ▶ el riesgo de ser víctima o los factores que protegen el abuso
- ▶ los resultados adversos de la violencia durante el embarazo.

Según esta revisión de la literatura, se pueden incluir otros temas tales como:

- ▶ la influencia de las normas de género en la tolerancia de la comunidad con respecto a la violencia, especialmente cuando concierne al embarazo y a cuestiones relacionadas con el aborto
- ▶ la influencia de la violencia en la experiencia de la mujer con el uso de anticonceptivos, así como en el embarazo no deseado, y formas de lidiar con ésta
- ▶ las percepciones, creencias y actitudes de los prestadores de servicios (jurídicos y de salud), así como otros actores pertinentes, tales como jueces y funcionarios responsables de hacer que se cumpla la ley, con respecto a la violencia relacionada con el embarazo y el aborto
- ▶ el predominio de la violencia institucional sufrida por las mujeres que acuden a recibir atención médica y asistencia a servicios jurídicos y sociales en conexión con la violencia física y sexual vinculada con el embarazo y el aborto
- ▶ las barreras percibidas en distintos sectores con respecto a la colaboración intersectorial para tratar el problema, así como el resultado e impacto de los esfuerzos de colaboración intersectorial
- ▶ el resultado y el impacto de las intervenciones institucionales y comunitarias para cambiar las normas de género en relación con la violencia, el embarazo no deseado y el aborto en condiciones de riesgo

Las investigaciones sobre la violencia y el aborto: Es importante que las investigaciones centradas específicamente en el aborto también examinen el tema de la violencia. En estudios realizados en países con pocas restricciones en el aborto legal (p.

“Otro factor que limita nuestra capacidad para entender la asociación entre el embarazo y la violencia o para estar seguros de que hay menos abuso durante el embarazo, puede ser que las mujeres en relaciones abusivas con embarazos no deseados o no planeados posiblemente tengan mayor tendencia a interrumpir sus embarazos. Los datos de... los estudios de los resultados del embarazo sólo nos informan de las mujeres que llevaron su embarazo a término.”

– Linda Koenig, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, EE.UU. [99]

ej., China, Cuba) con respecto a las razones de la mujer para interrumpir el embarazo, por lo general se incluyen categorías de respuestas muy generalizadas y no específicas ('el embarazo accidental', 'los problemas familiares o matrimoniales') o respuestas más específicas que no incluyen la violencia (la falla anticonceptiva, ser soltera, problemas económicos, la condición fetal, problemas de salud) [194, 195].

En casos en que el aborto es legalmente restringido y también muy estigmatizado, puede que resulte más difícil realizar investigaciones sobre el aborto y que los investigadores se inclinen más hacia excluir un segundo tema 'sensible' tal como la violencia. Incluso en las preguntas relacionadas con las causas del aborto espontáneo suele omitirse el abuso como una posible causa. Los investigadores tienden a suponer que si la mujer no indica la causa del aborto espontáneo, esto simplemente indica su renuencia a admitir haber tenido un aborto inducido; ellos no parecen considerar que la violencia pueda estar implicada. Esta escasez de datos pertinentes llevó a los participantes en una conferencia nacional de EE.UU. sobre la violencia y la salud reproductiva, celebrada en 1999, a recomendar que los investigadores examinen la violencia y los embarazos que no son llevados a término, dado que "los datos más copiosos...estudian sólo los embarazos que resultan en nacimientos vivos, y por tanto excluyen los embarazos que no resultan en nacimientos vivos" [196].

La investigación operativa sobre la violencia y el aborto puede contribuir al desarrollo de protocolos adecuados de atención y referencia para los servicios de salud y los organismos que asisten a los sobrevivientes de la violencia. Dichos estudios deben investigar las percepciones y las necesidades de la mujer con respecto al tratamiento del aborto incompleto y el aborto inducido. Desde una perspectiva de género, también es importante incluir, con el consentimiento informado de la mujer, a los familiares y las parejas del sexo masculino. El ampliar el universo de estudio de esta manera puede contribuir a un mejor entendimiento de los tabúes y prejuicios que impiden la discusión de la violencia y el aborto. También puede ayudar a identificar qué factores se deben abordar mediante intervenciones con hombres y mujeres. Además, también se necesitan datos sobre las perspectivas de los profesionales de la salud - sus actitudes, conocimiento y necesidades - de manera que se puedan desarrollar intervenciones adecuadas para ayudarlos a tratar el tema de la violencia y referir a las pacientes que buscan atención postaborto y de aborto inducido a otros servicios.

Las responsabilidades éticas de los investigadores: Varios investigadores han señalado sus responsabilidades éticas para las mujeres que participan en estudios sobre temas sensibles tales como la violencia y el aborto [4, 197]. Los investigadores que compararon dos estudios específicamente sobre la violencia contra la mujer y los datos sobre dicha violencia de una encuesta demográfica de salud en Nicaragua, concluyeron que los investigadores deben tener cuidado al incluir preguntas sobre la violencia en encuestas centradas principalmente en otros temas. La razón principal es que los estudios más pequeños, en los cuales hay más interacción entre los investigadores y los respondedores, ofrecen más oportunidades para referir a las mujeres maltratadas a que reciban apoyo psicológico y de otra índole [198].

La seguridad de las respondedoras durante los estudios debe garantizarse evitando hacer preguntas sobre la violencia en la presencia de otros familiares, entrevistándolas en privado y garantizándoles su confidencialidad. Se pueden adoptar técnicas para garantizar carácter anónimo. Por ejemplo, en un estudio de India sobre el aborto inducido se incluyeron tanto mujeres que habían sido seleccionadas por haber tenido el procedimiento ('respondedoras del estudio') como otras mujeres en las mismas comunidades ('respondedoras ficticias o de disimulo'). A todas las mujeres se les dijo que serían entrevistadas con respecto a problemas de la salud, y a todas se les administró el mismo cuestionario. Cuando las 'respondedoras del estudio' mencionaron sus abortos, los investigadores entonces procedieron a preguntarles sobre sus experiencias [199]. Puede que dichos métodos también sean útiles en investiga-

ciones sobre la violencia, el embarazo y el aborto. Los investigadores deben tener a la mano instrumentos para referir a las respondedoras a organizaciones que les puedan ofrecer apoyo y servicios: por ejemplo, tarjetas pequeñas (fáciles de esconder) con información sobre los servicios de asistencia [197].

La OMS señala además que: “Los investigadores tienen la obligación ética de ayudar a garantizar que sus hallazgos se interpreten debidamente y se utilicen para avanzar el desarrollo de las políticas y los programas” [200]. Por ejemplo, los resultados de estudios pueden relacionarse a los estándares nacionales e internacionales de derechos humanos como una forma de abogar por un incremento en la atención prestada a la violencia, el embarazo y el aborto como un problema de salud pública.

► **La reforma jurídica y reglamentaria**

Es importante que los miembros de los parlamentos colaboren para reformar las leyes de manera que se aborde eficazmente la violencia contra la mujer. Por ejemplo, el Foro Asiático de Parlamentarios sobre Población y Desarrollo (AFPPD, siglas en inglés), el Fondo Fiduciario Japonés para Parlamentarios y FNUAP organizaron una reunión en junio de 2001 sobre la violencia contra la mujer. Los participantes formularon un plan de acción para tratar la violencia doméstica, la agresión y el acoso sexual, y el tráfico de mujeres en sus respectivos países. La AFPPD asignó fondos para un seguimiento nacional [201]. En Nicaragua, la Red de Mujeres contra la Violencia presentó un anteproyecto de ley para reformar el código penal concerniente a la prevención y el castigo de la violencia intrafamiliar [202]. Dicha ley, que fue aprobada y sancionada a finales de 1996, provee medidas protectoras para las mujeres que denuncian los ataques violentos por parte del cónyuge, y expande el concepto de la violencia para incluir daños psicológicos.

En algunos casos, la reforma jurídica y reglamentaria será un poco más fácil a nivel estatal, provincial y municipal, sentando las pautas para las medidas que se pueden tomar a nivel nacional. La legislatura municipal de Buenos Aires, Argentina, hizo gestiones en junio de 2000 para ayudar a evitar los embarazos no deseados y los subsiguientes abortos en condiciones de riesgo, pasando una ley que pone a la disposición de las mujeres de cualquier edad información sobre la salud reproductiva y métodos anticonceptivos gratis. Los proponentes de la ley vencieron la oposición a las disposiciones que permiten que las adolescentes obtengan anticonceptivos sin el permiso de los padres y que incorporan el DIU a la lista de anticonceptivos autorizados, y comentaron que ellos defenderían una legislación similar en el Congreso nacional [203].

Si a las mujeres que han sido violadas se les ofrece anticoncepción de emergencia subsiguiente a un asalto sexual, se pueden evitar embarazos no deseados; una campaña realizada en el año 2001 por ONG peruanas contribuyó al hecho de que se añadiera la AE a la lista de suministros que el sistema de salud pública debe proveer. No obstante, los sistemas de salud deben tener políticas establecidas con respecto al suministro de la anticoncepción de emergencia. En la Ciudad de México, se ha calculado que el 72% de las mujeres que oficialmente denuncian la violación lo hacen en los tres días posteriores al delito; por tanto, el hecho de proporcionarles podría evitar más de dos terceras partes de posibles embarazos como consecuencia de dicha violación. Por ello, los psicólogos en el Centro para Ayuda Terapéutica y los organismos del Ministerio Público que se especializan en delitos sexuales fueron capacitados para ofrecer a sus clientas información sobre la [204]. Inicialmente, los psicólogos mostraron renuencia para hacerlo porque no tenían órdenes por escrito y temían ser asociados con el aborto inducido. Sin embargo, después de la distribución de un folleto sobre la, firmado por la Asociación Mexicana

“No todas las familias son ambientes seguros”, dijo Mabel Bianco del Programa Nacional de SIDA, apoyando una ley de Buenos Aires que pone los anticonceptivos a la disposición de las adolescentes. Ella señaló que, por tanto, el Estado debe hacer que se sienta su presencia para el beneficio de los niños y niñas que sufren violencia doméstica y abuso sexual.

de Planificación Familiar y del establecimiento de 11 centros de referencia médica, ellos incorporaron la consejería sobre la como un elemento rutinario a los cuidados proveídos. Asimismo, en Ecuador, sólo el 36% de los médicos, enfermeras y obstetras estuvieron totalmente de acuerdo con la provisión de anticoncepción de emergencia a sus pacientes antes de participar en una intervención enfocada. Después de la capacitación y de discusiones en grupos focales, el 95% aceptó la provisión de como una opción válida [205].

Es esencial que los hospitales tengan políticas claras y no ambiguas en cuanto a la provisión de la anticoncepción de emergencia. Por ejemplo, de 26 hospitales encuestados en el estado de Nueva York, EE.UU., 12 tenían políticas ambiguas o ninguna política sobre la AE. Un factor contribuyente pareció ser las directrices confusas impartidas por la Conferencia Nacional de Obispos Católicos con respecto al tratamiento de las víctimas de violación, lo cual dejó a los hospitales católicos en un aprieto. Las directrices declaran que una mujer violada debe poder protegerse contra la posibilidad de concebir a consecuencia un asalto sexual, después de haber hecho una prueba de embarazo; sin embargo, dichas pruebas son confiables sólo después de 10 días, mientras que la anticoncepción de emergencia debe ser administrada dentro de 72 horas. Según un teólogo local, el reverendo Gregory Faulhaber: “Aquí hay un área gris, y también es cierto que los médicos de la sala de urgencias no tienen tiempo para mucho debate sobre el tema cuando están trabajando. No obstante, creemos que las directrices ofrecen una forma de retener el respeto por la vida y atender a la víctima” [206]. Para garantizar que la mujer tenga la opción de evitar el embarazo después de una violación, los hospitales deben asegurar que los médicos de la sala de urgencias tengan directrices por escrito que sean completamente claras (al contrario de lo mencionado anteriormente) y les permitan ofrecer anticoncepción de emergencia en el hospital.

Aun cuando el aborto es restringido por ley, los gobiernos deben tomar medidas para garantizar que los profesionales de la salud y los funcionarios del sector judicial (la policía, abogados, jueces) sepan que la atención postaborto no es un delito, dado que esta creencia puede impedir la provisión de tratamiento. Para garantizar aun más el acceso de la mujer a dicha atención y para resolver las dudas de los profesionales de la salud, las autoridades deben adaptar las reglas de los hospitales y hacer ver a los prestadores de servicios que ellos están obligados a dar tratamiento a las complicaciones del aborto.

Cuando el aborto es permitido por la ley, es importante que el sistema de salud incluya esta opción en los reglamentos concernientes a los casos de violencia. El Ministerio de Salud de Brasil impartió una norma técnica en 1999 sobre *La prevención y el tratamiento de lesiones resultantes de la violencia sexual contra las mujeres y las adolescentes*, en la cual se proporcionan recomendaciones específicas para una atención integral. Las recomendaciones atañen el llevar constancia de los casos de violencia en los registros médicos, la recolección de evidencia médica que pueda ayudar a identificar a los violadores, directrices sobre la provisión de anticoncepción de emergencia, pruebas y tratamiento de las ITS/VIH, directrices sobre los métodos de aborto y una estipulación de que los prestadores de servicios de aborto reciban capacitación en la provisión de atención humanitaria [207].

6.2. Creación de un entorno de apoyo y fortalecimiento de la acción comunitaria

El marco conceptual para la promoción de la salud considera que un ambiente provee apoyo cuando promueve acciones que le permiten a un individuo garantizar su salud; la acción comunitaria es vista como un elemento vital de dichas acciones.

6.2.1. El nivel internacional

Cuando un problema es definido internacionalmente como un problema de salud

pública, los gobiernos y los sistemas de salud nacionales sienten mucha más presión de reconocer y tratar el problema. Los organismos de la ONU, las ONG internacionales, las federaciones de ONG y las alianzas que cruzan fronteras pueden desempeñar un papel importante en este respecto. He aquí tres ejemplos de estrategias que pueden usarse para resaltar los vínculos entre la violencia, el embarazo y el aborto:

- ▶ organizar reuniones internacionales para centrarse en las necesidades de investigación, prevención e intervención, donde la experiencia, las lecciones aprendidas y las mejores prácticas pueden compartirse en todo el mundo
- ▶ organizar y apoyar tribunales internacionales en los cuales las mujeres puedan ofrecer sus testimonios concernientes a dichos casos de violencia, y garantizar la cobertura de la prensa a fin de concienciar al público en general respecto al problema
- ▶ utilizar los recursos en Internet para abordar el tema. Se han creado varios sitios web para difundir información y poner artículos y gráficos a la disposición para presentaciones sobre la violencia y el embarazo (véase el Apéndice 4). Además, las ONG están utilizando la Internet para apoyar campañas contra la violación y otras formas de violencia; en Filipinas, uno de estos proyectos ha reunido las historias de 2000 mujeres con respecto a sus experiencias con la violencia en la familia [116].

6.2.2. El nivel nacional

Los eventos públicos que atraen la atención de los medios de comunicación pueden ser maneras eficaces de iniciar y estimular el debate público sobre un tema. Cuando el tema se trata de un problema que afecta principalmente a la mujer, tal como la violencia en relación con el embarazo y el aborto, puede que dichos eventos y la resultante cobertura por parte de los medios de comunicación tengan aun más impacto cuando los actores clave incluyen hombres.

▶ Eventos públicos

Los hombres en Kenia han formado una coalición contra la violencia; una de sus primeras acciones fue la organización de una manifestación pública, realizada en Nairobi en 1999, contra la violencia basada en el género [1]. La ciudad de La Paz, Bolivia, públicamente anunció en el año 2001 la creación de una Red Municipal para la Lucha contra la Violencia, resaltando la necesidad de una estrategia intersectorial para la prevención e intervenciones [208].

La adopción de declaraciones de políticas y peticiones por las organizaciones de la sociedad civil es una forma importante de apoyar la acción gubernamental. La Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe reunió 600 firmas en el año 2000 para una declaración pública respaldando la decisión del Gobierno chileno de permitir la venta de anticonceptivos de emergencia; sin embargo, el Tribunal Supremo del país posteriormente prohibió esta forma de anticoncepción, dando pie a la oposición entre el Tribunal y el Ministerio de Salud [209]. En Bolivia, 50 instituciones e individuos divulgaron *La Declaración de Cochabamba* en marzo de 2001 como una herramienta de gestoría y defensa (*advocacy*) para persuadir a los organismos gubernamentales y al sector salud que se permita que la mujer ejerza su derecho a tener un aborto lícito en casos de violación e incesto.

▶ Reuniones

Las reuniones públicas que convocan a miembros del sector salud, el sector judicial/jurídico, el sector responsable de hacer que se cumpla la ley, el sector de educación y el sector de asistencia social son importantes herramientas de gestoría y defensa (*advocacy*). El Centro de Asistencia Jurídica en Windhoek, Namibia, organizó una conferencia nacional en febrero de 2000 sobre la violencia contra la mujer, a la cual fueron invitados 15 hombres de cada región del país, junto con representantes

de diversos ministerios gubernamentales. Las actividades de seguimiento incluyeron un debate en panel con estudiantes del Politécnico y de la Universidad de Namibia, un debate en panel entre los líderes religiosos y un programa de televisión sobre el tema [210]. En agosto de 2000, las Sociedades de Ginecología y Obstetricia de Nuevo León y de México, la Secretaría de Salud, la Universidad de Monterrey e Ipas organizaron una reunión intersectorial similar en Monterrey, México. Unos 450 participantes discutieron la violencia contra la mujer en relación con las éticas y los derechos humanos, y los organizadores de la conferencia difundieron las recomendaciones de la reunión por toda la nación, incluidas las medidas necesarias para tratar la violencia en relación con el embarazo y el aborto. El éxito del evento, el cual recibió amplia cobertura de la prensa local, llevó a planes para replicar la conferencia en otros estados mexicanos, así como en Bolivia y Brasil.

En muchos lugares, la obligación de tratar las complicaciones del aborto incompleto aún no se cumple como es debido. Los investigadores, las ONG y otros miembros de la sociedad civil pueden abogar por políticas que aseguren el cumplimiento de esta obligación. En noviembre de 1998, más de 200 representantes de organizaciones de mujeres, ONG, organizaciones internacionales y financiadores se reunieron en Morelos, México, para revisar el progreso realizado en la aplicación de las recomendaciones de la CIPD. Sus demandas incluyeron el requisito de que los gobiernos y las organizaciones de salud garanticen que los profesionales de la salud siempre ofrezcan servicios urgentes de aborto para salvar la vida de la mujer [211].

