

**Violencia sexual en
Latinoamérica y El Caribe:
Análisis de datos secundarios**





Violencia sexual en Latinoamérica y El Caribe: Análisis de datos secundarios

Versión: Marzo de 2010

Agradecimientos

Este análisis fue preparado para la Iniciativa de Investigación en Violencia Sexual (SVRI, por sus siglas en inglés) por Juan Manuel Contreras, del Centro Internacional de Investigación sobre Mujeres, con aportes de Sarah Bott (consultora independiente), Elizabeth Dartnall (de la SVRI), Alessandra Guedes (de la Organización Panamericana de la Salud - OPS), Kanako Ishida (de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades – CDC) y Abbie Fields (de la Universidad de Centroamérica, Managua, Nicaragua). Un gran número de colegas adicionales proporcionaron valiosos y extensos aportes técnicos, entre ellas: Jill Astbury, Ana Elena Badilla, Debbie Billings, Claudia García-Moreno, Ana Gúezmes, Rachel Jewkes, Mary Koss, Lizle Loots, Christine Ricardo y Rosanne Rushing. Versiones preliminares de este análisis fueron presentadas en el Foro de 2009 de la SVRI: Respuestas coordinadas, basadas en evidencia, para eliminar la violencia sexual, realizado del 6 al 9 de julio de 2009 y en una reunión del Foro Global para el Foro 2009 de Investigación en Salud: Innovando para la salud de todos, desarrollado en la Habana, Cuba, del 16 al 19 de noviembre de 2009. La retroalimentación y los comentarios recibidos en estos eventos se utilizaron en la elaboración del presente análisis.

La SVRI agradece a la Oficina Regional para América Latina y el Caribe (LACRO) de UNFPA, por su visión y generoso apoyo financiero para la elaboración de este análisis. También agradece a Ipas y a la Organización Panamericana de la Salud, que han sido importantes socios de la SVRI durante este proyecto.

La SVRI fue establecida en el año 2002, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, como una iniciativa del Foro Global de Investigación en Salud. Desde 2006, la SVRI ha tenido sede en la Unidad de Investigación sobre Género y Salud, del Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica. La SVRI es una red de experimentados investigadores, mujeres y hombres, formuladores de políticas, activistas, donantes y otras personas dedicadas a promover la investigación sobre la violencia sexual y a crear mayor conciencia de ella como un asunto prioritario de salud pública. La SVRI promueve y difunde investigación orientada hacia la acción con el fin de disminuir y combatir la violencia sexual mediante: la identificación de brechas en la investigación, el desarrollo de capacidad, el apoyo de investigaciones, concientización y construcción de alianzas.

La SVRI es guiada por un Grupo Coordinador de expertas y expertos en violencia sexual. Dicho grupo está integrado por: Jill Astbury, Gary Barker, Claudia García-Moreno, Alessandra Guedes, Rachel Jewkes, M. E. Khan, Nduku Kilonzo, Mary Koss, Sylvie Olifson, Tandiar Samir e latamze Verulasvhili. La secretaria de la SVRI maneja las actividades cotidianas y está integrada por: Rachel Jewkes, Secretaria de la SVRI, Liz Dartnall, Responsable de Programas de la SVRI, y Lizle Loots, Investigadora de la SVRI.

Cita sugerida:

Contreras, J. M.; Bott, S.; Guedes, A.; Dartnall, E. (2010) Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual.



Indice

Abreviaturas y acrónimos

Resumen ejecutivo

1. Introducción

2. Metodología utilizada en la elaboración de este análisis

3. El contexto socioeconómico y demográfico de LAC

4. Fuentes de datos y métodos de investigación

4.1 Retos y límites en la evidencia base

4.2 Resumen de las investigaciones sobre violencia sexual en LAC

4.3 Definiciones operativas de la violencia sexual

4.4 Otros asuntos metodológicos para la investigación sobre la violencia sexual

5. Magnitud, tipos y patrones de violencia sexual

5.1 Violencia sexual contra mujeres por parejas íntimas del sexo masculino

5.2 Violencia sexual contra mujeres y niñas infligida por personas distintas a la pareja

5.3 Violencia sexual contra hombres y niños

6. Consecuencias de la violencia sexual

7. Respuestas de niñas y mujeres a la violencia sexual

7.1 Respuestas de niñas y mujeres a la violencia sexual

7.2 Motivos por los cuales las niñas y mujeres no denuncian los actos de violencia o no buscan ayuda

8. Factores de riesgo asociados con la violencia sexual

8.1 Factores macrosociales

8.2 Factores comunitarios

8.3 Factores asociados con las relaciones personales

8.4 Factores individuales

9. Marcos jurídicos y respuestas del sector de justicia

9.1 Acuerdos internacionales

9.2 Legislación nacional

9.3 Aplicación y cumplimiento de las leyes relacionadas con la violencia sexual

9.4 Esfuerzos por fortalecer la respuesta del sector justicia a la violencia sexual

10. Planes, coaliciones y redes multisectoriales

10.1 Planes, políticas y programas gubernamentales

10.2 Coaliciones y redes

10.3 Esfuerzos para ampliar el acceso de las sobrevivientes a servicios integrales

11. Respuesta del sector salud a la violencia sexual

11.1 Principales retos y deficiencias en la respuesta del sector salud a la violencia sexual

11.2 Esfuerzos para mejorar la respuesta del sector salud a la violencia sexual

12. Prevención primaria de la violencia sexual

12.1 Desarrollo de capacidad mediante educación y capacitación

12.2 Comunicación para el cambio social

12.3 Promoción de la seguridad pública

12.4 Trabajo con hombres y niños

13. Conclusiones y recomendaciones

13.1 Recomendaciones para programas y políticas

13.2 Futuras prioridades de investigación

Referencias bibliográficas

Abreviaturas y acrónimos

AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
ASI	Abuso sexual infantil
CARICOM	Comunidad del Caribe
CDC	Centros de Estados Unidos para el Control y la Prevención de Enfermedades
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CIM	Comisión Interamericana de Mujeres
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
ENDESA	Encuesta Demográfica y de Salud
ESR	Encuesta de Salud Reproductiva
ILANUD	Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la Prevención del Delito y el Tratamiento del Delincuente
INSTRAW	Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer
IPPF/RHO	Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental
ITS	Infección de Transmisión Sexual
LAC	Latinoamérica y el Caribe
MSF	Médicos sin Fronteras
OEA	Organización de Estados Americanos
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SVRI	Iniciativa de Investigación en Violencia Sexual (Sexual Violence Research Initiative)
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
VBG	Violencia basada en género
VCM	Violencia contra la mujer
VIH/SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida



Resumen ejecutivo

La Organización Mundial de la Salud define la violencia sexual como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”. (Jewkes et al., 2002). Un limitado pero creciente conjunto de evidencia indica que la violencia sexual es un grave problema en toda la región de Latinoamérica y el Caribe (LAC), no sólo como problema de salud pública sino también como violación de los derechos humanos. El presente documento analiza los conocimientos sobre la violencia sexual en la región de LAC. Su objetivo es explorar la magnitud, los patrones y factores de riesgo asociados con la violencia sexual, así como los marcos jurídico y político, las respuestas de las mujeres a la violencia sexual, el acceso a los servicios y las respuestas de estos, las intervenciones prometedoras, las brechas en la investigación y las prioridades para futuras investigaciones.

Se revisaron más de 200 documentos publicados y no publicados para preparar este informe. La literatura gris fue identificada por medio de búsquedas por Internet y de expertos, hombres y mujeres, que trabajan en la región. El alcance de este análisis se basa principalmente en investigaciones realizadas entre 2000 y el presente. Aunque se ha hecho un esfuerzo por abarcar toda la región de Latinoamérica y el Caribe, aún no se han realizado investigaciones en todos los países de la región. Por lo tanto, este documento se debe considerar como la primera fase en un proceso en curso de consolidar la evidencia e identificar las brechas y prioridades de investigación para esta región con tanta diversidad cultural, racial y geográfica.

La evidencia de base sobre violencia sexual en LAC tiene importantes limitaciones, pero el número de estudios realizados en la región ha aumentado mucho en las últimas dos décadas. Existen grandes disparidades geográficas; por ejemplo, aproximadamente la mitad de todos los estudios revisados fueron realizados en Brasil y México. En toda la extensión de la región, existe gran diversidad en la naturaleza de las investigaciones llevadas a cabo. Muchos estudios ofrecen una visión general de la violencia sexual en cuanto a niveles, características y factores de riesgo. También es común encontrar investigaciones que utilizan métodos cualitativos para obtener relatos de las personas sobrevivientes y descripciones de sus experiencias con la violencia sexual.

Los estudios revisados destacan evidencia de que la violencia sexual es un grave problema omnipresente en la región. En toda la extensión de la región de LAC, la evidencia indica que las mujeres corren mayor riesgo de sufrir violencia sexual perpetrada por sus parejas. Las encuestas de población han encontrado que la prevalencia a lo largo de la vida de

relaciones sexuales forzadas por una pareja íntima varía entre el 5% y el 47% (ver Tablas 2a y 2b). Además, una considerable minoría de mujeres y niñas sufren abuso sexual por parte de personas que no son sus parejas, según se indica en un análisis de estudios de LAC, el cual encontró que entre el 8% y el 27% de las mujeres relatan haber sufrido violencia sexual por alguien que no era su pareja (Ellsberg, 2005).

Al igual que en otras regiones, la mayoría de los perpetradores que no son las parejas de las víctimas son conocidos por éstas, por ejemplo: parientes, vecinos, amigos, colegas, curas y maestros (Jewkes et al., 2002; García-Moreno et al., 2005). Sin embargo, en algunos casos el perpetrador es un extraño. En la región, las formas más comunes de violencia sexual por una persona distinta a la pareja son: abuso sexual de menores y jóvenes de ambos sexos, la trata y la explotación sexual, la violencia sexual durante el proceso de migración, el acoso sexual en el lugar de trabajo y la violencia sexual en situaciones de emergencia o de conflicto armado. La evidencia indica que las consecuencias para la salud reproductiva, sexual, física y psicosocial de las víctimas de la violencia sexual pueden ser severas y duraderas (Jewkes et al., 2002).

Este análisis destaca un número de factores de riesgo clave, asociados con la violencia sexual en LAC a nivel macrosocial, comunitario, relacional e individual. La mayoría de los hallazgos de las investigaciones indican que la violencia sexual tiene sus orígenes en un orden social con desigualdad de género y en relaciones de poder entre hombres y mujeres en la sociedad (Jewkes et al., 2002). En particular, las investigaciones han asociado la violencia sexual con los siguientes tipos de normas sociales: a) legitimar la violencia contra las mujeres por parejas íntimas; b) culpar a las mujeres por violación y otros tipos de violencia sexual; c) justificar la violencia perpetrada por hombres, por ejemplo debido a sus "inherentes deseos sexuales"; d) ver a las mujeres como objetos sexuales; y e) el "culto a la virginidad de la mujer". En este plano, la violencia sexual se asocia también con una aceptación social más generalizada del uso de la violencia. Los niveles elevados de violencia son particularmente comunes en entornos de LAC donde se han experimentado conflictos internos. En gran parte de la región, las respuestas del gobierno a la violencia sexual han sido débiles.

A nivel comunitario, un factor central asociado con la violencia sexual es la falta de apoyo del derecho de las mujeres a la autonomía sexual y para las mujeres que son víctimas de violencia sexual. Esta falta de apoyo proviene de la comunidad donde vive la mujer, de instituciones importantes como los organismos encargados de garantizar el cumplimiento de la ley y los servicios de salud, lugares de trabajo y escuelas, pero también de su familia. A nivel de relaciones, existe una estrecha asociación entre la dinámica de control y poder desigual y la violencia sexual, particularmente cuando: a) el hombre es celoso; b) la mujer se niega a tener relaciones sexuales con su pareja; y c) el hombre se siente en riesgo de perder control de la relación. Los factores de



riesgo individual tanto de sufrir como de perpetrar violencia sexual son: ser joven; vivir en un contexto marginado o excluido; haber sufrido violencia en la infancia y tener actitudes rígidas en cuanto a los roles de género. En estudios de diversos lugares, incluida la región de LAC, se ha encontrado una estrecha asociación entre presenciar y sufrir violencia en la infancia y perpetrar violencia sexual en la adultez (Jewkes et al., 2006; Jewkes et al., 2002; Instituto Promundo, Instituto Noos, 2003).

La región ha ganado reconocimiento internacional por los avances logrados en reformas legislativas para combatir la violencia contra las mujeres. LAC fue la primera región del mundo donde todos los países ratificaron la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la primera en firmar un tratado regional cuyo objetivo específico era eliminar la violencia contra las mujeres: la Convención de Belem do Para. Actualmente, en casi todos los países de la región se ha incorporado el asunto de violencia contra las mujeres en la legislación nacional, al penalizar la violencia sexual y fortalecer las sanciones contra los perpetradores. No obstante, aún existen muchos problemas. Por ejemplo, en algunos países, las leyes dirigidas a la violencia contra las mujeres están situadas en el marco de la legislación sobre violencia doméstica e intrafamiliar. Otra limitación jurídica es la denegación en algunos países del derecho de las mujeres a un aborto seguro y legal en casos en que el embarazo es producto de una violación. Más aún, los esfuerzos por garantizar el cumplimiento de las leyes en la región a menudo son insuficientes y las respuestas del sector de justicia a las sobrevivientes de violencia sexual tienen graves deficiencias.

Además de las reformas legislativas, los gobiernos en casi todos los países de la región han creado programas, planes y políticas para combatir la violencia contra las mujeres (Montaño et al., 2007). Desafortunadamente, muchas de estas acciones, aunque buenas en teoría, continúan sin implementarse o siendo insostenibles después de los esfuerzos pilotos, a pesar de los diferentes mecanismos para salvar la distancia entre teoría y práctica.

En el análisis del material publicado se encontró que las mujeres que denuncian los actos de violencia sexual se enfrentan con muchas dificultades (Jewkes et al., 2002; Ellsberg, 2005). Las mujeres que revelan experiencias de violencia sexual a menudo informan primero a un familiar (como la madre), una amiga, una vecina o un asesor religioso. Se calcula que sólo un 5% de las víctimas adultas de violencia sexual en la región denuncian el incidente a la policía. Los principales motivos por los cuales muchas mujeres no denuncian la violencia sexual son: a) estigma, vergüenza y temor a sufrir discriminación; b) temor a represalias del perpetrador; c) sentimientos de culpabilidad; d) complejidad de denunciar el delito; y e) falta de apoyo por parte de la familia y amistades; y la expectativa de que los organismos responsables de imponer el cumplimiento de la ley serían ineficaces o incluso abusivos.

Cuando las mujeres al fin buscan los servicios, casi siempre buscan apoyo del sector salud o del sector jurídico; sin embargo, la calidad de las respuestas de los servicios de ambos generalmente es deficiente (Morrison et al., 2004). En toda la extensión de la región, las investigaciones han documentado numerosos fracasos de estos sectores, por ejemplo: la falta de infraestructura básica; actitudes y conductas discriminatorias y patriarcales por parte de las personas prestadoras de servicios, que justifican las acciones de los perpetradores y culpan a las víctimas, lo cual resulta en revictimización; la incapacidad de los servicios para proteger a las mujeres de acciones punitivas por parte de los perpetradores; la falta de privacidad y confidencialidad, y problemas estructurales como personal insuficiente, procedimientos complicados y demasiado burocráticos. Estas situaciones son particularmente agudas en zonas marginadas y pobres, especialmente entre mujeres indígenas y en entornos de conflicto.

Como demuestra el presente análisis, a pesar de las deficiencias, se han logrado algunos avances recientes en la región en cuanto a la elaboración de estrategias para evitar y eliminar la violencia sexual. Ejemplos de estos avances son mejoras a los marcos políticos y jurídicos, así como esfuerzos por fortalecer las estrategias de prevención y respuesta de organizaciones no gubernamentales (ONG), principalmente en zonas urbanas. Los esfuerzos de prevención primaria dirigidos a cambiar comportamientos y brindar servicios de apoyo a las víctimas se han puesto en práctica mediante la ampliación de servicios, intervenciones de educación y desarrollo de capacidad, concientización y movilización comunitaria, promoción de la seguridad pública, y trabajo con hombres y niños. Muchos de los esfuerzos más prometedores han sido impulsados por la sociedad civil, implementados por ONGs y basados en una perspectiva de género y derechos humanos.

La investigación operativa sobre intervenciones y programas es relativamente nueva en la región. Algunos estudios han evaluado las respuestas de los servicios a las personas sobrevivientes de violencia sexual, principalmente en el sector salud (Bott et al., 2004). Sin embargo, la información sobre la eficacia, la calidad y el impacto de los programas de violencia sexual generalmente es limitada en toda la región. Las futuras investigaciones deberían enfocarse en recolectar y analizar datos empíricos en entornos donde existen pocos datos; en adquirir un entendimiento más profundo de la violencia sexual mediante una combinación de datos empíricos y teoría social y antropológica, que incluya diferentes actores y utilice diversas metodologías; y en realizar investigaciones que apoyen la elaboración de estrategias de prevención y la aplicación y evaluación de leyes, políticas y programas.



1. Introducción

En el *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que más de un millón de personas pierden la vida cada año y muchas más sufren lesiones no mortales a consecuencia de la violencia (Dahlberg and Krug, 2002). La violencia contra las mujeres es un tipo común de violencia; se estima que hasta seis de cada diez mujeres del mundo sufren violencia física o sexual a lo largo de su vida (UNIFEM, 2009). Las Naciones Unidas (1993) definen la violencia contra las mujeres como “todo acto de violencia basada en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”. Esta definición abarca una amplia gama de actos dañinos dirigidos a las mujeres y utiliza el término “basada en género” para hacer hincapié en que gran parte de la violencia contra las mujeres tiene sus orígenes en un orden social donde prima la desigualdad de género (Heise et al., 1999).

La violencia sexual contra niñas y mujeres es una de las manifestaciones más claras de los valores, normas y tradiciones en una cultura patriarcal que alientan a los hombres a creer que tienen el derecho de controlar el cuerpo y la sexualidad de las mujeres (Connell, 2000; Dobash y Dobash, 1979; Gasman et al., 2006; Heise et al., 1999; Jewkes et al., 2002). La Organización Mundial de la Salud define la violencia sexual como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo” (Jewkes et al., 2002).¹ La OMS define la coacción como un concepto amplio que comprende intimidación psicológica y amenazas de daño, no sólo fuerza física. Según la OMS y las Naciones Unidas, la violencia sexual comprende una amplia gama de actos, incluidos el coito sexual intentado o forzado, contacto sexual no deseado, obligar a una mujer o a una niña o niño a participar en un acto sexual sin su consentimiento, comentarios sexuales no deseados, abuso sexual de menores, mutilación genital, acoso sexual, iniciación sexual forzada, prostitución forzada, la trata con fines sexuales, entre otros (Secretario General de la ONU, 2006).

¹ Los términos abuso sexual y violencia sexual se utilizan de manera intercambiable en este informe.

Un limitado pero creciente conjunto de evidencia indica que la violencia sexual es muy frecuente en todas partes del mundo, incluso en la región de Latinoamérica y el Caribe (LAC). Estudios realizados mundialmente han encontrado que entre el 7% y el 36% de las mujeres informan haber sufrido algún tipo de abuso sexual en la infancia (Jewkes et al., 2002), y que entre el 6% y el 59% de las mujeres relatan haber sufrido agresión sexual por una pareja íntima después de los 15 años de edad (Secretario General de la ONU, 2006).

La violencia sexual tiene graves consecuencias, tanto para las personas como para la sociedad. Puede afectar de manera adversa la salud física y mental de las sobrevivientes. Por ejemplo, la violencia sexual ha sido asociada con una gran cantidad de problemas de salud sexual y reproductiva, como las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido el VIH y el SIDA, embarazos no planeados, pérdidas de embarazo, disfunción sexual y problemas ginecológicos. La violencia sexual puede tener también profundas consecuencias socioeconómicas, por ejemplo: estigma, baja condición socioeconómica, niveles más bajos de participación de las mujeres en la política y en la fuerza laboral, así como el ciclo intergeneracional de violencia (Jewkes et al., 2002).

No fue hasta décadas recientes que la comunidad internacional reconoció la violencia contra las mujeres como un importante problema de salud pública y derechos humanos, gracias principalmente a los esfuerzos de los movimientos feministas por dar a conocer el asunto de la violencia contra las mujeres. En las últimas décadas también ha incrementado la atención a la violencia sexual (como un tipo de violencia contra las mujeres), por parte de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (ONG), el mundo académico, organizaciones internacionales y el sistema de la ONU, tanto a nivel mundial como en la región de LAC, aunque continúa siendo un problema de salud pública relativamente desatendido (Jewkes y Dartnall, 2008).

La priorización mundial del asunto se ha reflejado en diversas convenciones internacionales y regionales, en declaraciones y resoluciones de conferencias que condenan la violencia contra las mujeres como una violación de los derechos humanos y que apelan a los gobiernos en todas partes del mundo para que promulguen políticas para disminuir los niveles de violencia. Por ejemplo, la CEDAW (1979), la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (Asamblea General



de la ONU, 1993) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Para, 1994) son algunos de los importantes acuerdos internacionales que establecen un marco político para formular acciones dirigidas a prevenir y combatir la violencia contra las mujeres, incluida la violencia sexual.

Este documento expone una visión general de la violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe. Su objetivo es explorar los conocimientos acerca de los patrones, la prevalencia y los factores de riesgo asociados con la violencia sexual en la región; los marcos jurídico y político; las respuestas de las mujeres a la violencia sexual; el acceso a los servicios y las respuestas de los servicios; las intervenciones prometedoras, las brechas en la investigación y las prioridades para futuras investigaciones. En el presente análisis se destaca evidencia de que la violencia sexual es un grave problema de salud pública y derechos humanos en la región de Latinoamérica y el Caribe. Además, se revisan los conocimientos acerca de estrategias eficaces, o por lo menos prometedoras, para prevenir y combatir la violencia sexual y se hacen recomendaciones de programas, políticas y futuras prioridades de investigación.

2. Metodología utilizada en la elaboración de este análisis

Más de doscientos documentos publicados y no publicados fueron revisados para preparar el presente análisis. Las fuentes de la revisión fueron: artículos de revistas revisadas por pares, capítulos de libros, documentos gubernamentales e informes de organizaciones nacionales e internacionales. Los materiales académicos fueron obtenidos de bases de datos internacionales sociales y de salud pública, como Pubmed, Webscience, Popline, Medline, Sociological Abstracts y Redalyc. Además, se recopiló información por medio de búsquedas en Internet y de expertos, hombres y mujeres, que trabajan en asuntos de violencia sexual en la región. Los hallazgos preliminares del análisis de datos secundarios fueron presentados en la Mesa Redonda sobre la Violencia Sexual en la Región de LAC, que tuvo lugar en el Foro de 2009 de la SVRI, en Johannesburgo, Sudáfrica, del 6 al 9 de julio de 2009. A las personas que participaron en esa mesa redonda se les pidió que identificaran recursos adicionales sobre la violencia sexual en LAC y fueron empleadas como grupo de consulta en la elaboración de este análisis. Los materiales reunidos fueron

analizados y organizados por tema, prioridades de investigación y buenas prácticas. Una versión preliminar de este análisis fue presentada en la Mesa Redonda de la SVRI/UNFPA sobre la Violencia Sexual en Latinoamérica y el Caribe, la cual se celebró en noviembre de 2009, en La Habana, Cuba, en la reunión del Foro Global de Investigación en Salud. Los comentarios de esos participantes fueron incorporados en este documento.

Este análisis se centra en investigaciones publicadas entre el año 2000 y el presente. Aunque se ha hecho un esfuerzo por abarcar toda la región de LAC, aún no se han realizado o publicado importantes investigaciones sobre la violencia sexual en todos los países de la región. Por lo tanto, este documento debe considerarse como la primera fase en un proceso en curso de identificar las brechas y prioridades de investigación para esta región con tanta diversidad cultural, racial y geográfica.

3. El contexto socioeconómico y demográfico de LAC

La región de Latinoamérica y el Caribe es sumamente diversa en culturas, razas, etnias, idiomas y desarrollo económico. América Latina y el Caribe tienen marcadas influencias españolas y portuguesas, superpuestas en un rico patrimonio precolombino. La población estimada es de unos 570 millones de habitantes, que viven en casi 50 países y territorios. Más del 50% de la población vive en dos países: Brasil y México. Aproximadamente el 10% de la población es indígena y un 30% es de ascendencia africana (Guzmán et al., 2006).

La región está caracterizada por altos niveles de desigualdad y pobreza. Se calcula que un 33.2% de las personas que viven en la región no tienen suficientes ingresos para satisfacer sus necesidades básicas, y un 12.9% vive en extrema pobreza (CEPAL, 2008).² En la región de LAC existen las mayores disparidades de ingresos del mundo. Los niveles de pobreza son más elevados en zonas rurales, entre grupos indígenas y entre poblaciones de ascendencia africana. Muchos grupos en la región sufren altos niveles de discriminación asociada con etnia, raza, condición socioeconómica, género y orientación sexual (Daeren, 2001).

2 Las cifras se refieren a: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, la República Dominicana, Uruguay, Venezuela y Haití (CEPAL, 2008)



Durante las décadas de los sesenta, los setenta y parte de la década de los ochenta, muchos países en la región eran gobernados por gobiernos autoritarios y dictatoriales caracterizados por el uso de violencia y la perpetración de violaciones de los derechos humanos. En décadas más recientes, se han logrado grandes avances en la consolidación democrática, el surgimiento de movimientos sociales y la protección de los derechos humanos. A pesar de estos logros, la región aún se enfrenta con importantes retos en materia de gobierno democrático, desigualdades socioeconómicas y abusos de los derechos humanos.

La violencia contra las mujeres se encuentra muy arraigada en la región de Latinoamérica y el Caribe. La mezcla de razas durante la conquista europea fue principalmente el resultado de la extendida violación de las mujeres indígenas. Los estudios históricos indican que el uso de violencia por parte del esposo contra su esposa era una práctica común y aceptable durante los siglos XVIII y XIX (Rico, 1996). La trata y la prostitución de mujeres también se remonta a la era colonial, cuando los conquistadores comercializaban a las mujeres de los derrotados (Chiarotti, 2003). Asimismo, hubo altos niveles de violencia –incluso violencia contra las mujeres– durante las guerras civiles, dictaduras militares y las intervenciones militares de Estados Unidos en países de LAC, que ocurrieron durante la segunda mitad del siglo XX (MADRE, 2006).