6.2.3. El nivel comunitario

► La acción comunitaria

Como se mencionó anteriormente, la acción comunitaria es vital para la creación de un entorno que apoye a las mujeres que sufren violencia. Kalyanamitra, una ONG en Indonesia, ayuda a encontrar familias que den acogida a las mujeres maltratadas, mientras que en el estado indio de Madhya Pradesh, los grupos de cantantes religiosos muy respetados confrontan abiertamente a las familias donde es evidente que hay violencia, señalando claramente que este comportamiento va en contra de la norma [35, 212]. En otras comunidades indias, la gente golpea ollas frente a la casa de los abusadores; en Perú soplar un pito es una estrategia utilizada para identificar y avergonzar a los perpetradores de violencia [213]. Los activistas comunitarios en Concepción, Chile, urgen a las mujeres a utilizar la estrategia 'Me puede prestar un hilo rojo': se insta a todo vecino que oiga que está ocurriendo un acto de violencia y abuso, a correr a la casa donde está sucediendo para ayudar a la mujer [107].

► Intervenciones para propiciar el cambio de comportamiento

Dado que la mayoría de los actos de violencia contra la mujer están basados en el género, se necesitan intervenciones que aborden las normas relacionadas con la masculinidad y la feminidad. Dicha acción puede ayudar a abordar los factores comunitarios (p. ej., la tolerancia que permite que la mujer sufra violencia en aislamiento), así como los factores interpersonales (las creencias de que el hombre tiene el 'derecho' de dominar, castigar y maltratar físicamente a la mujer). La Oficina Regional de UNICEF para Asia Meridional llevó a cabo un proyecto en 1997 para determinar por qué los activistas estaban trabajando en el tema de la violencia basada en el género [214]. Los resultados incluyeron observaciones tales como:

- Muchos hombres que trabajan para eliminar la violencia contra la mujer admiraban a hombres o mujeres que contradecían los estereotipos de las relaciones entre el hombre y la mujer que se basan en el dominio del hombre y la sumisión de la mujer.
- Tanto los hombres como las mujeres activistas tendían a tener relaciones estrechas con el progenitor del sexo opuesto.

Los grupos de hombres dedicados a luchar contra la violencia en otras regiones están trabajando para conseguir las condiciones que se ha encontrado apoyan el activismo en Asia. Por ejemplo, "Hombres con conocimiento," un proyecto llevado a cabo por Care International en Vietnam, capacitó 2000 hombres mediante talleres que desafiaban los factores socioculturales que influyen en los encuentros sexuales. Tanto los hombres como sus parejas respondieron de manera positiva [216]. El personal masculino de las ONG en el Grupo Nicaragüense de Hombres contra la Violencia, trabaja con hombres y jóvenes en grupos pequeños y organiza talleres nacionales para ayudar a los hombres a analizar los factores basados en el género que contribuyen a la violencia contra la mujer. Las mujeres entrevistadas sobre el efecto de esta labor han notado cambios positivos en el comportamiento de los participantes del sexo masculino [217]. En México, CORIAC (Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias A.C.) inició talleres en 1993 para reducir la violencia perpetrada por el hombre [218]. La estrategia de CORIAC consiste en informar al hombre de los riesgos que las actitudes machistas acarrearán a su propia salud (estrés y ataques cardíacos) y, posteriormente, enseñarles diferentes métodos para reducir el estrés. Otro de sus proyectos, "Hombres Renunciando a su Violencia," trabaja con grupos de hombres para ayudar a los participantes a: 1) reconocer que su violencia es aprendida y que ellos pueden decidir parar de ejercerla; 2) examinar sus emociones y reacciones emocionales a fin de entender cómo éstas contribuyen a la violencia; y 3) desarrollar habilidades de intimidad y negociación para construir relaciones no violentas a fin de lidiar con los conflictos en su relación de pareja [219].

En EE.UU., una red nacional de hombres latinos profesionales, la Red Nacional de Compadres, está trabajando para transformar la predominante identidad machista en sus comunidades como una forma de reducir la violencia contra la mujer y los niños y niñas [220]. La campaña White Ribbon (Cinta Blanca) en Canadá y en otros países no sólo alienta a los hombres a demostrar públicamente su postura en contra de la violencia contra la mujer, sino que también fomenta su participación en el cambio de las normas (p.ej., identificando y oponiéndose al acoso y la violencia sexual en la escuela, el trabajo y el hogar) [221].

"Nosotros, los hombres, al darnos cuenta de que no puede ocurrir ningún cambio sostenido a menos que renunciemos a las ideas arraigadas con respecto a la superioridad del hombre, nos comprometemos a crear nuevos modelos de la masculinidad. Nos esforzaremos por 'quitarnos la armadura' y marchar hacia adelante para convertirnos en seres más desarrollados y completos. Instamos a los cuerpos internacionales a explorar y centrarse en las consecuencias destructivas del patriarcado."

– Compromiso de Katmandú para Eliminar la Violencia contra las Mujeres y las Niñas de Asia Meridional [215]

Los hombres hablan sobre la violencia y sus consecuencias

- ▶ "La violación es una [forma de violencia]. Aquí se aprovechan de una mujer indefensa. Si ella no está segura conmigo, siendo yo hombre, entonces ¿cuál es la diferencia entre yo y una bestia? Es un ataque contra la mujer... Para cambiar esta situación de la mujer, ella debe ser autosuficiente. La mejor forma es concienciar al hombre y motivarlo a desempeñar el papel principal."
– Bai Sab, policía en Bangladesh [105]
- ▶ "Es muy importante el hecho de que en nuestra sociedad decimos que la violencia contra la mujer es asunto de la mujer y sólo la mujer debe inmiscuirse. Pero yo creo que éste es un asunto que incumbe a toda la sociedad, no sólo al hombre o a la mujer. Es nuestra preocupación..."
– Kiran Tewari, empleado de una ONG en Nepal [105]
- ▶ "La cruel realidad es que muchos de los casos de maltrato que las mujeres son forzadas a soportar rara vez salen a la luz del público. ... Debemos asegurar que a todo hombre responsable de perpetrar violencia contra una mujer se le considere descarriado de las normas sociales y, por tanto, sea excluido de la comunidad o tratado como un exilado social."
– Dr. Boonton Dockthaisong, Segundo Vicepresidente del Senado, Tailandia [222]

También se necesitan programas que trabajen con hombres abusivos. García-Moreno señala que a pesar de que muchos de los programas de intervención con hombres perpetradores de violencia no han sido monitoreados y evaluados de manera sistemática, hay indicaciones de que se puede que contribuyan a eliminar la violencia física doméstica entre el 53 y el 85% de los hombres que completan los programas [213].

6.3. Reorientación de los servicios jurídicos y de salud

El predominio mundial de normas que toleran la violencia contra la mujer, así como la renuencia de los prestadores de servicios a abordar la violencia en relación con el embarazo y el aborto, requieren una reorientación de los servicios jurídicos y de salud.

6.3.1. El nivel internacional: la gestoría y defensa (advocacy) profesional

Las asociaciones profesionales influyen en sus miembros mediante la provisión de información y directrices, y desempeñan un papel clave en resaltar las áreas desatendidas del sector responsable de hacer que se cumpla la ley y del sector de salud pública. La Fundación Internacional de Juezas ha trabajado con asociaciones nacionales de mujeres juezas en Argentina, Brasil, Chile, Ecuador y Uruguay para ofrecer talleres sobre la aplicación de la ley internacional de derechos humanos a casos de violencia contra la mujer [223]. En el campo de la salud, el Grupo Internacional de Asesores Médicos de la Federación Internacional para la Planificación de la Familia (IPPF) emitió una declaración de políticas sobre la violencia basada en el género que incluye sugerencias con respecto a las medidas que pueden tomar las asociaciones de planificación familiar para tratar el asunto [224].

6.3.2. El nivel nacional: la gestoría y defensa (advocacy) profesional

En Filipinas, el Buró Jurídico de Mujeres (Women's Legal Bureau) ha elaborado un protocolo para gestionar los casos de abuso contra la mujer y los niños y niñas, en nombre de la Red de Defensores Jurídicos de la Mujer (Legal Advocates for Women Network). El protocolo hace hincapié en las obligaciones de los abogados de cubrir las múltiples necesidades de sus clientas mediante referencia a servicios de consejería y de apoyo psicosocial y emocional [225].

“Como miembros influyentes de la sociedad, los médicos también necesitan abogar por la acción. Debe haber un enfoque intenso y coordinado, que ataque el problema de la violencia sexual de pies a cabeza y vice versa. Aún se habla del asalto sexual sólo en murmullos, lo cual dificulta aún más que las víctimas afronten su experiencia penosa y busquen la ayuda que necesitan. Necesitamos hacer a un lado los tabúes y hablar más abiertamente sobre este inmenso problema y las formas prácticas de abordarlo.”

– Rhona MacDonald, *British Medical Journal* archivist editorial [226]

La Asociación Médica de Sudáfrica está creando un protocolo sobre la violación para guiar a sus miembros [194]. Al otro lado del mundo, la Federación Brasileña de Ginecólogos y Obstetras (FEBRASGO) coauspicó un foro profesional sobre el tema de la violencia sexual contra la mujer. En el documento de los resultados se incluían recomendaciones para: divulgar la magnitud y gravedad de la violencia contra la mujer mediante publicaciones periódicas, cursos de capacitación y reuniones; ayudar a financiar campañas y materiales educativos sobre el tema; e incorporar los temas de género y violencia sexual a los currículos de las facultades de medicina. Además, la Federación está fomentando colaboración intersectorial entre el sector salud y los sectores jurídico y educativo.

6.3.3. El nivel comunitario

► Servicios especializados de asistencia jurídica

Se está viendo un incremento en el número de organismos a los cuales pueden acudir las mujeres y los niños y niñas para obtener asistencia jurídica específica y de otra índole en conexión con la violencia. En julio de 2000, se abrió en Delhi, India, un centro de crisis de violación para

menores [227]. Todos los 22 policías investigadores asociados con el centro recibieron capacitación en el tema de género, y se establecieron vínculos con organismos que proveen programas para los sobrevivientes de la violación. Además, se formó un equipo de médicos, abogados y fiscales públicos para el centro, y dos agencias comprometidas a proveer ayuda financiera para los niños y niñas maltratados. La prefectura de policía de Osaka, Japón, está colaborando con la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Osaka para implantar un sistema en el cual se disponga, las 24 horas al día, de médicos, psicólogos y abogados que ayuden a la policía a reunir evidencia forense para los delitos sexuales y provean atención psicológica y médica a los sobrevivientes de la violencia sexual [228].

El Instituto Nicaragüense de la Mujer, las organizaciones de mujeres y la policía nacional iniciaron una Comisaría de la Mujer y la Niñez, con el fin de atender a las víctimas de abuso [202]. En particular, se capacitó a la policía a asistir a las mujeres refiriéndolas a servicios jurídicos, psicológicos y médicos. Se han establecido más de 70 cuarteles de policía dotados con personal femenino solamente, para asistir a las mujeres víctimas de la violencia en Brasil con apoyo social y psicológico. Asimismo, se han establecido similares instalaciones en Argentina, Colombia, Costa Rica, India, Paquistán, Perú, Uruguay y Venezuela [229]. A pesar de la presencia de instalaciones tan especializadas, es importante que todo el sector responsable de hacer que se cumpla la ley continúe sensibilizándose respecto a las necesidades de las mujeres que sufren violencia. Por ejemplo, son muchas las mujeres que no viven cerca de las unidades especiales; esto ha creado problemas en India, donde las mujeres han sido presionadas a hacer sus denuncias sólo en los cuarteles de policía con personal femenino [230].

► **Protocolos del sistema de salud**

Los profesionales de la salud están en una buena posición para darle un giro importante al enfoque integral para tratar la violencia contra la mujer. Ellos ven a las mujeres en los servicios de emergencia que han sido víctimas de violación, incesto y violencia física; las obstetras, enfermeras, obstetras, ginecólogos, médicos generales y otros médicos atienden a mujeres que quizá muestran signos de abuso, aunque no acuden específicamente a los profesionales de la salud para denunciar dicho abuso. Por tanto, los profesionales de la salud pueden ayudar a detectar los casos de violencia contra la mujer, tratando las consecuencias y refiriendo a las mujeres a otros organismos especializados para que obtengan más ayuda jurídica, médica y social.

La OMS recomienda que los profesionales de la salud documenten los casos de abuso en los expedientes médicos de los clientes, incluyendo detalles sobre los perpetradores. El establecimiento de protocolos para responder al abuso, que incluyan sistemas de referencia donde obtener asistencia psicológica y jurídica puede facilitar que los profesionales de la salud respondan de manera más eficiente. En Queensland, Australia, se están empezando a realizar exámenes para detectar casos de violencia doméstica entre las mujeres que llegan a las clínicas públicas de atención prenatal, ginecológica y de emergencia; el 97% de las mujeres encuestadas han apoyado la iniciativa [231]. En Suecia, el 80% de las mujeres que acuden a las clínicas de atención prenatal opinaron que las preguntas que las obstetras les hicieron con respecto a la violencia eran aceptables [232]. Las enfermeras que examinan a las mujeres que son agredidas sexualmente proveen cuidados de urgencia en Ottawa, Canadá, para el 80% de todas las pacientes en necesidad de atención urgente, incluidas las pruebas de ITS y de embarazo [233]. En São Paulo, Brasil, un hospital ofrece a los sobrevivientes de la violación un paquete integral de servicios que incluye la administración de analgésicos, profilaxis de hepatitis B, pruebas y tratamiento de las ITS, profilaxis postexposición para la infección por VIH y anticoncepción de emergencia cuando las mujeres llegan dentro de las 72 horas posteriores al delito, y aborto en casos de embarazo no deseado [234].

Los mecanismos para la detección de violencia también han sido incorporados a algunos procedimientos de las clínicas de aborto. La adherencia al protocolo de dicha detección en este tipo de ámbito puede resultar más difícil debido al estigma que ya suele existir en torno al aborto. En un estudio se examinó la adherencia a un protocolo universal de detección de violencia en una clínica urbana canadiense. Los prestadores de servicios fueron capacitados y expresaron entusiasmo de incorporar mecanismos para la detección de violencia a la consejería; sin embargo, durante el período del estudio, sólo al 50.9% de las mujeres atendidas se les hicieron preguntas para detectar la violencia. Hubo diversas razones para el incumplimiento del protocolo, incluidas las dificultades de idioma con los inmigrantes, el hecho de que el consejero se sentía apresurado o de que la pareja de la mujer estaba presente. No obstante, los investigadores declararon que la introducción del protocolo era valiosa porque se detectaron casos de abuso entre 38 mujeres (el 15%), y los consejeros pudieron abordar los asuntos preocupantes, tales como recomendar tipos de anticonceptivos que la mujer pudiera esconder de su pareja [235].

Dichos protocolos deben ir acompañados de capacitación del personal, pero puede que necesiten ser reforzados por otras medidas. En un hospital de EE.UU. se encontró que, después de una capacitación de 90 minutos de duración sobre la detección de casos de violencia, la cual era una condición para el empleo de las enfermeras en el departamento de urgencias, sólo un 21% acató el cumplimiento de los mecanismos obligatorios de detección. Después que se tomaron medidas disciplinarias para el incumplimiento (lo cual comprendía un procedimiento de cuatro pasos que implicaba repasar las normas de detección, buscar soluciones para el incumplimiento, más consejería, advertencias por escrito y finalmente el despido), todo el personal participó en examinar a las pacientes para detectar casos de abuso [236]. En un análisis de 24 estudios sobre programas de detección en EE.UU. se encontró que las intervenciones que incluían apoyo institucional (por ejemplo, un miembro del personal designado a servir de especialista en cuestiones de violencia, así como apoyo emocional por medio de reuniones y capacitación del personal) tenían mayor probabilidad de aumentar los exámenes o mecanismos rutinarios para la detección de violencia [237].

6.4. Desarrollo de habilidades personales e institucionales

Una vez que los prestadores de servicios puedan contar con orientación en el área de políticas públicas, entornos de apoyo y mejorías sectoriales para fortalecer las intervenciones, aún necesitarán desarrollar sus habilidades y recibir capacitación para abordar los temas de la violencia, el embarazo y el aborto.

6.4.1. El nivel nacional

Muchas mujeres aún no mencionan los casos de violación a personas que no sean sus familiares o amigos. Cuando lo hacen, ellas suelen acudir primero a los funcionarios responsables de hacer que se cumpla la ley, o a los profesionales de la salud. Es importante que los sistemas jurídicos y de salud eduquen a los prestadores de servicios para atender a los sobrevivientes de la violencia de manera respetuosa, y que les proporcionen referencias apropiadas para brindar asistencia y cuidados adicionales. Como se mencionó anteriormente, dichas referencias necesitan realizarse con prontitud cuando se trata de la atención médica porque esto puede garantizar que la mujer adquiera acceso a la anticoncepción de emergencia para evitar el embarazo, y a la terapia antirretroviral para evitar la infección por VIH. Los proveedores también necesitan conocer los reglamentos nacionales y locales concernientes a la violación, la violencia doméstica, otras formas de abuso, la atención postaborto y el aborto permitido por la ley. Desafortunadamente, no se puede suponer que ellos están familiarizados con todas las leyes y reglamentos, aun si trabajan en el campo de hacer cumplir la ley.

► **Desarrollo de la capacidad respecto a la ley y el género**

Para llevar a cabo cambios sistemáticos para beneficio de la mujer no basta con sólo tener leyes apropiadas para asistir a los sobrevivientes de la violencia. Por ejemplo, al aplicarse una ley que aumentaba la pena impuesta por el delito de la violación, los jueces en Nicaragua tendían a absolver a los violadores a fin de evitar la aplicación de lo que ellos consideraban ser sanciones excesivas.

Para cambiar las actitudes implícitas en este respecto, se necesitan medidas para tratar las actitudes con prejuicios e influenciar las normas. En Perú, la ONG DEMUS organizó un taller sobre las leyes penales y la violencia sexual, desde una perspectiva de género para 42 jueces y 7 otros profesionales judiciales [238]. Una vez concluido (el taller, el 57% de los jueces dijeron que era necesario cambiar las leyes para permitir que se castigue la violación dentro del matrimonio; asimismo, llegaron a un consenso de que el abuso sexual no es sólo una ofensa sexual sino también una ofensa violenta.