Las normas jerárquicas de género, comunes en la región de LAC, están muy arraigadas en la moralidad tradicional católica, que define los diferentes roles de mujeres y hombres (Szasz, 1998). En este tradicional ambiente cultural y religioso, el papel más influyente de las mujeres es el de la Virgen María, quien tiene principalmente dos características: virginidad, que significa pureza sexual, y maternidad, que significa la responsabilidad de los hijos y el hogar (Contreras, 2005). En muchos países, las mujeres que cuestionan estos roles tradicionales corren riesgos de condenación, estigma y daños. Las normas tradicionales y religiosas legitiman la discriminación contra las mujeres; por tanto, no son protectoras, sino que sirven principalmente para reforzar la subordinación de las mujeres a los hombres (Montaño et al., 2007).

Según las normas de género comunes en las sociedades patriarcales de LAC, se espera que los hombres controlen las instituciones sociales como la familia, que sean el principal sostén de la familia, que sean fuertes, que sean protectores y que sean sexualmente activos, mientras que se espera lo opuesto de las mujeres. El uso de la violencia es un diferenciador esencial de género. Los

hombres son los perpetradores predominantes de todo tipo de violencia interpersonal, incluso el homicidio criminal y la violencia perpetrada por las fuerzas armadas y la policía (Connell, 2000).

A pesar del hecho de que la desigualdad de género aún ocurre con frecuencia en la región, en las últimas décadas ha surgido un proceso de cambios socioeconómicos y culturales en LAC, mediante el cual las mujeres participan cada vez más en la vida pública (Buvinić y Roza, 2004) y las estructuras y roles tradicionales de género han empezado a cambiar. La transformación de los rígidos roles de género refleja muchos factores, como por ejemplo: los movimientos feministas, la creciente proporción de mujeres en el mercado laboral, la disminución en las tasas de fertilidad, la urbanización, el aumento en los niveles de escolaridad de las mujeres, la globalización y los cambios en las perspectivas ideológicas. Hoy en día, los gobiernos, el mundo académico, las organizaciones internacionales y los diferentes sectores de la sociedad civil reconocen la importancia de eliminar las desigualdades de género.

Muchos de los gobiernos de la región han reconocido a la violencia contra las mujeres como un problema social y de salud pública y han creado institutos, políticas, planes, programas y reformas legislativas para fortalecer los derechos de las mujeres e incluir al tema de la violencia contra las mujeres en sus agendas políticas (Montaño et al., 2007; Ortega, 2005). Sin embargo, aún existen importantes problemas en la mayoría de los países. En muchos lugares, existen limitados recursos financieros y humanos para políticas públicas y programas, las sobrevivientes a menudo carecen de acceso a protección jurídica y justicia, los programas de prevención primaria son escasos y la calidad de los servicios para las sobrevivientes suele ser muy deficiente. Más aún, las intervenciones dirigidas a prevenir y combatir la violencia contra las mujeres a menudo debe superar las normas sociales arraigadas respecto a los roles de género y la sexualidad de las mujeres, y los esfuerzos por eliminar la violencia contra las mujeres en esta región apenas acaban de comenzar (Montaño et al., 2007).



4. Fuentes de datos y métodos de investigación

4.1. Retos y límites en la evidencia base

Las investigaciones sobre la violencia sexual deben superar importantes retos metodológicos, como la delicadeza del tema, la falta de consenso sobre cómo definir y medir los diferentes tipos de violencia sexual y las inquietudes éticas en cuanto a la confidencialidad, la seguridad y el bienestar de las personas entrevistadas (Ellsberg et al., 2001; Ellsberg y Heise, 2005; OMS, 2007a). Por consiguiente, la evidencia sobre la prevalencia, los patrones, los factores de riesgo y las consecuencias de la violencia sexual es limitada comparada con otros problemas graves de salud pública, tanto a nivel mundial como regional (Jewkes et al., 2002).

Uno de los retos, es la falta de consenso en cuanto a cómo definir la violencia sexual, tanto conceptual (por ejemplo, qué constituye violencia sexual, coacción sexual, abuso sexual de menores, etc.) como operativamente (por ejemplo, cómo formular preguntas para medir estos comportamientos). Algunos investigadores, hombres y mujeres, utilizan amplias definiciones que comprenden actos sin penetración, mientras que otros emplean definiciones y preguntas de encuestas centradas principalmente en el coito sexual forzado. Otros utilizan términos como violación, abuso sexual, coacción sexual y/o relaciones sexuales no consensuales, o no explican claramente cómo definieron o midieron la violencia sexual cuando publican sus resultados. El hecho de que las personas investigadoras y entrevistadas no siempre comparten la misma comprensión de la terminología, complica aún más el asunto. Lo ideal sería realizar investigaciones cualitativas sobre los términos y las definiciones locales de experiencias sexualmente coercitivas antes de formular las preguntas de las encuestas, pero esto no siempre se hace. Dado que los estudios utilizan una gama tan amplia de definiciones y medidas, a menudo resulta imposible comparar los estudios de prevalencia (Ellsberg y Heise, 2005).

Otro reto es que muchos de los estudios realizados en la región han empleado marcos teóricos débiles para definir y medir la violencia sexual y los factores de riesgo asociados (Castro y Riquer, 2003). Por consiguiente, a menudo no se elaboran definiciones operativas sensatas o diseños de estudio que permitan explorar los niveles de prevalencia o los factores de riesgo de manera rigurosa. Se necesita más trabajo al respecto para entender las dimensiones socioculturales del problema. Por ejemplo, aunque

es muy aceptado que la violencia sexual tiene sus orígenes en la desigualdad de género, se conoce relativamente poco sobre cómo la violencia es legitimada por hombres y mujeres; de qué manera las normas de género y masculinidades influyen en la condena o aceptación de la violencia y coacción; y cómo la violencia sexual es entendida y conceptualizada entre diferentes grupos (p. ej., por edad, etnia, condición económica, entorno, etc.); y cómo cambiar las actitudes y creencias de las mujeres y los hombres, en particular entre la juventud.

4.2 Resumen de las investigaciones sobre violencia sexual en LAC

El número de estudios sobre la violencia sexual en LAC ha incrementado considerablemente en las últimas dos décadas. No obstante, existen grandes desequilibrios geográficos. Casi la mitad de los estudios identificados en este análisis provienen de Brasil y México. Se han realizado algunas investigaciones en Bolivia, Colombia, Guatemala, Haití, Jamaica, Nicaragua, Perú y la República Dominicana; menos estudios se han llevado a cabo en Argentina, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Honduras, Panamá, Paraguay y Uruguay. Los estudios de la región de LAC varían mucho en cuanto al diseño general, definiciones operativas, tamaño de la muestra y estrategias para la recolección de datos. La mayoría de los estudios citados en este análisis fueron cuantitativos o cualitativos; relativamente pocas personas han logrado integrar los dos. Casi todas las investigaciones se centran en las experiencias de víctimas del sexo femenino; pocos estudios se han enfocado en niños u hombres, ya sea como víctimas o como perpetradores. Cabe notar que relativamente pocos estudios publicados de la región de LAC mencionan los aspectos éticos pertinentes para realizar investigaciones sobre un tema tan delicado.

Un creciente número de estudios cualitativos de LAC han recolectado datos narrativos entre mujeres y hombres jóvenes sobre sus experiencias y puntos de vista relacionados con las relaciones sexuales no consensuales, las normas de género, la sexualidad y los términos y significados asociados con diferentes formas de violencia sexual y coacción (p. ej. Cáceres, 2005; Marston, 2005). Estos estudios pueden ser de utilidad para entender las maneras en que las mujeres y los hombres ven los diferentes tipos de violencia sexual y las conexiones entre las relaciones de poder de género y la violencia sexual.



El objetivo de muchos de los estudios cuantitativos de la región ha sido ofrecer una visión general de la violencia contra las mujeres, que incluye los niveles de prevalencia, la gravedad de la violencia, las características y los factores de riesgo (García-Moreno et al., 2005; Hindin et al., 2008; Montaña et al., 2007). Por ejemplo, el estudio de la OMS en múltiples países sobre la salud de las mujeres y la violencia doméstica llevó a cabo investigaciones pioneras en diferentes países del mundo, entre ellos Brasil y Perú (García-Moreno et al., 2005). Dicho estudio utilizó una muestra poblacional diseñada para ser representativas de grandes sedes urbanas y rurales seleccionadas. Además, las Encuestas Demográficas y de Salud (ENDESA) han creado un módulo sobre la violencia infligida por parejas íntimas (que incluye violencia sexual), el cual se ha utilizado extensamente como parte de encuestas más amplias sobre salud reproductiva en varios países de LAC, entre ellos Bolivia, Colombia, Haití, Nicaragua, Perú y la República Dominicana (Kishor y Johnson 2004; Hindin et al., 2008). Por último, los Centros de Estados Unidos para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) han auspiciado una serie de Encuestas sobre Salud Reproductiva (ESR) en la región, que comprenden un módulo sobre la violencia basado principalmente en el instrumento elaborado para el estudio de la OMS en múltiples países. Otras encuestas representativas a nivel nacional han estudiado la violencia contra las mujeres en países como México (Montaña et al., 2007).

Dado que la ENDESA y ESR son amplias encuestas sobre salud reproductiva que exploran la violencia contra las mujeres como sólo uno de varios temas de interés, la evidencia indica que éstas quizás produzcan cálculos de prevalencia de más baja calidad que las encuestas dedicadas principalmente al tema de violencia contra la mujer, como el estudio de la OMS en varios países (Ellsberg y Heise, 2005). No obstante, la inclusión de los módulos de violencia en las encuestas de ENDESA y ESR ha incrementado la disponibilidad de cálculos de prevalencia basados en la población de un creciente número de países en la región, aun si es probable que subestimen el problema.

Los grandes estudios poblacionales, como las encuestas de la OMS, ENDESA y ESR han sido útiles para obtener una comprensión general del grado de violencia sexual en lugares específicos, para abogar por cambios con los gobiernos y para crear mayor conciencia sobre la violencia contra las mujeres en la sociedad. La mayoría de las encuestas importantes también han recopilado información sobre la gravedad y las consecuencias de la violencia,

así como sobre el riesgo de embarazos no planeados.

Organizaciones como Amnistía Internacional (2004, 2006, 2008) y *Human Rights Watch* (2004, 2006), entre otras, han realizado varios análisis de situación de los tipos insuficientemente documentados de violencia sexual, por ejemplo: acoso sexual, abuso sexual de menores, violencia contra personas que se dedican al trabajo sexual, maltrato de niñas y niños que son trabajadores domésticos, trata y violencia sexual en situaciones de conflicto. Por lo general, estos estudios comprenden estudios cuantitativos en pequeña escala que utilizan muestras de conveniencia, datos cualitativos o análisis de segunda mano. Aunque estos métodos no pueden producir cálculos fidedignos de prevalencia, sí pueden ofrecer información sobre el contexto y las formas de violencia sexual que son particularmente delicadas o no están bien documentadas.

Algunos datos de vigilancia de la violencia sexual están disponibles de los sectores oficiales de salud y justicia en la región de LAC, pero la calidad de estos datos es deficiente, por lo general (Claramunt y Vega-Cortés, 2003). En algunos lugares, incluso en partes de Centroamérica y el Caribe, no existen registros; en otros, existen sistemas de información pero estos no están diseñados específicamente para la violencia sexual. Los datos basados en establecimientos de salud son útiles para obtener información básica sobre el número de sobrevivientes que asistieron, la calidad y las características de los servicios proporcionados, los tipos de clientes que tienen acceso a esos servicios y la respuesta del sector salud y el sector de justicia, pero no son útiles para producir cálculos fidedignos de la prevalencia.

4.3 Definiciones operativas de la violencia sexual

La mayoría de los investigadores, hombres y mujeres, reconocen la validez teórica de la amplia definición que la ONU da sobre violencia sexual, citada anteriormente en el presente análisis, y algunos han utilizado amplias definiciones operativas de violencia sexual en sus estudios. Por ejemplo, en un estudio importante de hombres en Brasil se definió la violencia sexual como “obligar a una pareja a tener relaciones sexuales, comparándola con otras mujeres, burlándose de su cuerpo o desempeño sexual o utilizando chantaje o presión psicológica para tener relaciones sexuales” (Instituto Promundo, Instituto Noos, 2003). Sin embargo, esta amplia definición no es la norma en la mayoría de los estudios de prevalencia. Como se muestra en la Tabla 1, en la mayoría



de las investigaciones se emplea una definición operativa de “violencia sexual” restringida a relaciones sexuales forzadas. Muchas de las definiciones operativas de violencia sexual excluyen específicamente a) actos sin penetración contra adolescentes y mujeres adultas; b) intentos de penetración incompleta; y c) relaciones sexuales con penetración, que ocurrieron como resultado de formas más sutiles de presión, amenazas, coacción e intimidación, que las personas entrevistadas quizás no consideren ser “fuerza” física.

No obstante, incluso en el contexto de este estrecho tipo de definición, los estudios a menudo utilizan definiciones diversas y, por ende, no comparables. En la Tabla 1 se muestran las diferentes maneras de definir y medir la violencia sexual en las investigaciones realizadas en la región de LAC, por ejemplo:

- Diferencias en la manera en que se formulan las preguntas sobre relaciones sexuales en las encuestas. En algunas encuestas se pregunta sólo sobre “relaciones sexuales” forzadas; a veces se menciona penetración, pero generalmente no; en otras se pregunta sobre las “relaciones sexuales” y los “actos sexuales”, ya sea como dos preguntas apartes (p. ej., ENDESA, Perú, 2005) o como parte de una sola pregunta que combina las relaciones sexuales y los actos sexuales (p. ej., ENDESA, Colombia, 2005). Como es de esperarse, preguntar sobre “actos sexuales” así como sobre “relaciones sexuales” suscita niveles más altos de respuestas que preguntar simplemente sobre “relaciones sexuales”.
- Diferentes edades empleadas para distinguir el abuso sexual de menores de otros tipos de violencia sexual. Por ejemplo, en encuestas en Guatemala y Honduras auspiciadas por CDC, se preguntó sobre las experiencias antes y después de los 12 años de edad, mientras que en el estudio de la OMS realizado en múltiples países, se utilizó la edad de los 15 años. En algunas encuestas se pregunta sobre abuso de por vida, mientras que en la mayoría de las encuestas de ENDESA sólo se pregunta sobre la violencia después de los 15 años de edad.
- Diferencias en cuanto a si se pregunta o no sobre experiencias sin penetración, o si se pregunta al respecto en una pregunta aparte. Por ejemplo, en la mayoría de las encuestas auspiciadas por CDC, resumidas en la Tabla 2a, se preguntó a todas las entrevistadas sobre las “relaciones sexuales” en una sola pregunta y sobre experiencias sin penetración en otra, mientras

que en la encuesta de 2002 auspiciada por CDC en Guatemala, se preguntó sobre el “toque” sexual (es decir, experiencias sin penetración), pero sólo antes de los 12 años de edad. En las encuestas de ENDESA rara vez se hacen preguntas explícitas sobre experiencias sin penetración.

- Diferencias en las palabras utilizadas para describir fuerza. Por ejemplo, en algunas encuestas se especifica “fuerza física”; en otras se utiliza el término “fuerza” y se permite que las entrevistadas decidan lo que significa; en algunas se dice “*le obligó a tener relaciones sexuales*”. Otras preguntan sobre actos sexuales que la entrevistada encontró repulsivos (p. ej. la encuesta de la OMS). Pero en la mayoría de las investigaciones no se clasifican las relaciones sexuales no deseadas como violencia a menos que la entrevistada diga que ocurrió con “fuerza” o temor. Las excepciones son las secciones de la encuesta sobre la iniciación sexual, en las que se tiende a hacer más preguntas sobre si el primer acto sexual es deseado. Por ejemplo, en la encuesta auspiciada por CDC en Jamaica se preguntó sobre la iniciación sexual deseada comparada con la no deseada, y en las encuestas auspiciadas por CDC en Guatemala y Ecuador, mencionadas en la Tabla 2a, se preguntó sobre si la primera experiencia sexual fue o no fue una decisión conjunta.
- Diferencias en los tipos, definiciones y números de perpetradores investigados. Por ejemplo, en algunas encuestas de ENDESA en la región se pregunta sobre violencia por parte de personas distintas a la pareja; en otras no. En algunas encuestas se pregunta sobre la violencia sexual perpetrada por la pareja íntima actual o más reciente, aunque la mujer haya tenido múltiples relaciones.
- Diferencias en la definición de parejas íntimas. En algunas se incluyen ex parejas (p. ej., en la mayoría de las encuestas de SR auspiciadas por CDC), mientras que en la mayoría de las encuestas de ENDESA no. En algunas se limita la definición de “parejas íntimas” a parejas casadas o en unión libre, mientras que en otras se emplea una amplia definición. Por ejemplo, en la ENDESA de Honduras realizada en 2005 se incluyeron esposos, compañeros, parejas, novios y enamorados.
- Diferencias en la submuestra de mujeres a quienes se les preguntó sobre la violencia. En algunos lugares, las encuestas simplemente reúnen o reportan datos sobre la violencia entre mujeres actualmente con pareja. Dado que la violencia puede



contribuir a separación y divorcio, las encuestas podrían encontrar niveles más bajos de violencia si limitan su muestra a las mujeres actualmente casadas (p. ej., ver INEGI, 2006).

Tabla 1.
Ejemplos seleccionados de cómo se ha definido y medido la violencia sexual en LAC

Primera relación sexual no deseada o forzada	Ecuador 2004 ESR Su primera relación sexual, ¿ocurrió porque usted y su pareja decidieron juntos, él la convenció o la obligó?
	Jamaica 2008 ESR ¿Cómo describiría usted la primera vez que tuvo coito sexual? ¿Diría usted que quería tener relaciones sexuales, no quería tenerlas pero sucedió de todas formas o fue obligada a tenerlas?
	Estudio de la OMS (García-Moreno et al. 2005) ¿Cómo describiría usted la primera vez que tuvo relaciones sexuales? ¿Diría usted que quería tener relaciones sexuales, no quería tenerlas pero sucedió de todas formas o fue obligada a tenerlas? [Nota: las relaciones sexuales no deseadas no fueron clasificadas como violencia sexual a menos que hubieran ocurrido debido a "fuerza" o "temor".]
Abuso sexual de menores	Guatemala, 2002 (CDC, sin fecha) Antes de los 12 años, ¿recuerda usted si alguna persona mayor que usted alguna vez la manoseó sexualmente o le hizo cosas sexuales que usted no deseaba?
	Estudio de la OMS (García-Moreno et al. 2005) Antes de los 15 años, ¿recuerda si alguien [ejemplos dados] alguna vez la manoseó sexualmente o le hizo cosas sexuales que usted no deseaba?
Experiencia de violencia sexual por cualquier perpetrador a lo largo de la vida	Jamaica 2008 ESR Alguna vez en su vida, ¿la obligó alguien a tener coito sexual con penetración en contra de su voluntad? ¿Qué edad tenía usted la primera vez que esto le sucedió?
	Ecuador 2004 RHS Alguna vez en su vida, ¿alguien la obligó a tener relaciones sexuales con penetración (violación)? Alguna vez en su vida, ¿alguien la obligó o la ha obligado a hacer algo como lo siguiente: a desvestirse, tocarle o dejarse tocar las partes íntimas, besar, abrazar o hacer cualquier otro acto sexual que usted no quería hacer?
Violencia sexual de pareja íntima	Colombia 2005, ENDESS Alguna vez su esposo/compañero o ex esposo /ex compañero: ¿la forzó físicamente a tener relaciones o actos sexuales que Ud. no quería?
	Perú 2005, ENDESA ¿Su (último) compañero (esposo) alguna vez ha utilizado fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales aunque usted no quería? ¿Su (último) compañero (esposo) alguna vez la obligó a realizar otros actos sexuales que usted no quería hacer?

	El Salvador 2008 ESR ¿Alguna vez se sintió usted obligada a tener relaciones sexuales por temor a lo que podría hacer su pareja? ¿Alguna vez la obligó a la fuerza a tener relaciones sexuales que usted no quería?
	Estudio de la OMS (García-Moreno et al. 2005) ¿Alguna vez su esposo/pareja actual la obligó a sostener relaciones sexuales cuando usted no quería? ¿Sostuvo usted relaciones sexuales no deseadas porque tenía miedo de lo que podría hacer su pareja? ¿Alguna vez su pareja la obligó a realizar actos sexuales que usted sintió degradantes o humillantes?
Violencia sexual por una persona diferente a su pareja	Colombia 2005, ENDESA ¿Alguna vez ha sido forzada físicamente por alguna persona (aparte de su esposo/pareja) a tener relaciones o realizar otros actos sexuales?
	Estudio de la OMS (García-Moreno et al. 2005) Desde los 15 años, ¿alguien aparte de su pareja/esposo la obligó alguna vez a tener sexo o a realizar el acto sexual cuando usted no lo deseaba?

Fuentes: a menos que se indique una fuente específica, todas las encuestas son citadas en la Tabla 2a.

4.4 Otros asuntos metodológicos para la investigación sobre la violencia sexual

Como se señaló anteriormente, los niveles de violencia relatada por niñas y mujeres varían mucho según los métodos de recolección de datos y las palabras específicas utilizadas para preguntar sobre la violencia sexual. El hecho de que las niñas y mujeres estén dispuestas a hablar sobre experiencias de relaciones sexuales no consensuales puede ser influenciado por el número de preguntas formuladas, las palabras utilizadas para hacer las preguntas, el tipo de métodos utilizados para la recolección de datos (p. ej., anónimos, cuestionarios autoadministrados o entrevistas cara a cara), la capacitación y aptitud de las personas que efectúan las entrevistas, y el grado de confidencialidad, privacidad, anonimato y seguridad de las entrevistadas garantizado por el equipo de investigación (Ellsberg y Heise, 2005). Además, las investigaciones sobre el abuso sexual en la infancia deben tomar en cuenta los retos específicos relacionados con la capacidad para recordar, especialmente si el abuso ocurrió antes de los 10 años de edad (Jewkes et al., 2002).

En toda la región de LAC, muchas niñas y mujeres no informan sobre experiencias de relaciones sexuales no deseadas o forzadas



por una pareja íntima si se les hace una pregunta general sobre sus experiencias de “violencia” o “abuso”, pero sí relatan violencia en respuesta a preguntas sobre un comportamiento específico. Por ejemplo, en una encuesta nacional de México, menos del 8% de las mujeres contestaron que sí cuando se les hizo una pregunta general sobre “violencia” de una pareja íntima, pero casi el 22% relató violencia psicológica, física o sexual de una pareja durante los últimos 12 meses, cuando se les preguntó sobre actos específicos (Olaiz et al., 2006). Muchas mujeres y hombres consideran la coacción sexual en relaciones con parejas íntimas como parte de una interacción sexual “natural” o incluso como el “derecho” del hombre; sin embargo, aun cuando las mujeres no definen la violencia infligida por parejas íntimas como “violencia”, las entrevistas a profundidad con mujeres indican que las relaciones sexuales forzadas por parejas íntimas a menudo producen sentimientos de asco y repugnancia similares a aquellos mencionados por víctimas de violencia sexual infligida por personas distintas a la pareja (Dantas-Berger y Giffin, 2005).

Las investigaciones sobre la violencia sexual contra los hombres se enfrentan con similares retos metodológicos, pero lo que se conoce sobre cómo medir e interpretar la violencia sexual contra los hombres se encuentra aun menos desarrollado o estandarizado. Por ejemplo, en algunos estudios de la región (p. ej., Cáceres, 2005), se define la iniciación sexual “coercitiva” para incluir relaciones sexuales que ocurrieron como resultado de presión por pares del sexo masculino (las cuales no fueron incluidas para las mujeres entrevistadas). Estos tipos de diferencias presentan complejidades adicionales cuando se comparan las tasas de abuso sexual relatado por mujeres y hombres, y ponen de relieve la necesidad de estudiar cuidadosamente las definiciones operativas de las investigaciones al interpretar los resultados del estudio.

5. Magnitud, tipos y patrones de violencia sexual

Aunque existen considerables variaciones, un creciente conjunto de evidencia indica que la violencia sexual es extensa en toda la región. En la siguiente sección se presenta una visión general de lo que se conoce acerca de la prevalencia de diferentes tipos de violencia sexual en la región.

5.1 Violencia sexual contra mujeres por parejas íntimas

Los estudios de prevalencia indican que la violencia sexual infligida

por parejas íntimas del sexo masculino es común en la región. Las encuestas de la región basadas en la población han encontrado que el porcentaje de mujeres que informan haber sido sometidas alguna vez a relaciones sexuales forzadas por una pareja íntima es del 5% al 47%, mientras que el porcentaje que indica haber sufrido relaciones sexuales forzadas en el año anterior es del 2% al 23% (ver Tablas 2a y 2b). Como se señaló anteriormente, aunque estas variaciones reflejen diferencias en la prevalencia real en cada entorno, probablemente reflejan también diferencias en la manera de definir y medir la violencia. Las encuestas de la OMS realizadas en Brasil y Perú, así como la encuesta INEGI de México, encontraron cálculos de prevalencia más altos comparados con los de otros estudios en la Tabla 2a. Esto probablemente refleja, en parte, el hecho de que estos estudios se enfocaron en la violencia contra mujeres como su temática principal y no como un tema secundario de una encuesta más amplia de salud reproductiva. Por consiguiente, es posible que las personas que realizaron las entrevistas hayan estado mejor capacitadas y que contaran con mejores cuestionarios para poder disminuir el subregistro.

Tabla 2a.