Los funcionarios responsables de hacer cumplir la ley también están empezando a hablar abiertamente sobre la necesidad de la capacitación relacionada con las actitudes. El Jefe de la Prefectura de Policía en el Condado de Uppsala en Suecia, Goran Lindberg, es un consejero experto del gobierno en materia de equidad de género. Mediante ponencias públicas y charlas dirigidas a hombres en puestos sociales influyentes, él se está dedicando a cambiar las actitudes hacia la violencia y promover los derechos de la mujer. Lindberg también se rehúsa a emplear policías en altos cargos, sin pruebas de que han cuidado a los niños, porque él considera esto una prueba de sus esfuerzos de apartarse de los papeles masculinos tradicionales [24]. En Rajasthan, India, las autoridades han enmendado las Reglas de Servicio del Estado para los empleados gubernamentales: un hombre que golpea a su mujer puede ser despedido de su trabajo o puede conseguir que le transfieran su salario a nombre de la esposa maltratada si ella se queja al jefe del hombre [239].

“Si uno considera que una mujer vale lo mismo que uno, no es muy probable que uno la golpee, acose, ridiculice, humille o viole....Se puede hacer mucho en este respecto – pero lo más importante es que nosotros los hombres cambiemos nuestra actitud hacia la violencia – necesitamos reemplazar la violencia física con fortaleza mental.”

– Goran Lindberg [240]

El Centro para Estudios sobre la Mujer y los Niños (CWCS, siglas en inglés) en Bangladesh ha realizado un Proyecto para la Capacitación de la Policía y Sensibilización de la Comunidad con respecto a los derechos de la mujer y de los niños y las niñas, durante el cual los miembros de la policía y de la comunidad participan en talleres por separado, cada uno de dos días de duración, y posteriormente se reúnen todos en una capacitación combinada e interactiva de un día de duración. En las reuniones de seguimiento un mes después, los funcionarios responsables de hacer cumplir la ley y los miembros de la comunidad rinden informes de las medidas que han tomado como resultado, tales como la colaboración para tratar casos específicos de abuso [241].

Los profesionales de la salud necesitan capacitación no sólo en enfoques sensibles al género relacionados con las mujeres que han sufrido abuso, sino que también puede que necesiten capacitación respecto a las leyes relacionadas con la violencia y sus consecuencias. La IPPF ha elaborado una lista de preguntas para ayudar a los prestadores de servicios de salud a determinar el marco conceptual jurídico en el cual ellos puedan abordar la violencia contra la mujer [242]. Según la División de Población de la ONU, 83 de los 193 países del mundo permiten el aborto inducido en casos de violación e

“Como profesionales jurídicos y responsables de la formulación y ejecución de leyes, defenderemos y apoyaremos la reforma de leyes discriminatorias y el cumplimiento sensible y eficaz de la ley, promoviendo mayor conocimiento de la ley y su uso activo para combatir la violencia contra las mujeres y las niñas”

– El Compromiso de Katmandú para Eliminar la Violencia contra las Mujeres y las Niñas en Asia Meridional [215]

incesto [243]. No obstante, muchas mujeres no tienen conocimiento de este derecho y, por consecuente recurren al aborto clandestino practicado en condiciones de riesgo. Asimismo, aunque en muchos países el aborto es permitido después de una violación, no muchos profesionales de la salud efectúan dichos abortos inducidos porque ellos creen erróneamente que estos son ilegales o ellos no están familiarizados con los procedimientos necesarios o jurídicos que deben seguir. La ley en México es imprecisa respecto a los procedimientos judiciales y jurídicos para otorgarle a la mujer acceso al aborto inducido legalmente, es decir, la interpretación de la ley queda a la discreción de los ministerios públicos, los jueces, los comités éticos de los hospitales y los prestadores de servicios [244]. Los profesionales de la salud en Brasil muestran renuencia frente a la práctica del aborto legal porque “temen incriminarse a ellos mismos si acatan la ley, una situación que se ha convertido en un obstáculo insuperable para la mayoría de las víctimas de violación” [245].

Un curso desarrollado por Ipas-México y el Comité para una Maternidad sin Riesgos de San Luis Potosí, fue creado para abordar dichas inquietudes por parte de los profesionales de la salud. El módulo de capacitación se centra en la violencia entre las mujeres embarazadas, y abarca las leyes mexicanas y los reglamentos del sistema de salud para lidiar con el abuso en familia, las propias creencias de los participantes, los valores y actitudes hacia la violencia contra la mujer, y los elementos necesarios para el desarrollo de protocolos integrales [246]. En Brasil, una organización de mujeres investigó las opiniones de la comunidad respecto al aborto y produjo un video sobre su estudio, que fue utilizado en talleres para concienciar a los profesionales de la salud y el público en general. Posteriormente, ellos lograron colaborar con el sistema de salud y el sistema judicial para reforzar el apoyo comunitario de los servicios de aborto legal, así como para establecer procedimientos estándares para ayudar a la mujer a observar los requisitos jurídicos para obtener un aborto [247].

► *Capacitación del sistema de salud*

Las mujeres que viven en situaciones de violencia continua utilizan los servicios médicos con mayor frecuencia que las mujeres que no son maltratadas [134]. No obstante, muchas veces no hablan sobre el abuso doméstico como una causa de sus problemas médicos porque creen que los profesionales de la salud no están interesados o sólo tienen suficiente tiempo para tratar sus problemas físicos urgentes [248]. Los proveedores de salud suelen ser los únicos profesionales que atienden a estas mujeres, y aquellos que prestan atención ginecológica, obstétrica y urgente puede que estén en la mejor posición de ayudarlas, puesto que atienden a algunas de estas mujeres periódicamente.

A pesar de que los protocolos relacionados con el tratamiento de la violencia son un elemento esencial de los servicios de salud reorientados, los profesionales de la salud necesitan información y capacitación para ayudarlos a desarrollar su capacidad de responder a los casos documentados de abuso. Por ejemplo, según un estudio realizado en EE.UU. sobre el uso de un protocolo de violencia en la atención urgente, el personal no acató las instrucciones en cuanto a notificar a la policía y a los trabajadores sociales, lo cual indica que se necesita realizar investigaciones sobre procedimientos que sean fáciles de implementar [17]. En una evaluación de los campamentos de refugiados en Kibondo, Tanzania, se reveló que hasta marzo de 1998, sólo 19 (el 6%) de 316 mujeres que habían sido violadas utilizaron la anticoncepción de emergencia después de recibir consejería y referencias médicas; el Comité Internacional de Rescate que trabaja en los campamentos reconoció que el personal necesitaba educación tanto para ellos mismos sobre cómo proveer anticoncepción de emergencia de manera eficaz, como para los refugiados sobre qué es la anticoncepción de emergencia [249].

El primer paso implica capacitar a los profesionales de la salud para que reconozcan las posibles señales de violencia en las mujeres maltratadas. Las señales físicas

pueden incluir: heridas y lesiones en el pecho, abdomen y área genital; dolor inexplicable; abuso de alcohol y drogas; malnutrición; depresión; presentarse retrasada a las citas o esporádicamente [8]. Otra señal puede ser una historia etiológica proporcionada por una mujer, la cual no es congruente con el tipo de lesiones que ella presenta [23].

No obstante, dicha capacitación debe ir más allá de aprender a detectar las señales y síntomas del abuso. García-Moreno, la coordinadora de un estudio realizado por la OMS en varios países sobre la violencia contra la mujer, señala: “La capacitación [tradicionalmente] se centra exclusivamente en el aspecto técnico y no aborda las actitudes y valores de los proveedores. Por ejemplo, una instalación de salud que no es acogedora y en la cual no se acostumbra a atender a las mujeres con respeto ni a escucharlas, difícilmente puede proveer un ambiente apropiado para abordar la violencia contra la mujer” [213]. Es importante que todos los miembros del personal de salud se den cuenta de sus responsabilidades en esta área; si no se sienten capaces de ofrecer asistencia, como mínimo, deben expresar simpatía e interés y ayudar a referir a la mujer a otros profesionales de la salud que puedan prestar los servicios necesarios.

El segundo paso, por tanto, comprende capacitar a los profesionales de la salud en cuestiones de actitudes basadas en género con respecto a la violencia contra la mujer. Dicha capacitación debe incluir cómo facilitar las conversaciones sobre la violencia con las pacientes de manera sensible y respetuosa. Dado que las definiciones de la violencia varían individual y culturalmente, es mejor que las preguntas se centren más en comportamientos específicos y no en ‘el abuso’ o ‘la violación’ en general, por ejemplo, en muchos casos, no se le considera violación al sexo forzado dentro del matrimonio (Apéndice 3) [1, 73].

Las herramientas educativas, tales como el boletín de la IPPF *¡Basta!*, ofrecen ejemplos de herramientas para la detección, directrices para crear redes de referencia, ideas sobre cómo abordar la violencia contra la mujer sin financiamiento adicional, y listas de verificación para manejar la integración de cuestiones de violencia a los servicios habituales de salud. El UNICEF ha elaborado notas de trabajo sobre las preguntas que se deben contestar con respecto a la violencia en relación con el embarazo y el aborto, y hay otros recursos disponibles en Internet (Apéndice 4).

La capacitación relacionada con las actitudes, junto con la provisión de hechos sobre la violencia contra la mujer, ha tenido éxito con el personal de un hospital general y las clínicas médicas de unos centros comunitarios en México [250]. Los talleres les proporcionaron mayor conocimiento del tema y tuvieron un impacto cualitativo en su práctica médica. En Honduras, la asociación de planificación familiar ASHONPLAFA ha incorporado una perspectiva de género a la capacitación del personal. Los ejercicios ayudan al personal a reflejar sobre las ventajas y desventajas de ser mujer u hombre en su contexto cultural, y enumeran los factores que pueden afectar las decisiones de sus clientas respecto al uso de anticonceptivos, incluidos el temor de la violencia doméstica y la influencia o coacción del cónyuge [251].

Después que el personal de un hospital en Kenia fue capacitado en el tratamiento de las complicaciones del aborto incompleto, centrado en la mujer, el porcentaje de pacientes que sugirieron que las actitudes del personal necesitaban

Una mujer colombiana que fue violada inicialmente buscó ayuda en un hospital. El médico que la atendió dijo que: “yo estaba perdiendo mi tiempo; yo debería ver a un médico forense.” Ella fue al cuartel de policía, donde la interrogaron respetuosamente y la refirieron al médico forense, quien la examinó, solicitó que se hicieran algunas pruebas médicas y le dio anticoncepción de emergencia [6].

“Como profesionales médicos, debemos abogar y trabajar por concienciar a todos los miembros del personal de salud respecto a los actos de violencia contra las mujeres y los niños y niñas, y tomar medidas preventivas, curativas, rehabilitadoras y médico-jurídicas apropiadas”

– El Compromiso de Katmandú para Eliminar la Violencia contra las Mujeres y las Niñas en Asia Meridional [215]

cambiar se redujo del 25% al 10%. Uno de los participantes en la capacitación comentó: “[la capacitación] me ha hecho cambiar y tener una buena actitud hacia las pacientes que han tenido un aborto, ya sea inducido o no. Todas ellas necesitan amor y cuidados” [252]. En un video filmado en Zambia, *Put Yourself in Her Shoes: Family Planning Counseling to Prevent Repeat Abortion (Póngase en su situación: consejería sobre la planificación familiar para evitar la repetición de abortos)*, se abordó el tema de las actitudes negativas de los proveedores, demostrando cómo una enfermera en el piso de maternidad reexamina sus actitudes al relacionarse con cuatro pacientes de atención postaborto [170].

En los lugares donde el aborto es permitido por la ley en casos de violación e incesto, los sistemas de salud necesitan garantizar que haya un número suficiente de personal capacitado y disponible para ofrecer el procedimiento sin las actitudes punitivas y acciones sistemáticas que constituyen la violencia institucional. Dicho desarrollo de capacidad está ocurriendo en varios países [247, 253]. En la Ciudad de México, el Ministerio de Salud y un grupo de ONG están colaborando para mejorar la calidad del aborto legal y de otros servicios para las sobrevivientes de una violación. Las ONG y el sistema de salud en Brasil han capacitado a los profesionales de la salud en el tratamiento ambulatorio y en la consejería postaborto; actualmente hay 13 hospitales públicos en siete ciudades, los cuales cuentan con protocolos para ofrecer servicios de aborto inducido legal de alta calidad. Para superar la falta de médicos en áreas rurales, las obstetras en Sudáfrica están siendo capacitadas y equipadas para proveer servicios de aborto legal [254].

Durante la capacitación sobre la violencia, se debe prestar atención especial a la consejería sobre la anticoncepción postaborto. Este tipo de consejería debe identificar las causas del embarazo no deseado, incluidas la violencia o el temor de la violencia. Si un aborto es atribuible a la falta del uso de anticonceptivos porque una mujer teme ser maltratada por su pareja, puede resultar útil hablar con ella sobre una opción que le sea ‘invisible’ a él (p. ej., los implantes o las inyecciones). Cuando un aborto espontáneo ha sido causado por violencia física y la mujer continúa viviendo en esa situación de abuso, debe informársele sobre los posibles riesgos de diversos métodos anticonceptivos. Por ejemplo, puede que el DIU sea inapropiado porque hay riesgo de perforación uterina si la mujer sufre golpes en el abdomen [255]. En ambos casos, es necesario aconsejar a la mujer de que sólo el condón la protegerá contra las ITS/VIH, a la misma vez que se reconoce el hecho de que esta opción puede ser difícil de aplicar en el caso de mujeres con parejas abusivas.

Los resultados de dichos programas en que se aborda la violencia durante el embarazo y el aborto deben documentarse y divulgarse ampliamente. Entre los indicadores que resultarían útiles figuran el número total de mujeres que son sometidas a pruebas en distintos servicios de salud para la detección de la violencia, el número total de referencias realizadas para asistencia psicológica, jurídica y de otra índole, y las reducciones en el número de abortos espontáneos.

6.4.2. Los niveles comunitario e individual

► Educación para la juventud sobre la violencia y sus consecuencias

Para lograr cambios a largo plazo en las normas sociales que condonan la violencia contra la mujer, es necesario educar a las mujeres y hombres jóvenes respecto a los temas de género, violencia y sus consecuencias. Los programas escolares y otros programas destinados a la juventud pueden contribuir a la modificación de dichas normas.

El grupo canadiense *Men for Change* (Hombres a favor del Cambio) creó una herramienta llamada *Healthy Relationships - a violence prevention curriculum (Relaciones saludables: un currículo para la prevención de la violencia)*; la cual ha sido utilizada en escuelas, centros de juventud, centros de detención de menores,

centros de mujeres, albergues para mujeres golpeadas, centros de resolución de conflictos y centros de salud comunitarios. El plan de estudio les permite a los adolescentes practicar comportamientos que pueden evitar la violencia, tales como controlar la furia, expresar emociones de manera saludable y resistir las presiones negativas que ejercen los pares. Las primeras evaluaciones indicaron que los hombres jóvenes que participaron en el programa se oponían a la violencia sexual con mayor frecuencia [256, 257]. CORIAC, en México, centró su campaña anual de 2000-2001 contra la violencia en hombres jóvenes entre 13 y 18 años de edad, incluidas las investigaciones sobre las percepciones de los hombres jóvenes con respecto a la violencia [258]. Un grupo de hombres, productores de cine, en Asia Meridional trabajó en una serie de videos sobre modelos alternativos de la masculinidad para utilizarse en escuelas, mientras que en Bangladesh un proyecto del UNICEF reunió perfiles de hombres activos en campañas en contra de la violencia contra las mujeres y las niñas, con el fin de orientar las discusiones con la juventud [214].

► **Información y educación sobre los derechos de la mujer**

Las mujeres que han sido violadas deben ser informadas de sus derechos a la anticoncepción de emergencia, a pruebas y tratamiento de las ITS/VIH, y al aborto. Como mínimo, los cuarteles de policía, los servicios sociales, los hospitales, las clínicas y las ONG deben tener información por escrito con números de emergencia y organizaciones que puedan proveer asistencia.

El Proyecto Musasa en Zimbabue creó un manual integral para personas y organizaciones que desean ofrecer asistencia a las mujeres, niños y niñas que han sufrido agresión sexual y abuso doméstico. En él se abarcan los reglamentos jurídicos y médicos, la consejería y las directrices para la acción social, así como ejemplos de materiales informativos que pueden proporcionarse a las mujeres para informarlas de sus derechos (incluida la anticoncepción de emergencia) [259].

En México, un consorcio de ONG y la Comisión de Bienestar Social y de Salud de la Asamblea de la Ciudad de México unieron esfuerzos para producir y distribuir un folleto sobre la anticoncepción de emergencia y el aborto legal para las víctimas de violación [260]. El texto declara:

- “Anticoncepción de emergencia: es un método anticonceptivo que evita el embarazo dentro de los primeros 3 días después de la violación. Su eficacia es del 98%.
- Artículo 333 del Código Penal de la Ciudad de México: No es punible el aborto [...] cuando el embarazo sea resultado de una violación.”

A finales de 1999 se distribuyeron unas 113,000 copias del folleto por medio de instituciones de salud, organismos implicados en la provisión de cuidados para las víctimas del delito, ONG, organismos gubernamentales, cadenas de supermercados, conferencias y los medios de comunicación. También se transmitieron anuncios de radio. Además, Ipas-México y el Comité Mexicano para una Maternidad sin Riesgos produjeron dos discos compactos para transmisiones de radio y presentaciones en las salas de espera de los centros de salud. Uno de ellos, el resultado de un concurso para gente joven, presenta cuatro mensajes sobre la prevención del embarazo no deseado, incluida la anticoncepción de emergencia. El otro presenta el mensaje de que el embarazo no ofrece protección contra el abuso doméstico y que la mujer tiene el derecho a recibir asistencia jurídica, médica y psicológica.

En Sudáfrica, el Centro de Crisis de Violación de Cape Town (*Rape Crisis Cape Town*) proporciona información en su sitio web en la Internet sobre cómo lidiar con la violación, aconsejando a las víctimas de la violación que:

- “Si usted teme quedar embarazada, le puede pedir al cirujano del distrito que le dé la ‘píldora del día siguiente’.