Porcentaje de mujeres (de 15 a 49 años de edad)* que alguna vez tuvieron pareja, quienes declararon haber sido obligadas a tener relaciones sexuales por una pareja íntima de sexo masculino,*** alguna vez o en los últimos 12 meses**

País y año	Tipo de encuesta	Núm. No ponderados	Relaciones sexuales forzadas** por una pareja íntima		Definición operativa	Fuente
			Alguna vez %	En los últimos 12 meses %		
Bolivia 2003	ENDESA	12,005	15	n/a	La obligó a sostener relaciones sexuales no deseadas a menudo o a veces	INE (2004)
Colombia 2005	ENDESA	25,669	12	7	La forzó físicamente a sostener relaciones sexuales no deseadas o a realizar actos sexuales no deseados	Profamilia (2005)
República Dominicana 2007	ENDESA	8,421	5	4	(Sólo la última pareja) La forzó físicamente a sostener relaciones sexuales no deseadas / la obligó a realizar actos sexuales no deseados	CESDEM (2008)
Ecuador 2004	ESR	7,217	12	4	La obligó a sostener relaciones sexuales no deseadas	CEPAR (2005)
El Salvador 2008	ESR	7,349	12	3	La obligó a sostener relaciones sexuales no deseadas	ADS (2009)

Guatemala 2008-9	ESR	11,357	10	3	La forzó físicamente a sostener relaciones sexuales no deseadas	Universidad del Valle de Guatemala (de próxima aparición)
Haití 2005-6	ENDESA		11	11	La forzó a sostener relaciones sexuales no deseadas o a realizar actos sexuales no deseados	Cayemittes et al. (2007)
Honduras 2005	ENDESA	15,479	n/a	9	La ha obligado a sostener relaciones sexuales no deseadas	SS, INE y Macro International. (2006).
Jamaica 2008-9	ESR	7,222	8	3	La obligó a sostener relaciones sexuales no deseadas	NFBP (de próxima aparición)
México 2006	INEGI		18	n/a	Le ha exigido sostener relaciones sexuales no deseadas o realizar actos sexuales no deseados	INEGI (2006)
Nicaragua 2006	ESR	11,393	9	3	La forzó físicamente a sostener relaciones sexuales no deseadas	INIDE (2007)
Paraguay 2008	ESR	4,414	5	2	La forzó físicamente a sostener relaciones sexuales no deseadas	CEPEP (2009)
Perú 2005	ENDESA	2,867	16	6	(Sólo la última pareja) La forzó físicamente a sostener relaciones sexuales no deseadas / la obligó a realizar actos sexuales no deseados	INEI (2005)

* El grupo etario en Paraguay fue de 15 a 44 años.

** Como se ilustra en las definiciones operativas, algunas encuestas midieron sólo las "relaciones sexuales" mientras que otras midieron "relaciones sexuales" forzadas y "otros actos sexuales" forzados.

Nota: todos los porcentajes ponderados.

Tabla 2b.

Porcentaje de mujeres (de 15 a 49 años de edad) que alguna vez tuvieron pareja, quienes declararon, en el estudio de la OMS realizado en múltiples países, haber sido obligadas a tener relaciones sexuales por una pareja íntima de sexo masculino, alguna vez o en los últimos 12 meses

País, lugar y año	Tipo de encuesta	N	Alguna vez	En los últimos 12 meses	Definición operativa
Brasil, Pernambuco, 2002	WHO	1188	14	6	La forzó físicamente a tener coito sexual no deseado Tuvo coito sexual no deseado por temor a lo que él podría hacer La forzó a hacer algo sexual que usted consideró degradante o humillante
Brasil, Sao Paulo, 2002	WHO	940	10	3	
Perú, Departamento de Cusco, 2002	WHO	46.7	47	23	
Perú, Lima, 2002	WHO	1086	23	7	

Fuente: García-Moreno et al., 2005

Se han encontrado altas tasas de prevalencia en estudios de menor escala realizados en ciudades seleccionadas de LAC, por ejemplo: el 23% de las mujeres entrevistadas en Guadalajara, México (Heise et al., 1999) y el 22% de las mujeres entrevistadas en León, Nicaragua (Ellsberg et al., 2000). En el Caribe, en una encuesta basada en la población entre personas adultas jóvenes y adolescentes, realizada en Barbados, Jamaica y Trinidad y Tobago, se encontró que entre el 52% y el 73% de las mujeres relataron experiencias de violencia sexual por una pareja, definido como el acto de una pareja obligar o intentar obligar a la entrevistada a tener cualquier tipo de actividad sexual que ella no deseaba, amenazándola, sujetándola o infligiéndole algún daño (Le Franc et al., 2008). Una vez más, éste es un ejemplo de un estudio en el cual se informaron intentos y no sólo actos completos de fuerza.

Cabe señalar que en todos los estudios realizados en Brasil, Haití, México, Nicaragua y Perú, se han encontrado considerables similitudes entre la violencia sexual y física infligida por parejas íntimas (Ellsberg, 2005). En Nicaragua, por ejemplo, el 36% de las mujeres declararon que comúnmente eran forzadas a tener relaciones sexuales mientras eran golpeadas (Ellsberg et al., 2000). En investigaciones realizadas en Haití se encontró que, en ese entorno, las mujeres tenían la misma probabilidad de sufrir violencia física y violencia sexual (Hindin et al., 2008).

5.2 Violencia sexual contra mujeres y niñas infligida por personas distintas a la pareja

La evidencia indica que las niñas y mujeres frecuentemente sufren violencia sexual infligida por personas que no son su pareja. Entre las subcategorías comunes de violencia sexual perpetrada por personas distintas a la pareja en el contexto de LAC se encuentran: violación, abuso sexual de menores y jóvenes, trata y explotación sexual, violencia sexual durante el proceso de migración, acoso sexual en el lugar de trabajo y violencia sexual en situaciones de emergencia y conflicto/posconflicto. En estudios realizados en Haití y Perú (Cáceres, 2005) también se han descrito casos de violación a mujeres por pandillas, aunque este tipo de violencia sexual no se documenta con frecuencia en la región de LAC.

En un análisis realizado por Ellsberg (2005) se encontró que entre el 8% y el 27% de las mujeres y niñas informaron haber sufrido violencia sexual infligida por alguien que no era su pareja (ya sea



en la infancia o en la adultez) en estudios de LAC. Sin embargo, como se señaló anteriormente, los niveles de violencia relatada tienden a variar considerablemente según los métodos utilizados para recolectar y analizar los datos. Por ejemplo, en un estudio nicaragüense se encontró que sólo el 8% de las mujeres declararon, en entrevistas cara a cara, haber sufrido abuso sexual alguna vez en su vida perpetrado por alguien que no era su pareja, pero el 26% informó abuso cuando se le preguntó por medio de un cuestionario anónimo autoadministrado, que contenía una amplia definición sobre el comportamiento específico de abuso sexual, no sólo de violación completa (Olsson et al., 2000). Asimismo, el estudio de la OMS realizado en múltiples países midió considerables diferencias en los niveles de abuso sexual de menores relatado por mujeres, cuando se les preguntó a las entrevistadas acerca del abuso en entrevistas cara a cara, comparado con las respuestas obtenidas de cuestionarios anónimos autoadministrados (Ellsberg y Heise, 2005; García-Moreno et al., 2005).

Debido a la diversidad de los métodos de investigación y a lo delicado que es el tema, los cálculos de prevalencia de la violencia sexual por personas distintas a la pareja tienden a ser aun más difíciles de comparar que los casos de violencia sexual infligida por parejas íntimas. El estudio de la OMS realizado en múltiples países ofrece una de las pocas fuentes de datos comparables de múltiples países sobre la violencia sexual infligida por personas que no son parejas contra mujeres adolescentes y adultas (ver Tabla 3).

Tabla 3.

Porcentaje de mujeres (entre 15 y 49 años de edad) que relataron haber sido obligadas a tener relaciones sexuales por una persona que no era su pareja, alguna vez en su vida después de los 15 años de edad, estudio de la OMS realizado en múltiples países, 2002

País y lugar de la encuesta	Porcentaje de mujeres que relataron relaciones sexuales o actos sexuales forzados por una persona que no era su pareja %	Número
Brasil, Pernambuco	5	1472
Brasil, Sao Paulo	7	1172
Perú, Departamento de Cusco	11	1837
Perú, Lima	10	1414

Fuente: García-Moreno et al., 2005.

La mayoría de los perpetradores de violencia sexual que no son parejas son conocidos de las víctimas, por ejemplo: familiares, vecinos, amigos, colegas, curas y maestros, aunque existe un número considerable de casos en los que el perpetrador es un extraño (García-Moreno et al., 2005). Por ejemplo, en la ENDESA colombiana de 2005, el 21% de las mujeres que informaron haber sufrido relaciones sexuales forzadas por alguien que no era su pareja, al igual que el 33% de las mujeres en la ENDESA de 2003 de Bolivia (Montaño et al., 2007), declararon que fueron violadas por un extraño. Asimismo, en un estudio realizado en Jamaica se encontró que un 20% de las mujeres que relataron violencia sexual dijeron que no conocían al perpetrador (Waszak et al., 2006).

- ***Abuso sexual de niñas y adolescentes del sexo femenino***

El abuso sexual de menores generalmente es perpetrado por un adulto o alguien de edad más avanzada que la niña o el niño, quien utiliza su posición de poder para coaccionar a la niña o al niño para que participe en la actividad sexual. El abuso sexual en la infancia a menudo es definido como cualquier tipo de toque o acto sexual indeseado antes de los 15 años de edad, aunque en las investigaciones a veces se utiliza la edad de 12 años en la definición (Ellsberg, 2005; García-Moreno et al., 2005). La mayoría de los perpetradores son conocidos de las víctimas; con frecuencia, son cuidadores de confianza (p. ej., padres, padrastros, familiares, amistades, vecinos) que se aprovechan de su posición dominante; el abuso a menudo ocurre más de una vez y puede durar muchos años (Jewkes et al., 2002).

Cada vez hay mayor conciencia del abuso sexual de menores como un problema en la región de LAC, aunque los cálculos de prevalencia rigurosos son escasos. Las investigaciones sobre este asunto se ven obstaculizadas por la dificultad específica de recordar sucesos que ocurrieron en la primera infancia. Una fuente de cálculos basados en la población de abuso sexual de menores, provenientes de unos pocos lugares en LAC, es el estudio de la OMS en múltiples países, el cual encontró que casi una de cada 5 mujeres (el 20%) en Lima, Perú, declaró haber sufrido abuso sexual en la infancia, definido como toque sexual o actos sexuales no deseados antes de los 15 años de edad, al igual que el 18% en el Departamento de Cusco, Perú, el 12% de las mujeres en Sao Paulo, Brasil, y el 9% en Pernambuco, Brasil (García-Moreno et al., 2005).



Las encuestas informan patrones muy diferentes en cuanto a la edad de la víctima. Por ejemplo, en una encuesta poblacional anónima realizada en Nicaragua, se encontró que el 26% de las mujeres relataron abuso sexual o actividad sexual indeseada antes de los 19 años de edad (Olsson et al., 2000). La mayoría (el 74%) de estas mujeres fueron abusadas antes de los 12 años y la edad media del primer abuso sexual fue a los 10 años. Asimismo, la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres en México (basada en establecimientos) encontró que entre el 17% de las mujeres que informaron violencia sexual, la mitad declaró que este abuso ocurrió antes de los 15 años de edad (INSP, 2003; Olaiz et al. 2006). En un análisis de datos sobre el abuso sexual de menores, provenientes de las encuestas sobre salud reproductiva auspiciadas por CDC y realizadas en tres países centroamericanos (El Salvador, Guatemala y Honduras), se encontró que la edad media de las víctimas de abuso sexual en la infancia fue de 10.5 años (Speizer et al., 2008). Por contraste, la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva en México realizada en el año 2003 (SSA y CRIM, 2003) encontró relativamente pocas mujeres (el 14%) que habían declarado haber sufrido abuso sexual (alguna vez) habían sido abusadas antes de los 10 años, mientras que la mayoría (el 65%) había sufrido abuso entre los 10 y 20 años de edad (Gasman et al., 2006). No obstante, como se señaló anteriormente, debido a la dificultad de medir y obtener cálculos fidedignos sobre la prevalencia del abuso sexual en la primera infancia, este tipo de datos es difícil de interpretar.

Los estudios centrados en la coacción sexual contra mujeres adolescentes revelan altos niveles de violencia sexual contra este sector de la población. Por ejemplo, en una encuesta domiciliaria realizada en Haití, se calculó que 35,000 mujeres habían sufrido agresión sexual³ en la zona metropolitana de Puerto Príncipe, entre 2004 y 2005 y más de la mitad eran menores de 18 años de edad (Kolbe y Hutson, 2006). Otras encuestas sobre salud reproductiva informan hallazgos similares. Por ejemplo, en la Encuesta sobre Salud Reproductiva de Jamaica realizada en 2002, se encontró que el 20% de las mujeres entre 15 y 19 años de edad relataron haber sido obligadas alguna vez a tener coito sexual (Waszak et al., 2008). Las encuestas que utilizan muestras basadas en escuelas, realizadas en diferentes países latinoamericanos, han encontrado que entre el 5% y el 40% de las adolescentes informan haber sido abusadas sexualmente en alguna etapa de su vida (Montaño et al., 2007).

- ***Iniciación sexual forzada entre niñas***

Para muchas niñas y mujeres en LAC, la iniciación sexual no es deseada y/o es forzada, pero las tasas de prevalencia varían considerablemente según el entorno. Por ejemplo, el estudio de la OMS realizado en múltiples países encontró tasas de iniciación sexual forzada del 3% al 4% en los lugares de estudio en Brasil. (García-Moreno et al., 2005). En los lugares de estudio en Perú, las tasas reportadas fueron mucho más altas: el 7% en Lima y casi el 24% en el Departamento de Cusco (García-Moreno et al., 2005). En un estudio entre adolescentes en Argentina se encontró que el 12% de las personas entrevistadas dijeron que su primer acto de coito sexual no fue deseado y el 10% dijo que fue forzado (OPS, 2006). Un estudio cualitativo en Jamaica encontró que muchas de las mujeres entrevistadas inicialmente dijeron que habían “deseado” su primera experiencia sexual, pero cuando fueron interrogadas más a fondo, muchas revelaron que había sido forzado (Waszak et al., 2008). En un estudio basado en escuelas, realizado en varios países del Caribe, se encontró que entre las adolescentes sexualmente activas, casi la mitad declaró que su primer acto sexual fue “forzado” o “algo forzado” (Halcón et al., 2000).⁴

La evidencia de casi todos los estudios realizados a nivel mundial indica que mientras más joven es la persona en la iniciación sexual, más probable es que ésta haya sido forzada (Jewkes et al., 2002). Por ejemplo, el estudio de la OMS realizado en múltiples países encontró que más del 40% de las mujeres que declararon haber tenido su iniciación sexual antes de cumplir los 15 años, en Lima y en el Departamento de Cusco (Perú) informaron que esta primera experiencia sexual fue forzada, comparado con el 3% y el 17% (respectivamente) entre las mujeres cuya iniciación sexual ocurrió a los 18 años o más.

- ***Relaciones sexuales forzadas sin protección y maternidad***

El acto sexual sin protección debido a coacción o sabotaje por una pareja del sexo masculino a veces es considerado como un tipo de violencia sexual y está estrechamente vinculado con la experiencia de violencia física o sexual (Miller et al., 2010). El acto sexual forzado sin protección y la reproducción forzada tienen graves

4 Este estudio fue realizado en Antigua, Bahamas, Barbados, las Islas Vírgenes Británicas, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica y Sta. Lucía.



consecuencias negativas para niñas y mujeres, como maternidad no deseada e ITS (Miller et al., 2010). Los investigadores han señalado que en lugares con ingresos moderados o más altos, entre las adolescentes en Latinoamérica y el Caribe existen altos niveles de relaciones sexuales sin protección, maternidad a temprana edad y embarazo no deseado (Pons, 1999). Un factor responsable es la negativa de las parejas de sexo masculino a usar condones o a permitir que sus parejas usen otros métodos anticonceptivos (Pons, 1999). En algunos casos, su negativa refleja no sólo irresponsabilidad, sino también una estrategia explícita para lograr que la mujer quede embarazada, a veces en contra de su voluntad (Pons, 1999; Miller et al., 2010).

- *Trata y explotación sexual*

La evidencia anecdótica indica que la trata de personas para fines de explotación sexual es un grave problema en la región de LAC (García-Suárez, 2006). La trata interna ocurre en el país de origen y generalmente es caracterizada por la trata de mujeres jóvenes desde zonas rurales y pobres a ciudades principales. Niñas y mujeres son traficadas por diversos propósitos, pero a veces son vendidas a propietarios de burdeles y son obligadas a tener sexo comercial (Ribando, 2005).

La trata externa se refiere al movimiento forzado desde el país de origen a otro país o región. LAC es principalmente una región de origen, mientras que Japón, Europa Occidental y Estados Unidos son los principales destinos (UNODC, 2006). Según el Observatorio Nacional sobre Migración y Tráfico de Mujeres y Niñas, Brasil y la República Dominicana figuran entre los cuatro países del mundo con el mayor número de mujeres víctimas de trata para fines de explotación sexual (Montaño et al., 2007). Otros lugares con altos niveles de trata de mujeres son Colombia y el Caribe. Por ejemplo, el gobierno colombiano calcula que unas 50,000 mujeres colombianas, muchas de las cuales son traficadas, participan en trabajo sexual en el extranjero (Bastick et al., 2007). Otras fuentes calculan que por lo menos 50,000 mujeres dominicanas están involucradas en trabajo sexual en Europa (Luciano, 2007; Montaño et al., 2007). La trata en LAC también se caracteriza por extensos movimientos intrarregionales. Algunos países de LAC son considerados como importantes destinos y como centros de tránsito de mujeres y niñas que son traficadas para explotación sexual, entre ellos las Islas del Caribe, México, Panamá y Surinam (Montaño et al., 2007).

En LAC, la trata de mujeres y niñas ocurre por medios similares a los que se emplean en otras partes del mundo. Extensas redes criminales les mienten a las niñas y mujeres vulnerables, las intimidan o de alguna otra manera se aprovechan de ellas. Estas pandillas a menudo ejercen violencia con impunidad. Los traficantes utilizan cada vez más falsas ofertas de trabajo, matrimonios arreglados y adopciones para llevarse a las mujeres de manera fraudulenta a otros países donde son victimadas (Chiarotti, 2003).

- ***Violencia sexual y migración***

Alguna evidencia indica que las mujeres migrantes en la región de LAC, en particular aquéllas indocumentadas, corren alto riesgo de sufrir abuso sexual durante el proceso de migración (Mora, 2006). Las niñas y mujeres a menudo son expuestas a graves peligros durante su trayecto, especialmente en zonas fronterizas. Criminales, traficantes, contrabandistas e incluso la policía fronteriza son los principales perpetradores de violencia sexual. En algunos casos, las mujeres migrantes se involucran temporal o permanentemente en trabajo sexual como medio de supervivencia, para poder enviar dinero a sus familiares o pagar por los servicios del contrabandista. Existe poca información cuantitativa sobre este asunto en la región; sin embargo, en un estudio de la frontera entre Guatemala y México, se encontró que el 70% de las mujeres migrantes habían sufrido algún tipo de violencia y el 60% de esas mujeres declararon haber sufrido algún tipo de abuso sexual (Montaño, et al., 2007). En la misma frontera, se encontró que 3 de cada 4 trabajadoras sexuales eran migrantes temporales provenientes de El Salvador, Honduras o Nicaragua (Bronfman, et al., 2001).

- ***Acoso sexual en el lugar de trabajo***

Según la Recomendación General 19 de las Naciones Unidas a la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (ONU, 1992), el acoso sexual es: contacto físico, comentarios verbales e insinuaciones sexuales no deseados. El acoso sexual en el lugar de trabajo puede implicar una demanda de sexo a cambio de un beneficio laboral u otras acciones que creen un ambiente laboral hostil, humillante o intimidante para la víctima. Las encuestas de lugares de trabajo en países industrializados y en países en desarrollo generalmente encuentran que entre el 30% y el 50% de las mujeres han sufrido algún tipo de acoso sexual en el lugar de trabajo en alguna etapa de su vida (Secretario General de la ONU, 2006). Las investigaciones indican



que las mujeres son más vulnerables al acoso sexual en el lugar de trabajo si son jóvenes, dependientes financieramente, solteras o divorciadas, o si son migrantes en la comunidad donde viven (ILO, 2007). Las trabajadoras domésticas parecen ser particularmente vulnerables al acoso sexual, especialmente cuando son extranjeras trabajando sin la documentación requerida.

Pocos estudios de la región de LAC han reunido datos empíricos sobre el acoso sexual en el lugar de trabajo, pero los que lo han hecho, indican que el acoso sexual es un problema común. En un estudio realizado en Santiago de Chile entre 1,200 empleadas, se encontró que el 20% informó haber sufrido algún tipo de acoso sexual en el trabajo (Rico, 1996). En una encuesta realizada en 12 ciudades principales de Brasil, el 52% de las mujeres declaró haber sufrido algún tipo de acoso sexual en el trabajo (DeSouza y Cerqueira, 2008). Algunas evidencias indican que el riesgo de acoso sexual es más alto para las mujeres que trabajan en malas condiciones o sin beneficios legales, así como para las mujeres que carecen de apoyo social, como las trabajadoras en las maquilas de las zonas fronterizas de México (Magallón, 2007)

El acoso sexual contra trabajadoras domésticas ha sido caracterizado como un problema particular de la región (Human Rights Watch, 2006). Por ejemplo, en un estudio realizado entre trabajadoras domésticas de Porto Alegre, en Brasil, se encontró que el 26% de las mujeres que son trabajadoras domésticas informaron haber sufrido acoso sexual en el trabajo durante el año anterior (DeSouza y Cerqueira, 2008). En un estudio de Guatemala se encontró que una tercera parte de las mujeres adultas que eran trabajadoras domésticas declararon haber sufrido acoso sexual (Human Rights Watch, 2006). Otro estudio realizado en El Salvador encontró que casi el 16% de las trabajadoras domésticas que habían cambiado de empleo relataron haber dejado su trabajo anterior debido a acoso o abuso sexual (Human Rights Watch, 2006).

- ***Situaciones de emergencia y de conflicto/posconflicto***

Muchos países latinoamericanos han experimentado conflictos armados internos en las últimas décadas, los cuales han producido enormes tragedias sociales. Aunque los datos son escasos, se ha documentado violencia sexual extendida contra mujeres y niñas durante períodos de conflictos armados y postconflicto en muchos lugares, entre ellos: Colombia, El Salvador, Guatemala, Haití y Perú (Bastick et al., 2007; Rico, 1996; Human Rights Watch, 2005). Casi todos los grupos armados involucrados en los conflictos internos

de LAC han perpetrado violencia sexual contra niñas y mujeres, pero las fuerzas gubernamentales y paramilitares han sido los principales perpetradores (Amnistía Internacional 2004, 2006 y 2008a). La violencia sexual a menudo ha sido ejercida en la región para infundir el terror en las comunidades, para vengarse contra los rebeldes y para usar a las mujeres y niñas como “botines de guerra”.

En Guatemala, por ejemplo, la Comisión para el Esclarecimiento Histórico investigó los abusos de derechos humanos después de la guerra. De los 1,465 actos de agresión sexual documentados por la Comisión, la gran mayoría (el 89%) fueron perpetrados por miembros del ejército u otras fuerzas armadas asociadas con el gobierno (Gil Herrera, 2007). Los investigadores han documentado numerosos actos extremos de violencia sexual durante la guerra en Guatemala, entre ellos violación combinada con tortura y/o femicidio (p. ej., Amnistía Internacional, 2006; Gil Herrera, 2007). Los altos niveles de violación y asesinato de mujeres continúan siendo un problema en la era posconflicto en Guatemala, como legado de la guerra.

Amnistía Internacional informa que los ataques que incluyen violencia sexual contra las mujeres han ido aumentando en los últimos años en Colombia, generando terror en las comunidades, particularmente en zonas controladas por la guerrilla y grupos paramilitares (Amnistía Internacional, 2004). Ese informe argumenta que el desplazamiento interno como resultado del conflicto parece estar incrementando el riesgo de violencia sexual contra las mujeres y cita estadísticas gubernamentales que indican que más de una tercera parte de las mujeres desplazadas internamente han sido obligadas a tener relaciones sexuales.

En la mayoría de los casos, los perpetradores de abuso durante el conflicto armado han gozado de impunidad, especialmente cuando los agresores eran encargados de seguridad. Pocos casos han sido enjuiciados. Por ejemplo, hace apenas cuatro años, en 2006, varias mujeres fueron arrestadas ilegalmente, torturadas y abusadas sexualmente por miembros de las fuerzas armadas durante un conflicto político en la comunidad de San Salvador Atenco, en México. A pesar de que las víctimas entablaron denuncias, los agresores no han sido castigados (Duarte, et al., 2007).

La evidencia indica que, en algunos países, las mujeres indígenas de zonas rurales corren mayor riesgo de sufrir violencia sexual



relacionada con conflicto y a veces son el blanco específico como parte de la discriminación más generalizada, experimentada por poblaciones indígenas en la región (Bastick, et al., 2007). En zonas de conflicto en Colombia, Guatemala, México y Perú, la evidencia indica que la mayoría de las víctimas de violencia sexual, entre ellas un 90% de las víctimas de violencia sexual relacionada con la guerra en Guatemala, han sido mujeres y niñas indígenas (Hanlon y Shankar, 2000).

Incluso en períodos posconflicto, la violencia sistemática a menudo continúa como legado de la guerra. Tras conflictos internos, muchos países latinoamericanos informan una alta incidencia de violencia criminal, que incluye violencia sexual. En entornos posconflicto han surgido pandillas criminales, como los Zenglendos en Haití y las Maras en El Salvador (Montaño, 2007). En algunos casos, los miembros de estas pandillas eran parte de las fuerzas gubernamentales y paramilitares durante dictaduras y guerras. Estos hombres continúan cometiendo abusos de derechos humanos contra civiles, incluida la violencia sexual contra las mujeres.

Recuadro 1:

Unos pocos estudios han explorado el abuso sexual de mujeres y niñas durante situaciones de emergencia causadas por desastres naturales en la región. Por ejemplo, Alba y Luciano (2008) documentaron abuso experimentado por mujeres en la República Dominicana después del huracán Noel en 2007. Ese estudio ilustra las condiciones difíciles confrontadas por las niñas y mujeres que vivieron en refugios después de la tormenta y las formas en que las malas condiciones de vida aumentaron el riesgo de violencia sexual.

5.3 Violencia sexual contra hombres y niños

La mayoría de las víctimas de violencia sexual son mujeres y niñas, pero los hombres y niños también pueden sufrir violencia sexual, a menudo perpetrada por otros hombres contra niños y adolescentes (Jewkes et al., 2002). Aunque existen muy pocas investigaciones sobre la violencia sexual contra hombres en la región de LAC, un pequeño pero creciente número de estudios han explorado el abuso sexual de menores, la iniciación sexual forzada o no deseada y otros tipos de violencia sexual contra niños y hombres (Cáceres, 2005; Halcon et al., 2000; Pantelides y Manzelli, 2004; Olsson et al., 2000). En todos los estudios revisados, un pequeño pero notable porcentaje de hombres relataron experiencias de abuso sexual en

la infancia, relaciones sexuales forzadas o no deseadas, aunque generalmente eran tasas mucho más bajas que las de las mujeres; la mayoría de los actos de violencia sexual contra hombres ocurre en la infancia o al inicio de la adolescencia; y en muchos casos, los perpetradores son hombres (Jewkes, et al. 2002).

En una encuesta de salud sexual y reproductiva realizada entre hombres en diferentes ciudades de Centroamérica, se les preguntó a los hombres sobre sus experiencias de abuso sexual durante la infancia (Pantelides y Manzelli, 2005). Las tasas reportadas eran del 3% al 10% (Tabla 4), y la mayoría de los actos de abuso reportados ocurrieron entre los 4 y 9 años de edad.

Tabla 4.
Porcentaje de hombres que informaron haber sufrido abuso sexual en la infancia

Ciudad/País	Abuso sexual en la infancia %	N
Belice, Belice	6	384
San José, Costa Rica	10	401
San Salvador, El Salvador	6	291
Tegucigalpa, Honduras	3	400
Managua, Nicaragua	8	600
Panamá, Panamá	4	463

Fuente: Pantelides y Manzelli (2005)

Varios estudios del Caribe han encontrado relativamente altas tasas de violencia sexual y coacción contra hombres. Por ejemplo, en un estudio realizado en Barbados, Jamaica y Trinidad y Tobago, se encontró que entre el 40% y el 54% de los hombres entrevistados entre los 19 y 30 años de edad informaron haber sufrido abuso sexual en algún momento de su vida (Le Franc et al., 2008). En otro estudio realizado por Halcón y colegas (2000; 2003) se encontró que casi el 10% de los hombres adolescentes declararon haber sufrido abuso sexual (definido como “cuando alguien en su familia u otra persona lo toca en un lugar donde usted no quería ser tocado, o hace algo sexual que no debió haberle hecho, o lo obliga a usted a tocarlo sexualmente o a tener relaciones sexuales con él o ella”). Casi una tercera parte de los hombres adolescentes sexualmente activos relataron que su primera experiencia sexual fue “forzada” o “algo forzada” (comparado con el 48% de las mujeres sexualmente activas): una cifra que es mucho mayor que las de otros estudios realizados en la región de LAC. Las



investigaciones indican que este alto nivel de iniciación sexual no deseada posiblemente refleje la temprana edad a la cual ocurrió: casi la mitad de los niños sexualmente activos en ese estudio relataron haber tenido su primer acto sexual cuando eran niños muy jóvenes, antes de los 11 años de edad.

6. Consecuencias de la violencia sexual

Las víctimas de violencia sexual pueden sufrir graves consecuencias para su salud sexual y reproductiva, por ejemplo: ITS/VIH, embarazo no deseado, complicaciones ginecológicas como sangrado vaginal o infección, fibromas, deseo sexual disminuido, irritación genital, dolor durante el coito sexual, dolor pélvico crónico e infecciones de las vías urinarias (Jewkes et al., 2002).

Los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud de la región indican que el porcentaje de mujeres que informan tener una ITS es más alto entre las mujeres que han sufrido violencia sexual que entre otras mujeres, incluido el 3% de las mujeres que informan violencia sexual frente al 1% de las mujeres que no declaran haber sufrido violencia sexual en Colombia; el 4% frente al 1% en la República Dominicana; el 18% frente al 10% en Haití; y el 5.4% frente al 3.7% en Perú (OPS, 2006). Asimismo, en Jamaica, Waszak y colegas (2006) encontraron que las mujeres cuya primera experiencia sexual fue forzada eran más propensas a declarar que presentaban secreción genital. En un estudio realizado en Haití, se encontró que las víctimas de violencia sexual eran considerablemente más propensas a haber presentado recientes síntomas de ITS que otras mujeres que no se declararon como víctimas de violencia sexual (Gómez et al., 2009).

Las mujeres que son violadas por alguien que no es su pareja pueden quedar embarazadas como resultado. Amnistía Internacional (2008) informó que el 20% de las mujeres que buscaron tratamiento por violación en un servicio de salud en Puerto Príncipe, Haití, quedaron encinta a consecuencia de la agresión. En México, los estudios han encontrado que entre el 7% y el 26% de las víctimas de violación quedan embarazadas (Gasman et al., 2006). En Costa Rica y Perú, los estudios indican que más del 90% de los embarazos entre niñas menores de 15 años de edad fueron producto de incesto (García-Suárez, 2006; Rico, 1996). En lugares donde el acceso a los servicios de aborto seguro es sumamente restringido, las mujeres y niñas que quedan embarazadas a consecuencia de una violación no tienen más opciones que llevar a término el embarazo o recurrir a servicios

de aborto inseguro. Cualquiera de las dos situaciones puede crear problemas de salud, físicos, psicológicos y socioeconómicos tanto para las niñas y mujeres como para sus hijos (Amnistía Internacional, 2009).

7. Respuestas de niñas y mujeres a la violencia sexual

7.1 Respuesta de niñas y mujeres a la violencia sexual

La literatura limitada pero cada vez más extensa ofrece una mirada a las formas en que las niñas y las mujeres en la región de LAC responden a sus experiencias de violencia sexual. Muchas niñas y mujeres no revelan incidentes de violencia sexual a las personas a su alrededor y mucho menos a las autoridades. Los estudios indican que el silencio es una respuesta particularmente común al abuso sexual en la infancia (Belknap y Cruz, 2007) y a las relaciones sexuales forzadas por una pareja íntima (estudio de INEGI citado por Amnistía Internacional, 2008b). En Jamaica y México, los estudios encontraron que sólo alrededor de la mitad de las víctimas de violencia sexual le habían contado a alguien del incidente (Waszak et al., 2006; Ramos-Lira, et al., 2001). En situaciones de conflicto puede ser especialmente problemático revelar estos incidentes. La evidencia de El Salvador y Guatemala indica que las mujeres generalmente no declaraban haber sufrido violencia sexual relacionada con conflicto armado, particularmente si estaban casadas (Anaya Rubio, 2007; Gil Herrera, 2007). Asimismo, en un estudio de Perú, las trabajadoras domésticas que habían sufrido abuso sexual, por lo general, no denunciaron actos de violencia sexual contra ellas. Con frecuencia, le quitaban importancia al incidente y, cuando era posible, simplemente trataban de evadir al perpetrador (Ojeda Parra, 2007). Estas respuestas a menudo eran acompañadas de altos niveles de ansiedad, temor, depresión, baja autoestima y otras consecuencias psicológicas.

Un estudio cualitativo muy pequeño realizado con mujeres jóvenes en México documenta los relatos de estas jóvenes (Belknap y Cruz, 2007). Basándose en 24 entrevistas con mujeres jóvenes, los investigadores sugirieron que las niñas que habían sufrido abuso sexual, en su hogar, en la infancia parecían menos propensas a oponerse verbalmente a sus agresores y más propensas a mostrar señales de trauma psicológico que las niñas que sólo habían sufrido maltrato físico. En un análisis de la violencia contra las mujeres en países centroamericanos (Velzeboer et al., 2003), se encontró que las mujeres que habían sufrido violencia por parejas íntimas



(incluso violencia sexual) tendían a tolerar la violencia hasta que ésta alcanzaba un punto en que ellas se daban cuenta de que su pareja no cambiaría o que podría empeorar. En algunos casos, llegaban a esta conclusión cuando los episodios violentos escalaban o cuando sus hijas/os se veían afectadas/os directamente.

Las niñas y mujeres que deciden revelar abuso o buscar ayuda generalmente primero revelan su situación a un miembro de la familia (por lo general su madre), amistades, vecinas o a un/a consejero/a religioso. Éste fue uno de los hallazgos de los datos cualitativos y cuantitativos de Centroamérica (Claramunt y Vega-Cortés, 2003), Haití (Gage, 2005), Jamaica (Waszak et al., 2006), México (Ramos-Lira et al., 2007) y Perú (Ojeda Parra, 2007). Por ejemplo, la mitad de las mujeres que revelaron violencia sexual en el estudio mexicano, lo hicieron por primera vez con familiares, mientras que el 25% la revelaron a amistades (Ramos-Lira et al., 2007). En el estudio de Haití, el 26% de las mujeres que sufrieron violencia sexual declararon que habían buscado ayuda de sus propios parientes. La madre fue la fuente más importante de ayuda que buscaron, seguida de amistades y vecinas. En el estudio de Jamaica, el 36% informó a su madre y/o padre, el 26% informó a sus amistades y el 14% a otros familiares. Aunque muchas sobrevivientes encontraron apoyo en estas personas, muchas más relataron reacciones negativas, como el hecho de que la madre o el cura culpara a la mujer o a la niña por el incidente.

Algunos estudios en LAC han tratado de calcular el porcentaje de víctimas que denuncian casos de violencia sexual a las autoridades o que buscan otros tipos de ayuda y atención profesional. Los niveles de declaración varían según la población estudiada, el entorno, la metodología utilizada, las características del incidente, el tipo de servicio y otros factores. En general, se estima que en la región, sólo un 5% de las víctimas adultas de violencia sexual denuncian el suceso a la policía (UNFPA, 2005). Un estudio de Haití encontró que menos del 2% de las sobrevivientes buscaron ayuda de la policía y un porcentaje similar buscó ayuda de un/a abogado/a o médico/a (Gage, 2005). En Jamaica, las investigaciones calcularon que sólo el 6% de las mujeres víctimas de violencia sexual denunciaron el incidente a la policía (Waszak, et al., 2006). Informes de México y Brasil calculan que aproximadamente 1 de cada 10 agresiones sexuales es denunciada (Gasman, et al., 2006). En un estudio realizado en Santiago de Chile, se encontró que sólo el 2% de las violaciones o intentos de violación fueron denunciados a la policía (Lehrer et al., 2007).

Las mujeres que denuncian los actos de violencia sexual o que buscan otros servicios de apoyo casi siempre acuden a un establecimiento de salud, como un hospital, centro de salud o clínica. El segundo servicio reportado con más frecuencia utilizado por las sobrevivientes es la policía (Claramunt y Vega-Cortés, 2003). Desafortunadamente, como se demuestra en la próxima sección, por lo general, éste es uno de los ámbitos donde menos apoyo se brinda a las víctimas. La tercera opción citada con más frecuencia son las ONG y los servicios sociales.

7.2 Motivos por los cuales las niñas y mujeres no denuncian los actos de violencia o no buscan ayuda

Los estudios indican que existen muchos motivos por los cuales las mujeres no buscan ayuda o no denuncian los incidentes de abuso sexual a la policía, por ejemplo: el orden patriarcal y la falta de solidez de los sistemas jurídicos en la región. Los siguientes factores son los motivos mencionados con más frecuencia en la literatura de LAC para no denunciar el abuso sexual (empezando con el más común).

- a) Estigma, vergüenza y discriminación:** En la mayoría de los estudios revisados, la vergüenza, el estigma o el temor a la discriminación fueron las principales razones citadas por las sobrevivientes por no haber revelado o denunciado experiencias de violencia (Amnistía Internacional, 2006; Claramunt y Vega-Cortés, 2007; Délano y Todano, 1993 citado por Rico, 1996). En muchos casos, especialmente cuando la violencia sexual es cometida por un extraño, las mujeres temen ser rechazadas por su familia, por su comunidad y por su esposo. Sobrevivir violencia sexual a veces es visto como algo vergonzoso o “deshonroso”.
- b) Temor a represalias del perpetrador:** En muchos casos, las mujeres se quedan calladas porque temen sufrir represalias del perpetrador. En un estudio realizado en Nicaragua, se encontró que un alto porcentaje de mujeres fueron abusadas de nuevo por el perpetrador (principalmente la pareja o ex pareja) después que denunciaron el abuso (Meza Gutiérrez et al., 2005). Muchas mujeres relatan tener miedo de que su agresor se vengue y le haga más daño a ella o a sus hijos (Henriques y Joseph, 1999; MSF, 2009). Este temor se encontró también en situaciones de violencia sexual denunciada en entornos



de conflicto, donde las mujeres a menudo expresan temor a represalias del personal militar, policías y personal paramilitar, quienes generalmente son protegidos por el Estado.

- c) **Sentido de culpa:** Alguna literatura muestra que las sobrevivientes a menudo internalizan los mitos de violación que son comunes en la sociedad y con frecuencia relatan que piensan que el incidente violento fue “su culpa” (Belknap y Cruz, 2007; Gil Herrera, 2007; Rico, 1996). La familia y la comunidad a menudo culpan a la mujer por el incidente violento y la acusan de no haberse resistido lo suficiente.
- d) **El camino hacia denunciar la violencia es demasiado complicado, peligroso o tiene poca probabilidad de ser beneficioso:** En muchos lugares, las víctimas no confían en las autoridades encargadas de garantizar el cumplimiento de la ley o creen que denunciar el acto de violencia les traería más riesgos que beneficios (Claramunt y Vega-Cortés, 2007; Sagot, 2005). En muchos casos, no confían en la confidencialidad de los servicios, o creen que denunciar el incidente significaría más dolor: un temor que a menudo refleja las deficiencias de los sistemas de la región que se supone que ayuden y protejan a las sobrevivientes.
- e) **Falta de apoyo de la familia y amistades:** En muchos casos, las niñas y mujeres creen que su familia y amistades no les creerían o no las apoyarían si ellas les revelaran sus experiencias de violencia sexual, especialmente si el agresor es un conocido (Henriques y Joseph, 1999; Waszak et al., 2008). Ese temor a menudo es justificado; en un estudio realizado en México, algunas niñas relataron que cuando revelaron el abuso, su familia no les creyó y, en algunos casos, incluso las sometieron a castigo físico en respuesta (Belknap y Cruz, 2007). En muchos casos, la familia desalienta a la mujer o niña de revelar el abuso a alguna otra persona.

8. Factores de riesgo asociados con la violencia sexual

Para entender las causas y los factores de riesgo asociados con la violencia, la mayoría de los investigadores, hombres y mujeres, han utilizado lo que se conoce como el Modelo Ecológico (Belskey, 1980; Heise, 1998; Dahlberg y Krug, 2002). Este modelo sostiene que la violencia es el resultado de una interacción de factores en

cuatro niveles: macrosocial, comunitario, relacional e individual (Heise et al., 1999). En la siguiente sección se analiza lo que se conoce acerca de los factores de riesgo de violencia sexual en estos cuatro niveles en la región de LAC.

8.1 Factores en los niveles macrosocial y social

Un gran conjunto de evidencia de estudios realizados mundialmente indica que la violencia contra las mujeres está muy vinculada a los factores del nivel social, por ejemplo: desigualdades en las normas de género, dominio generalizado de los hombres en la sociedad, la aceptación de violencia como una manera más general de resolver conflictos y el hecho de que el sistema de justicia no castigue a los perpetradores o no proteja a las víctimas (Jewkes, 2002).

- **Normas de género**

En LAC, al igual que en otras regiones, la mayoría de las investigaciones coinciden en que la violencia sexual está muy arraigada en un orden social de género caracterizado por desigualdades en las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la sociedad. Un gran número de publicaciones de la región explora las raíces y los contextos sociohistóricos, culturales y religiosos en los que se desarrollan las desigualdades en las relaciones de género, así como los vínculos entre las normas de género y la violencia contra las mujeres (Fuller, 2001b; Gutmann, 2000; Olavarría y Valdés, 1998; Ramírez, 2005; Viveros, 2001). De particular importancia en la región de LAC son los diferentes roles de género asignados a mujeres y hombres basados en influencias católicas tradicionales. En la región de LAC, alguna evidencia indica que los niveles de violencia sexual en la sociedad están vinculados con los valores culturales y las normas sociales que respaldan la idea de que los hombres son superiores a las mujeres y que tienen derecho a controlar la sexualidad de las mujeres, por ejemplo:

a) Legitimar la violencia infligida por parejas íntimas:

En muchas partes de LAC, la violencia sexual infligida por parejas íntimas es aceptada de manera generalizada como parte de las experiencias domésticas de la mujer. Como se señaló anteriormente, muchas mujeres y hombres no clasifican a las relaciones sexuales forzadas en el matrimonio como una forma



de violencia porque las relaciones sexuales son consideradas como el derecho del esposo. El abuso sexual perpetrado por el esposo parece formar parte de lo que se dice ser normas sociales aceptables en algunas comunidades de LAC. Por ejemplo, en el estudio de la OMS realizado en múltiples países, se encontró que un considerable porcentaje (el 12%) de mujeres en las zonas rurales de Perú no creían que la mujer tiene derecho a negarse a tener relaciones sexuales con su esposo, aun cuando él está borracho o ella está enferma, y el 26% estuvo de acuerdo en que golpear a la esposa está justificado si ella se niega a tener relaciones sexuales (Tabla 5).

Tabla 5. Porcentaje de mujeres que estuvieron de acuerdo en que golpear a la esposa está justificado o en que la esposa no tiene derecho a negarse a tener relaciones sexuales, estudio de la OMS en múltiples países, 2002

Lugar del estudio	N	Golpear a la esposa está justificado		La esposa tiene derecho a negarse a tener relaciones sexuales	
		Porque ella se negó a tener relaciones sexuales %	Por otra razón* %	De acuerdo con todas las razones mencionadas** %	En desacuerdo con las razones mencionadas** %
Brasil, Pernambuco	1473	<1	34	94	1
Brasil, Sao Paulo	1172	5	9	72	3
Perú, Dept. de Cusco	1837	26	78	40	12
Perú, Lima	1414	2	34	86	<1

* Otras razones mencionadas fueron: no haber terminado las tareas domésticas, desobediencia, preguntar sobre otras mujeres o infidelidad.

** Algunas de las razones mencionadas fueron la esposa no quería, el esposo estaba borracho, la esposa estaba enferma o el esposo maltrataba a su esposa.

Fuente: García-Moreno et al., 2005

Las investigaciones cualitativas corroboran los hallazgos de esta encuesta. Por ejemplo, en un estudio antropológico realizado en Guatemala se encontró que la agresión sexual es considerada legítima en algunos países, si es perpetrada por el esposo o por un hombre cuya intención era casarse con la niña o la mujer (Hastings, 2002). En ese entorno, las mujeres entrevistadas no consideraron al coito sexual forzado como una "verdadera violación", porque las mujeres casadas están obligadas a tener relaciones sexuales con su esposo.

b) Culpar a las mujeres:

Los mitos sobre la violación predominan en muchas sociedades de LAC. La idea de que las mujeres “provocan” a los hombres a violarlas o “piden” ser violadas con su comportamiento o su forma de vestir es una percepción común que le echa la culpa a las víctimas y no a los perpetradores. Un estudio en Perú encontró que los hombres jóvenes culpaban a las niñas y mujeres por provocar relaciones sexuales forzadas si ellas estaban “coqueteando” o si les habían negado sexo “injustamente” (Cáceres, 2005). En Jamaica, una encuesta encontró que el 66% de los hombres y el 49% de las mujeres estuvieron de acuerdo con la declaración: “Las mujeres y niñas a veces se buscan ser violadas” (Amnistía Internacional, 2007). Las actitudes negativas hacia las víctimas de violencia a menudo son transmitidas de una generación a otra, como indica un estudio realizado en Guyana, en el cual un gran porcentaje de niñas y niños entrevistados creían que las niñas a menudo instigan a la violencia sexual usando ropa “reveladora” (UNICEF, 2005, citado por Amnistía Internacional, 2007).

c) Justificar los “deseos sexuales inherentes” de los hombres:

Una creencia común en muchos lugares es que la violencia sexual es producto del deseo sexual incontrolable del hombre, que es inherente a la identidad masculina y, por ende, socialmente legítimo (Hastings, 2002; Cáceres, 2005). En un estudio realizado en Brasil, Moore (2006) encontró que muchas mujeres creían que su pareja necesitaba tener relaciones sexuales y que la abandonaría o maltrataría si ella no lo permitía. Moore argumenta que estas creencias crean un ambiente en el cual la coacción sexual es la regla y no la excepción.

d) Las mujeres son vistas como objetos sexuales:

La cultura popular y la manera en que los medios de comunicación representan a los hombres y a las mujeres generan ideas e imágenes de lo que cada género debe representar. La estructura tradicional de género que predomina en la región de LAC apoya la creencia de que las mujeres son objetos sexuales sin derecho a gozar de los mismos derechos que los hombres. En los países del Caribe, las investigaciones analizaron las imágenes de hombres y mujeres presentados en televisión, revistas y películas y documentaron las formas en que los



medios de comunicación utilizan imágenes sexistas para tratar a las mujeres como un objeto y reducirlas a instrumentos para el placer de los hombres (Henriques y Joseph, 1999).

e) El culto a la virginidad de la mujer:

El valor concedido a la virginidad de la mujer está profundamente arraigado en la cultura de LAC y la regulación de la sexualidad de la mujer a menudo proporciona una justificación para el uso de la violencia (p. ej., Henriques y Joseph, 1999 en el Caribe; Hastings, 2002 en Guatemala; Cáceres, 2005 en Perú). En muchos lugares, se valora mucho a las mujeres que permanecen vírgenes hasta el matrimonio, mientras que las niñas y mujeres que tienen relaciones sexuales premaritales a menudo son estigmatizadas, consideradas “indignas” por las comunidades tradicionales y a veces incluso son consideradas como “blancos legítimos” de la agresión. En un estudio realizado en zonas rurales de Guatemala, Hastings (2002) encontró que la penetración forzada era reconocida como violación cuando era cometida contra una mujer virgen con quien el perpetrador no pensaba casarse, pero no contra mujeres divorciadas o viudas, quienes eran consideradas como disponibles sexualmente porque ya habían tenido experiencias sexuales. En el Caribe, Henriques y Joseph (1999) encontraron que algunas de las personas entrevistadas creían que las niñas solteras que no conservaban su virginidad antes del matrimonio “se merecían” lo que les pasara. En Perú, Cáceres (2005) encontró que los hombres jóvenes a menudo no condenaban la violación cuando las niñas no eran vírgenes y decían cosas como: “nadie creería que fueron forzadas”.

En los últimos años, las sociedades de LAC han experimentado importantes cambios sociodemográficos que están transformando las normas tradicionales de género, así como las actitudes y el comportamiento entre mujeres y hombres. En Brasil, por ejemplo, las investigaciones encontraron que los hombres jóvenes mostraron menos tolerancia de todas las formas de fuerza sexual en comparación con hombres de edad más avanzada (Instituto Promundo, Instituto Noos, 2003). Asimismo, Ellsberg (2005) cita evidencia de que las mujeres jóvenes en Nicaragua eran más propensas que las mujeres de edad más avanzada a dejar una relación abusiva, lo cual ella sugiere podría reflejar cambios de actitudes y normas con relación al derecho de las mujeres de vivir libre de violencia.

- ***Cultura de violencia***

Las investigaciones realizadas mundialmente indican que el conflicto armado y la violencia criminal son otros importantes factores macrosociales asociados con los altos niveles de violencia física y sexual contra las mujeres en la sociedad (Jewkes, 2002). Tanto el conflicto armado como la violencia criminal son graves problemas en la región de LAC, que históricamente ha sido una de las regiones más peligrosas del mundo. Según las estadísticas de la OMS, en la región de LAC existe la tasa más alta de homicidio de todas las regiones: casi 30 de cada 100,000 habitantes al año, comparada con un promedio mundial de nueve (Mathers et al., 2002). Según Solís Rivera (2007) citado por De León Escribano (2008), 13 de los 15 países con las tasas más altas del mundo de asesinato por armas de fuego se encuentran en esta región.

Las investigaciones indican que los factores clave asociados con las altas tasas de violencia en la región son: desigualdad social, expansión y empobrecimiento de poblaciones urbanas, aumentos en desempleo, corrupción, tráfico y uso de drogas ilícitas, proliferación de pandillas, sistemas de justicia ineficientes, discriminación social y modelos jerárquicos de masculinidad (Rojas Aravena y Mesa, 2008). El uso de violencia en la región refleja las normas culturales que, en muchos lugares, han llegado a considerar la violencia como algo aceptable e incluso normal.

- ***Respuestas gubernamentales a la violencia***

La evidencia de diversos lugares indica que las políticas gubernamentales y la capacidad del sector jurídico para proteger a las víctimas y castigar a los perpetradores son otros factores del nivel social que influyen en los niveles de violencia, incluida la violencia sexual, contra las mujeres (Jewkes et al., 2002). Desgraciadamente, las respuestas de los gobiernos a la violencia, incluida la violencia sexual, a menudo han sido débiles. La impunidad tiene sus orígenes en parte en sistemas débiles de justicia nacional y en el hecho de que los gobiernos no aplican leyes y planes nacionales para hacer frente a estos problemas.

No sólo las respuestas del sector de justicia a la violencia han sido débiles en la región, sino que las acciones gubernamentales a menudo han contribuido a los niveles de violencia en la sociedad en vez de lo opuesto. Un importante factor del nivel social asociado con la violencia en la región de LAC es el legado de dictaduras y conflictos políticos que ocurrieron en las últimas décadas. Los altos



niveles de violencia criminal son un trágico legado de las guerras civiles en Colombia, Guatemala, El Salvador, Haití, Nicaragua y Perú, y de las dictaduras en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. Durante los períodos de dictadura y conflicto, muchas personas en la región vivían en un contexto caracterizado por opresión, tortura, desapariciones forzadas, temor, impunidad, brutalidad y abuso sexual. Los Estados imponían control autoritario sobre las sociedades mediante el uso de fuerzas armadas y paramilitares. En muchos lugares, los niveles de violencia en la sociedad continúan siendo altos, o peor aún, aumentaron durante el período posconflicto (Rojas Aravena, 2008).

8.2 Factores comunitarios

A nivel comunitario, las investigaciones han identificado la falta de apoyo social para las mujeres como un factor de riesgo de violencia contra las mujeres (Heise y García-Moreno, 2002). Varios estudios muestran que las mujeres que sufren violencia doméstica tienen menos probabilidad de tener acceso al apoyo de la sociedad y la familia que las mujeres que no han sufrido esta violencia (Ellsberg et al., 2000; Montaña, 2007). En Haití, Gage y Hutchinson (2006) encontraron una correlación entre violencia sexual infligida por parejas íntimas y la escasez de redes de apoyo comunitario. En un estudio realizado en Perú, Ojeda Parra (2007) encontró que las dificultades afrontadas por trabajadoras domésticas que sufrieron abuso o acoso sexual eran exacerbadas por la falta de protección y apoyo por parte de la familia.