“Como educadores, nos dedicaremos y abogaremos por la educación en materia de igualdad, la eliminación de la violencia, y la paz, el apoyo de investigaciones y capacitación sobre la violencia de género, el alfabetismo jurídico, y el desarrollo de currículos y capacitación pedagógica sensibles al género”

– El Compromiso de Katmandú para Eliminar la Violencia contra las Mujeres y las Niñas en Asia Meridional [215]

► “Si usted queda embarazada como resultado de una violación, usted puede optar por tener un aborto. Si decide hacer esto es vital que lo haga lo antes posible, es mejor hacerlo dentro de los primeros tres meses. Después de ese tiempo, es mucho más difícil obtener un aborto, dado que es mucho más peligroso; después de seis meses, es improbable que obtenga un aborto a menos que su vida corra peligro a causa del embarazo” [261].

► ***Atención integral para las mujeres maltratadas***

Aun cuando la mujer conoce y ejerce sus derechos, continuarán ocurriendo casos de abuso. Para cubrir sus múltiples necesidades en dichas circunstancias, hay una creciente tendencia a establecer albergues para crisis de violación y mujeres maltratadas. Estos dan mayor rendimiento o provecho cuando se utiliza un enfoque intersectorial que combina el conocimiento y los recursos de organismos tanto gubernamentales como no gubernamentales.

En Nuevo León, México, uno de los cuatro albergues de esta nación para mujeres maltratadas y sus hijos, trabaja con un comité intersectorial subsidiado por el Gobierno. Un protocolo coordinado entre diversas instituciones para referir a las víctimas de abuso permite que las mujeres necesitadas lleguen al albergue; el protocolo también garantiza que las mujeres reciban asistencia psicológica, jurídica y médica (incluidos la anticoncepción de emergencia, el aborto y la atención postaborto).

Un importante componente de la asistencia proveída a las mujeres que son víctimas de violencia continua es la formulación de planes para medidas de seguridad [1]. Dichos planes, cuando se toman en cuenta las circunstancias específicas de cada mujer, pueden ayudar a la mujer a idear métodos para reaccionar rápidamente a sucesos de abuso y buscar ayuda. Los elementos de dichos planes pueden incluir identificar a los vecinos que están dispuestos a ofrecer asistencia, saber las direcciones e información de contacto de las instituciones que prestan asistencia urgente (por ejemplo, anticoncepción de emergencia, albergue) y tener una bolsa llena de dinero, ropa y documentos importantes en caso de que la mujer necesite salir de su casa en un apuro. En investigaciones realizadas en EE.UU. se determinó el impacto de dichas intervenciones entre las mujeres que asistían a las clínicas prenatales que habían denunciado casos de abuso durante el año antes del embarazo o durante el embarazo; la participación en tres sesiones de referencia educativa llevó a un aumento en la adopción de “comportamientos de seguridad” [99].

7. Sugerencias para medidas sectoriales



En el capítulo anterior se proporcionaron indicaciones para tomar medidas a distintos niveles de la sociedad. No obstante, las instituciones y organizaciones tomarán dichas medidas sólo cuando los individuos en los diversos sectores asuman la responsabilidad personal de ver que se logren. El siguiente resumen para actores individuales contiene sugerencias que pueden parecer repetitivas, pero esto resalta el hecho de que la colaboración entre sectores es esencial.

7.1. Medidas para los funcionarios gubernamentales elaboradores de políticas

- ▶ Firmar y ratificar tratados internacionales que proporcionan una base para tratar el problema de la violencia en relación con el embarazo y el aborto.
- ▶ Incorporar dichos tratados en el sistema jurídico nacional.
- ▶ Incluir el tema de la violencia vinculado al embarazo y el aborto en informes destinados a organismos encargados del monitoreo de tratados internacionales.
- ▶ Revisar las leyes y los reglamentos nacionales y locales a fin de que la violencia relacionada con el embarazo y el aborto sea abordada adecuada y debidamente desde una perspectiva basada en el género y en los derechos humanos.
- ▶ Introducir nuevas leyes y reglamentos nacionales y locales para tratar los factores que contribuyen al problema (por ejemplo, ampliar las definiciones de la violencia para incluir la violación marital y el abuso doméstico, la prestación de asistencia jurídica y la prestación de servicios de salud que incluyan consejería, anticoncepción de emergencia, tratamiento de las ITS/VIH, servicios de aborto y atención postaborto).
- ▶ Promover y apoyar intervenciones intersectoriales para tratar cuestiones de violencia contra la mujer.
- ▶ Aportar recursos financieros y humanos a los servicios que tratan el problema de la violencia contra la mujer, particularmente cuando la violencia está vinculada al embarazo y el aborto.

7.2. Medidas para los investigadores

- ▶ Promover y llevar a cabo investigaciones sobre la violencia relacionada con el embarazo y el aborto.
- ▶ Promover y llevar a cabo investigación operativa para evaluar el resultado e impacto de las intervenciones que abordan el problema.
- ▶ Asegurar que todas las investigaciones sobre la violencia vinculadas al embarazo y el aborto acaten los estándares éticos.
- ▶ Proveer los datos de las investigaciones a los gobiernos y ONG para su inclusión en informes destinados a organismos encargados del monitoreo de los tratados internacionales y a las comisiones nacionales de derechos humanos.
- ▶ Difundir ampliamente los resultados de las investigaciones como una forma de contribuir al reconocimiento de la violencia relacionada con el embarazo y el aborto como un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos (conferencias, publicaciones, la Internet).

7.3. Medidas para el personal judicial y jurídico, así como para el personal responsable de hacer que se cumpla la ley

- ▶ Fomentar e implementar educación sobre las leyes y reglamentos internacionales, nacionales y locales relacionados con la violencia y sus consecuencias para la mujer.
- ▶ Promover e implementar capacitación centrada en las actitudes y valores para promover atención sensible al género para las mujeres que son sobrevivientes de la violencia.
- ▶ Promover e implementar servicios jurídicos especializados para asistir a las mujeres que son sobrevivientes de la violencia.
- ▶ Elaborar protocolos para la prestación ética de servicios para las mujeres maltratadas.
- ▶ Promover e implementar colaboración con las instalaciones de salud, los servicios del bienestar social y las ONG que asisten a las mujeres sobrevivientes de la violencia.
- ▶ Promover educación en el alfabetismo jurídico, incluidas la creación y difusión de materiales educativos, respecto a los derechos de la mujer en casos de violencia, en particular cuando está vinculada al embarazo y al aborto.
- ▶ Compartir las mejores prácticas respecto a las intervenciones relacionadas con la violencia contra la mujer (reuniones, conferencias, publicaciones, la Internet).

7.4. Medidas para el personal del sistema de salud

- ▶ Formular y promover directrices de políticas relacionadas con la violencia, el embarazo y el aborto, mediante asociaciones profesionales internacionales y nacionales (congresos, publicaciones, la Internet).
- ▶ Formular e implementar protocolos para tratar la violencia en relación con el embarazo y el aborto, que incluyan servicios de consejería, anticoncepción de emergencia, tratamiento de las ITS/VIH, servicios de aborto y atención postaborto).
- ▶ Fomentar e implementar educación sobre leyes y reglamentos internacionales, nacionales y locales que sean pertinentes.
- ▶ Fomentar e implementar capacitación relacionada con las actitudes y valores para promover atención sensible al género para las mujeres sobrevivientes de la violencia.
- ▶ Promover e implementar capacitación sobre el uso de los protocolos de violencia y atención sensible al género para las sobrevivientes de la violencia.
- ▶ Fomentar e implementar colaboración con el sector jurídico, el sector responsable de hacer que se cumpla la ley y el sector del bienestar social, así como con las ONG que asisten a las sobrevivientes de la violencia.
- ▶ Ayudar a cada mujer en situaciones de abuso continuo en la preparación de medidas de seguridad.
- ▶ Compartir las mejores prácticas respecto a intervenciones relacionadas con la violencia contra la mujer (reuniones, congresos, publicaciones, la Internet).

7.5. Medidas para la sociedad civil y los miembros de la comunidad

- ▶ Promover la ratificación de tratados internacionales pertinentes.
- ▶ Proporcionar información sobre la violencia relacionada con el embarazo y el aborto para los informes oficiales y sombras destinados a los organismos encargados del monitoreo de los tratados internacionales.
- ▶ Proveer a toda mujer de una "voz" mediante oportunidades para adquirir reconocimiento público de los problemas que sufre cuando la violencia está relacionada con el embarazo y el aborto (tribunales, publicaciones).

- ▶ Colaborar con organismos de la ONU, gobiernos, ONG, organizaciones comunitarias y los medios de comunicación para concienciar al público respecto al problema y abogar por medidas apropiadas (campañas, reuniones, sucesos públicos, incluida la difusión de declaraciones de políticas y peticiones, la Internet).
- ▶ Colaborar en el desarrollo, la difusión y el uso de cursos de capacitación y de materiales educativos para el sector judicial/jurídico, el sector responsable de hacer cumplir la ley, y el sector salud respecto a los aspectos de género y de derechos humanos de la violencia vinculada al embarazo y el aborto.
- ▶ Desarrollar intervenciones comunitarias con el objeto de cambiar las normas basadas en género que toleran y condonan la violencia contra la mujer (educación de la juventud, campañas, promoción y reconocimiento de modelos positivos del sexo masculino).
- ▶ Desarrollar intervenciones que promuevan el cambio de comportamientos, a fin de reducir la incidencia y predominio de la violencia contra la mujer (desarrollo de capacidad y habilidades).
- ▶ Colaborar con los profesionales del sistema jurídico para promover la educación en el alfabetismo jurídico, incluidas la creación y difusión de materiales educativos respecto a los derechos de la mujer en casos de violencia, en particular cuando está vinculada al embarazo y al aborto.
- ▶ Desarrollar intervenciones comunitarias para asistir a las mujeres que sufren violencia.
- ▶ Compartir las mejores prácticas respecto a intervenciones relacionadas con la violencia contra la mujer (reuniones, congresos, publicaciones, la Internet).



8. Conclusión

La literatura revisada para esta monografía indica que el reconocimiento de la violencia contra la mujer como un problema de salud pública está en aumento. No obstante, tampoco hay indicación de que el predominio general de dicha violencia esté disminuyendo, ni de que exista suficiente reconocimiento del hecho de que cuando una mujer es sujeta a la violencia asociada con el embarazo, el aborto y la atención relacionada con el aborto, sus derechos son doblemente violados: su integridad, su seguridad y su vida son arriesgadas, mientras que sus derechos sexuales y reproductivos son negados.

Cuando una mujer es maltratada psicológica y físicamente, ella tiene que enfrentarse a circunstancias que dificultan su uso de anticonceptivos; su derecho a escoger si debe tener una familia y cuándo tenerla, mediante decisiones voluntarias y sin coacción, es violado. Cuando una adolescente o una mujer adulta es víctima de incesto o violación, no sólo se viola su derecho a la integridad y seguridad corporal, sino que nuevamente ella tiene que enfrentarse al prospecto de un embarazo no deseado y forzado.

Una vez que una mujer queda embarazada como resultado de la violencia, posiblemente tenga que afrontar más abuso. Para un considerable número de mujeres en situaciones de abuso continuo, el embarazo no ofrece ninguna protección contra dicha violencia; efectivamente, para algunas mujeres, el embarazo es el momento en que el abuso físico comienza, se intensifica o empeora. En algunas sociedades, cuando una mujer queda embarazada por relaciones no maritales, también se enfrenta con violencia, tanto psicológica como física, lo cual en casos extremos lleva a la muerte. Puede que las mujeres embarazadas que desean llevar el embarazo a término sean forzadas a abortar, bien sea mediante presión directa y abuso por parte de su pareja, los miembros de la familia o los profesionales de la salud, o mediante presiones ejercidas por las normas sociales que favorecen el nacimiento de hijos al de hijas. Por otro lado, cuando otras mujeres embarazadas desean evitar o interrumpir un embarazo no deseado mediante la anticoncepción de emergencia o el aborto, vuelve a surgir la posibilidad de violencia, esta vez a nivel institucional. Puede que ellas sean negadas sus derechos al uso de anticonceptivos y al aborto permitido por la ley, y que afronten abuso al procurar atención.

Por tanto, son complejas las formas en que la violencia puede estar relacionada con el embarazo y el aborto. No obstante, esta complejidad no significa que no se pueda tratar el problema. Se deben intensificar las investigaciones sobre los aspectos epidemiológicos del problema, así como los estudios sobre los efectos de dicha violencia en la vida de cada mujer. La acción conjunta puede emprenderse a partir de la premisa de que toda mujer debe tener garantía de sus derechos a protegerse contra la violencia y a la libertad de tomar decisiones reproductivas libre y voluntariamente. Los gobiernos, los distintos sectores sociales, los institutos de investigación, las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades deben colaborar para desarrollar enfoques intersectoriales, de manera que se apliquen políticas congruentes y que las mujeres vean continuidad en los esfuerzos de prevención y en las intervenciones para lidiar con la violencia. Dichas medidas requieren un compromiso para confrontar dos asuntos que aún están rodeados de tabúes, prejuicio y polémica: la violencia contra la mujer y el aborto; pero los beneficios para la salud y la vida de la mujer, así como para su familia y la comunidad, justifican dicho compromiso.

Apéndice 1: Citaciones de instrumentos de derechos humanos



Para aquellos que trabajan en cuestiones de violencia en relación con el embarazo y el aborto puede resultar útil conocer de qué manera los instrumentos de derechos humanos – tratados y declaraciones de consenso de congresos internacionales auspiciados por la ONU – pueden aplicarse al tema. A continuación se presentan citas pertinentes procedentes de varios de dichos instrumentos: éstas pueden citarse en informes de investigación, documentos de políticas, ponencias, cursos de capacitación y materiales educativos.

Definición de la violencia contra la mujer como un abuso de los derechos humanos

- ▶ **Comentario General 28, Comité de Derechos Humanos:** “La mujer está en situación particularmente vulnerable en tiempos de conflicto armado interno o internacional. Los Estados Partes deberán informar al Comité de todas las medidas adoptadas en situaciones de esa índole para proteger a la mujer de la violación, el secuestro u otras formas de violencias basada en el género.”
- ▶ **Artículo 19.1, Convención sobre los Derechos del Niño:** “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.”
- ▶ **Párrafo 114, Plataforma de Acción de Beijing:** “Entre otros actos de violencia contra la mujer cabe señalar las violaciones de los derechos humanos de la mujer en situaciones de conflicto armado, en particular los asesinatos, las violaciones sistemáticas, la esclavitud sexual y los embarazos forzados.”
- ▶ **Párrafo 96, Plataforma de Acción de Beijing:** “Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia.”
- ▶ **Comentario General 28, Comité de Derechos Humanos:** “La desigualdad que padecen las mujeres en el mundo en el disfrute de sus derechos está profundamente arraigada en la tradición, la historia y la cultura, incluso en las actitudes religiosas. El papel subordinado que tiene la mujer en algunos países queda de manifiesto por la elevada incidencia de selección prenatal por el sexo del feto y el aborto de fetos de sexo femenino. Los Estados Partes deben cerciorarse de que no se utilicen las actitudes tradicionales, históricas, religiosas o culturales como pretexto para justificar la vulneración del derecho de la mujer a la igualdad ante la ley y al disfrute en condiciones de igualdad de todos los derechos previstos en el Pacto... Los Estados Partes también deberán presentar información sobre las medidas para evitar el aborto forzado o la esterilización forzada... La información proporcionada por los Estados Partes acerca de todas estas cuestiones deberá referirse también a las medidas de protección que existan, incluyendo los recursos judiciales para proteger a la mujer cuyos derechos en virtud del artículo 7 hayan sido vulnerados.”
- ▶ **Párrafo 115, Plataforma de Acción de Beijing:** “Los actos de violencia contra la mujer también incluyen la esterilización forzada y el aborto forzado, la utilización coercitiva o forzada de anticonceptivos, el infanticidio de niñas y la determinación prenatal del sexo”

Recolección de datos e investigación

- **Recomendación General 24, Comité CEDAW:** “Los Estados Partes son los que están en mejores condiciones de informar sobre las cuestiones de importancia crítica en materia de salud que afectan a las mujeres de cada país. Por lo tanto, a fin de que el Comité pueda evaluar si las medidas encaminadas a eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica son apropiadas, la información que los Estados Partes proporcionen sobre sus leyes, planes y políticas en materia de salud de la mujer debe basarse en datos fidedignos, clasificados por sexo, sobre la incidencia y la gravedad de las enfermedades y las condiciones que ponen en peligro la salud y la nutrición de la mujer, así como la disponibilidad y eficacia en función del costo de las medidas preventivas y curativas. Los informes que se presenten al Comité deben demostrar que la legislación, los planes y las políticas en materia de salud se basan en investigaciones y evaluaciones científicas y éticas del estado y las necesidades de salud de la mujer en el país y tienen en cuenta todas las diferencias de carácter étnico, regional o a nivel de la comunidad, o las prácticas basadas en la religión, la tradición o la cultura.”
- **Párrafo 129, Plataforma de Acción de Beijing:** “(a) Promover la investigación, recoger datos y elaborar estadísticas, especialmente en lo concerniente a la violencia en el hogar, relacionadas con la frecuencia de las distintas formas de violencia contra la mujer, y fomentar las investigaciones sobre las causas, la naturaleza, la gravedad y las consecuencias de esta violencia, así como sobre la eficacia de las medidas aplicadas para impedirla y reparar sus efectos; (b) Difundir ampliamente los resultados de los estudios e investigaciones; (c) Apoyar e iniciar investigaciones sobre las consecuencias de los actos de violencia, por ejemplo las violaciones, para las mujeres y las niñas, y publicar la información y las estadísticas resultantes.”