La falta de apoyo social también parece desempeñar una función en la trata y explotación sexual. Por ejemplo, Montaña y colegas (2007) citan investigaciones que indican que, como resultado de la vulnerabilidad social, muchas niñas y mujeres jóvenes se involucran en trabajo sexual dirigido a turistas en el Caribe. En algunos casos, las familias no sólo no protegen a las mujeres y niñas sino que también castigan a las niñas o mujeres jóvenes que se involucran en actividades de explotación sexual por necesidad económica. En un estudio realizado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) se encontró que muchas víctimas de la trata en Colombia fueron influenciadas por familias que buscaban maneras de mejorar su situación económica (Montaña et al., 2007).

8.3 Factores asociados con las relaciones personales

Se ha comprobado que la dinámica de control y poder que refleja desigualdades en las relaciones de género está estrechamente vinculada con la violencia sexual contra las mujeres infligida por parejas íntimas (Jewkes et al., 2002). Los hombres a menudo ejercen violencia sexual para controlar el cuerpo y la sexualidad de las mujeres. La evidencia de la región de LAC indica que la violencia sexual perpetrada por parejas íntimas a veces es provocada cuando el hombre es celoso; cuando la mujer se niega a tener relaciones sexuales con su pareja, o cuando el hombre se siente en riesgo de perder control de la relación (Montaño et al., 2007).

Varios estudios en la región han identificado los celos como un factor de riesgo o algo que puede provocar la violencia sexual. En encuestas nacionales de salud reproductiva realizadas en Haití y México, se encontró una considerable asociación entre la violencia sexual infligida por parejas íntimas y los celos (Gage y Hutchinson, 2006). En Nicaragua, tanto los datos cuantitativos como cualitativos señalaron a los celos como el principal catalizador de violencia, incluida la violencia sexual (Ellsberg et al., 2000). Alguna evidencia indica que los hombres a veces ejercen violencia sexual como una forma de dominar a sus parejas y de restablecer su identidad masculina. Por ejemplo, en un estudio realizado en México entre hombres que trabajaban en fábricas, se encontró que algunos hombres relataron haber ejercido fuerza cuando su pareja no quería tener relaciones sexuales con él (Contreras, 2005). En un estudio en Brasil se encontró que cuando el hombre sentía que su rol como el principal sostén económico se veía amenazado por la participación de la mujer en la fuerza laboral, la violencia sexual era una manera de reconstruir su identidad masculina (Dantas-Berger y Giffin, 2005). En este caso, los hombres utilizaron la violencia sexual como una forma de restablecer el control en la relación con las mujeres.

8.4 Factores individuales

Las investigaciones han identificado varios factores individuales asociados con un mayor riesgo de sufrir o perpetrar violencia sexual, por ejemplo:

- **Edad**

La temprana edad es un factor de riesgo para sufrir violencia



sexual (Jewkes et al., 2002). Considerable evidencia de la región indica que gran parte de la violencia sexual es perpetrada contra adolescentes y niños de ambos sexos (Amnistía Internacional, 2007; Contreras, et al., 2007; Guzmán, 2001; Gasman et al., 2006; Geldstein y Pantelides, 2003; Olsson et al., 2000; Smith Fawzi et al., 2005; García-Moreno et al., 2005). Las niñas pequeñas son particularmente vulnerables. Asimismo, la mayoría de los estudios han encontrado que mientras más joven es la persona en el momento de su primer acto de coito sexual, más probable es que éste haya sido forzado, tanto en niños como niñas (p. ej., ver García-Moreno et al., 2005 para niñas y Halcon et al., 2000 y 2003 para niños). A la inversa, el porcentaje de niños y niñas cuya primera experiencia sexual es consensual aumenta según la edad a la cual tienen relaciones sexuales por primera vez (Jewkes et al., 2002; UNFPA, 2005).

- **Factores socioeconómicos**

Mediante investigaciones realizadas en Brasil, Chile, Haití, Jamaica y otras naciones, se ha encontrado una alta correlación entre los factores socioeconómicos y el riesgo individual de sufrir o perpetrar violencia sexual (Gage, 2005; Gibbison, 2007; Hindin et al., 2008; Santos-Baptista et al., 2008; Schraiber et al. 2008). Estos factores son: vivir en contextos marginados, condiciones adversas y pobreza. En un estudio realizado en México y Centroamérica, se encontró que era más probable que las víctimas de trata y prostitución forzada provinieran de sectores excluidos por la sociedad (Claramunt y Vega-Cortés, 2003). En algunos lugares, las personas más marginadas de la sociedad a menudo son las más vulnerables a la victimización sexual, por ejemplo: niñas y niños de la calle, huérfanos o personas jóvenes que carecen del apoyo de su familia. En Haití, por ejemplo, una importante encuesta domiciliaria encontró que las niñas y niños que trabajan como sirvientes domésticos no remunerados a cambio de comida y un lugar donde vivir —conocidos como *restaveks*— representan casi el 70% de las víctimas infantiles de agresión sexual en Puerto Príncipe (Kolbe y Hutson, 2006).

Alguna evidencia indica que los niveles de escolaridad más altos podrían servir de protección en cuanto a la violencia sexual, aunque los hallazgos son diversos. En la Tabla 6 se presentan los cálculos de prevalencia de violencia sexual infligida por parejas íntimas (alguna vez), según el nivel de escolaridad de las mujeres. En Bolivia, Colombia y Perú, las encuestas de ENDESA informan que el riesgo de sufrir violencia sexual infligida por una pareja

íntima disminuyó conforme aumentó el nivel de escolaridad de las mujeres. Sin embargo, en Haití y en la República Dominicana, las tasas de violencia sexual por parejas íntimas fueron más altas entre las mujeres que habían recibido alguna enseñanza primaria en comparación con las que no habían recibido ninguna. Jewkes (2002) ofrece una posible explicación de estos hallazgos. Ella sugiere que cuando la condición social de las mujeres es muy baja, la violencia del hombre puede que no sea “necesaria” para imponer el cumplimiento de los roles tradicionales de género, pero la violencia contra las mujeres a veces puede escalar cuando las mujeres buscan mayores oportunidades educativas y laborales y, por ende, empiezan a cuestionar los roles tradicionales de género. En el caso de la República Dominicana y Haití, las encuestas de ENDESA indican que las mujeres deben alcanzar el nivel de educación secundaria antes que la violencia sexual por parejas íntimas empiece a disminuir. Cabe señalar que la educación también está correlacionada con otros factores sociales como la condición socioeconómica y las redes sociales.

Tabla 6.

Porcentaje de mujeres (entre 15 y 49 años de edad) que alguna vez han tenido pareja y declararon haber sufrido violencia sexual infligida por una pareja íntima de sexo masculino, por nivel de escolaridad de la mujer

Ciudad/País	Nivel de escolaridad			
	Ninguno	Primaria	Secundaria	Universidad
Bolivia (2003)	17	16	15	10
Colombia (2005)	14	14	11	7
República Dominicana (2007)	6	9	5	4
Haití (2005/2006)	11	13	8*	
Perú (2004)	22	16	16	13

*Secundario+

Fuente: Encuestas de ENDESA <http://www.measuredhs.com/>

- ***Violencia sufrida durante la infancia***

La evidencia de diferentes partes del mundo indica que las niñas que sufren abuso sexual en la infancia corren mayor riesgo de ser victimadas de nuevo más adelante en la vida (Jewkes et al., 2002). En la región de LAC, los estudios realizados en Guatemala



y Honduras encontraron que las mujeres que habían sufrido abuso sexual en la infancia eran aproximadamente dos veces más propensas a experimentar violencia sexual por una pareja íntima como adultas, que las mujeres que no sufrieron abuso en la infancia (Speizer et al., 2008). Los estudios realizados en Brasil, Chile y México encontraron que el abuso de menores era uno de los mayores pronósticos de revictimización sexual, incluso cuando se controló para otras variables (DeOliveira et al., 2009; Lehrer et al., 2007; Ortega-Ceballos et al., 2006). Un estudio en México encontró que las mujeres que relataron historia de violación por alguien que no era su pareja de sexo masculino eran más propensas a ser víctimas de violencia sexual por sus parejas (Rivera-Rivera et al., 2004). Según las autoras del estudio, el abuso sexual a temprana edad puede aumentar la vulnerabilidad de las víctimas a la revictimización, al dejarlas con menos habilidades para protegerse a sí mismas, con menos seguridad en su autoestima y con una conceptualización menos clara del abuso. Las investigaciones también indican que el abuso sexual en la infancia aumenta el riesgo de ser víctima de trata sexual (UNICEF, 2001 citado por García-Suárez, 2006).

Estudios realizados en otras partes del mundo han encontrado una estrecha asociación entre experiencias violentas en la infancia y la perpetración de violencia sexual durante la adultez (e.g. Jewkes et al., 2006 de Sudáfrica). Asimismo, las investigaciones de Rio de Janeiro, Brasil, encontraron que los hombres que habían presenciado o sido víctimas de violencia en su hogar de origen, eran más propensos a ejercer violencia contra sus parejas (Instituto Promundo, Instituto Noos, 2003).

- ***Actitudes tradicionales sobre los roles de género y la sexualidad de las mujeres***

La evidencia indica que la violencia sexual está estrechamente vinculada con valores, normas y prácticas culturales que respaldan la idea de que los hombres son superiores a las mujeres y tienen derecho a controlar la sexualidad de las mujeres. Por ejemplo, algunas investigaciones en LAC señalan un vínculo entre rígidos comportamientos y actitudes de los hombres y la perpetración de violencia contra las mujeres, incluida la violencia sexual (Cáceres, 2005; Contreras, 2005; Fuller, 2001a). Para muchos hombres, el uso de violencia es parte de su sentido de masculinidad (Connell, 2000), y la violencia sexual es una manera en que los hombres pueden reforzar y perpetuar su masculinidad jerárquica (Anderson et al., 2001).

Los datos de las encuestas de ENDESA en Bolivia, República Dominicana y Haití, revelaron una importante asociación entre sufrir violencia sexual infligida por una pareja íntima y las actitudes de las mujeres hacia la violencia (Hindin et al., 2008). Entre las mujeres que están de acuerdo en que el maltrato por parte del cónyuge es justificado en algunas situaciones, existe mayor probabilidad de que relaten haber sufrido alguna vez violencia sexual infligida por su pareja de sexo masculino que entre las mujeres que no están de acuerdo, aunque no está claro si estas actitudes precedieron a la violencia o viceversa.

9. Marcos jurídicos y respuestas del sector de justicia

9.1 Acuerdos internacionales

En varios acuerdos internacionales se ha afirmado el compromiso mundial para eliminar la violencia contra las mujeres; entre esos acuerdos figuran la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Convención de Belem do Para, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIDP) y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (Secretario General de la ONU, 2006). Estos acuerdos utilizan el marco de derechos humanos y una perspectiva de género; además, hacen un llamado a los gobiernos a prevenir y combatir la violencia contra las mujeres, incluida la violencia sexual.

La región de LAC ha sido reconocida internacionalmente como la primera región del mundo donde todos los países ratificaron la CEDAW. Además, la mayoría de los gobiernos en LAC han ratificado la Convención de Belem do Para: el único tratado regional del mundo dirigido específicamente a eliminar la violencia contra las mujeres. La adopción de estos instrumentos ha acelerado los avances logrados por los gobiernos de la región, al formular acciones jurídicas y políticas, además de reformas, destinadas a disminuir la violencia contra las mujeres (Luciano y Saleh-Ramirez, 2001). A pesar del reconocimiento de la violencia contra las mujeres como un asunto de prioridad para los gobiernos de la región de LAC, muchos países aún no han aplicado plenamente las recomendaciones de estos instrumentos internacionales y, como se discutirá más adelante en el presente análisis, las respuestas al problema a menudo han sido insuficientes en términos prácticos (Rioseco Ortega 2005).



9.2 Legislación nacional

En la década de los noventa, los gobiernos en la región de LAC empezaron a modificar la legislación nacional para eliminar la violencia contra las mujeres. En muchos países se incorporó legislación especializada basada en una perspectiva de género y, de acuerdo a ello, se reformaron los códigos civil y penal. Muchos avances estaban vinculados con la aplicación de los acuerdos internacionales a nivel nacional (Luciano y Saleh-Ramírez, 2001).

Recuadro 2: Un caso notable: “Ley María da Penha”.

En 1983, una mujer brasileña, María da Penha Maia, sobrevivió dos atentados de asesinato por parte de su esposo Antonio Heredia Viveiros. A consecuencia del maltrato, ella quedó parapléjica. Batalló durante veinte años para que se hiciera justicia en su caso, apelando a organizaciones internacionales como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. La historia recibió atención internacional. La ley nacional sobre la violencia doméstica en Brasil fue aprobada en 2006 y nombrada “María da Penha” en reconocimiento de esta mujer admirable. La ley define a la violencia sexual específicamente como un crimen y comprende mecanismos jurídicos preventivos, punitivos y protectores. Es considerada una de las leyes más avanzadas del mundo para eliminar la violencia contra las mujeres.

Algunas de estas reformas legislativas han sido: fortalecer los derechos civiles de las mujeres, sanciones penales contra los perpetradores de violencia contra las mujeres y mejoras en los procedimientos penales (Morrison et al, 2004; CIDH, 2007; UN-INSTRAW, n.d.)⁵ En casi todos los países de la región se han aprobado las reformas legislativas para proteger a las víctimas, castigar a los perpetradores y penalizar las diferentes formas de violencia física, psicológica, sexual —y en algunos casos— económica contra las mujeres. En algunos países, las reformas legislativas también se han dirigido al acoso sexual, la explotación sexual o la violencia en situaciones de conflicto (Montaño et al., 2007). En muchos casos, las reformas legislativas han definido la violencia sexual como delito penal y no como ‘delito moral’, como fue conceptualizada históricamente en muchos de los sistemas legislativos de LAC. En algunos lugares, se han eliminado

⁵ Las tablas de leyes relacionadas con la violencia contra las mujeres y la violencia sexual en LAC se encuentran en: el sitio Web de CEPAL (www.eclac.org); CLADEM, 2005; Montaño et al., 2007; Rioseco-Ortega, 2005.

las cláusulas discriminatorias contra las víctimas, como permitir que las víctimas sean interrogadas sobre su historia sexual, su conducta durante la agresión o su “honor”. En otros lugares, las reformas legislativas han introducido la violación marital como delito penal donde no existía antes, como se introdujo recientemente en México. Las leyes de Argentina, Perú y Uruguay han eliminado las disposiciones que permitían que los violadores escaparan las sanciones si aceptaban casarse con la víctima. Ahora existen sanciones contra el acoso sexual en algunos países, como Argentina, las Bahamas, Brasil, Chile, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Paraguay, Perú, la República Dominicana y Santa Lucía. Además, la definición de violación y las sanciones contra ésta han sido ampliadas en países como Belice, Costa Rica, Honduras, Nicaragua y Panamá. En algunos países, las reformas legislativas han facilitado mayor acceso de las víctimas a los servicios de aborto seguro (CIDH, 2007; UN-INSTRAW, sin fecha).

A pesar de las considerables mejoras a las leyes dirigidas al problema de la violencia sexual, aún existen problemas. Algunos países en la región todavía deben armonizar su legislación nacional con la CEDAW y la Convención de Belem do Para. Una deficiencia común en la región es que muchas de las leyes dirigidas a la violencia contra las mujeres aún están situadas en el marco de ley doméstica y familiar (Montaño, 2007). Por consiguiente, en algunos lugares, algunos tipos de violencia contra las mujeres (como la violación marital) no son tratados por el Código legislativo y las leyes a veces se centran en proteger a la familia, en vez de proteger los derechos y la seguridad de la mujer. Más aún, algunos códigos legislativos aún clasifican la violación y la agresión sexual como “un delito grave contra la moral” y no como un acto criminal contra la mujer (Montaño, 2007). Además, algunos sistemas legislativos aún contienen cláusulas retrógradas y discriminatorias, como las que absuelven al agresor si él acepta casarse con la víctima, las que clasifican los tipos de violación según la historia sexual de la víctima, las que consideran a las niñas y niños pequeños como capaces de consentir al coito sexual, o las que no penalizan el incesto.

Otro problema legislativo es que en muchos países se niega a las víctimas de violación que quedan embarazadas el derecho a tener un aborto seguro y legal. Por ejemplo, en El Salvador y Nicaragua, el aborto es penalizado en todos los casos, incluso en casos de violación e incesto o para salvar la vida de la madre (Amnistía Internacional, 2009). Incluso en los países donde la interrupción del embarazo es legal en casos de violación e incesto, las obstrucciones



administrativas y jurídicas a menudo imposibilitan el acceso a los servicios de aborto seguro y legal.

9.3 Aplicación y cumplimiento de las leyes relacionadas con la violencia sexual

A pesar de los avances realizados en la reforma de los marcos legislativos y políticos en los últimos años, la mayoría de los países en la región de LAC se enfrentan con importantes retos en la aplicación y el cumplimiento de la legislación relacionada con la violencia contra las mujeres. Los sistemas de justicia han sido particularmente ineficaces en proteger a las víctimas y castigar a los perpetradores de la violencia sexual, y el patrón de impunidad continúa permeando la región (CIDH, 2007).

En casi todos los ámbitos, pocos casos de violencia sexual denunciados son enjuiciados, mucho menos condenados. Por ejemplo, la evidencia indica que sólo el 10% de los casos de violencia sexual denunciados en Argentina terminan con el agresor siendo castigado (Bianco et al., 2008); menos del 4% de los perpetradores pagan sus culpas en Chile y Ecuador; y en Guatemala, este porcentaje es inferior al 1% (CIDH, 2007). En las Bahamas, datos recolectados en un plazo de cinco años muestran que el 80% de aquéllos acusados de violación nunca fueron enjuiciados o fueron absueltos (Henriques y Joseph, 1999). En una encuesta realizada por el Departamento de Mujeres en Dominica, en el año 2001, se encontró que la mitad de las niñas y mujeres que buscaron ayuda de la policía estaban insatisfechas con la respuesta, y los problemas que más mencionaron fueron insuficiente recopilación de evidencia y falta de seguimiento (CIM, 2009).

Comúnmente, la policía es renuente a investigar los casos y la judicatura no puede imponer el cumplimiento de las leyes (Morrison et al., 2004). La respuesta del sector de justicia a la violencia sexual a menudo es indiferente, discriminatoria u hostil a las víctimas de violencia sexual (CIDH, 2007; UN-INSTRAW, sin fecha). En muchos lugares, los operadores del sector justicia dan mucha importancia a la evidencia física y maltratan a las niñas y mujeres que se presentan para entablar una denuncia. En un estudio de caso realizado en diez países de la región, Sagot (2005) encontró que los agentes de policía a menudo expresaron nociones patriarcales de la violencia contra las mujeres, demostraron actitudes inapropiadas hacia la sexualidad de las mujeres revictimizaron a las sobrevivientes, lo cual facilitó la impunidad de los agresores (Sagot, 2005). En

Centroamérica, Velzeboer y colegas (2003) encontraron que las comisarías eran el lugar donde se les brindaba la menor cantidad de apoyo a las mujeres que habían sufrido violencia, en términos de actitudes sensibles al género, buena disposición para ayudar a las sobrevivientes y capacidad para proporcionar información útil.

En algunos lugares, los procedimientos jurídicos son sumamente complicados y a menudo requieren que las mujeres hagan largos y repetidos viajes para denunciar sus casos. Por ejemplo, en Centroamérica, uno de los factores más importantes que inhiben a las mujeres en cuanto a entablar una denuncia son los complicados procedimientos y formalidades necesarios (Sagot, 2005). Otros obstáculos son el hecho de que las reformas de leyes y políticas a menudo no son difundidas extensamente, y muchas mujeres y hombres, incluidas las personas que proporcionan servicios, con frecuencia desconocen los derechos jurídicos de las mujeres. Más aún, el personal de los sistemas de salud y justicia a menudo carece de la capacitación necesaria para poder proporcionar información a las sobrevivientes de violencia sexual sobre cómo tener acceso al sistema de justicia.

Otro obstáculo para denunciar actos de violencia sexual es que las víctimas a menudo son vulnerables a represalias una vez que entablan una denuncia contra el agresor y la mayoría de los sistemas jurídicos de la región no tienen medidas eficaces para protegerlas (Velzeboer et al., 2003). Esta situación es de particular gravedad cuando el perpetrador de la violencia sexual es un miembro de la familia.

Estos obstáculos a la justicia con frecuencia son amplificados en zonas marginadas y excluidas y en entornos de conflicto. En algunos lugares, no existen centros oficiales donde las mujeres puedan denunciar los actos de violencia. En otros lugares, el personal encargado de imponer el cumplimiento de la ley carece incluso de los recursos más básicos y la capacitación necesaria para investigar o procesar casos de violencia sexual. Por ejemplo, los investigadores han documentado que, durante las guerras en El Salvador y Guatemala, muchas niñas y mujeres no tenían acceso a un sistema de justicia funcional (Anaya Rubio, 2007; Gil Herrera, 2007). Muchas mujeres confrontan una situación similar en los actuales conflictos internos en Colombia y México (Amnistía Internacional, 2004; Duarte et al., 2007).



9.4 Esfuerzos por fortalecer la respuesta del sector justicia a la violencia sexual

- ***Esfuerzos de reforma en el sector justicia gubernamental***

Los gobiernos de la región han realizado unos cuantos esfuerzos por fortalecer la capacidad del sector justicia para imponer el cumplimiento de las leyes relacionadas con la violencia contra las mujeres, a menudo en colaboración con organizaciones internacionales o con fondos de éstas. Por ejemplo, ILANUD (Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la Prevención del Delito y el Tratamiento del Delincuente) ha proporcionado capacitación y apoyo a la policía y la judicatura en varios países de LAC (Bott et al., 2005a). Varios organismos de la ONU han apoyado un programa para fortalecer la respuesta de las “Casas de Justicia” de Colombia a la violencia sexual, incorporando un enfoque más integral y perspectivas tanto de género como de derechos humanos (Parker, 2003). Estas “Casas de Justicia” son centros de múltiples instituciones, situados en zonas marginadas que administran resoluciones judiciales oficiales y extraoficiales, y a veces son la única presencia del sistema judicial en las zonas rurales. Con frecuencia, sus resoluciones reflejan las normas tradicionales de género tan arraigadas en estas comunidades.

Empezando con Brasil en la década de los ochenta, muchos países establecieron unidades especializadas de mujeres policías creadas para ofrecer un ambiente más seguro y más receptivo, donde las mujeres pudieran denunciar los casos de violencia. En la mayoría de los casos, estas unidades emplean mujeres agentes especializadas con capacitación en violencia intrafamiliar. Esta estrategia ha sido duplicada en muchos países en toda la región, entre ellos Argentina, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Nicaragua, Perú y Uruguay. Se ha demostrado que estas unidades especiales ayudan a aumentar el número de casos denunciados, así como la probabilidad de que las víctimas reciban servicios integrales de apoyo (Bott et al., 2005a); sin embargo, las evaluaciones han encontrado también que las mujeres policías no necesariamente demuestran actitudes más positivas que las de los hombres policías hacia las mujeres que sufren violencia. Además, muchas unidades especializadas en la región carecen de infraestructura y otros recursos, como sistemas de datos para registrar incidentes y reunir estadísticas (Montaño et al., 2007). Por consiguiente, en muchos lugares, la evidencia indica que el establecer unidades

especializadas no ha cambiado las tasas de condena. Y en algunos casos, es posible que la creación de estas unidades haya causado que las comisarías normales abandonaran su responsabilidad de manejar casos de delitos contra las mujeres (Bott et al., 2005a).

Como parte de los esfuerzos por disminuir la impunidad en casos de violencia sexual, ha habido una proliferación de institutos médicos forenses en LAC. En algunos países como El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, estos son un componente de un modelo integrado de seguridad contra la violencia sexual, el cual fue creado por los gobiernos y apoyado por diferentes organizaciones internacionales (Moser & Winton 2002).

- ***Esfuerzos de la sociedad civil por reformar la respuesta del sector de justicia***

Numerosas iniciativas originadas por la sociedad civil han intentado mejorar la respuesta del sector justicia a la violencia contra las mujeres. Una de estas iniciativas es el “Tribunal de Conciencia”, donde los crímenes y delitos son juzgados simbólicamente por expertas y expertos jurídicos, que emplean instrumentos legislativos nacionales e internacionales y emiten decisiones y recomendaciones que se transmiten a los niveles oficiales. Estos tribunales han sido creados en Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Perú y Uruguay (Montaño et al., 2007). En Uruguay, por ejemplo, un Tribunal de Derechos Sexuales y Reproductivos reveló la situación de mujeres que habían sido víctimas del personal de salud.

Otra iniciativa de la sociedad civil dirigida a mejorar la respuesta del sector de justicia a la violencia es la Red de Mujeres contra la Violencia, integrada por más de 100 organizaciones de mujeres nicaragüenses, la cual desempeñó un rol único en abogar por reformas legislativas y monitorear los esfuerzos por imponer el cumplimiento de esas reformas (Ellsberg et al. 2000; Ellsberg y Clavel Arcas, 2001; Velzeboer 2003). La red redactó la versión preliminar y cabildeó por la Ley contra la Violencia Intrafamiliar, que fue aprobada en 1997, y sus integrantes han monitoreado activamente las Comisarías de Mujeres y Niños que existen en toda la extensión del territorio nacional.



10. Planes, coaliciones y redes multisectoriales

10.1 Planes, políticas y programas gubernamentales

En las últimas décadas, los gobiernos de LAC han emprendido esfuerzos por crear programas, planes y políticas multisectoriales a nivel local y nacional (UN-INSTRAW, fecha desconocida; Montañó et al., 2007). Estas acciones han aumentado la visibilidad del problema de la violencia contra las mujeres y han apoyado los esfuerzos por mejorar la prevención y la respuesta. Muchas de las políticas formuladas para eliminar la violencia contra las mujeres en la región de LAC se han basado en una perspectiva de género y derechos humanos y se ha hecho hincapié en la colaboración intersectorial y la movilización social (Luciano y Saleh-Ramírez, 2001). Uno de los planes más antiguos de la región fue implementado en Costa Rica, conocido como el Plan Nacional para la Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar (PLANOVI), el cual fue formulado en 1994 (Morrison et al., 2004; Velzeboer et al., 2003). Desafortunadamente, muchos planes han carecido de apoyo político, financiamiento, implementación y sostenibilidad (Rioseco Ortega, 2005). Por consiguiente, no han tenido mucho impacto. Además, muchos de los planes de acción y programas centrados en la violencia contra las mujeres en la región no se han dirigido a todo tipo de violencia sexual, como el acoso sexual o la trata.

Un problema común en la región es que el compromiso gubernamental para hacer frente al problema de la violencia contra las mujeres generalmente no es muy sólido. Esto puede significar falta de voluntad política y coordinación deficiente entre diferentes participantes y sectores o entre estrategias locales, nacionales y regionales. Otro obstáculo para la implementación de los planes y programas ha sido la cantidad limitada de recursos financieros. A menudo, las instituciones gubernamentales no incluyen suficientes fondos en sus presupuestos para actividades dirigidas a la violencia contra las mujeres. En algunos países, el apoyo financiero proviene principalmente de organizaciones internacionales, y este apoyo suele ser insuficiente para satisfacer todas las demandas (Rioseco Ortega, 2005).

Para tratar estos problemas, muchos gobiernos en la región han establecido instituciones para la promoción de los derechos de las mujeres, como ministerios de asuntos de la mujer o comisiones nacionales. Estos Ministerios o comisiones generalmente son

responsables de ejecutar planes y programas nacionales dirigidos a la violencia contra las mujeres y de coordinar el trabajo de múltiples sectores, como los de justicia, educación y salud (Montaño et al., 2007; Morrison et al., 2004). La fortaleza política de estas instituciones parece ser el factor clave para determinar su éxito. Un esfuerzo muy conocido en LAC ocurrió en Brasil, donde el Consejo Nacional de los Derechos de la Mujer fue establecido en 1985 (Montaño, 2007). Desde su concepción, este consejo ha promovido esfuerzos para disminuir la discriminación contra las mujeres y para ampliar el acceso a servicios de apoyo para las mujeres víctimas de violencia. Desde 2003, el Consejo ha formado parte de la Secretaría Especial de Políticas para las Mujeres. El Consejo es integrado por representantes tanto gubernamentales como de la sociedad civil. Asimismo, el Instituto Nacional de las Mujeres en Costa Rica ha promovido varias iniciativas para hacer frente al problema de la violencia contra las mujeres, entre ellas el Sistema Nacional para la Atención y la Prevención de Violencia Intrafamiliar (Velzeboer et al., 2003). Este programa ha utilizado un enfoque multisectorial y la participación de diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales para responder a los diferentes aspectos de la violencia sexual. Similares experiencias han ocurrido en El Salvador (el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer) y en México (el Instituto Nacional de las Mujeres y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, parte de la Secretaría Nacional de Salud).

10.2 Redes y coaliciones multisectoriales

Otro enfoque importante ha sido la creación de redes y coaliciones locales y nacionales dedicadas a la violencia contra las mujeres. En la mayoría de los casos, estas redes crean alianzas entre ONGs, instituciones gubernamentales, organizaciones del sector privado, instituciones religiosas y (en algunos casos) partidos políticos. Por ejemplo, la Red de Mujeres contra la Violencia, en Nicaragua, (mencionada anteriormente) y la Red de Prevención y Atención de la Violencia en Bolivia son ejemplos de coaliciones multisectoriales que han llevado a cabo estrategias para prevenir y responder a la violencia contra las mujeres, como campañas de concientización, promoción y defensa (*advocacy*) políticas, monitoreo de la aplicación de la nueva legislación y movilización comunitaria para mejorar la respuesta de los servicios a la violencia contra las mujeres.

La evidencia indica que aunque estos tipos de iniciativas normalmente se enfrentan con limitaciones financieras y otros



retos, han contribuido a la prevención y respuesta a la violencia contra las mujeres. Por ejemplo, las encuestas nacionales y otras fuentes de datos indican que las mujeres en Nicaragua son cada vez más conscientes de sus derechos y posiblemente acepten la violencia sexual menos que en el pasado (Morrison et al., 2004). Aunque estos cambios son el resultado de muchas iniciativas, la evidencia indica que las campañas de la Red tuvieron impacto en concientizar al público en cuanto a los derechos de las mujeres; más de una cuarta parte de las mujeres nicaragüenses encuestadas en una encuesta posterior de ENDESA pudieron repetir uno o más de los mensajes incluidos en las campañas de concientización llevadas a cabo por la Red de Mujeres contra la Violencia.

Recuadro 3

Dos ONG feministas en Perú —el Movimiento Manuela Ramos y el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán— han creado iniciativas integradas para tratar el problema de la violencia contra las mujeres. Ambas organizaciones llevan más de 30 años trabajando para combatir la discriminación de género y la violencia contra las mujeres en Perú desde una perspectiva de género y derechos humanos. “El derecho a una vida sin violencia”, un programa de Manuela Ramos, comprende diversas actividades para disminuir la violencia contra las mujeres, particularmente la violencia sexual. Entre sus actividades se encuentran un paquete integral de servicios jurídicos y de salud, actividades de prevención, trabajo comunitario, concientización y campañas mediáticas. En el área programática de derechos humanos, Flora Tristán ha implementado iniciativas integrales para tratar diferentes tipos de violencia sexual, incluido el acoso sexual. Ofrecen apoyo jurídico a las víctimas, realizan actividades de advocacy, promueven reformas legislativas y capacitan a las autoridades judiciales como parte de sus actividades estratégicas.

Otro tipo de iniciativa multisectorial fue creada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en diez países de Centroamérica y la Región Andina (Velzeboer et al., 2003; Montaña et al., 2007). Este

programa llevó a cabo actividades a nivel nacional, comunitario e individual. Sus esfuerzos tenían como finalidad mejorar las políticas y legislación sobre la violencia contra las mujeres, ampliar el acceso de las mujeres que sufren violencia a los servicios y crear redes multisectoriales a nivel comunitario para la prevención de

la violencia. El objetivo principal de la estrategia fue establecer políticas, aptitudes, sistemas y redes para poder detectar y atender mejor a las mujeres que viven con violencia y para prevenir la violencia basada en género al promover una cultura de paz, respeto y equidad en las familias y comunidades.

10.3 Esfuerzos para ampliar el acceso de las sobrevivientes a servicios integrales

Idealmente, tanto las mujeres como las niñas y niños que sufren violencia sexual necesitan acceso a un paquete integral de servicios que incluya atención médica, apoyo psicológico y, en algunos casos, asesoría jurídica. En las últimas pocas décadas, un número considerable de organizaciones en los países de LAC han ampliado el acceso a servicios integrales para las víctimas de violencia, como asesoría jurídica, atención médica y apoyo psicológico (Larrain, 1999). La mayoría de estos servicios han sido proporcionados por ONGs de mujeres en zonas urbanas, con cobertura limitada; sin embargo, algunos programas han creado modelos adoptados por programas gubernamentales que ofrecen servicios a mayor escala. Aunque sus objetivos, logros e impacto en las comunidades varían, las siguientes iniciativas han empleado un enfoque integral multisectorial que incluye:

- El Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer (CEPAM) promueve los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Brindan ayuda a las sobrevivientes, capacitan a personal de salud en comunidades marginadas y llevan a cabo iniciativas de prevención con adolescentes y jóvenes.
- En Costa Rica, el Centro Feminista de Información y Acción (CEFEMINA) es una organización pionera dedicada a eliminar la discriminación contra las mujeres. Tienen extensa experiencia organizando grupos de apoyo para sobrevivientes de violencia sexual. Su programa, “Mujer, no estás sola” es una iniciativa integral que comprende una línea telefónica de emergencia las 24 horas al día, apoyo jurídico y médico, campañas de prevención, actividades de *advocacy* y otras intervenciones.
- En México, la Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas (ADIVAC) es una ONG que se especializa en abuso sexual. Desde principios de la década de los noventa, han ofrecido diferentes tipos de apoyo (jurídico, médico, prevención, capacitación, etc.) a mujeres, niñas y niños.



- PROFAMILIA, en Colombia, es un ejemplo de una ONG que trabaja en entornos de conflicto armado, que ha implementado un programa de ayuda integral para sobrevivientes de violencia sexual. Ofrecen servicios médicos, psicológicos y jurídicos en varios lugares, incluso en regiones de conflicto como Putumayo. Dado que es principalmente una organización de atención a la salud, también proporciona anticoncepción de emergencia, pruebas y tratamiento de ITS-VIH/SIDA y atención de largo plazo.
- El proyecto de la OPS (mencionado anteriormente) también incluyó la elaboración de actividades comunitarias como capacitar a personas como líderes y promotoras de salud, fortalecer redes locales para coordinar los esfuerzos de prevención de la violencia, educación pública dentro y fuera de ámbitos clínicos, trabajar con grupos de hombres para cambiar sus actitudes y comportamiento y crear grupos de apoyo para las mujeres sobrevivientes de la violencia. La iniciativa de la OPS también tuvo un importante componente dirigido a fortalecer la capacidad del servicio de salud para realizar pruebas sistemáticas dirigidas a la detección de abuso o maltrato; identificar las mujeres en peligro inmediato de sufrir violencia; brindar atención médica adecuada, que incluya tratamiento urgente e intervención de crisis; documentar casos de violencia y proporcionar consejería a las mujeres sobre sus derechos jurídicos y otros servicios especializados (Velzeboer et al., 2003).
- Otros programas integrales dirigidos a la violencia sexual en zonas pobres y de conflicto en Colombia son apoyados por organizaciones internacionales como Médicos sin Fronteras en el Distrito Chocó y por UNFPA en Magdalena Medio.

11. Respuesta del sector salud a la violencia sexual

11.1. Respuesta del sector salud a la violencia sexual en LAC

Un creciente conjunto de investigaciones han explorado la calidad de la respuesta de los servicios de salud a la violencia contra las mujeres, incluida la violencia sexual. Por ejemplo, algunos estudios

en Brasil han analizado los servicios de salud en instituciones de salud pública en varias ciudades brasileñas. Un estudio realizado en un hospital universitario evaluó el proceso y los resultados del tratamiento brindado a las mujeres después de violencia sexual (Tadayuki-Oshikata et al., 2005). Un estudio por Menicucci de Oliveira y colegas (2005) evaluó los servicios públicos que atienden a las víctimas de violencia sexual en São Paulo. En Nicaragua se realizó un estudio interesante que analizó las actitudes del personal de salud y las pruebas para la detección sistemática de las víctimas (Rodríguez-Bolaños et al., 2005).

En tiempos más recientes, se realizaron dos análisis situacionales de la respuesta del sector salud a la violencia en Centroamérica. Actualmente, la OPS está coordinando un proyecto en Belice, Honduras y Nicaragua, que examina la relación entre el VIH y la violencia sexual y doméstica, con el fin de mejorar las respuestas institucionales a ambos problemas de salud pública (OPS, 2009). El otro estudio fue realizado por Ipas en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, con la finalidad de realizar un análisis situacional de la calidad de los servicios de salud para víctimas y sobrevivientes de violencia sexual (Paredes-Gaitán et al., 2009). Se aconseja fomentar esfuerzos para duplicar estas iniciativas.⁶

El apoyo ofrecido por el sector salud es sumamente importante para las mujeres que han sufrido violencia sexual, en particular con relación a los cuidados de emergencia después de relaciones sexuales forzadas. Los servicios de salud necesitan un nivel mínimo de calidad que incluya una infraestructura básica, servicios reproductivos y sanitarios integrados, mecanismos para asegurar la confidencialidad y protección de las víctimas y personal capacitado y sensibilizado. Los mecanismos de monitoreo y evaluación, la documentación de eventos, la sistematización de experiencias y el análisis de datos también son importantes (Bott et al., 2005b).

Las niñas y mujeres que sufren violencia sexual con frecuencia acuden a personal de salud en busca de ayuda, pero la evidencia de la región indica que la calidad de la respuesta del sector salud a menudo es deficiente. El sector salud suele tener graves deficiencias, como la falta de una infraestructura básica, privacidad y confidencialidad; actitudes discriminatorias y patriarcales y comportamiento de personal de salud que justifica la conducta

6 Para mayor información sobre la metodología utilizada ver: http://www.ipas.org/Library/News/News_Items/Ipas_launches_toolkit_to_evaluate_services_for_sexual-violence_survivors.aspx y http://www.ipas.org/Publications/Ver_y_atender_Guia_practica_para_conocer_como_funcionan_los_servicios_de_salud_para_mujeres_victimas_y_sobrevivientes_de_viole.aspx



de los agresores y culpa a las víctimas; la incapacidad de ayudar a las mujeres en crisis; la falta de personal capacitado para atender a mujeres que han sufrido violencia; y políticas y protocolos institucionales deficientes o inexistentes (Montaño et al., 2007; Velzeboer et al., 2003; Paredes-Gaitán et al., 2009). Estos problemas pueden conducir a la revictimización de las sobrevivientes y son particularmente agudos en zonas marginadas y pobres, como las comunidades indígenas y los entornos de conflicto.

Estudios de la región indican que gran parte del personal de salud expresa actitudes hostiles hacia las niñas y mujeres que revelan experiencias de abuso sexual. El personal de salud a menudo no les pregunta a las mujeres si han sufrido violencia, incluso cuando observa señales de abuso. Las sobrevivientes se quejan con frecuencia de que el personal de salud se concentra sólo en la atención inmediata de las lesiones, que no ofrece orientación adecuada y que expresa actitudes inapropiadas que culpan a las mujeres (Guedes et al., 2002a; Guedes et al., 2002b). Por ejemplo, en un estudio de línea de base realizado por IPPF entre mujeres y hombres que son prestadores de servicios de salud reproductiva en 11 centros de salud situados en la República Dominicana, Perú y Venezuela, se encontró que más de la mitad de las personas entrevistadas creían que el comportamiento inapropiado de las mujeres era responsable de provocar la agresión de los hombres y aproximadamente una cuarta parte creía que las mujeres no abandonan a sus parejas violentas porque en algún nivel 'les gusta' la violencia (Guedes et al., 2002a).

Pocos programas han integrado adecuadamente la atención a la violencia sexual a los programas de salud sexual y reproductiva. En muchos lugares, los centros de salud carecen de infraestructura básica para ofrecer la atención médica integral que necesitan las sobrevivientes de violencia sexual, incluso en las unidades de urgencias (Menicucci de Oliveira et al., 2005). Por ejemplo, muchos servicios de salud en la región de LAC carecen de pruebas voluntarias y confidenciales de ITS/VIH para las sobrevivientes de violencia sexual, así como de kits para profilaxis postexposición y anticoncepción de emergencia (Luciano, 2007).

Como se mencionó anteriormente, los programas de salud que atienden a las víctimas de violación que quedan embarazadas como consecuencia de la agresión, a menudo no pueden ofrecer a las mujeres información, referencias o acceso a servicios de aborto seguro y legal. Las víctimas de violación que quedan embarazadas, por lo general, reciben poca información sobre sus opciones y a

veces reciben tratos dolorosos, humillantes y degradantes por parte de las personas que proporcionan servicios públicos de salud. Un problema relacionado es que en algunos países, como algunos en Centroamérica, no existen mecanismos para ayudar a las mujeres que deciden dar a su recién nacido en adopción (Paredes-Gaitán et al., 2009). En países donde el aborto es ilegal en todas las circunstancias, a las mujeres que quedan embarazadas como consecuencia de una violación se les debe, como mínimo, ofrecer información sobre la adopción.

Estudios realizados en la región de LAC indican que la calidad de la respuesta del sector salud a veces es perjudicada por las actitudes discriminatorias del personal de salud contra grupos marginados. Cuando las personas que se dedican al trabajo sexual sufren violencia sexual, el personal de salud a menudo las discrimina, debido a su creencia de que las trabajadoras sexuales en realidad no pueden ser violadas sexualmente. Por ejemplo, en un estudio de Lago Agrio, en Ecuador, se encontró que las trabajadoras sexuales refugiadas eran discriminadas y comúnmente negadas servicios de salud, especialmente si se vestían de una forma considerada inapropiada por el personal de salud (Rushing, 2007).

11.2 Esfuerzos para mejorar la respuesta del sector salud a la violencia sexual

La evidencia indica que este tipo de enfoque institucional es la manera más eficaz de lograr mejoras sostenibles en la calidad de la atención brindada a las sobrevivientes de violencia (Heise et al., 1999). Varias organizaciones en LAC —entre ellas IPPF/RHO, OPS e Ipas— han utilizado este tipo de enfoque institucional integrado para mejorar la respuesta del sector salud a la violencia. Han evaluado rigurosamente sus programas en una variedad de entornos. Además, han elaborado recomendaciones, guías y herramientas programáticas para mejorar la respuesta del sector salud a la violencia sexual, muchas de las cuales se han utilizado a nivel local, regional y mundial, debido a su alta calidad y pertinencia.

IPPF/RHO, en alianza con PLAFAM en Venezuela, PROFAMILIA en la República Dominicana e INPPARES en Perú, llevó a cabo una iniciativa subregional para mejorar la respuesta del sector salud a la violencia contra las mujeres en 11 establecimientos de salud participantes (Bott et al., 2004). Esta iniciativa utilizó un “enfoque



de sistemas” que implicó reformas a toda la organización del sistema de salud. Específicamente, la iniciativa de IPPF/RHO consistió en: fortalecer la infraestructura física de las clínicas para ofrecer espacios privados para las consultas, aumentar los recursos institucionales clave como las redes y los directorios de referencia, herramientas e información por escrito, sistemas de información y protocolos de atención. Además, la iniciativa incluyó un compromiso de largo plazo para la sensibilización y capacitación del personal de las clínicas, basado en un entendimiento de la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública y una violación de derechos humanos. La evaluación del programa encontró evidencia de que la iniciativa mejoró la calidad en general de la atención de las mujeres, mejoró el conocimiento, las actitudes y las prácticas del personal de salud con relación a la violencia contra las mujeres, fortaleció la privacidad y confidencialidad de las pacientes, aumentó la capacidad del personal de salud para detectar y atender a las niñas y mujeres que habían sufrido violencia y benefició a las sobrevivientes mediante la prestación de servicios especializados como asistencia jurídica gratuita, consejería y grupos de apoyo (Bott et al., 2005b; Bott et al., 2004).

Otra iniciativa notable en la región de LAC es el modelo integral de servicios de calidad para las mujeres víctimas de violencia sexual, creado por Ipas (Troncoso, et al., 2006).⁷ Elaborado en colaboración con los Ministerios de Salud y Departamentos de Justicia, ONGs y hospitales, el modelo de Ipas se centra en desarrollar servicios de atención integral y de calidad a la salud sexual y reproductiva para las sobrevivientes de violencia sexual en Bolivia, Brasil, México y Centroamérica. Incluye acceso a los servicios de aborto seguro y legal, así como la creación de redes para ofrecer a las sobrevivientes un paquete completo de servicios jurídicos, sociales y médicos, así como consejería.

Varios programas se han esforzado por integrar el problema de la violencia sexual a los programas de VIH en la región. Por ejemplo, en el Caribe, donde existe la segunda tasa más alta de VIH/SIDA del mundo (ONUSIDA, 2006), CARICOM se alió con CIM/OEA, *Development Connections* y otros para crear un proyecto llamado “Desarrollo de capacidad para integrar los servicios de VIH y VCM en el Caribe”. La finalidad del proyecto es formular una estrategia integral para integrar las intervenciones de VIH

7 http://www.ipas.org/Library/News/News_Items/Ipas_launches_toolkit_to_evaluate_services_for_sexual-violence_survivors.aspx y http://www.ipas.org/Publications/Ver_y_atender_Guia_practica_para_conocer_como_funcionan_los_servicios_de_salud_para_mujeres_victimas_y_sobrevivientes_de_viole.aspx

y violencia contra las mujeres (CIM, 2009b). Esta iniciativa se encuentra en la etapa inicial, pero tiene el potencial de producir lecciones para desarrollar el conocimiento en esta área.

Históricamente, muchos profesionales de la salud carecían de capacitación sobre cómo manejar casos de violencia sexual porque esto no era parte de su formación profesional (p. ej., ver Menicucci de Oliveira et al., 2005 para un estudio de Brasil). Para tratar este problema, se han creado varios programas en LAC. Por ejemplo, en São Paulo, todas las principales facultades de medicina han empezado a brindar atención especializada a las sobrevivientes de violencia sexual en hospitales docentes (Faúndes y Andalaft, 2002). Asimismo, el Centro de Atención Integral a la Salud de la Mujer de la Universidad Estatal de Campinas, ha sido pionero en capacitar a profesionales de la salud y ayudar a las sobrevivientes en toda la extensión del territorio nacional, incluso en la prestación de servicios de aborto (Bedone y Faúndes, 2007).

12. Prevención primaria de la violencia sexual

Existe poca información disponible sobre la eficacia y el impacto de los programas de prevención de violencia sexual en la región, en parte, debido a debilidades en la capacidad de monitoreo y evaluación de muchas instituciones. A pesar de los retos que confronta la región de LAC para combatir la violencia contra las mujeres, se han logrado algunos avances en cuanto a formular estrategias prometedoras para programas de prevención, particularmente en zonas urbanas. La mayoría de las acciones han sido iniciativas de la sociedad civil implementadas por ONGs y basadas en un marco de derechos humanos e igualdad de género.

12.1 Desarrollo de capacidad mediante educación y capacitación

En LAC, las organizaciones comunitarias han desempeñado una función crucial para concientizar al público en cuanto a los derechos de las mujeres y la violencia contra las mujeres, además de transformar las actitudes de la comunidad hacia las normas de género. Los líderes comunitarios, hombres y mujeres, son centrales para las iniciativas de prevención, particularmente para promover relaciones no violentas, informar a las mujeres sobre sus derechos y remitir a las víctimas a centros de apoyo (Velzeboer et al., 2003).



La sensibilización y capacitación de líderes y personal de salud a nivel comunitario se inició en la región en la década de los ochenta, como parte de una estrategia general para crear mayor conciencia y empoderar a las mujeres (Larrain, 1999). En muchos lugares, las organizaciones han llevado a cabo iniciativas para sensibilizar y capacitar a profesionales de la salud, profesorado, agentes de policía, fuerzas militares, trabajadoras/es sociales, líderes de la comunidad, adolescentes, personas adultas jóvenes, personal académico y otras personas. Gran parte de esta capacitación es impartida por medio de talleres, seminarios y cursos. Algunos programas de capacitación también tratan asuntos de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género (Billings et al., 2008).

Innovadoras acciones comunitarias abundan en toda la región. Por ejemplo, en Cuzco, Perú, las Defensorías Comunitarias fueron creadas como parte de un proyecto comunitario para disminuir los niveles de violencia intrafamiliar. Se ha capacitado a líderes de la comunidad para que promuevan los derechos de las mujeres en sus comunidades. El proyecto se centra principalmente en poblaciones indígenas y mujeres que hablan el idioma local sirven de voluntarias (CEPAL y W. K. Kellogg Foundation, 2007). En Guatemala y Nicaragua se están llevando a cabo proyectos similares, capacitando a mujeres líderes de la comunidad como voluntarias para brindar asistencia jurídica gratuita (llamadas defensoras populares). Algunas organizaciones han ofrecido capacitación a líderes de la comunidad, en la cual las mujeres facilitan discusiones sobre asuntos de género, como la violencia contra las mujeres (Montaño et al., 2007). Estas iniciativas presentan oportunidades para crear mayor conciencia y generar responsabilización del programa en las comunidades y promover facilitadoras/es que puedan ofrecer apoyo a las víctimas de violencia sexual. En Nicaragua, personal de salud y activistas de la comunidad participaron en cortos internados, donde recibieron capacitación práctica sobre la violencia contra las mujeres. Se les enseñó acerca de la salud y las dimensiones jurídicas y sociales de la violencia contra las mujeres (Velzeboer et al., 2003).

Otra iniciativa notable fue la inclusión de salud sexual y reproductiva, género y violencia contra las mujeres en los currículos de las academias militares y policiales. Este programa fue creado por el Comité de Prevención y Control del VIH/SIDA de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional (COPRECOS), UNFPA y otras entidades, y se ha extendido a muchos países de la región (Mora et al., 2005).

En este análisis se encontraron algunos ejemplos de iniciativas preventivas, en LAC, que incluyeron al sector educativo. Se han emprendido algunas iniciativas en escuelas, pero este sector debe participar más en la enseñanza de personas jóvenes en relación con asuntos de género y violencia contra las mujeres (Morrison et al., 2004). Esto es esencial para cambiar las normas sociales a fin de prevenir la violencia sexual.

12.2 Comunicación para el cambio social

Las ONG han llevado a cabo numerosas campañas de concientización sobre la violencia contra las mujeres en LAC a nivel regional, nacional y local. Estas campañas a menudo utilizan los medios de comunicación masiva, como la televisión y la radio, para promover comportamientos no violentos y para ayudar a las mujeres a encontrar la manera de escapar de relaciones violentas. Como se señaló anteriormente, las campañas de concientización realizadas por la Red de Mujeres contra la Violencia, en Nicaragua, parecen haber contribuido a crear mayor conciencia de los derechos de las mujeres en ese país, así como a disminuir la aceptación de la violencia contra las mujeres, incluidas las relaciones sexuales no deseadas y forzadas en el matrimonio (Velzeboer 2003; Bott et al. 2005a).

Un enfoque exitoso y bien evaluado del uso de los medios de comunicación masiva para cambiar actitudes, conocimientos y comportamientos fue realizado por la ONG nicaragüense Puntos de Encuentro, que utiliza diferentes formatos mediáticos para concientizar y cambiar las actitudes y normas relacionadas con la violencia contra las mujeres. Por ejemplo, su programa Sexto Sentido incluye una telenovela semanal, de media hora de duración, producida para la televisión, que trata temas relacionados con la salud sexual, los roles de género y la violencia. Esta emisión es apoyada por programas de radio y otras actividades educativas. Según Guedes (2007), el programa ofrece a la audiencia/participantes la información que necesitan para poder tomar decisiones informadas sobre su vida con relación a las normas de género y de la sociedad. Recientemente, se realizó un estudio poblacional para evaluar el impacto de su trabajo (Solórzano et al., 2008). En ese estudio se encontró que Sexto Sentido ha tenido un impacto positivo en las actitudes, creencias y conocimientos relacionados con las normas de género y la violencia contra las mujeres en Nicaragua.