Reforma jurídica y reglamentaria

- **Comentario General 28, Comité de Derechos Humanos:** “Los Estados Partes deberán proporcionar información sobre las medidas que adopten para ayudar a la mujer a prevenir embarazos no deseados, y para que no tengan que recurrir a abortos clandestinos que pongan en peligro su vida....El Comité, a fin de evaluar el cumplimiento del artículo 7 del Pacto, así como del artículo 24, en que se prevé la protección especial del niño, necesita que se le proporcione información sobre las leyes y prácticas nacionales relativas a la violencia en el hogar y otros tipos de violencia contra la mujer, con inclusión de la violación. También necesita saber si el Estado Parte da a la mujer que ha quedado embarazada como consecuencia de una violación, acceso al aborto en condiciones de seguridad....La información proporcionada por los Estados Partes acerca de todas estas cuestiones deberá referirse también a las medidas de protección que existan, incluyendo los recursos judiciales, para proteger a la mujer cuyos derechos en virtud del artículo 7 hayan sido vulnerados.”
- **Recomendación General 24, Comité CEDAW:** “La obligación de *respetar los derechos* exige que los Estados Partes se abstengan de poner trabas a las medidas adoptadas por la mujer para conseguir sus objetivos en materia de salud... El acceso de la mujer a una adecuada atención médica tropieza también con otros obstáculos, como las leyes que penalizan ciertas intervenciones médicas que afectan exclusivamente a la mujer y que la castigan si se somete a dichas intervenciones.”
- **Párrafo 124g, Plataforma de Acción de Beijing:** “establecer estrategias para impedir que las mujeres víctimas de la violencia vuelvan a sufrirla por la prescindencia del género en las leyes o en las prácticas de aplicación de la ley o los procedimientos judiciales.”

Reorientación de los servicios de salud y de los servicios jurídicos

- **Recomendación General 24, Comité CEDAW:** “Puesto que la violencia por motivos de género es una cuestión relativa a la salud de importancia crítica para la mujer, los

Estados Partes deben garantizar: (a) La promulgación y aplicación eficaz de leyes y la formulación de políticas, incluidos los protocolos sanitarios y procedimientos hospitalarios, que aborden la violencia contra la mujer y los abusos deshonestos de las niñas, y la prestación de los servicios sanitarios apropiados."

- ▶ **Artículo 24.1, Convención sobre los Derechos del Niño:** "Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios."
- ▶ **Artículo 39, Convención sobre los Derechos del Niño:** "Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de: cualquier forma de abandono, explotación o abuso; tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño."
- ▶ **Comentario General 28, Comité de Derechos Humanos:** "Otro ámbito en que puede ocurrir que los Estados no respeten la vida privada de la mujer guarda relación con sus funciones reproductivas, como ocurre, por ejemplo, cuando... los Estados imponen a los médicos y a otros funcionarios de salud la obligación de notificar los casos de mujeres que se someten a abortos. En esos casos, pueden estar en juego también otros derechos amparados en el Pacto, como los previstos en los artículos 6 y 7... Los Estados Partes deben presentar información acerca de las leyes y las acciones públicas y privadas que obstan al disfrute en pie de igualdad por la mujer de los derechos amparados por el artículo 17 y acerca de las medidas adoptadas para poner término a esas injerencias y ofrecer a la mujer protección al respecto."
- ▶ **Recomendación General 24, Comité CEDAW:** "La falta de respeto del carácter confidencial de la información afecta tanto al hombre como a la mujer, pero puede disuadir a la mujer de obtener asesoramiento y tratamiento y, por consiguiente, afectar negativamente su salud y bienestar. Por esa razón, la mujer estará menos dispuesta a obtener atención médica para... atender a casos de abortos incompletos, y en los casos en que haya sido víctima de violencia sexual o física."

Capacitación y desarrollo de capacidad

- ▶ **Recomendación General 24, Comité CEDAW:** "Puesto que la violencia por motivos de género es una cuestión relativa a la salud de importancia crítica para la mujer, los Estados Partes deben garantizar:... (b) La capacitación de los trabajadores de la salud sobre cuestiones relacionadas con el género de manera que puedan detectar y tratar las consecuencias que tiene para la salud la violencia basada en el género... Los Estados Partes también deberían, en particular:... (f) Velar por que los programas de estudios para la formación de los trabajadores sanitarios incluyan cursos amplios, obligatorios y que tengan en cuenta los intereses de la mujer sobre su salud y sus derechos humanos, en especial la violencia basada en el género."
- ▶ **Párrafo 124n, Plataforma de Acción de Beijing:** "Instaurar, mejorar o promover, según resulte apropiado, así como financiar la formación de personal judicial, letrado, médico, social, pedagógico y de policía e inmigración para evitar los abusos de poder que dan pie a la violencia contra la mujer, y sensibilizar a esas personas en cuanto a la naturaleza de los actos y las amenazas de violencia basados en la diferenciación de género, para conseguir que las mujeres víctimas reciban un trato justo"
- ▶ **Párrafo 106q, Plataforma de Acción de Beijing:** Medidas que han de adoptar los gobiernos, en colaboración con las organizaciones no gubernamentales y organiza-

ciones de empleadores y trabajadores y con el respaldo de instituciones internacionales: ...elaborar programas de apoyo y capacitar a los trabajadores de atención primaria de la salud para que puedan reconocer y tratar a las niñas y a las mujeres de todas las edades que hayan sido víctimas de cualquier tipo de violencia, especialmente violencia en el hogar, abusos sexuales u otro tipo de abuso durante conflictos armados y de otra índole.

Prestación de servicios pertinentes

- ▶ **Párrafo 125h, Plataforma de Acción de Beijing:** “Difundir información sobre la asistencia de que disponen las mujeres y las familias que son víctimas de la violencia.”
- ▶ **Recomendación General 24, Comité CEDAW:** “La obligación de respetar los derechos exige que los Estados Partes se abstengan de poner trabas a las medidas adoptadas por la mujer para conseguir sus objetivos en materia de salud. Los Estados Partes han de informar sobre el modo en que los encargados de prestar servicios de atención de la salud en los sectores público y privado cumplen con su obligación de respetar el derecho de la mujer de acceder a la atención médica. Por ejemplo, los Estados Partes no deben restringir el acceso de la mujer a los servicios de atención médica ni a los dispensarios que los prestan por el hecho de carecer de autorización de su esposo, su compañero, sus padres o las autoridades de salud, por no estar casada o por su condición de mujer.”
- ▶ **Recomendación General 24, Comité CEDAW:** “Las medidas tendientes a eliminar la discriminación contra la mujer no se considerarán apropiadas cuando un sistema de atención médica carezca de servicios para prevenir, detectar y tratar enfermedades propias de la mujer. La negativa de un Estado Parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria. Por ejemplo, si los encargados de prestar servicios de salud se niegan a prestar esa clase de servicios por razones de conciencia, deberán adoptarse medidas para que remitan a la mujer a otras entidades que prestan esos servicios.”
- ▶ **Párrafo 63(iii), Revisión de Cinco Años del Programa de Acción de la CIPD:** “en los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar a quienes prestan servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que el aborto se realice en condiciones adecuadas y sea accesible.”

Medidas para cambiar las normas concernientes a los prejuicios de género y a la violencia

- ▶ **Párrafo 125g, Plataforma de Acción de Beijing:** “Organizar y financiar campañas de información y programas de educación y capacitación a fin de sensibilizar a las niñas y los varones, a las mujeres y los hombres, acerca de los efectos personales y sociales negativos de la violencia en la familia, la comunidad y la sociedad; enseñarles a comunicarse sin violencia; y fomentar la instrucción de las víctimas y de las víctimas potenciales de modo que puedan protegerse y proteger a otros de esas formas de violencia.”
- ▶ **Párrafo 107a, Plataforma de Acción de Beijing:** “Dar prioridad a los programas de educación formal y no formal que apoyan a la mujer y le permiten desarrollar su autoestima, adquirir conocimientos, tomar decisiones y asumir responsabilidades sobre su propia salud, lograr el respeto mutuo en asuntos relativos a la sexualidad y fecundidad, e informar a los hombres sobre la importancia de la salud y el bienestar de las mujeres, prestando especial atención a los programas, tanto para hombres como para mujeres, en que se hace hincapié la eliminación de las actitudes y prácticas nocivas, entre ellas...la preferencia por los hijos varones (que lleva al infanticidio femenino y a la selección prenatal del sexo)...la violencia contra la

mujer, la explotación sexual, el maltrato sexual, que a veces llevan a la infección con el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual...y reconocer que algunas de estas prácticas pueden constituir violaciones de los derechos humanos y los principios médicos éticos.”

Fuentes de información

- ▶ Tratados internacionales: <http://www.unhchr.ch/pdf/report.pdf>
- ▶ Comité de Derechos Humanos. 2000. *Comentario General 28: Igualdad de derechos entre hombres y mujeres*. Doc. No. CCPR/C/32/Rev.1/Add.10; [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/90bb0e2705c0fe8c802568b9004b2679?Opendocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/90bb0e2705c0fe8c802568b9004b2679?Opendocument)
- ▶ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. 1999. *Recomendación General No. 24*; <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/sgenrecommendation.htm>
- ▶ *Plataforma de Acción de Beijing*. 1995. <http://www.socwatch.org.uy/1999/esp/documentos/Beijing.htm>
- ▶ Revisión de Cinco Años del Programa de Acción de la CIPD. Organización de las Naciones Unidas. *Informe del Comité Especial Plenario del vigésimo primer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General (A/S-21/5/Add.1)*, 1999;. <http://www.unfpa.org/icpd/reports&doc/215a1sp.pdf>



Apéndice 2: La tolerancia social de la violencia contra la mujer

Puede que las personas en cargos de autoridad reflejen prejuicios de género contra la mujer que son comunes en su sociedad. Cuando hacen declaraciones públicas que expresan dichos prejuicios, refuerzan las normas que permiten que otros toleren o incluso condonen la violencia contra la mujer. Y cuando ocupan cargos implicados en la elaboración de políticas, la legislación y el cumplimiento de la ley, sus actitudes sostienen un entorno en el cual se continúa el abuso físico y sexual, poniendo en peligro la salud y la vida de la mujer en conexión con el embarazo y el aborto. A veces, a la gente le es difícil creer que tales prejuicios existen en altos niveles; a continuación se citan algunos ejemplos procedentes de todas partes del mundo:

- ▶ “Las Escrituras se deben cumplir. La violencia contra la mujer es una señal del fin de los tiempos, con respecto a la cual no hay nada que podamos hacer.”
– *pastor de Kenia citando a 2 Timoteo 3: 1-5 [262]*
- ▶ “El maltrato de la esposa es una costumbre aceptada...perdemos nuestro tiempo al debatir el asunto.”
– *miembro del Parlamento de Papúa Nueva Guinea durante un debate sobre el maltrato de las esposas [29]*
- ▶ “Primero veo a la mujer sola, la calmo, le ofrezco té y le pregunto cuál es el problema. Entonces pido que entre el marido y le pego, lo cual es muy humillante... ser golpeado por una mujer. Le pregunto si él maltrata a su esposa. Él no tiene la osadía de mentirme para ese entonces. Por lo general, es una mentira y ellos (los maridos) me cuentan la verdadera historia. Posteriormente, me dirijo a la mujer y le pregunto si él está diciendo la verdad... generalmente, ella dice que sí, él no me maltrata, yo estaba mintiendo... ellas (las mujeres) por lo general lo que buscan es dinero o algo por el estilo. Ustedes en las organizaciones de mujeres no se dan cuenta de que las mujeres suelen ser muy chalak (astutas) también”
– *Funcionario de Alto Rango en un cuartel de mujeres policía en Paquistán describiendo cómo ella maneja los casos de abuso en el hogar [263]*
- ▶ “Si usted está casada... debe satisfacer sus necesidades. Ese es el deber de una esposa” y “El hombre tiene un libido sexual más alto que el de la mujer. Si una mujer quiere rehusarse a tener relaciones sexuales con su marido, ¿por qué se casó con él?”
– *un consejero y un colega de alto rango en uno de los dos albergues de mujeres en Sri Lanka [54]*
- ▶ “La mujer debe portar un *purdah* para asegurar que los hombres inocentes no se exciten innecesariamente por el cuerpo de la mujer y no sean forzados subconscientemente a volverse violadores. Si la mujer no quiere ser presa de ese tipo de hombre, ella debe tomar las precauciones necesarias en vez de siempre culpar al hombre.”
– *miembro del Parlamento de Malasia durante un debate sobre la reforma de leyes concernientes a la violación [29]*
- ▶ “La cara de la mujer es una fuente de corrupción para los hombre que no están relacionados con ella.”
– *Oficina del Fiscal General de Afganistán, quien explica porqué se debe cubrir las ventanas de manera que la mujer no pueda ser vista desde afuera [264]*

- ▶ "...al hacerle preguntas relacionadas con su vida sexual es posible determinar si la mujer es responsable del ataque, porque en la mayoría de los casos, la mujer provoca la agresión."
 – agente de la Oficina del Fiscal General de la Ciudad de México [67]
- ▶ "¿Es usted virgen? Si no es virgen, ¿por qué se queja? Esto es normal."
 – ayudante del fiscal público en Perú contestándole a una mujer que denunció ser abusada sexualmente por la policía cuando ella estaba detenida [29]
- ▶ "Cuando una mujer es violada realmente, los líquidos no fluyen, el cuerpo no funciona, y ella no queda embarazada."
 – Representante del gabinete legislativo del estado de Carolina del Norte, EE.UU., Henry Aldridge, respecto a la negación de derechos de aborto a las mujeres que han sido violadas
- ▶ "La policía y los tribunales tratan la violación como un suceso cotidiano que resulta del comportamiento provocativo de la mujer. Los procedimientos preparatorios y judiciales tienen prejuicios del género, y las mujeres víctimas son tratadas una y otra vez como si fueran las acusadas."
 – informe del Centro de Derechos de la Mujer en Polonia [16]

Apéndice 3: Preguntas para guiar a los profesionales de la salud respecto a la violencia, el embarazo y el aborto



Algunos autores recomiendan que se les hagan preguntas a las mujeres tanto verbalmente como mediante cuestionarios por escrito, señalando que es de particular importancia preguntar sobre el 'sexo forzado' además de la violación, porque muchas mujeres no caracterizan al sexo forzado dentro del matrimonio como una violación [265].

Ejemplos de preguntas que se deben hacer para la detección de la violencia

- ▶ Dado que la violencia es tan común en la vida de la mujer, ahora le pregunto al respecto a toda mujer que veo. ¿Ha sido usted golpeada o castigada físicamente por su pareja?
- ▶ ¿La ha forzado físicamente su pareja a tener relaciones sexuales cuando usted no quería?
- ▶ ¿Alguna otra persona la ha forzado físicamente a tener relaciones sexuales?
- ▶ Usted mencionó que su pareja toma alcohol (o se pone furioso). ¿Hay veces en que se vuelve violento?
- ▶ ¿Ha sido lastimada alguna vez, de alguna manera, durante su embarazo?
- ▶ A veces, cuando veo a una mujer con una lesión como la suya es porque alguien le pegó. ¿Le ocurrió esto a usted?
- ▶ A veces, cuando la gente llega a la clínica con síntomas como los suyos, encontramos que puede haber problemas en el hogar. ¿Alguien la ha estado lastimando?

Ejemplos de preguntas que se deben hacer para tomar medidas respecto a la violencia en relación con el embarazo y el aborto [266]

- ▶ ¿Existen estudios locales concernientes a la violencia física y sexual durante el embarazo? ¿Qué sugieren? ¿Qué se debe hacer?
- ▶ ¿Actualmente toma medidas el personal de salud para detectar casos de violencia física y sexual durante el embarazo?
- ▶ ¿Cuáles son las condiciones bajo las cuales es más probable que se hable al respecto?
- ▶ ¿Qué modelos y recursos se necesitan para que los médicos u otros miembros del personal de salud empiecen a tomar medidas para detectar la violencia y ofrezcan consejería sobre la violencia?
- ▶ ¿Existen programas a donde se pueda remitir a los hombres que maltratan a sus esposas?
- ▶ ¿Existen programas a donde se pueda remitir a las mujeres que han sido maltratadas?
- ▶ ¿Es posible que otras causas de mortalidad materna ocultaran la violencia basada en género, por ejemplo, cuando una mujer embarazada muere sin haber recibido atención médica?
- ▶ ¿Interrumpen el embarazo las niñas y mujeres cuando éste es el resultado de una violación o incesto?
- ▶ ¿Interrumpen el embarazo las niñas y mujeres porque temen ser sometidas a violencia psicológica o física?
- ▶ ¿Podría el personal de salud ayudar a prevenir las circunstancias que llevan a embarazos no deseados?

Apéndice 4: Recursos disponibles en Internet



12 escenarios de aprendizaje en respuesta a la violación, la violencia doméstica y el abuso infantil. Centro de Justicia para Mujeres. http://www.justicewomen.com/help_teach_sp.html (accedido el 24 de junio de 2003)

SIVIC - un sitio que se especializa en el tratamiento de la violencia doméstica, destinado a los profesionales del sector salud. [en inglés]. <http://www.sivic.org/uk/site-uk/index.html> (accedido el 24 de junio de 2003)

Addressing intimate partner violence in primary care practice. Leigh Kimberg. Medscape Women's Health, 2001, 6(1). <http://www.medscape.com/viewarticle/408937> (accedido el 24 de junio de 2003)

Global violence prevention – an interactive website designed to teach professionals about violence prevention and intervention. Minnesota Center against Violence and Abuse. <http://www.globalvp.umn.edu/> (accedido el 24 de junio de 2003)

¡Basta! IPPF-WHR boletín informativo sobre cómo abordar la violencia. http://www.ippfwhr.org/publications/publication_detail_s.asp?PubID=10 (accedido el 24 de junio de 2003)

Violence issues: an interdisciplinary curriculum guide for health professionals. Lee Ann Hoff. National Clearinghouse on Family Violence Canada. <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/html/violencei/1violencei.htm> (accedido el 24 de junio de 2003)

Preventing domestic violence: clinical guidelines on routine screening. Family Violence Prevention Fund, USA. <http://endabuse.org/programs/display.php3?DocID=31> (accedido el 24 de junio de 2003)

Documents on Special Rapporteur of the Commission on Human Rights on violence against women. <http://www.unhchr.ch/women/focus-violence.html> (accedido el 24 de junio de 2003)

Violencia basada en el género. IPPF-WHR. http://www.ippfwhr.org/publications/publications_by_topic_s.asp?CategoryID=5&CategoryName=violencia (accedido el 24 de junio de 2003)

Violence against Women: The Health Sector Responds. PAHO and PATH, 2003. <http://www.paho.org/English/DPM/GPP/GH/VAWhealthsector.htm> (accedido el 24 de junio de 2003)

Methodologies to measure the gender dimensions of crime and violence. Elizabeth Shrader, Washington, D.C., Julio de 2001. http://econ.worldbank.org/files/2327_wps2648.pdf (accedido el 24 de junio de 2003)

Slide show from the US Centers for Disease Control (CDC) on intimate partner violence during pregnancy. http://www.cdc.gov/nccddphp/drh/violence/slides/acogcdc_ipv.pps (accedido el 24 de junio de 2003)

Gender-based violence: an impediment to sexual and reproductive health. The Women's Advocacy Session at IPPF Members' Assembly, Prague, The Czech Republic, 29th of November 1998. IPPF. <http://www.ippf.org/resource/gbv/ma98/index.htm> (accedido el 24 de junio de 2003)

Healthy Relationships: violence prevention curriculum for adolescents. Men for Change. <http://www.chebucto.ns.ca/CommunitySupport/Men4Change/m4ccuric.html> (accedido el 24 de junio de 2003)

When Love Hurts – A Guide for Girls on Love, Respect and Abuse in Relationships. Domestic Violence & Incest Resource Centre. <http://www.dvirc.org.au/whenlove/> (accedido el 24 de junio de 2003)

Communities Against Violence Network. <http://www.cavnet2.org/> (accedido el 24 de junio de 2003)

White Ribbon Campaign (men against violence). <http://www.whiteribbon.ca/> (accedido el 21 de septiembre de 2001)

Manifiesto latinoamericano de hombres contra la violencia hacia las mujeres. PNUD. <http://www.undp.org/rblac/gender/campaign-spanish/hombres.htm> (accedido el 24 de junio de 2003)

End violence against women: information and resources. The Johns Hopkins University Center for Communication Programs. <http://www.endvaw.org/> (accedido el 24 de junio de 2003)

Referencias

1. Heise, Lori, Mary Ellsberg y Megan Gottemoeller. Diciembre de 1999. Ending violence against women. *Population Reports*, 27(4), Serie L, No. 11.
2. Organización Mundial de la Salud. Junio de 2000. *Violence against women*. Ficha informativa No. 239. Ginebra, OMS.
3. Bunch, Charlotte. 20 de enero de 2000. *Women and violence: trafficking and violence panel, January 20, 2000*. ECE Reunión regional preparatoria sobre la revisión de 2000 de la ejecución de la Plataforma de Acción de Pekín. Ginebra, 19-21 de enero de 2000.
4. Petersen, Ruth, Linda E. Saltzman, Mary Goodwin y Alison Spitz. Abril de 1998. *Key scientific issues for research on violence occurring around the time of pregnancy*. Atlanta, CDC. http://www.cdc.gov/nccdr/php/drh/wh_violenc.htm (accedido: 21 de septiembre de 2001).
5. Organización Mundial de la Salud. 1998. *The second decade: improving adolescent health and development*. Ginebra, OMS Adolescent Health and Development Programme. (WHO/FRH/ADH/98.18).
6. Ladi Londoño, María, Bertha Ortiz A., Ana Milena Gil C., Ana María Jaramillo J., Raúl Castro y Natalia Pineda Londoño. Diciembre de 2000. *Embarazo por violación. La crisis múltiple*. Cali, Si-Mujer e ISEDER.
7. de Bruyn, Maria y Nadine France. 2001. *Género o sexo: ¿A quién le importa? Skills-building resource pack on gender and reproductive health for adolescents and youth workers*. Chapel Hill, Ipas.
8. Venguer, Tere, Gillian Fawcett, Ricardo Vernon y Susan Pick. 1998. *Violencia doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud*. Documentos de Trabajo No. 24. Ciudad de México, Population Council/IMIFAP.
9. Matamalda Vivaldi, María Isabel. 1998. Institutional violence in health: a violation of human rights. *Women's Health Journal*, 4:32-33.
10. Ynoub, Roxana Cecilia. 1998. Caracterización de los servicios de atención en violencia familiar del área metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(1).
11. Asamblea General de las Naciones Unidas. 20 de diciembre de 1993. *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. A/RES/48/104, Artículo 3.
12. Amnistía Internacional. 8 de marzo de 2001. *Broken bodies, shattered minds. Torture and ill-treatment of women*. Nueva York, Amnistía Internacional, pp. 4-5.
13. Organización Mundial de la Salud. *Prevalence of violence against women by an intimate male partner*. http://www.who.int/violence_injury_prevention/vaw/prevalence.htm (accedido: 21 de septiembre de 2001).
14. European Women Lobby. 1999. *Unveiling the hidden data on domestic violence in the European Union*. <http://www.womenlobby.org/en/themes/violence/dossier-en.html> (accedido: 29 de diciembre de 1999).
15. Organización Mundial de la Salud. *Violence against women*. 1997. Ginebra, OMS. (WHO/FRH/WH/97.8).
16. The Women's Rights Center. Sin fecha. *Poland: official data and its limitations*. <http://www.wave-network.org> (última vez que fue accedido: 3 de abril de 2001).
17. Stahmer, Sarah A. 1998. Accident and emergency medicine. *British Medical Journal*, 316:1071-1074.
18. Kishore, Sunita. 24 de febrero de 2001. *Domestic violence: a response*. citado en la lista de correo electrónico bol!.
19. Plichta, Stacey B. y Marilyn Falik. 2001. Prevalence of violence and its implications for women's health. *Women's Health Issues*, 11(3):244-258.
20. Martínez-Ayala, Hugo, Luis Alberto Villanueva, Carlos Torres y Enrique García Lara. 1999. Agresión sexual en adolescentes. Estudio epidemiológico. *Ginecología y Obstetricia de México*, 67:449-453.
21. United Nations Inter-Agency Campaign. de Andrade Linhares, Leila, asesora. *National and regional reports. Situation of gender-based violence against women in Latin America and the Caribbean*. <http://222.undp.org/rblac/gender/natreport.htm> (accedido: 3 de abril de 2001).

22. Coomaraswamy, Radhika. 2000. Combating domestic violence: obligations of the State. In Kapoor, Sushma. Domestic violence against women and girls. *Innocenti Digest*, No. 6. Florencia, UNICEF Innocenti Research Centre, pp. 10-11.
23. Women's Health and Development/Family and Reproductive Health, 1996. *Violence against women*. WHO consultation, Geneva, 5-7 February, 1996. Ginebra, OMS. (FRH/WHD/96.27).
24. Hof, Caroline y Annemiek Richters. 1999. Exploring intersections between teenage pregnancy and gender violence: lessons from Zimbabwe. *African Journal of Reproductive Health*, 3(1):51-65.
25. Zoll, Miriam H. 7 Abril de 2000. *Meet Captain Skirt, and other men fighting for women's causes*. Artículo No. 1355. Nueva York, UNICEF. Citado en la lista de correo electrónico Men-Geneq.
26. Hamlyn, Michael. 22 de octubre de 1999. Making judges more accountable to public opinion. *New Straights Times*, p. 14.
27. Epstein, Helen. Marzo de 1998. *The intimate enemy: gender violence and reproductive health*. Panos Briefing No. 27. Londres, Instituto Panos.
28. National Council on the Role of Filipino Women, Implementation of the Beijing Platform for Action (PFA) in the Philippines. 1999. *Asia-Pacific Post-Beijing Implementation Monitor. 1999 Health*. Kuala Lumpur, Asia y Pacific Development Centre, pp. 55-59.
29. Heise, Lori L. junto con Jacqueline Pitanguy y Adrienne Germain. 1994. *Violence against women: the hidden health burden*. WB Discussion Paper No. 255, Washington, DC, IBRD/World Bank.
30. Shalhoub-Kevorkian, Nadera. 1999. The politics of disclosing female sexual abuse: a case study of Palestinian society. *Child Abuse & Neglect*, 23(12):1275-1293.
31. Gaul, Elise. 1998. *Legislative guide: domestic violence against women. Reports on 17 Soroptimist countries*. Filadelfia, Soroptimist International of the Americas.
32. Contreras C. y Aura M. Morales C. Agosto de 1998. *La mujer maltratada: la punta del iceberg de la violencia intrafamiliar*. V Conferencia Latinoamericana sobre las Ciencias Sociales y la Salud, Isla de Margarita, Junio de 1999.
33. Usdin, Shereen. 1999. Soul City takes on AIDS and violence against women. *AIDS Bulletin*, 8(3):28-30.
34. Rotchford Galloway, Michelle. 1999. SA's "national sport" has important implications for spread of HIV. *AIDS Bulletin*, 8(3):31-32.
35. UNIFEM. Octubre de 1999. *A life free of violence. It's our right. NGO activities in East & Southeast Asia*. Bangkok, UNIFEM East & Southeast Asia Regional Office.
36. Harris, Gillian. July 2000. Not all women condemn wife beaters. *The Sunday Times*, <http://www.sunday-times.co.uk/news/pages/tim/2000/07/11/timnwsnws01011.html> (accedido: 21 de septiembre de 2001).
37. Chu, M. y Vásquez, A. 1994. Determinantes socio-culturales del aborto inducido en países en desarrollo. Caso peruano. En Comité Coordinador, *Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe. Determinantes del aborto y factores asociados*. Santafé de Bogotá, Universidad Externado de Colombia, pp. 1-15.
38. Gender based violence. A case study of Kangemi. March 1999. *Africa Link*, pp. 30-31.
39. Benjamin, Judy A. July 1996. AIDS prevention for refugees: the case of Rwandans in Tanzania. *AIDSCaptions*, III(2).
40. Giller, Joan E., Patrick J. Bracken y Stella Kabaganda. 1991. Uganda: war, women, and rape, *Lancet*, 337:604.
41. Bunch, Charlotte. 1997. The intolerable status quo: violence against women and girls. In *The progress of nations 1997*. Nueva York: Naciones Unidas, pp. 41-45.
42. Ellsberg, Mary, Rodolfo Peña, Andrés Herrera, Jerker Liljestrand y Anna Winkvist. 1996. *Confites en el infierno. Prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres en Nicaragua*. Managua, Proyecto de Educación e Investigación sobre la Violencia Doméstica.
43. Revollo Quiroga, Marcela y cols. 1995. *Violencia doméstica registrada en Bolivia*. La Paz, Ministerio de Desarrollo Humano, pp. 21-23.
44. Gottlieb, Scott. 1998. Doctors could have a greater role in spotting domestic violence. *British Medical Journal*, 317:99.
45. Jensen, Kira y Otoo-Oyortey, Naana. Julio de 1999. Gender-based violence: an impediment to sexual and reproductive health. *The Women's Advocacy Session, IPPF Members' Assembly, Prague, The Czech Republic, 29 November 1998*. Informe abreviado. Londres, IPPF, pp. 4-5.

46. Váldez-Santiago, Rosario y Shrader Cox, Elizabeth. 1992. Características y análisis de la violencia doméstica en México: el caso de una micro-región de Ciudad Nezahualcóyotl. *En Aun la luna a veces tiene miedo...una aproximación a la violencia doméstica en México*. Ciudad de México, CECOVID A.C., pp. 35-49.
47. Heise, Lori L. 1998. Violence against women: an integrated, ecological model. *Violence against Women*, 4:262-290.
48. Ganatra, Bela R., S.S. Hirve y V.N. Rao. 2001. Sex selective abortions: evidence from a community-based study in Western India. *Asia-Pacific Population Journal*. En prensa.
49. Anda, Robert F., Vincent J. Felitti, Daniel P. Chapman, Janet B. Croft, David F. Williamson, John Santelli, Patricia M. Dietz y James S. Marks. 2001. Abused boys, battered mothers, and male involvement in teen pregnancy. *Pediatrics*, 107(2). <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/107/2/e19> (accedido: 24 de septiembre de 2001).
50. Reuters. 1999. Childhood abuse linked to unintended pregnancy in adulthood. http://www.foxnews.com/js_index.sml?content=/health/101399/abuse.sml (accedido: 16 de noviembre de 1999).
51. Dietz, Patricia M., Alison M. Spitz, Robert F. Anda, David F. Williamson, Pamela M. McMahon, John S. Santelli, Dale F. Nordenberg, Vincent J. Felitti y Juliette S. Kendrik. 1999. Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood. *Journal of the American Medical Association*, 282(14):1259-1364.
52. Blaney, Carol Lynn. Verano de 1998. Abused women have special needs. *Network*, 18(4).
53. Berglund, Staffan, Jerker Liljestrand, Flor de María Marín, Norma Salgado y Elmer Zelaya. 1997. The background of adolescent pregnancies in Nicaragua: a qualitative approach. *Social Science and Medicine*, 44(1):1-12.
54. Saeed, Rahal. 2000. File under "hurt". Domestic violence in Sri Lanka. En Mirsky, Judith y Marty Radlett, redactores. *No paradise yet. The world's women face the new century*. Londres, Instituto Panos, pp. 157-174.
55. Women's Study Project. 1999. *Women's voices, women's lives: the impact of family planning. A synthesis of findings from the Women's Studies Project*. Research Triangle Park, Family Health International. <http://www.fhi.org/en/wsp/wssyn/index.html> (accedido: 21 de septiembre de 2001).
56. Wood, Katherine, Fidelia Maforah y Rachel Jewkes. 1998. "He forced me to love him": putting violence on adolescent sexual health agendas. *Social Science and Medicine*, 47(2):233-242.
57. Schuler, Sidney Ruth. 25 de enero de 1998. *In accommodating, reinforcing gender inequity in family planning programs*. JSI Working Paper No. 14, Boston, JSI Research & Training Institute, Inc.
58. Watts, Charlotte, M. Ndlovu, E. Njovana y E. Keogh. 1997. Women, violence and HIV/AIDS in Zimbabwe. *SAfAIDS News*, 5(2):2-6.
59. Agula Bawah, Ayala, Patricia Akeweongo, Ruth Simmons y James F. Phillips. 1999. Women's fears and men's anxieties: the impact of family planning on gender relations in Northern Ghana. *Studies in Family Planning*, 30(1):54-66.
60. Aliaga Bruch, Sandra, Mery Quitón Prado y María Elena Gisbert. Mayo de 2000. *Veinte historias, un mismo tema: aborto*. La Paz, Population Council y Taller de Estudios Sociales, p. 36.
61. Strudsholm, Jesper. 1998. Uganda: AIDS pressure creates a new openness. En Nordahl Jakobsen, Linda y Rasmussen, Nell, redactores. *Women's voices, women's choices – on reproductive health*. Copenhagen, Danish Family Planning Association, pp. 41-47.
62. Bachrach, Christine A. y Newcomer, Susan. 1999. Contraceptive failure and unintended pregnancy. *Family Planning Perspectives*, 31(5). <http://www.agi-usa.org/pubs/journals/3125199.html> (accedido: 3 de abril de 2001).
63. Chiarotti, Susana, Mariana García Jurado y Gloria Schuster. 1997. El embarazo forzado y el aborto terapéutico en el marco de los derechos humanos en *Aborto no punible, concurso de ensayo: "peligro para la vida y salud de la madre. Su significación actual"*. Buenos Aires, Foro por los Derechos Reproductivos, pp. 19-45.
64. Holmes, Melisa M., Heidi S. Resnick, Dean G. Kilpatrick y Connie L. Best. 1996. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 175:320-325.
65. Stewart, Felicia H. y James Trussell. 2000. Prevention of pregnancy resulting from rape. A neglected preventive health measure. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(4):228-229.
66. Shrader Cox, Elizabeth. 1992. *La violencia hacia la mujer centroamericana y su impacto en la salud reproductiva*. Conferencia de Maternidad Segura en Centroamérica, Ciudad de Guatemala, Guatemala, 27-31 de enero de 1992, p. 4.

67. Hall Martinez, Katherine, Alison-Maria Bartolone, Lucía Rayas, Claudia Giacomán y Julieta Herrera. Diciembre de 1997. *Women's reproductive rights in Mexico: a shadow report*. 18a Sesión del Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Nueva York, CRLP y GIRE.
68. Vernon, Ricardo, Raffaella Schiavon y Silvia E. Llaguno. 1998. *La anticoncepción de emergencia como elemento de la atención a víctimas de violación*. Documentos de Trabajo, No. 1. Ciudad de México, Population Council.
69. Váldez-Santiago, Rosario y Sanín-Aguirre, Luz Helena. 1996. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Pública de México*, 38(5):352-362.
70. Radhakrishna, Aruna, Robert E. Gringle y Forrest C. Greenslade/Saldaña Rivera, Andrea, Claudia Moreno Uriza, M. Virginia Chambers y Deborah L. Billings. 1999. *Identificando la intersección: adolescencia, embarazo no deseado, VIH/SIDA y aborto en condiciones de riesgo*. Temas en el Tratamiento del Aborto No. 4. Chapel Hill, Ipas.
71. Organización Panamericana de la Salud. Agosto/Septiembre de 1999. Intrafamily violence against women. Ficha Informativa. Número 13. Washington, DC, OPS.
72. Martin, Sandra L., Brian Kilgallen, Amy Ong Tsui, Kuhu Maitra, Kaushalendra Kumar Singh y Lawrence L. Kupper. 1999. Sexual behaviors and reproductive health outcomes. Associations with wife abuse in India. *Journal of the American Medical Association*, 282(20):967-972.
73. Organización Mundial de la Salud. 1997. Violence against women: a priority health issue. Paquete informativo. Ginebra, OMS.
74. Govindasamy, Pav y RamaRao, Saumya. 1999. *Gender-based violence and women's reproductive health in the Philippines*. 1999 Reuniones de la Population Association of America, Nueva York, 27 de marzo de 1999.
75. Grisurapong, Siriwan y cols. 1999. Indicators of action on Thai women's health after the Beijing Platform for Action. *Asia-Pacific Post-Beijing Implementation Monitor. 1999 Health*. Kuala Lumpur, Asian and Pacific Development Centre, pp. 85-103.
76. ARROW. 1998. Addressing rape: the urgency for action. *Arrows for Change*, 4(2).
77. Childhope. Abril-Junio de 1998. Misplaced childhood: prostituted street children in Dhaka City. *Childhope Asia Newsletter*, pp. 4-7.
78. UNIFEM. 2000. *Violence against women around the world. Everyday acts, innovative solutions*. Nueva York, UNIFEM.
79. Gordon, Peter y Kate Crehan. 1998. *Dying of sadness: gender, sexual violence and the HIV epidemic*. Nueva York, UNDP HIV and Development Programme. <http://www.undp.org/hiv/publications/gender/violencee.htm> (accedido: 21 septiembre de 2001).
80. Bowker, Elizabeth. 1999. Sexual violence in Kosovo: Rwanda repeats. *Women's Human Rights in Conflict Situations Newsletter*, 3(2). <http://www.ichrdd.ca/PublicationsE/womenNewsletter/vol3no2e.html> (accedido: 5 de enero de 2000).
81. Bumiller, Elisabeth. 22 de junio de 1999. Kosovo victims must choose to deny rape or be hated. *The New York Times*.
82. Organización de las Naciones Unidas. 28 de abril de 2000. KENYA: safe haven created for refugee women. *UN Wire*.
83. Center for Reproductive Law and Policy International Program. 25 de mayo de 1994. *Violations of women's reproductive rights. A selection of testimonials from around the world*. Nueva York, CRLP.
84. Cook, Rebecca J. y Bernard M. Dickens. 2000. *Considerations for formulating reproductive health laws 2000*. Ginebra, OMS. (WHO/RHR/00.1).
85. Smugar, Steven S., Bernadette J. Spina y Jon F. Merz. 2000. Informed consent for emergency contraception: variability in hospital care of rape victims. *American Journal of Public Health*, 90(9):1372-1376.
86. AFP. 16 April 1999. *Germans slam Vatican stance on 'morning-after' pill*. citado en la lista de correo electrónico Beijing95-L.
87. The Guardian. 13 de mayo de 1999. *The Vatican stance on contraception for rape victims attacked*. citado en la lista de correo electrónico IPPF Newsnewsnews.
88. When the vulnerable are victimized. *Population Fellows Newsletter* (University of Michigan), Verano de 1999, pp. 1-6.
89. Shanahan, Corrie. 8 de abril de 1999. *Emergency reproductive health kits en route to Kosovo refugees*. Comunicado de prensa. Nueva York, FNUAP.
90. Moral, Candice. Sin fecha. *Background paper on violence against women*. FNUAP/ERO, trabajo no publicado.