Otro ejemplo de una iniciativa innovadora de concientización en



la región de LAC es el Colectivo de Teatro Sistren (*Sistren Theatre Collective*, o STC por sus siglas en inglés), que fue fundado en Jamaica, en 1977. El STC produce teatro popular que aborda los roles de género en un ambiente ameno y educativo; confronta problemas que afrontan las mujeres y trata de cambiar las actitudes de la sociedad (Amnistía Internacional, 2007). La organización ha producido varios programas, entre ellos uno llamado "*Tek it to dem and rise up wi community*", que es apoyado por el Fondo Fiduciario de la ONU para Eliminar la Violencia contra la Mujer. Su objetivo es proporcionar a mujeres y niñas las herramientas que necesitan para empoderarse a sí mismas y empoderar a sus comunidades para tomar acción a fin de prevenir la violencia contra las mujeres (STC, 2009).

ONGs de muchos países en la región han creado campañas nacionales para promover la prevención de la violencia sexual. Por ejemplo, la Red Chilena Contra la Violencia Doméstica y Sexual organiza actividades anuales que incluyen reparaciones simbólicas de los daños sufridos por las víctimas. En El Salvador, Las Dignas, una ONG feminista, creó una campaña sobre la violencia sexual titulada "Nada Justifica la Violencia Sexual. ¡Mi cuerpo se respeta!" A nivel regional, la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe elaboró y promovió una campaña de dos años "No a la Violencia. Proteja nuestra salud". Esta campaña comprendió actividades de concientización, así como estrategias de cabildeo para presionar a los gobiernos a que incrementen sus compromisos para prevenir y combatir la violencia contra las mujeres. La campaña global "16 Días de Activismo contra la Violencia de Género" organizada por el Centro para el Liderazgo Global de las Mujeres (*Center for Women's Global Leadership*) ha sido otra campaña importante en la región.

Otra iniciativa mundial lanzada en la región es la campaña del Secretario General de las Naciones Unidas, "Únete para poner fin a la violencia contra las mujeres", cuya finalidad es eliminar la violencia contra las mujeres mundialmente. Únete tiene como meta lograr los siguientes objetivos en todos los países para el año 2015: 1) Adoptar leyes nacionales para combatir y castigar todas las formas de violencia contra mujeres y niñas e imponer el cumplimiento de dichas leyes; 2) Adoptar y ejecutar planes nacionales de acción multisectorial; 3) Fortalecer la recolección de datos sobre la prevalencia de violencia contra mujeres y niñas; 4) Crear mayor conciencia del público y movilización social; y 5) Combatir la violencia sexual en situaciones de conflicto.⁸

12.3 Promoción de la seguridad pública

Otro tipo de programa dirigido a la prevención de la violencia contra las mujeres ha sido considerar esta violencia como un problema de seguridad pública. Esto presenta la oportunidad de aumentar el perfil de la violencia contra las mujeres en las agendas políticas y obtener recursos financieros para intervenciones de seguridad pública (Rioseco-Ortega, 2005). No obstante, hacer frente a la violencia contra las mujeres como un problema de seguridad pública implica ciertas dificultades, como coordinar a los diferentes sectores, encontrar más recursos financieros y obtener verdaderos compromisos por parte de los gobiernos para combatir este delito (Buvinic, 2008).

Un ejemplo de este tipo de proyecto en la región de LAC es “Ciudades sin violencia hacia las mujeres, ciudades seguras para tod@s”, dirigido por la Red Mujer y Hábitat de América Latina, con el apoyo de UNIFEM y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). Este proyecto tiene como objetivo disminuir la violencia contra las mujeres en espacios públicos y privados de las ciudades, como parte del esfuerzo por proteger los derechos humanos de las mujeres. Hasta la fecha, el programa ha sido ejecutado en Rosario, Argentina, Bogotá, Colombia y Santiago de Chile (Falú y Segovia 2007; Red Mujer y Hábitat de América Latina, 2009).

12.4 Trabajo con hombres y niños

Las ONG en la región de LAC han sido líderes en el esfuerzo por lograr que los hombres y niños participen en actividades para disminuir los niveles de violencia contra las mujeres. Los programas dirigidos a hombres y niños que se enfocan en las normas de género, masculinidad y violencia contra las mujeres son otra manera aparentemente eficaz de apoyar las actividades de prevención a nivel comunitario (OMS, 2007b). Por lo general, el propósito de estos programas es motivar a los hombres a cuestionar las normas de género patriarcales y jerárquicas que fomentan el uso de violencia contra las mujeres. De particular importancia es el trabajo con hombres adolescentes y adultos jóvenes, porque ellos parecen estar más abiertos a cambiar sus actitudes, creencias y comportamiento que los hombres adultos de edad más avanzada.

En la región de LAC, se destaca el trabajo del Instituto Promundo en Brasil. Sus proyectos con niñas, niños, juventud y personas



adultas jóvenes promueven la igualdad en las relaciones entre hombres y mujeres y se esfuerzan por prevenir la violencia interpersonal, incluida la violencia sexual contra las mujeres. Promundo ha creado varios programas que han tenido impacto en las comunidades donde se han llevado a cabo (OMS, 2007b). Mediante cooperación Sur-Sur, Promundo ha forjado alianzas con organizaciones que trabajan con hombres y niños en otras regiones de Brasil, en otros países de Latinoamérica y en otros lugares en Asia y África.

En particular, el Programa H fue creado por Promundo de manera conjunta con otras organizaciones; ha sido implementado en muchos lugares, entre ellos: Bolivia, Brasil, Colombia, Jamaica, México y Perú. El objetivo del Programa H es motivar a los hombres jóvenes a cuestionar las normas convencionales de género asociadas con la masculinidad y promover las ventajas de un comportamiento que promueva la equidad de género. Con este fin, el Programa H ha elaborado talleres educativos, campañas de concientización y de cambio de comportamiento, enfoques innovadores para atraer a los hombres jóvenes a los establecimientos de salud y una metodología culturalmente sensible para evaluar el impacto (Instituto Promundo, 2004).

Otra iniciativa con una fuerte presencia en la región es *MenEngage*, una alianza global de ONGs y organismos de la ONU que trabaja con niños y hombres para promover la equidad de género. Un objetivo clave de la alianza es identificar y ampliar esfuerzos regionales eficaces que fomenten roles positivos y equitativos de género para los hombres, mejorar la salud tanto de los hombres como de las mujeres, y arraigar estos programas en políticas públicas.⁹ La campaña Cinta Blanca (*White Ribbon Campaign*) es otro esfuerzo mundial importante, que tiene presencia en la región. El objetivo principal de esta campaña al trabajar con hombres y niños es erradicar todas las formas de violencia contra las mujeres. Las estrategias clave de la campaña son educación y capacitación, y la cinta blanca usada por los hombres es vista como un símbolo de su oposición a la violencia contra las mujeres.¹⁰

Varias organizaciones en la región han llevado a cabo programas para rehabilitar a los perpetradores de violencia contra las mujeres. El trabajo con hombres violentos en la región comenzó en Argentina a principios de la década de los noventa (Larrain, 1999). La mayoría de los esfuerzos han sido realizados por ONGs

9 MenEngage: <http://www.menengage.org/>

10 White Ribbon Campaign: <http://www.whiteribbon.ca/international/>

con apoyo financiero de organizaciones internacionales, aunque algunos han sido emprendidos por instituciones gubernamentales centradas en los derechos de las mujeres. La mayoría de estas intervenciones han utilizado grupos terapéuticos o terapia individual. Por lo general, las intervenciones se basan en una perspectiva de género y derechos humanos. Las pocas evaluaciones disponibles de estas intervenciones han encontrado que la mayoría de los hombres abandonan los programas antes que se terminan y, aunque la mayoría de los hombres que concluyen todo el proceso parecen reducir su agresión física, no está claro si estos programas son eficaces en cambiar actitudes respecto a las normas de género entre perpetradores o disminuir el maltrato psicológico (Jewkes et al, 2002). Ejemplos de organizaciones en LAC que llevan muchos años trabajando con agresores son: el Programa de Hombres Renunciando a su Violencia, en Perú; Hombres por la Equidad, en México; Asociación Hombres Contra la Violencia, en Nicaragua; y el Instituto Wem, en Costa Rica.

13. Conclusiones y recomendaciones

En las últimas décadas, la región de LAC ha logrado avances en el esfuerzo por prevenir y combatir la violencia sexual, mediante investigaciones, reformas legislativas, planes, redes, coaliciones, iniciativas de los sectores justicia y salud, y estrategias de prevención. Sin embargo, aún falta mucho más por hacer. En particular, la evidencia indica que la prevención de la violencia sexual depende de transformar las estructuras jerárquicas de género y las normas sociales hacia modelos más igualitarios de relaciones entre mujeres y hombres. Por ello, las estrategias de prevención centradas en cambiar comportamientos, actitudes y valores son una prioridad en la región.

El proceso de cambio social ya ha comenzado en LAC. Alguna evidencia indica que el cambio social está mejorando la condición jurídica y social de las mujeres, además de cambiar los valores y normas de género entre la juventud. Sin embargo, esta transición a veces viene acompañada de confusión y crisis. Es importante establecer programas que hagan hincapié en los posibles beneficios mutuos que se pueden obtener al reinterpretar y renegociar las normas de género. Los programas dirigidos a cambiar las actitudes, creencias y comportamiento de los hombres jóvenes son de particular relevancia para influir en este proceso.

Los gobiernos tienen la responsabilidad de tomar acciones para combatir la violencia sexual en diferentes niveles y sectores de



la sociedad. En particular, deben atender las necesidades de las comunidades más marginadas, proteger los derechos humanos de las mujeres y trabajar para disminuir todas las formas de violencia contra las mujeres. La violencia sexual no sólo afecta a las víctimas, sino que también tiene consecuencias para los avances socioeconómicos y políticos de la sociedad. Por lo tanto, la violencia sexual debería conceptualizarse como parte de las prioridades de desarrollo de las políticas gubernamentales.

Aún es necesario realizar más investigaciones sobre la violencia sexual para poder entender el problema en la región de LAC y para formular medidas más eficaces y estratégicas en diferentes niveles (macro, comunitario, familiar/relacional e individual). Otras prioridades son la investigación operativa y las evaluaciones de programas para ampliar el conocimiento sobre cómo crear programas y políticas eficaces para prevenir y combatir la violencia sexual.

Por último, es importante destacar que muchos programas en la región de LAC han elaborado enfoques integrales, con positivos resultados en prevenir y combatir la violencia sexual. Organizaciones de muchos sectores diferentes están formulando estrategias innovadoras, tanto para apoyar las acciones preventivas de transformación de las normas de género como para fortalecer los servicios para las víctimas. Estos avances han ocurrido en la región a pesar de que los recursos son limitados.

En resumen, el presente análisis sirve de introducción a diversos aspectos de la violencia sexual en LAC. Su propósito es estimular discusión y debate sobre las acciones que se deben priorizar para fortalecer los servicios para las víctimas; las iniciativas de prevención que son eficaces para disminuir la violencia sexual; la identificación de prioridades para la formulación de leyes y políticas, y las investigaciones necesarias para fortalecer las diversas iniciativas dirigidas a erradicar la violencia sexual.

13.1 Recomendaciones para programas y políticas

Este análisis destaca varias recomendaciones y prioridades clave en cuanto a políticas y programas en la región de LAC relacionados con prevenir y combatir la violencia sexual, incluida la necesidad de:

- Crear mayor conciencia de la violencia sexual como un problema de salud pública y una violación de los derechos

humanos, es una prioridad a nivel local, regional y mundial, y es necesario para generar mayor atención a los programas de prevención y apoyo para las sobrevivientes de violencia sexual.

- Enfocarse en implementar y monitorear marcos jurídicos y políticos ya establecidos en la región. Lo ideal sería que esto incluyera amplios esfuerzos por fortalecer la respuesta del sector legislativo y de justicia a la violencia contra las mujeres en general y a la violencia sexual específicamente.
- Asegurar que las estrategias relacionadas con la prevención primaria sean emprendidas por los gobiernos, los cuales están obligados por los acuerdos internacionales a combatir la violencia contra las mujeres, incluida la violencia sexual. Entre estas estrategias figuran incrementar la protección y justicia para las víctimas, concientizar a las comunidades, ampliar el acceso a servicios integrales y otros esfuerzos por empoderar a las mujeres y sensibilizar a los hombres.
- Promover relaciones equitativas de género como una manera de cambiar las normas sociales y el comportamiento individual que apoyan o toleran a la violencia contra las mujeres en la región de LAC.
- Mejorar la respuesta del sector salud a las víctimas de violencia sexual, mediante el fortalecimiento de la capacidad de las instituciones de salud para combatir la violencia sexual. El personal de salud necesita recibir capacitación completa y de alta calidad, así como apoyo institucional, para poder brindar atención a las niñas y mujeres que sufren violencia sexual. Las prestadoras y los prestadores de servicios de salud deben tener pleno conocimiento de las normas y guías para combatir la violencia sexual; además deben haber sido capacitados desde una perspectiva de género y derechos humanos. Los países necesitan políticas y guías.
- Incluir cursos sobre la violencia contra las mujeres — incluida la violencia sexual — en la formación académica de profesionales de abogacía, medicina, enfermería y psicología. Dado que la violencia sexual empezó a considerarse como un problema de salud recientemente, los sistemas de salud y las instituciones académicas de salud aún se encuentran en las etapas iniciales de incorporar esta temática en la formación académica de profesionales de la salud y esto debe ser ampliado.



13.2 Futuras prioridades de investigación

En LAC, el conocimiento de la violencia sexual ha aumentado considerablemente en los últimos años; sin embargo, como se señaló en el presente análisis, aún es necesario reunir más evidencia de asuntos clave. A continuación se presenta una lista de recomendaciones de futuras investigaciones en la región.

I.- Investigaciones sobre la naturaleza y prevalencia de la violencia sexual, así como los factores de riesgo

- Investigaciones cuantitativas y cualitativas sobre la naturaleza y prevalencia de la violencia sexual en LAC, especialmente en lugares donde no se dispone de información, idealmente utilizando encuestas bien diseñadas y de gran escala centradas específicamente en la violencia, incluida la violencia sexual, en países donde aún no se ha hecho esto.
- Más investigaciones sobre los factores de riesgo y protección asociados con sufrir y perpetrar diferentes formas de violencia sexual en la región de LAC, así como los factores asociados con la no violencia.
- Fortalecimiento de los sistemas oficiales de recolección de datos, incluidos los mecanismos para recolectar información oficial, particularmente en zonas rurales y marginadas y en entornos de conflicto y ayuda humanitaria.
- Se necesitan análisis situacionales sobre las formas insuficientemente documentadas de violencia sexual, como el acoso sexual en el lugar de trabajo, escuelas y comunidades; la trata de niñas y mujeres para fines de explotación sexual, entre otras.

II.- Un entendimiento más a fondo de la violencia sexual

- Investigaciones sobre el contexto sociocultural de la violencia sexual en diferentes entornos utilizando métodos de investigación cuantitativa y cualitativa, con una perspectiva multidisciplinaria que incluya salud pública, sociología y antropología.

- Investigaciones sobre las consecuencias de los diferentes tipos de violencia sexual en la salud, con particular énfasis en salud sexual y reproductiva.

III.- Investigaciones sobre la prevención de la violencia sexual

- Investigaciones sobre estrategias integrales y eficaces de prevención primaria en diferentes niveles (social, comunitario, familiar/relacional e individual), que se podrían adaptar a diferentes entornos socioeconómicos y culturales.
- Investigaciones para determinar la manera más eficaz de aplicar las teorías y estrategias para el cambio de comportamiento a los programas de prevención de violencia sexual.
- Monitoreo y evaluación de los programas de prevención primaria, y ampliación de los programas prometedores.

IV.- Investigaciones para determinar si las respuestas a la violencia sexual son apropiadas y eficaces

- Identificar mecanismos para monitorear los esfuerzos para garantizar el cumplimiento de leyes y normas en toda la extensión de la región, particularmente en zonas marginadas.
- Elaborar investigaciones sobre las respuestas de los sistemas de salud, educación y justicia. Por ejemplo, investigaciones sobre la respuesta del personal de salud a las niñas y mujeres que revelan haber sufrido violencia sexual; estudios que analicen la calidad y eficacia de la medicina forense para lograr que los perpetradores paguen sus culpas; analizar los mecanismos que integran las iniciativas de salud sexual y reproductiva con los programas de violencia sexual; analizar, adaptar y sistematizar las mejores prácticas para capacitar al personal de salud; y desarrollar las evaluaciones de las usuarias en cuanto a la atención preferida.
- Evaluaciones rigurosas de programas y políticas destinadas a mejorar la respuesta de los sectores salud, justicia, servicio social y educación a la violencia sexual.
- Evaluaciones del impacto de programas, leyes y políticas.



Referencias bibliográficas

ADS (2009). *Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL-2008, Informe final*. San Salvador, El Salvador: Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS). (Consulta: marzo de 2010) Fuente: <http://www.fesal.org.sv/>

Alba, W.; Luciano, D. (2008). *Salud sexual y reproductiva y violencia en personas vulnerables: La tormenta Noel en República Dominicana*. Santo Domingo, República Dominicana: INSTRAW y UNFPA.

Amnistía Internacional (2004). *Colombia. Scarred bodies, hidden crimes: Sexual violence against women in the armed conflict*. Londres, Reino Unido: Amnistía Internacional.

Amnistía Internacional (2006). *Guatemala: No protection, no justice: Killings of women in Guatemala*. Londres, Reino Unido: Amnistía Internacional.

Amnistía Internacional (2007). *Sexual violence against women and girls in Jamaica: "just a little sex"*. Londres, Reino Unido: Amnistía Internacional.

Amnistía Internacional (2008). *Don't turn your back on girls. Sexual violence against girls in Haiti*. Londres, Reino Unido: Amnistía Internacional.

Amnistía Internacional (2008b). *Women's struggle for justice and safety. Violence in the family in Mexico*. Londres, Reino Unido: Amnistía Internacional.

Amnistía Internacional (2009). *The total abortion ban in Nicaragua. Women's lives and health endangered, medical professionals criminalized*. Londres, Reino Unido: Amnistía Internacional.

Anaya Rubio, N. (2007). "Mujeres y situaciones de conflicto armado y post conflicto en El Salvador". *Monitoreo sobre violencia sexual en conflicto armado en Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Perú*. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM). Fuente: http://www.cladem.org/espanol/publicaciones/indiceintrodu_conflicto.pdf (Consulta: diciembre de 2009)

Asamblea General de las Naciones Unidas (2003) *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Acta de la 85a reunión plenaria*. Ginebra, Suiza: Asamblea General de las Naciones Unidas.

Bastick, M.; Grimm, K.; Kunz, R. (2007). *Sexual violence in armed conflict. Global overview and implications for the security sector*. Ginebra, Suiza: Geneva Centre for the Democratic Control of Armed Forces. Fuente: <http://www.dcaf.ch/publications/kms/details.cfm?lng=en&id=43991&nav1=4> (Consulta: diciembre de 2009)

Bedone, A. J.; Faúndes, A. (2007). "Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas". *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 23. No. 2. Pp. 465-469.

Belknap, R. A.; Cruz, N. (2007). "When I was in my home I suffered a lot: Mexican women's descriptions of abuse in family of origin". *Health Care for Women International*. Vol. 28. Pp. 506-522.

Belskey, J. (1980). "Child maltreatment: An ecological integration". *American Psychologist*. Vol. 35. Pp. 320-335.

Bianco, M.; Mariño, A.; Ré, M. I. (2008). *Violencia contra las mujeres y VIH en el MERCOSUR. La Situación en Argentina*. Argentina: Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM).

Billings, D. L.; González-Focke, M.; Santoyo T., Rivas-Oropeza, I. (2008). "Programas internacionales de intervención para agresores y mujeres víctimas de violencia de pareja". En: Híjar, M.; Valdéz-Santiago, R. (Eds). *Programas de intervención con mujeres víctimas de violencia de pareja y con agresores: Experiencia internacional y mexicana*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Fuente: http://www.insp.mx/docs/libro_pimvvpa_eim.pdf (Consulta: diciembre de 2009)

Bott, S.; Morrison, A.; Ellsberg, M. (2005a). *Preventing and responding to gender-based violence in middle and low-income countries: A global review and analysis*. World Bank Policy Research Working Paper 3618. Washington, D.C., EE.UU.: Banco Mundial.

Bott, S.; Guedes, A.; Guezmes, A. (2005b). "The health service response to sexual violence: Lessons from IPPF/WHO member associations in Latin America". En: Jejeebhoy, S.J.; Shah, I.; Thapa, S. (Eds.). *Sex without consent. Young people in developing countries*. Londres, Reino Unido: Zed Books.

Bott S, Guedes A, Claramunt C, et al. (2004) Improving the health sector response to gender-based violence: a resource manual for health care professionals in developing countries. Nueva York:



Federación Internacional de Planificación de la Familia. Disponible en inglés en http://www.ippfwhr.org/files/GBV_Guide_EN.pdf y en español en: http://www.ippfwhr.org/files/GBV_Guide_SP.pdf (Consulta: febrero de 2010)

Bronfman, M. et al. (2001). *Mujeres al borde... vulnerabilidad a la infección por VIH en la frontera sur de México*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

Buvinic, M. (2008). "Un balance de la violencia en América Latina: los costos y las acciones para la prevención". (En) *Seguridad y violencia en América Latina: un reto para la democracia*. F. Rojas Aravena y M. Mesa (coord.). Pensamiento Iberoamericano No. 2, 2a época. 2008/1. Madrid, España: Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y Fundación Carolina.

Buvinic, M., y Roza. V., (2004) *Women, politics and democratic prospects in Latin America*. Sustainable Development Department Technical papers series; WID-108. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.

Cáceres, C. F. (2005). "Assessing young people's non-consensual sexual experiences: lessons from Peru". En: Jejeebhoy, S.J.; Shah, I.; Thapa, S. (Eds.). *Sex without consent. Young people in developing countries*. Londres, Reino Unido: Zed Books.

Carlson, B.E. (1984). "Causes and maintenance of domestic violence: An ecological analysis". *Social Service Review*. Vol. 58. Pp. 569-587.

Castro, R.; Riquer, F. (2003). "La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos". *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 19. No 1. Pp. 135-146. Fuente: www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14913.pdf (Consulta: diciembre de 2009)

Cayemittes, M. et al. (2007). *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti, 2005-2006*. [Encuesta de Mortalidad, Morbilidad y Utilización de Servicios, Haití, 2005-2006]. Calverton, Maryland, USA: Ministère de la Santé Publique et de la Population, Institut Haïtien de l'Enfance et Macro International Inc. (Consulta: abril de 2010). Fuente: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR192/FR192.pdf>

CDC (sin fecha) Research brief: Childhood sexual abuse among women in El Salvador, Guatemala, and Honduras. Atlanta, Georgia, EE.UU.: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

Fuente: <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/surveys/PDFs/Childhood%20Sexual%20Abuse-accessible.pdf>.
(Consulta: noviembre de 2009)

CEPAL; W.K. Kellogg Foundation (2007). *Defensorías Comunitarias: Una respuesta comunitaria a la violencia familiar, Cusco (Perú)*. Experiencias en Innovación Social 2005-2006. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); W. K. Kellogg Foundation.

CEPAL (2008) *Panorama social de América Latina*. Santiago, Chile: Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)]. Disponible en español: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/2/34732/P34732.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/dds/tpl/top-bottom.xsl> (Consulta: febrero de 2010)

CEPAR (2005). Informe Final de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, Ecuador 2004 (ENDEMAIN 2004). Ecuador: Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR) (Consulta: abril de 2010). Fuente: http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/inicio.htm

CEPEP (2009). Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2008, Paraguay (ENDSSR 2008). Informe Final. Asunción, Paraguay: Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP), USAID.

CESDEM (2008) Encuesta Demográfica y de Salud República Dominicana, 2007. Santo Domingo, República Dominicana: Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) y Calverton, Maryland, EE.UU.: Macro International/DHS+.

Chiarotti, S. (2003). "La trata de mujeres: sus conexiones y desconexiones con la migración y los derechos humanos". *Serie Población y Desarrollo* 39. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

CLADEM (2005). *Dossier sobre Violencia Doméstica en América Latina y el Caribe*. Lima, Perú: Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM).

Claramunt, M. C. (2000). "Abuso sexual en mujeres adolescentes". *Serie Género y Salud Pública* 9. San José, Costa Rica: Programa Mujer, Salud y Desarrollo, OPS.



Claramunt, M. C.; Vega-Cortés, M. (2003). "Situación de los servicios médico-legales y de salud para víctimas de violencia sexual en Centroamérica. Informe subregional: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua". *Serie Género y Salud Pública* 14. San José, Costa Rica: Programa Mujer, Salud y Desarrollo, OPS.

CIDH (2007). *Acceso a la justicia para las mujeres víctimas de violencia en las Américas*. Washington, D.C., EE.UU.: Organización de los Estados Americanos (OEA), Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).

CIM (2009). *Strategies to address the links between GBV and HIV/AIDS in the Caribbean*. Project: Capacity building for integrating services on HIV and violence against women in the Caribbean: A pilot project. Bulletin No. 2. Organización de los Estados Americanos (OEA), Comisión Interamericana de Mujeres (CIM).

CIM (2009b). *Project: Capacity building for integrating services on HIV and violence against women in the Caribbean. A Pilot Project*. Comisión Interamericana de Mujeres (CIM). Fuente: <http://portal.oas.org/Portal/Topic/ComisiónInteramericanadeMujeres/GéneroViolenciaVIHSIDA/Proyectos/ElCaribe/tabid/1658/language/es-CO/Default.aspx>. (Consulta: agosto de 2009)

Connell, R. W. (2000). *The men and the boys*. Cambridge, Reino Unido: Polity Press.

Contreras, J. M. (2005). *Conflict within intimacy: a socio-demographic analysis of male involvement in intimate partner violence in Mexico*. Londres, Reino Unido: Centre for Population Studies, London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London.

Contreras, J. M.; Guzmán, J. M. (2001). "Violencia doméstica y sexual". En: Guzmán, J. M. et al. (Eds.). *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe*. Ciudad de México, México: UNFPA.

Daeren, L. (2001) *The Gender Perspective in Economic and Labour Policies. State of the Art in Latin America and the Caribbean*. CEPAL – SERIE Mujer y Desarrollo. Women and Development Unit. ECLAC-GTZ project "Institutionalization of gender policies within ECLAC and sectoral ministries". Chile, Santiago: Naciones Unidas.

Dahlberg, L.; Krug, E. G. (2002). "Violence – a global public health problem". In: Krug, E.G. et al. (Eds.). *World report on violence and health*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Dantas-Berger, S.; M.; Giffin, K. (2005). "A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual?". *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 21 No. 2. Pp. 417-425.