91. McFarlane, Judith, Barbara Parker, Karen Soeken, Concepción Silva y Sally Reed. 1999. Severity of abuse before and during pregnancy for African American, Hispanic, and Anglo women. *Journal of Nurse-Midwifery*, 44(2):139-144.
92. Battered Women's Support Services. No date. *Violence against women in relationships. A British Columbia fact sheet*. <http://www.bwss.org./fact.html> (accedido: 21 de septiembre de 2001).
93. Ritter A., Paola. Mayo de 1999. Detección de violencia doméstica en mujeres Mapuches, Comuna de Panguipulli. *Mujer y Desarrollo. "Dilemas, Desafíos y Aprendizaje"*. Valdivia, Universidad Austral de Chile, p. 77.
94. Váldez-Santiago, Rosario. 1997. Donde más duele: violencia durante el embarazo. *Salvia; Boletín Mensual del Instituto Nacional de Salud Pública [México]*, 2(13):1-2.
95. Duarte, Patricia. 1994. *Sinfonía de una ciudadana inconclusa. El maltrato doméstico y la ciudadanía*. Ciudad de México, COVAC, p. 22.
96. Lucas d'Oliveira, Ana F. 1999. Violence during pregnancy. En France, Nadine, redactora, *Elimination of violence against women. In search of solutions. WHO/FIGO Pre-Congress Workshop, 30 July-31 July 1997*. Ginebra, OMS, pp. 23-27. (WHO/HSC/PVI/99.2).
97. Watts, Charlotte, Mavis Ndlovu y Erica Keogh. 1999. Violence against women in families in Zimbabwe. En France, Nadine, redactora *Elimination of violence against women. In search of solutions. WHO/FIGO Pre-Congress Workshop, 30 July-31 July 1997*. Ginebra, OMS, pp. 34-36. (WHO/HSC/PVI/99.2).
98. Arcos G., Estela, Irma Molina V., Angela Reposi Fasola, Myrna Uarac U., Paola Ritter A. y Leonor Arias R. 1999. *Detección de violencia doméstica en mujeres embarazadas*. Valdivia, Universidad Austral de Chile.
99. Moore, Melissa. 1999. Reproductive health and intimate partner violence. *Family Planning Perspectives*, 31(6):302-306, 312.
100. Horon, Isabelle L. y Diana Cheng. 21 de marzo de 2001. Enhanced surveillance for pregnancy-associated mortality – Maryland, 1993-1998. *Journal of the American Medical Association*, 285(11):1455-1459.
101. Frye, Victoria. 21 de marzo de 2001. Examining homicide's contribution to pregnancy-associated deaths. *Journal of the American Medical Association*, 285(11):1510-1511.
102. Bradley, Margaret. Sin fecha. A spoiled paradise: Namibia's high rate of domestic violence. *Win magazine*. <http://www.winmagazine.org/issues/issue14/win14a.htm> (accedido: 21 de septiembre de 2001).
103. Russo, Nancy Felipe y Jean Denious. 1999. Understanding the relationship of violence against women to unwanted pregnancy and its resolution. En Beckman, Linda J. y S. Marie Harvey, redactores. *The new civil war. The psychology, culture, and politics of abortion*. Washington, DC, The American Psychological Association, pp. 211-234.
104. Program on Women, Health and Development. Noviembre de 2000. *Domestic violence during pregnancy*. Fact sheet. Washington DC, OPS.
105. Hayward, Ruth Finney. 2000. *Breaking the earthenware jar. Lessons from South Asia to end violence against women and girls*. Kathmandu, Oficina Regional de UNICEF para Asia Meridional.
106. News. 1999. Pregnant adolescents at risk of violent death. *Bulletin of the World Health Organization*, 77(12). <http://www.who.int/bulletin/news/vol.77no.12/pregnantadolescents.htm> (accedido: 21 de septiembre de 2001).
107. Shallat, Lezak. 2000. Democracy in the nation, but not at home. En Mirsky, Judy y Marty Radlett, redactores. *No paradise yet. The world's women face the new century*. Londres, Instituto Panos, pp. 136-156.
108. Jehl, Douglas. 20 de junio de 1999. For shame. A special report, *New York Times*.
109. Reuters. 23 de enero de 2001. Rights groups pursue case of flogged Nigerian girl. *New York Times on the web*. <http://www.nytimes.com/reuters/world/international-nigeria.html> (accedido: 23 de enero de 2001).
110. AVIVA. Marzo de 2000. Pregnant maid faces death by stoning. *Gulf News, 28 February 2000*. citado en la lista de correo electrónico end-violence.
111. Associated Press. 23 de agosto de 1999. *Jordan group seeks to protect women*. citado en la lista de correo electrónico BEIJING95-L.
112. Cherif, Khadija y cols., redactores. 1995. *Justice through the eyes of women. Court of women. Testimonies on violence against women in the Arab World, Beirut, Lebanon, 28-30 June 1995*. Tunis, El Taller.

113. Ganatra, Bela. 27-28 de agosto de 2000. *Unsafe abortion in South and South East Asia. A review of the evidence*. Background paper, WHO Technical Consultation on Unsafe Abortion. Baltimore, Johns Hopkins Facultad de Higiene y Salud Pública.
114. Benninger-Budel, Carin. 2000. Violence against women in Egypt. A report to the Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *En Violence against women: 10 reports/year 2000*. Geneva, Organización Mundial contra la Tortura, pp. 237-261.
115. The Guardian. 23 de enero de 2001. Unwed mother given 100 lashes in Nigeria. *UN Wire*.
116. Marshall, Alex, redactor. 2000. *The state of the world population 2000*. Nueva York, FNUAP.
117. Sri Lanka Women's NGO Forum. 1999. *Asia-Pacific Post-Beijing Implementation Monitor. 1999 Health*. Kuala Lumpur: Asian and Pacific Development Centre, pp. 207-213.
118. Naumann, Phyllis, David Langford, Sara Torres, Jacquelyn Campbell y Nancy Glass. 1999. Women battering in primary care practice. *Family Practice*, 16(4):343-352.
119. *Recurrent pregnancy loss: aetiology*. <http://www.btinternet.com/~miscarriage.association> (accedido: 12 de mayo de 1999).
120. Scialli, Anthony R. Sin fecha. Miscarriage: executive summary. <http://www.c3.org/library/miscarriage.html> (accedido: 12 de mayo de 1999).
121. Simpson, J.L. 1992. Aetiology of pregnancy failure. En Stabile, Isabel y cols., redactores. *Spontaneous abortion diagnosis and treatment*. Londres, Springer-Verlag London Limited, pp. 21-47.
122. Bitangaro, Barbara. 11 de mayo de 1999. Family problems cannot be solved through blows. *The New Vision* En Collymore, Yvette, redactora. Abril de 2000. *Conveying concerns: women write on gender-based violence*. Washington DC, Population Reference Bureau. <http://www.measurecommunication.org/factsheets/convnconc/part1.htm> (accedido: 16 de noviembre de 1999).
123. Chez, Ronald A. Mayo de 1997. Dialogues on domestic abuse. *Contemporary OB/GYN*, pp. 78-110.
124. Center for Reproductive Law and Policy. 25 de mayo de 1994. *Violations of women's reproductive rights. A selection of testimonials from around the world*. Nueva York, CRLP.
125. Phokojoe-Niboye, Khotsi. 2000. *Who owns abuse? Family violence, pregnancy and service-provider – client relationships*. Cape Town, University of Cape Town.
126. Human Rights Watch. 10 de julio de 2001. Uzbekistan turns its back on battered women. Uzbek women forced to remain in violent marriages. <http://www.hrw.org/press/2001/07/uzbekistan0710.htm> (accedido: 21 de septiembre de 2001).
127. Jacoby, Mark, Daniel Gorenflo, Christine Wunderlich y A. Evan Eyler. 1999. Rapid repeat pregnancy and experiences of interpersonal violence among low-income adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 16(5):318-321.
128. Billings, Deborah L., Xochitl Castañeda Camey, Xochitl Romero Guerrero, Julia Blanco Muñoz, Andrea Saldaña Rivera, M. Virginia Chambers y Patricia Voorduin. 1999. Traditional midwives and postabortion care services in Morelos, Mexico. En Huntington, Dale y Nancy J. Piet-Pelon, redactores. *Postabortion care: lessons from operations research*. Nueva York, Population Council.
129. Feringa, Barbara. Octubre de 1996. Domestic violence toward women. *Women talk. ReproSalud occasional report on qualitative research findings*. Lima, ReproSalud.
130. Organización Mundial de la Salud. 1998. *Regional health report 1998. Focus on women*. Nueva Delhi, OMS South-East Asia Region, p. 31.
131. Isis International Documentation and Information Center. Sin fecha. Health: the risks of gender-based violence. <http://www.undp.org/rblac/gender/genderbased.html> (accedido: 3 de abril de 2001).
132. Fikree, F.F. y L.I. Bhatti. 1999. Domestic violence and health of Pakistani women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 65:195-201.
133. deLahunta, Elizabeth A., Bobby Abrams y Sandra Schneider. 1996. Partner abuse: recognition, evaluation, and management of battered women in the emergency setting. *Women's health book II*. Atlanta, American Health Consultants, pp. 115-133.
134. Koss, Mary P. y Heslet, Lynette. 1992. Somatic consequences of violence against women. *Archives of Family Medicine*, 1:53-59.
135. Mezey, Gillian C. y Bewley, Susan. 1997. Editorials. Domestic violence and pregnancy. Risk is greatest after delivery. *British Medical Journal*, 314:1295.
136. Shanahan, Corrie. 14 de septiembre de 1999. *Mothers and infants face harsh conditions at Kosovo maternity clinic*. Informe especial. Nueva York, FNUAP

137. Palmer, Celia A. 1999. Rapid appraisal of needs in reproductive health care in southern Sudan: qualitative study. *British Medical Journal*, 319:743-748.
138. Asher, Janice, Michelle Berlin y Victoria Petty. Abril de 2000. Abuse of pregnant adolescents: what have we learned? *Obstetrics and Gynecology*, 95(4)Suplemento 1: 41S.
139. Obonyo, Oscar. 1998. Where banditry and rape reign supreme. *GENDERReview*, 5(3):4.
140. Temmerman, Marleen, Subhash Hira y Marie Laga. 1995. STDs and pregnancy, En Dallabetta, Gina A., Marie Laga y Peter R. Lamprey, redactores. *Control of sexually transmitted diseases. A handbook for the design and management of programs*. Arlington, AIDSCAP/Family Health International, pp. 169-186.
141. Centers for Disease Control and Prevention. 1998. *STDs in women and infants*. http://www.cdc.gov/nchstp/dstd/Stats_Trends/1998Surveillance/98PDF/Section7.pdf (accedido: 21 de septiembre de 2001).
142. Gichangi, P., K. Fonck, C. Sekande-Kigundu, J. Jdinya-Achola, J. Bwayo, D. Kiragu, P. Claeys and M. Temmerman. 2000. Partner notification of pregnant women infected with syphilis in Nairobi, Kenya. *International Journal of STD & AIDS*, 11:257-261.
143. Nyau, Daniel. 26 de junio de 1999. Syphilis, major cause of miscarriages. *The Daily Mail*. citado en la lista de correo electrónico Health-L.
144. Organización Mundial de la Salud. 1995. *STD case management workbook 1. Programme introduction the transmission and control of STD/HIV*. Ginebra, OMS. (WHO/GPA/TCO/PMT/95.18A).
145. King, Elizabeth A., Robin Britt, Judith M. McFarlane y Chris Hawkins. 2000. Bacterial vaginosis and chlamydia trachomatis among pregnant abused and nonabused Hispanic women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 29(6):606-612.
146. Glander, Susan S., Mary Lou Moore, Robert Michielutte y Linn H. Parsons. 1998. The prevalence of domestic violence among women seeking abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 91(6):1002-1006.
147. Gray, Alan y Sureeporn Punpuing. 1998. *Gender, sexuality and reproductive health in Thailand*. Bangkok, Institute for Population and Social Research, Mahidol University, p. 18.
148. Sommer, Agnes. Mayo de 1995. Massale verkrachtingen in Ruanda. 'Mijn zwangerschap is een marteling.' [Violación masiva en Ruanda. 'Mi embarazo es una tortura']. *onzeWereld*, pp. 24-25.
149. Federación Internacional de Planificación de la Familia. 26 de agosto de 1999. *UNFPA documents rape among Kosovo refugees*. citado en la lista de correo electrónico NewsNewsNews.
150. CEH. 1999. Guatemala memory of silence (Tz'inil Na 'Tab'al). Informe de la Comisión para Conclusiones y Recomendaciones para Aclaración Histórica. Guatemala, CEH.
151. de Bruyn, Maria. 1999. Prevención de la transmisión perinatal del VIH. En Gómez, Andrea, redactora. *Mujeres, vulnerabilidad y VIH/SIDA. Un enfoque desde los derechos humanos*. Cuadernos Mujer Salud 3. Santiago, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, pp. 82-95.
152. Batterink, Cisa y de Roos, Rena. 1994. *HIV positive pregnant women and their possibly infected infants in Thailand*. Amsterdam, Institute of Social Medicine, Vrije Universiteit, p. 42.
153. Van de Wal, B.W. 1998. Preventing perinatal vertical HIV transmission. *South African Medical Journal*, 88(10): 1283.
154. Ehrenfeld, N. 1999. Female adolescents at the crossroads: sexuality, contraception and abortion in Mexico. En Mundigo, Axel I. y Indriso, Cynthia, redactores. *Abortion in the developing world*. Nueva Delhi, OMS, pp. 368-386.
155. Bobak, Laura. 24 de octubre de 1996. For sale: the innocence of Cambodia. *Ottawa Sun*.
156. de Bruyn, Maria. Enero de 2001. *Jóvenes en riesgo. Los adolescentes y la salud sexual*. Chapel Hill, Ipas.
157. Jordan, Miriam. 9 de mayo de 2000. Female infanticide remains common in Indian villages. *Wall Street Journal*.
158. Mudur, Ganapati. 1999. Indian medical authorities act on antenatal sex selection. *British Medical Journal*, 319:401.
159. Chu Junhong. 2001. Prenatal sex determination and sex-selective abortion in central China. *Population and Development Review*, 27(2).
160. Agence France Presse. 8 de mayo de 2000. China vows to keep up 'one child' policy, hints at new restrictions. citado en la lista de correo electrónico cyber-fem.
161. Kapoor, Sushma. Junio de 2000. Domestic violence against women and girls. *Innocenti Digest*, No. 6. Florencia: UNICEF Innocenti Research Centre.

162. 4 de agosto de 1999. China: forced abortion still occurs, emigre testifies. *UN Wire*.
163. 25 de marzo de 1999. Cultural stigma in Lebanon leads to rise in illegal abortions. *UN Wire*.
164. Ahmed, Parveen. 20 de mayo de 1999. Associated Press: *Woman flogged to death in Bangladesh*. citado en la lista de correo electrónico BEIJING95-L.
165. Asamblea General de las Naciones Unidas. 20 de diciembre de 1993. *Declaration on the Elimination of Violence against Women*. A/RES/48/104
166. Tamayo, Giulia, Raquel cuentas, Catherine Hall Martinez, Gaby Oré Aguilar, Alison-Maria Bartolone y Roxana Vásquez. Junio de 1998. *Women's sexual and reproductive rights in Peru: a shadow report*. 19a Sesión del Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Nueva York, CLADEM/CRLP/DEMUS.
167. Pizarro, Ana María. 15-18 de noviembre de 1994. La experiencia de los servicios alternativos en relación con el aborto. En *Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe. Servicios y prácticas del aborto*. Santafé de Bogotá, Universidad Externado de Colombia, pp. 12-49.
168. Fondo de Población de las Naciones Unidas. 1999. Reproductive health for refugees and displaced persons. En *The state of the world population 1999*. Nueva York, FNUAP.
169. Organización de las Naciones Unidas. 1 de julio de 1999. *Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the Twenty-first Special Session of the General Assembly*. A/S-21/5/Add.1. Nueva York, ONU.
170. Salter, Cynthia, Heidi Bart Johnson y Nicolene Hengen. Septiembre de 1997. Care for postabortion complications: saving women's lives. *Population Reports*, Serie L, No. 10, XXV(1):8-9.
171. Gárate, María Rosa y Aliaga, Elizabeth. 1998. *Percepciones de la atención del aborto incompleto no complicado en el Hospital Daniel A. Carrión del Callao*. Documentos de Trabajo No. 23. Ciudad de México, Population Council.
172. Center for Reproductive Law and Policy. 1998. *From abortion to contraception in Central and Eastern Europe. Reproductive freedom around the world*. Nueva York, CRLP.
173. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Mayo de 1999. *Recommendations for Government Action regarding Article 12, paragraph 31*, Vigésimo primera Sesión.
174. LACWHN/FNUAP (RSMLAC/FNUAP). September 1998. *Sexual and reproductive health. A matter of rights. An aspect of citizenship. ICPD+ 5 Process, 1998-1999*. Santiago, LACWHN/FNUAP.
175. Conklin, Melanie. 1 de agosto de 2001. The gag rule's victims; health issues and women in Nepal. *The Progressive*, 65(8):23.
176. Federación Internacional de Planificación de la Familia/Family Planning Association of Nepal. 20 de septiembre de 1999. *15-year-old girl jailed for abortion in Nepal released from prison this week after IPPF/FPAN Efforts*. citado en la lista de correo electrónico NewsNewsNews.
177. Lupiya, Beauty. 23 de noviembre de 1998. Health-Brazil: *Child rape sparks Brazil abortion debate*. Inter Press Service World News. http://www.oneworld.org/ips2/nov98/16_35_056.html (accedido: 21 de septiembre de 2001).
178. Stanley, Alessandra. 16 de diciembre de 1999. *Abortion furor in Italy over pregnant 13-year-old retarded girl*. N.Y. Times News Service.
179. Martínez, Amanda. Septiembre de 2001. Comunicación personal. Ipas-México.
180. Amnistía Internacional. Septiembre de 2000. *Respect, protect, fulfil - women's human rights. State responsibility for abuses by 'non-state actors'*. Londres, Amnistía Internacional. (IOR 50/01/00).
181. Castañeda Camey, Xóchitl, Deborah Lynn Billings y Julia Blanco. Septiembre de 1999. Abortion beliefs and practices among traditional midwives (parteras) in a rural Mexican township. Ciudad de México, Ipas.
182. Berer, Marge. 2000. Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(5):580-592.
183. National Abortion and Reproductive Rights Action League. 28 de noviembre de 2000. Clinic violence. http://www.naral.org/issues/issues_violence.html (accedido: 21 de septiembre de 2001).
184. Rodríguez, Karen y Jennifer Strickler. 1999. Clandestine abortion in Latin America: provider perspectives. *Women & Health*, 28(3):59-75.

185. Rance, Susana. 15-18 de noviembre de 1994. "No me vas a pensar esas cosas": actitudes y prácticas que inciden en el embarazo no deseado y el aborto inseguro en Bolivia. En: Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe. Impactos demográficos y psicosociales del aborto. Santafé de Bogotá, Universidad Externado de Colombia, pp. 23-32.
186. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (RedeSaúde). Sin fecha. Dossiê violência contra a mulher: violência institucional. <http://www.redesaude.org.br/jornal/html/vi-formas.html> (accedido: 21 de septiembre de 2001).
187. Ramos, Silvina y Viladrich, Anahí. 15-18 de noviembre de 1994. Abortos hospitalizados – entrada y salida de emergencia. En Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe. Atención hospitalaria y costos del aborto. Santafé de Bogotá, Universidad Externado de Colombia, pp. 1-24.
188. Hall Martínez, Katherine, Alison-Maria Bartolone, Lucía Rayas, Claudia Giacomán y Julieta Herrera. Diciembre de 1997. *Women's reproductive rights in Zimbabwe. A shadow report*. 18a Sesión del Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Nueva York, CRLP/WILDAF.
189. National Abortion and Reproductive Rights Action League. Enero de 1999. *Mandatory parental consent and notice laws and the freedom to choose*. Nueva York, NARAL. <http://www.naral.org/publications/facts/parental.html> (accedido: 21 de septiembre de 2001).
190. Labi, Nadya. 15 de noviembre de 1999. Holy owned; is it fair for a Catholic hospital to impose its morals on patients? *Time*, p. 85.
191. B.a.B.e. Noviembre de 1997. *NGO report on the status of women in the Republic of Croatia*. Zagreb, B.a.B.e. <http://www.interlog.com> (via <http://www.wave-network.org>; (accedido: 28 de diciembre de 1999).
192. de Bruyn, Maria junto con Giulia Tamayo y Evan Christie. 2001. *International human rights standards, reproductive health and abortion-related care*. Chapel Hill, Ipas.
193. Organización Mundial de la Salud. 1986. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Copenhague, OMS. <http://www.who.dk/policy/ottawa.htm> (accedido: 18 de septiembre de 2001).
194. Luo Lin, Wu Shi-zhong, Chen Ziao-qing y Li Min-xiang. 1999. First-trimester induced abortion: a study of Sichuan Province, China. En Mundigo, Axel I. y Cynthia Indriso, redactores. *Abortion in the developing world*. Nueva Delhi, OMS, pp. 98-116.
195. Alvarez Vásquez, Luisa, Caridad Teresa García, Sonia Catasus, María Elena Benitez y María Teresa Martínez 1999. Abortion practice in a municipality of Havana, Cuba. En Mundigo, Axel I. y Cynthia Indriso, redactores. *Abortion in the developing world*. Nueva Delhi, OMS, pp. 117-130.
196. Session C5: violence against women and unintended pregnancy. *Highlights of National Conference on Violence and Reproductive Health: Science, Prevention and Action, June 14-16, 1999*. <http://www.cdc.gov> (accedido: 21 de septiembre de 2001).
197. Heise, Lori, Kirsten Moore y Nahid Toubia. 1995. *Sexual coercion and reproductive health. A focus on research*. Nueva York, Population Council.
198. Ellsberg, Mary, Lori Heise, Rodolfo Peña, Sonia Agurto y Anna Winkvist. 2001. "Researching domestic violence against women: Methodological and ethical considerations." 32(1):1-16.
199. Ganatra, Bela y Siddhi Hirve. 2001. Ethical dilemmas in social science research – a community based study on induced abortions. *Issues in Medical Ethics*. En prensa.
200. Organización Mundial de la Salud. 1994. *Putting women's safety first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*. Ginebra, OMS.
201. Kahre, Shiv. Junio-Julio de 2001. *Asian Forum Newsletter*, p. 12.
202. Acevedo, Angela Rosa, Sonia Agurto, Lucía Aguirre, Milagros Barahona, Isolina Centeno, Almachiara D'Angelo, Mary Ellsberg, María Dolores Ocón, Myra Pasos, Josefina Ramos, María Rosa Renzi y Guadalupe Salinas. 1996. *Los derechos de las mujeres en Nicaragua: un análisis de género*. Managua, Asociación de Mujeres Profesionales por la Democracia en el Desarrollo Las Bujías.
203. Valente, Marcela. 23 de junio de 2000. Health-Argentina: women to enjoy free access to birth control. Inter Press Service. citado en la lista de correo electrónico Popmedia.
204. Vernon, Ricardo, Raffaella Schiavon y Silvia E. Llaguno. 1998. *La anticoncepción de emergencia como elemento de la atención a víctimas de violación*. Documentos de Trabajo, No. 1. Ciudad de México, Population Council/Instituto Mexicano de Pediatría.
205. Vernon C., Ricardo. 1998. Experiences in the diffusion of emergency contraception in Latin America. En INOPAL III. Reproductive health operations research 1995-1998. Nueva York, Population Council, pp. 81-90.

206. Davis, Henry L. 8 de diciembre de 1999. Drug care varies for victims of rape. *The Buffalo News*, p. 1A.
207. Ministerio de Salud. 1999. *Prevención y tratamiento de los agravios resultantes de la violencia sexual contra las mujeres y adolescentes. Norma técnica*. Brasilia, Ministerio de Salud.
208. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. 23 de marzo de 2001. *Noticias de la OPS en Bolivia*. citado en la lista de correo electrónico Gensalud.
209. Sanger, Alex. 21 September 2001. *File #4: Chile bans emergency contraception*. <http://www.ippfwhr.org/news/sanger/sangerfile4.html> (accedido: 24 de octubre de 2001)
210. Tjombé, Norman. 7 de febrero de 2000. *Organizing men against violence against women*. citado en la lista de correo electrónico end-violence.
211. Health, Empowerment, Rights, Accountability. 1999. *Confounding the critics: Cairo, five years on*. Nueva York, HERA.
212. Khot, Anagha, Padma Deosthali and Sumita Menon. Sin fecha. *Role of the community and the health profession in responding to violence*. India, Centre for Enquiry into Health & Allied Themes.
213. García-Moreno, Claudia. Septiembre de 1999. *Violence against women, gender and health equity*. <http://www.sph.harvard.edu.grhf/Hupapers/gender/garcia.html> (accedido: 20 de septiembre de 2001).
214. Hayward, Ruth Finney. 12-15 de octubre de 1999. *Needed: a new model of masculinity to stop violence against girls and women*. Presentation at the WHO Global Symposium on Violence and Health, Kobe, Japón.
215. UNICEF/UNIFEM. 1997. *The Kathmandu Commitment on Ending Violence against Women and Girls in South Asia*. Meeting on Ending Violence against Women and Girls in South Asia, Kathmandu, Nepal, 21-24 de octubre de 1997.
216. UNIFEM. 19 January 2001. *Masculinity and gender violence. Gender issues fact sheet No. 5*. Bangkok, UNIFEM Bangkok. <http://www.unifem-eseasia.org/Gendiss/Geniss5.htm> (accedido: 11 de abril de 2001).
217. Norori Muñoz, Vladimir y Muñoz López, Javier. 1998. Conceptualizing masculinity through a gender-based approach, *Sexual Health Exchange*, 2:3-6.
218. Chávez, Eda. 1999. Domestic violence and HIV/AIDS in Mexico. En Foreman, Martin, redactor. *AIDS and men. Taking risks or taking responsibility?* Londres, Instituto Panos/Zed, p. 51.
219. CORIAC. Marzo de 2001. *Proyecto Hombres Renunciando su Violencia*. http://www.coriac.org.mx/vio_ren.html (accedido: 21 de septiembre de 2001).
220. Tello, Jerry. 9 de noviembre de 1998. Resources, End-violence Working Group Summary, 29 October-4 November 1998. citado en la lista de correo electrónico end-violence.
221. The White Ribbon Campaign. Sin fecha. *The education & action kit*. <http://www.whiteribbon.ca/students.html> (accedido: 15 de febrero de 2000).
222. Dockthaisong, Boonton. 2001. Issue of violence often just swept under the carpet. *Asian Forum Newsletter*, Junio-Julio, p. 3.
223. Goldstein, Anne Tierney. 1997. *Towards a jurisprudence of equality: women, judges and transnational human rights law workshop manual*. Washington, DC, International Women Judges Foundation.
224. International Medical Advisory Panel. Abril de 2000. *Statement on gender-based violence*. Londres, IPPF.
225. Women's Legal Bureau Inc. Diciembre de 1998. *Protocol of feminist lawyers in handling cases of violence against women and children*. Quezon City, Women's Legal Bureau.
226. MacDonald, Rhona. 28 de octubre de 2000. Editorials: Time to talk about rape. *British Medical Journal*, 321:1034-1035.
227. Legal News and Views. 7 de agosto de 2000. P.43. *Rape crisis centre for minor victims opened in capital*. citado en la lista de correo electrónico on bol!
228. Tokyo Asahi Shimbun, 20 de abril de 2000. Japanese police establish plan to help sex assault victims. *UN Wire*, 28 de abril de 2000.
229. Kelly, Liz. Enero de 1999. *Violence against women. A briefing document on international issues and responses*. Londres, The British Council.
230. Mitra, Nishi. Septiembre de 1999. Best practices among responses to domestic violence in Maharashtra and Madhya Pradesh, and Poonacha, Veena and Pandey, Divya. Responses to domestic violence in Karnataka and Gujarat. In A summary report of three studies. Washington, DC: International Center for Research on Women.

231. Stratigos, Susan. 26 de septiembre de 1999. Health services and domestic violence. women-health@phoenix.edc.org
232. Stenson, Kristina, Hilikka Saarinen, Gun Heimer y Birgitta Sidenvall. 2001. Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery*, 17:2-10.
233. Addison, Mary. 1999. Health system responses: Canada – the experience of the sexual assault care centre. En France, Nadine, redactora. *Elimination of violence against women. In search of solutions. WHO/FIGO Pre-Congress Workshop, 30 July-31 July 1997*. Ginebra: OMS, pp. 70-72. (WHO/HSC/PVI/99.2).
234. Drezett, Jefferson. 2000. Atención a víctimas de violencia sexual: experiencia en Brasil. Ponencia en la conferencia "Violencia, Ética, Justicia y la Salud de la Mujer", Monterrey, México, 25-28 de agosto de 2000.
235. Wiebe, Ellen R. y Patricia Janssen. 2001. Universal screening for domestic violence in abortion. *Women's Health Issues*, 11(5):436-441.
236. Larkin, Gregory Luke, Susan Rolniak, Kelly B. Hyman, Bruce A. MacLeod y Rose Savage. Septiembre de 2000. Effect of an administrative intervention on rates of screening for domestic violence in an urban emergency department. *American Journal of Public Health*, 90(9):1444-1448.
237. Parsons, Linn, Mary M. Goodwin y Ruth Petersen. 2000. *Maternal and Child Health Journal*, 4(2):125-140.
238. Vargas Cuno, Mery. 1998. Country Watch Peru: Workshop for Judges on Sexual Violence. *Sexual Health Exchange*, 1:9.
239. Rashtra Mahila, p. 3. Abril de 2001. Citado en la lista de correo electrónico bol!, 20 de junio de 2001
240. Lindberg, G. Enero de 1999. Ponencia en la Reunión Preparatoria Regional del ECE para la Revisión de 2000 de la Ejecución de la Plataforma de Acción de Beijing. Ginebra, 19-21 de enero de 2000.
241. Shamim, Ishrat. 17 de diciembre de 1999. *Pilot project for policing training and community sensitization on women and child rights*. citado en la lista de correo electrónico end-violence.
242. Claramunt, María Cecilia. 30 de agosto de 2000. *Legal framework for service providers addressing genderbased violence*. Nueva York, Región del Hemisferio Occidental de la IPPF.
243. Fondo de Población de las Naciones Unidas. 1999. Components of reproductive health. En *The state of the world population 1999*. Nueva York, FNUAP.
244. Ipas. 1999. *Consideraciones generales para las entrevistas a proveedores de salud en el proyecto ILE*. Ciudad de México, Ipas-México.
245. September 28. Strategies for the decriminalization of abortion. *Women's Health Journal*, 1998, 4:18.
246. Saldaña Rivera, Andrea. 2000. *Módulo de sensibilización e información hacia el tema de violencia en embarazadas para el personal que participa en los servicios y/o puestos de salud*. Ciudad de México, Ipas-México.
247. *Initiatives in Reproductive Health Policy*, 1996, 2(1).
248. Gerbert B y cols. 1996. Experiences of battered women in health care settings: a qualitative study. *Women Health*, 24(3):1-17.
249. Goodyear, Lorelei y Therese McGinn. 1998. Emergency contraception among refugees and the displaced. *Journal of the American Medical Women's Association*, (53(5):266-270.
250. Fawcett, Gillian, Tere Venguer, Ricardo Vernon y Susan Pick. 1998. *Detección y manejo de mujeres víctimas de violencia doméstica: desarrollo y evaluación de un programa dirigido al personal de salud*. Documentos de Trabajo No. 26. Ciudad de México, Population Council/IMIFAP.
251. Becker, Julie y Elizabeth Leitman. 1997. Introducing sexuality within family planning: the experience of three HIV/STD prevention projects from Latin America and the Caribbean. *Quality/Calidad/Qualité*. Nueva York, The Population Council.
252. Solo, Julie, Achola Ominde, Margaret Makumi, Deborah Billings y Colette Aloo-Obunga. Enero de 1998. *Creating linkages between incomplete abortion treatment and family planning services in Kenya: what works best?*
253. Hord, Charlotte. 1999. *ICPD paragraph 8.25: a global review of progress*. Issues in Abortion Care 5. Chapel Hill, Ipas.

254. Dickson-Tetteh, Kim, Luyanda M. Mavuya, Mosotho Gabriel, Helen Rees, Deborah L. Billings, y Timothy D.N. King. 2000. *Abortion care services provided by registered midwives in South Africa: a report on the Midwifery Training Programme*. Johannesburgo, Reproductive Health Research Unit.
255. Domestic violence could lead to contraceptive noncompliance. 1996. *Women's Health Book II*. Atlanta, American Health Consultants, pp. 140-143.
256. Safer, Andrew. 1998. Country Watch Canada: *Healthy Relationships – a Violence-Prevention Curriculum*, *Sexual Health Exchange*, 2:8-10.
257. de Bruyn, Maria. Marzo de 2001. Integrating gender components into existing HIV/AIDS programmes. En UNAIDS and Sociometrics. *Resource packet on gender and AIDS*. Ginebra, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
258. CORIAC. Marzo de 2001. *Campaña 2000-2001. "Hombres jóvenes contra la violencia de género"*; <http://www.coriac.org.mx/3ercamp.html> (accedido: 21 de septiembre de 2001).
259. Taylor, Jill y Sheelagh Stewart. 1991. *Sexual and domestic violence. Help, recovery and action in Zimbabwe*. Harare, A. von Glehn y J. Taylor en colaboración con Women and Law In Southern Africa.
260. Montague, Ashley. 1999. Comunicación personal.
261. Rape Crisis Cape Town. Sin fecha. *Information for the rape survivor*. <http://www.rapecrisis.org.za/handle.html>, accedido el 5 de octubre de 1999.
262. Ondego, Ogova. 1998. Clergy explain gender violence. *GENDERreview*, 5(3):8-9.
263. Razak Haroon, Fariha. Septiembre de 1999. Women are falling behind. citado en la lista de correo electrónico end-violence(4 de octubre de 1999).
264. Notebook. 31 de marzo de 1997. *Time*, p. 13.
265. Campbell, Jacquelyn C., Anne B. Woods, Kathryn Laughon Chouaf y Barbara Parker. 2000. Reproductive health consequences of intimate partner violence. *Clinical Nursing Research*, 9(3):217-237.
266. Hayward, Ruth Finney. Sin fecha. *How to program to end gender violence?* Nueva York, Gender, Participation and Partnerships.

UNDP / Photo



ipas ▶ 300 Market Street ▶ Suite 200 ▶ Chapel Hill, NC 27516 EE.UU.
1-919-967-7052 ▶ ipas@ipas.org ▶ www.ipas.org



Pan American Health Organization (PAHO)



© Jeremy Horner / Panos Pictures



Leo Erken/MLT2