De León Escribano, C. R. (2008). "Violencia y género en América Latina". (En) *Seguridad y violencia en América Latina: Un reto para la democracia*. F. Rojas Aravena y M. Mesa (coord.). Pensamiento Iberoamericano No. 2, 2a época. 2008/1. Madrid, España: Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y Fundación Carolina.

DeOliveira, A.F. et al. (2009). "Factors associated with intimate partner violence against Brazilian women". ["Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras"]. *Revista Saúde Pública*. Vol. 43. No. 2. Pp. 299-310. Fuente: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2009nahead/7172.pdf> (Consulta: diciembre de 2009)

DeSouza, E. R.; Cerqueira, E. (2008). "From the kitchen to the bedroom: Frequency rates and consequences of sexual harassment among female domestic workers in Brazil". *Journal of Interpersonal Violence*. Vol. 24. No. 8. Pp. 1264-1284.

Diniz, N. M. et al. (2007). "Women victims of sexual violence: adherence to chemoprevention of HIV". *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 15. No. 1. Pp. 7-12.

Dobash, R. E.; Dobash, R. P. (1979). *Violence against wives*. Nueva York, EE.UU. Free press.

Duarte, M. et al. (2007). *Violencia de estado contra mujeres en México: El caso San Salvador Atenco*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial contra la Tortura; Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM); Centro de Derechos Humanos Miguel Agustín Pro Juárez A.C. (Centro Prodh). Fuente: http://www.omct.org/pdf/procedures/2006/cat_37th/mexico_informe_altern_atenco_cat_esp.pdf (Consulta: diciembre de 2009)

Dutton, D. G. (1988). "Profiling of wife assaulters: Preliminary evidence for a tri-modal analysis". *Violence and Victims*. Vol. 3. Pp. 5-29.

Edelson, J.; Tolman, R. M. (1992). *Intervention for men who batter: An ecological approach*. Newbury Park, EE.UU.: Sage Publications.



Ellsberg, M. (2005). "Sexual violence against women and girls: Recent findings from Latin America and the Caribbean". En: Jejeebhoy, S. J.; Shah, I.; Thapa, S. (Eds.). *Sex without consent. Young people in developing countries*. Londres, Reino Unido: Zed Books.

Ellsberg, M. et al. (2000). "Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua". *Social Science and Medicine*. Vol. 51. Pp. 1595-1610.

Ellsberg, M.; Clavel Arcas, C. (2001). *Towards an integrated model of care for family violence in Central America*. Washington, D.C.; EE.UU.: Organización Panamericana de la Salud.

Ellsberg, M.; Heise, L. (2005). *Researching violence against women: A practical guide for researchers and activists*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Programa para una Tecnología Apropiada en Salud (PATH) Fuente: <http://www.path.org/publications/details.php?i=1524>. (Consulta: noviembre de 2009)

Ellsberg M, Heise L, Pena R, et al. (2001). Researching domestic violence against women: Methodological and ethical considerations. *Studies in Family Planning*. Vol. 32. No. 1. Pp1-16.

Espinoza, S.; Espinoza, E.; Agüero, J. C. (2007). "Violencia sexual en conflicto armado: Informe nacional de Perú". *Monitoreo sobre violencia sexual en conflicto armado en Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Perú*. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM).

Falú, A.; Segovia, O. (2007). *Ciudades para convivir: Sin violencias hacia las mujeres. Debates para la construcción de propuestas*. Santiago de Chile, Chile: Ediciones Sur.

Faúndes, A.; Andalaft, J. (2002). "Sexual violence against women: The role of gynecology and obstetrics societies in Brazil". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Vol. 78. No. Suppl. 1. Pp. S67-S73.

Franco, S; Fernández-Castilla, R.; Pantelides, E.A. et al. (2005). *Salud sexual y reproductiva adolescente en el comienzo del siglo XXI en América Latina y el Caribe*. México: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Disponible en español: http://lac.unfpa.org/public/cache/offonce/pid/838;jsessionid=AEBA28C49F56D06B23CEF064E1FEE4F8_ (Consulta: febrero de 2010)

Fuller, N. (2001a). "She made me go out of my mind: marital violence from the male point of view". *Development*. Vol. 44. No. 3. Pp. 25-29.

Fuller, N. (2001b). "The social construction of gender identity among Peruvian men". *Men and masculinities*. Vol. 3. No. 3. Pp. 316-331.

Fuller, N. (1998). "Reflexiones sobre el machismo en América Latina". En: Valdés, T.; Olavarría, J. (Eds.). *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Pp. 258-66. Santiago: FLACSO.

Gage, A. J. (2005). "Women's experience of intimate partner violence in Haiti". *Social Science and Medicine*. Vol. 61. Pp. 343-364.

Gage, A. J.; Hutchinson, P. L. (2006). "Power, control, and intimate partner sexual violence in Haiti". *Archives of Sexual Behavior*. Vol. 35. No. 1. Pp. 11-24.

García-Moreno, C. et al. (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's Responses*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Fuente: <http://www.who.int/gender/violence/who%5Fmulticountry%5Fstudy/en/index.html> (Consulta: noviembre de 2009)

García-Suárez, C. I. (2006). *Abuso sexual infantil y explotación sexual comercial infantil en América Latina y el Caribe. Informe genérico situacional*. Bogotá, Colombia: Save the Children.

Gasman, N.; Villa Torres, L.; Billings, DL; García-Moreno, C. (2006). "Violencia sexual en México". *Informe nacional sobre violencia y salud*. Ciudad de México, México: Secretaría de Salud (SSA).

Geldstein, R. N.; Pantelides, E. (2003). "Coerción, consentimiento y deseo en la primera vez". En: Checa, S (comp.). *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Pp. 103-138. Buenos Aires, Argentina: Paidós Ibérica.

Gil Herrera, M. D. (2007). "Reporte sobre la mujer en situaciones de conflicto armado y post conflicto en Guatemala". *Monitoreo sobre violencia sexual en conflicto armado en Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Perú*. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM).

Gómez, A. M.; Speizer, I. S.; Beauvais, H. (2009). "Sexual violence and reproductive health among youth in Port-au-Prince, Haiti". *Journal of Adolescent Health*. Vol. 44. Pp. 508-510.



Guedes, A. (2007). *Behavior change strategies for addressing gender-based violence in Latin America and the Caribbean*. Artículo no publicado preparado para OXFAM.

Guedes, A.; Bott, S.; Cuca, Y. (2002a). "Integrating systematic screening for gender-based violence into sexual and reproductive health services: Results of a baseline study by the International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Vol. 78. Pp. 557-563.

Guedes, A.; Bott S.; Guezmes, A. et al. (2002b). "Gender-based violence, human rights and the health sector: Lessons from Latin America". *Health and Human Rights* Vol. 6. No. 1. Pp 177-194.

Gutmann, M. C. (2000). *Ser hombre de verdad en la Ciudad de México: ni macho ni mandilón*. México: El Colegio de México.

Guzmán, J. M. et al. (2006). "La démographie de l'Amérique latine et de la Caraïbe depuis 1950". *Population*. Vol. 61. No. 5-6. France. INED.

Halcón, L.; Beuhring, T; Wm. Blum, R. (2000). *A Portrait of Adolescent Health in the Caribbean*. Minneapolis, EE.UU. World Health Organization Collaborating Centre on Adolescent Health; W.K. Kellogg Foundation.

Halcón, L. et al. (2003). "Adolescent health in the Caribbean: A regional portrait". *American Journal of Public Health*. Vol. 93. No. 2. Pp. 1851-1857. Fuente: <http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/93/11/1851.pdf> (Consulta: diciembre de 2009)

Hanlon, C. N.; Shankar, F. (2000). "Gendered spaces of terror and assault: The testimony of REMHI and the Commission for Historical Clarification in Guatemala". *Gender, Place and Culture*. Vol. 7. No. 3. Pp. 265-286.

Hastings, J. A. (2002). "Silencing state-sponsored rape: In and beyond a transnational Guatemalan community". *Violence Against Women*. Vol. 8. No. 10. Pp. 1153-1181.

Heise, L. (1998). "Violence against women: An integrated, ecological framework". *Violence Against Women*. Vol. 4. No. 3. Pp. 262-290.

Heise, L.; Ellsberg, M.; Gottemoeller, M. (1999). "Violence against women". *Population Reports, Series L*, No. 11, XXVII(4). Baltimore, Maryland, EE.UU.: John Hopkins.

Heise, L., García-Moreno, C. (2002). "Violence by intimate partners". En: Krug, E.G. et al. (Eds.). *World report on violence and health*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Henriques, Z.; Joseph, J. (1999). "Violence against women in the Caribbean". En: Muraskin, R. (Ed.). *Women and justice: Development of international policy*. Nueva York, EE.UU.: Gordon and Breach Publishers.

Hindin, M. J.; Kishor, S.; Ansara, D. L. (2008). *Intimate partner violence among couples in 10 DHS countries: Predictors and health outcomes*. DHS Analytical Studies No. 18. Calverton, Maryland, EE.UU.: Macro International. Fuente: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/AS18/AS18.pdf> (Consulta: noviembre de 2009)

Human Rights Watch (2006). "Swept under the rug. Abuses against domestic workers around the world". Human Rights Watch Report. Vol. 18. No. 7.

Human Rights Watch (2005). "Colombia: Displaced and discarded. The plight of internally displaced persons in Bogotá and Cartagena". *Human Rights Watch Report*. Vol. 17. No. 4(B).

Human Rights Watch (2004). No rest: Abuses against child domestics in El Salvador. Human Rights Watch Report. Fuente: <http://www.hrw.org/en/reports/2004/01/14/no-rest-0> (Consulta: diciembre de 2009)

ILO (2007) *Sexual harassment at work: fact sheet. Declaration on fundamental principles and rights at work*. Ginebra, Suiza: International Labour Office (ILO).

INE (2004). *Bolivia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA), 2003. Informe Final*. La Paz, Bolivia: Instituto Nacional de Estadística (INE).

INEGI (2006). *Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares 2006 (ENDIREH): Tabulados Básicos*. Aguascalientes, México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

INEI (2005). Perú, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) Continua 2004. Informe Principal. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Dirección Nacional de Censos y Encuestas Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales. USAID, Measure DHS +/ORC Macro. (Consulta: abril de 2010). Fuente: http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=564&ctry_id=33&SrchTp=DV



INIDE (2007). *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/07, Informe Final*. Managua, Nicaragua: Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE).

INSP (2003). *Encuesta nacional de violencia contra las mujeres (ENVIM) 2003*. México: Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y Secretaría de Salud (SSA).

Instituto Promundo (2004). *Programa H*. Website: <http://www.promundo.org.br/330> (Consulta: mayo de 2009).

Instituto Promundo, Instituto Noos (2003). *Men, gender-based violence and sexual and reproductive health: a study with men in Rio de Janeiro, Brazil*. Rio de Janeiro, Brasil: Instituto Promundo. Disponible en inglés y portugués: http://www.promundo.org.br/399?locale=en_US (Consulta: diciembre de 2009).

Jewkes, R. (2002). "Intimate partner violence: Causes and prevention". *The Lancet*. Vol. 359. Pp. 1423-1429.

Jewkes, R., Sen, P., García-Moreno, C. (2002). "Sexual violence". En: E. G. Krug et al. (Eds.) *World report on violence and health*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Jewkes, R.; Dartnall, L. (2008). "Sexual violence". En: Hegggenhougen, K.; Quah, S. (Eds). *International encyclopedia of public health, Volume 5*. San Diego: Academia Press. Pp. 723-731.

Jewkes, R., Dunkle, K., Koss, M.P., Levin, J., Nduna, M., Jama, N. et al. (2006). "Rape perpetration by young, rural South African men: Prevalence, patterns and risk factors". *Social Science and Medicine*. Vol. 63. Pp 2949-61.

Kishor, S.; Johnson, K (2004). *Profiling domestic violence: A multi-country study*. Calverton, Maryland, EE.UU: MEASURE DHS y ORC Macro. Fuente: http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=459. (Consulta: noviembre de 2009)

Kolbe, A. R.; Hutson, R. A. (2006). "Human rights abuse and other criminal violations in Port-au-Prince, Haiti: A random survey of households". *Lancet*. Vol. 368. Pp. 864-873.

Larrain, S. (1999). "Curbing Domestic Violence: Two Decades of Action". En: Morrison, A.; Biehl, L. (Eds.). *Too close to home: Domestic violence in the Americas*. Washington, D.C., EE.UU.: Banco Interamericano de Desarrollo.

Le Franc, E. et al. (2008). "Interpersonal violence in three Caribbean countries: Barbados, Jamaica and Trinidad and Tobago". *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol. 24. No. 6. Pp. 409-421. Fuente: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n6/a05v24n6.pdf> (Consulta: diciembre de 2009)

Lehrer, J. A. et al. (2007). "Prevalence of and risk factors for sexual victimization in college women in Chile". *International Family Planning Perspectives*. Vol. 33. No. 4. Pp. 168-175.

Luciano, D. (2007). *Integrating HIV and violence against women policies and programs – a needs assessment in the Dominican Republic*. Washington, D.C., EE.UU: Development Connections.

Luciano, D. (2008). *Exploring the intersections between empowerment, HIV and violence against women in Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C., EE.UU: Development Connections.

Luciano, D.; Saleh-Ramirez, A. (2001). *Symposium 2001: Gender, violence, health and rights in the Americas. Final report*. Cancun, México: UNFPA; UNIFEM; UNDP; UNICEF; OPS; Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe; ISIS International; CIM/OAS; Center for Research in Women's Health.

MADRE (2006). *Violence against women in Latin America*. Sitio Web de MADRE. <http://www.madre.org/index.php?s=4&news=51> (Consulta: mayo de 2009).

Magallón, R.O. (2007) *Sexual Harassment: A Maquila Reality*. Colectiva Feminista Binacional, Servicio Desarrollo y Paz, A.C. (SEDEPAC) y Comité de Obreras y Obreros en Lucha, International Labor Rights Forum.

Marston, C. (2005). En: Jejeebhoy, S.J.; Shah, I.; Thapa, S. (Eds.). *Sex without consent. Young people in developing countries*. Londres, Reino Unido: Zed Books.

Mathers, C. et al. (2002). "Statistical annex". En: E. G. Krug et al. (Eds.). *World report on violence and health*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Menicucci de Oliveira, E. et al. (2005). "The services for women victims of sexual violence: a qualitative study". *Revista de Saúde Pública*. Vol. 39. No. 3. Pp. 1-6.

Meza Gutiérrez, M. A. et al. (2005). Análisis jurídico de sentencias relativas a delitos de violencia intrafamiliar y sexual y demandas



civiles en materia de familia. Managua, Nicaragua: Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI).

Miller, E., Decker, M.R., et al. (2010). Pregnancy coercion, intimate partner violence and unintended pregnancy. *Contraception* in press

Montaño, S. (2008). "¡Ni una más! El derecho a vivir una vida libre de violencia en América Latina y el Caribe. Reseña". (En) *Seguridad y violencia en América Latina: un reto para la democracia*. F. Rojas Aravena y M. Mesa (coord.). Pensamiento Iberoamericano No. 2, 2a época. 2008/1. Madrid, España: Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y Fundación Carolina.

Montaño, S. et al. (2007). "*¡Ni una más! El derecho a vivir una vida libre de violencia en América Latina y el Caribe.*" Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Moore, A. M. (2006). "Gender role beliefs at sexual debut: Qualitative evidence from two Brazilian cities". *International Family Planning Perspectives*. Vol. 32. No. 1. Pp. 45-51.

Mora, L. et al. (2005). *Sexual and reproductive health, prevention of HIV/AIDS and gender equity in the armed forces in Latin America. Case studies from Ecuador, Nicaragua, Paraguay and Peru*. Ciudad de México, México: UNFPA.

Mora, L. (2006). Vulnerabilidades de las mujeres en el proceso migratorio. Primera Reunión Centroamericana sobre Trata de Mujeres. San José, Costa Rica: UNFPA.

Morrison, A.; Ellsberg, M.; Bott, S. (2004). *Addressing gender-based violence in the Latin American and Caribbean region: A critical review of interventions*. World Bank Policy Research Working Paper 3438. Washington, D.C., EE.UU: Banco Mundial, PATH.

Moser, C., Winton, A., (2002) *Violence in the Central American Region: Towards an Integrated Framework for Violence Reduction*. Overseas Development Institute, Reino Unido.

MSF (2009). *Vidas destrozadas. La atención médica inmediata, vital para las víctimas de violencia sexual*. Bruselas, Bélgica: Médicos sin Fronteras.

NFPB (de próxima aparición) Jamaica, 2008-9 Reproductive Health Survey (RHS) Jamaica: National Family Planning Board (NFPB).

Ojeda Parra, T. (2007). *Las trabajadoras domésticas víctimas de violencia sexual en Lima, Perú*. Washington, D.C., EE.UU: Development Connections.

Olaiz, G.; Rojas, R.; Valdez, R. et al. (2006). "Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México". *Salud Pública de México*. Vol. 48. No. Suplemento 2. Pp. S232-238.

Olavarria, J., Valdés, T. (1998). "Ser hombre en Santiago de Chile: A pesar de todo un mismo modelo". En: Valdés, T.; Olavarria, J. (Eds.). *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago de Chile, Chile: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), UNFPA.

Olsson, A. et al. (2000). "Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women: A population-based anonymous survey". *Child Abuse and Neglect*. Vol. 24. No. 12. Pp. 1579-1589.

ONU (1992). Recomendación General 19, violencia contra la mujer. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Décimo primera sesión. Ginebra, Suiza: Naciones Unidas (Documento de la ONU, No. A/47/38).

ONUSIDA (2006). *Report on the global AIDS epidemic*. Ginebra, Suiza: El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/ SIDA (ONUSIDA).

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2007a). Recomendaciones éticas y de seguridad de la OMS para investigar, documentar y monitorear la violencia sexual en situaciones de emergencia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Fuente: http://www.who.int/gender/documents/OMS_Ethics&Safety10Aug07.pdf (Consulta: noviembre de 2009)

OMS (2007b). Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from programme interventions. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2006). Guía para el desarrollo de los estudios nacionales sobre violencia contra las mujeres y VIH en Belice, Honduras y Nicaragua. Washington, D.C., EE.UU: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

OPS (2009). Gender and HIV. Sitio Web: <http://www.paho.org/English/ad/ge/hiv.htm> (Consulta: agosto de 2009)



Ortega-Ceballos, P.A. et al. (2006). "Determinantes de violencia de pareja en trabajadoras del IMSS Morelos". Salud Pública de México. Vol. 49. No. 5. Pp. 357-366.

Pantelides, E.; Manzelli, H. (2005). La salud sexual y reproductiva: También un asunto de hombres. Investigación de base para la promoción de la participación de los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva en Centroamérica. Análisis comparativo. Organización Panamericana de la Salud, GTZ, UNFPA. Fuente: <http://www.paho.org/spanish/ad/ge/SSRhombres2005.pdf> (Consulta: diciembre de 2009)

Paredes-Gaitán, Y.; Padilla-Zúñiga, K.; Billings, D. (2009). Servicios de salud para víctimas/sobrevivientes de violencia sexual: Calidad de servicios y políticas públicas. Managua, Nicaragua: Ipas Centroamérica.

Parker, L. (2003) Colombia's Houses of Justice. Fuente: <http://www.restorativejustice.org/editions/2003/July/housesofjustice> (Consulta: 11 de enero de 2010)

Pons, J. E. (1999). Contraceptive services for adolescents in Latin America: Facts, problems and perspectives. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care Vol. 4. No. 4.: Pp. 246-254.

Profamilia (2005). Informe Final. Colombia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), 2005. Colombia: Profamilia y Calverton, MD, EE.UU: Macro International/DHS+.

Ramírez, J. C. (2005). Madejas entreveradas: Violencia, masculinidad y poder. Varones que ejercen violencia contra sus parejas. México: Plaza y Valdés; Universidad de Guadalajara.

Ramos-Lira, L. et al. (2001). "Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud". Salud Pública de México. Vol. 43. No. 3. Pp. 182-191.

Red Mujer y Hábitat de América Latina (2009). Programa Regional "Ciudades sin violencia hacia las mujeres, ciudades seguras para tod@s". Sitio Web: <http://www.redmujer.org.ar/ciudades.html> (Consulta: agosto de 2009)

Ribando, C. (2005) *Trafficking in Persons in Latin America and the Caribbean*. CRS Report for Congress. Order Code RL33200. Congressional Research Service. The Library of Congress, Washington, D.C.

Rico, N. (1996). "Violencia de género: un problema de derechos humanos". *Serie Mujer y Desarrollo* 16. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)].

Rioseco Ortega, L. (2005). "Buenas prácticas para la erradicación de la violencia doméstica en la región de América Latina y el Caribe". *Serie Mujer y Desarrollo* 75. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)].

Rivera-Rivera, L. et al. (2004). "Prevalence and determinants of male partner violence against Mexican women: A population-based study". *Salud Pública de México*. Vol. 46. No. 2. Pp. 113-122.

Rodríguez-Bolaños, R.; Márquez-Serrano, M.; Kagayama-Escobar, M. (2005). "Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua". *Salud Pública de México*. Vol. 47. No. 2. Pp. 134-144.

Rojas Aravena, F. (2008). "Globalización y violencia en América Latina. Debilidad estatal, inequidad y crimen organizado inhiben el desarrollo humano". (En) *Seguridad y violencia en América Latina: un reto para la democracia*. F. Rojas Aravena y M. Mesa (coord.). Pensamiento Iberoamericano No. 2, 2a época. 2008/1. Madrid, España: Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y Fundación Carolina.

Rojas Aravena, F.; Mesa, M. (2008). "Presentación". (En) *Seguridad y violencia en América Latina: un reto para la democracia*. F. Rojas Aravena y M. Mesa (coord.). Pensamiento Iberoamericano No. 2, 2a época. 2008/1. Madrid, España: Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y Fundación Carolina.

Rushing, R. (2007). *Mission report, Ecuador*. UNHCR HIV Unit.

Sagot, M. (2005). "The critical path of women affected by family violence in Latin America: Case studies from 10 countries". *Violence Against Women*. Vol. 11. No. 10. Pp. 1292-1318.

Santos-Baptista, R. et al. (2008). "Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela". *ACTA*. Vol. 21. No. 4. Pp. 602-608.

Schraiber, L.B. et al. (2008). "Intimate partner sexual violence among men and women in urban Brazil, 2005". *Revista Saúde Pública*. Vol. 42. No. Suppl. 1. Pp. 127-137.



Secretario General de las Naciones Unidas (2006). *In-depth study on all forms of violence against women*. Nueva York, EE.UU: Naciones Unidas.

SS, INE y Macro International. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2005-2006*. Tegucigalpa, Honduras: Secretaría de Salud [Honduras], Instituto Nacional de Estadística (INE) y Macro International.

SSA; CRIM (2003). *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR) 2003*. México: Secretaría de Salud (SSA); Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM).

STC (2009). Tek it to dem and rise up wi community. Sistren Theatre Collective Website: <http://www.sistrentheatrecollective.org/component/content/article/36-tek-it-to-dem/51-tek-it-to-dem-and-rise-up-wi-community.html> (Consulta: agosto de 2009).

Smith Fawzi, M.C. et al. (2005). "Factors associated with forced sex among women accessing health services in rural Haiti: Implications for the prevention of HIV infection and other sexually transmitted diseases". *Social Science and Medicine*. Vol. 60. No. 4. Pp. 679-689.

Solórzano, I.; Bank, A.; Peña, R.; Espinoza, H.; Ellsberg, M.; Pulerwitz, J. (2008). Catalyzing personal and social change around gender, sexuality, and HIV: Impact evaluation of Puntos de Encuentro's communication strategy in Nicaragua. León, Nicaragua: Puntos de Encuentro, Centro de Investigación en Demografía y Salud (CIDS)/ Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua y PATH.

Speizer, I.S. et al. (2008). "Dimensions of child sexual abuse before age 15 in three Central American countries: Honduras, El Salvador, and Guatemala". *Child Abuse and Neglect*. Vol. 32. Pp. 455-462.

Szasz, I. (1998). "Los hombres y la sexualidad: Aportes de la perspectiva feminista y primeros acercamientos a su estudio en México". En: Lerner, S. (Ed.). *Varones, sexualidad y reproducción*. Pp. 127-152. México: El Colegio de México, Sociedad Mexicana de Demografía.

Tadayuki-Oshikata, C.; Bedone, A. J.; Faúndes, A. (2005). "Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão". *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 21. No. 1. Pp. 192-199.

Troncoso, E. et al. (2006). *¡Ver y Atender! Guía práctica para conocer cómo funcionan los servicios de salud para mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia sexual*. México: Ipas, UNFPA.

UNIFEM (2009). Violence against women. Sitio Web de UNIFEM: http://www.unifem.org/gender_issues/violence_against_women/ (Consulta: agosto de 2009).

UN-INSTRAW (sin fecha). Seguridad para todas. La violencia contra las mujeres y el sector de seguridad. United Nations International Research and Training Institute for the Advancement of Women (UN-INSTRAW).

Universidad del Valle de Guatemala (de próxima aparición). Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil (ENSMI) 2008-2009. Ciudad de Guatemala, Guatemala: Universidad del Valle de Guatemala/Centro de Estudios en Salud.

UNODC (2006). Trafficking in persons: Global patterns. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Fuente: <http://www.unodc.org/documents/human-trafficking/HT-globalpatterns-en.pdf> (Consulta: diciembre de 2009)

UNFPA (1998). *Salud y derechos sexuales y reproductivos en América Latina y el Caribe: Pobreza e inequidad de género*. Santiago de Chile: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Velzeboer, M. et al. (2003). *Violence against women: The health sector responds*. Washington, D.C., USA: Pan American Health Organization.

Viveros, M. (2001). "Contemporary Latin American perspectives on masculinity". *Men and masculinities*. Vol. 3. No. 3. Pp. 237-260.

Waszak, C. et al. (2006). "Sexual violence and reproductive health among young people in three communities in Jamaica". *Journal of Interpersonal Violence*. Vol. 21. No. 11. Pp. 1512-1533.



Iniciativa de Investigación en Violencia Sexual
Unidad de Investigación sobre Género y Salud
Consejo de Investigación Médica
Private Bag x385
0001
Pretoria
Sudáfrica

Teléfono: +27 12 339 8527

Fax: +27 12 339 8582

Casilla electrónica: svri@mrc.ac.za
Sitio Web: www.svri.org

