

Comprender y abordar la violencia contra las mujeres

Violencia sexual

La violencia sexual abarca actos que van desde el acoso verbal a la penetración forzada y una variedad de tipos de coacción, desde la presión social y la intimidación a la fuerza física.

La violencia sexual (**recuadro 1**) incluye pero no se limita a lo siguiente:

- violación en el matrimonio o en citas amorosas;
- violación por desconocidos o conocidos;
- insinuaciones sexuales no deseadas o acoso sexual (en la escuela, el lugar de trabajo, etc.);
- violación sistemática, esclavitud sexual y otras formas de violencia particularmente comunes en situaciones de conflicto armado (por ejemplo fecundación forzada);
- abuso sexual de personas física o mentalmente discapacitadas;
- violación y abuso sexual de niños; y
- formas “tradicionales” de violencia sexual, como matrimonio o cohabitación forzados y “herencia de viuda”.

¿Cuán común es la violencia sexual?

Los datos de mejor calidad sobre la prevalencia de la violencia sexual provienen de encuestas basadas en la población. Otras fuentes de datos sobre la violencia sexual incluyen informes policiales y estudios de entornos clínicos y organizaciones no gubernamentales; sin embargo, como en esos entornos se notifica solo una proporción pequeña de casos, se obtienen subestimaciones de la prevalencia. Por ejemplo, un estudio latinoamericano calculó que solo alrededor de 5% de las víctimas adultas de la violencia sexual notificaron el incidente a la policía (1).

Hay muchas razones lógicas que explican por qué las mujeres no notifican sobre la violencia sexual, por ejemplo:

- sistemas de apoyo inadecuados;
- vergüenza;
- temor o riesgo de represalias;
- temor o riesgo de ser culpadas;

RECUADRO 1. DEFINICIONES DE VIOLENCIA SEXUAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) 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 esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”** (2).

La coacción puede abarcar:

- uso de grados variables de fuerza
- intimidación psicológica
- extorsión
- amenazas (por ejemplo de daño físico o de no obtener un trabajo o una calificación, etc.)

También puede haber violencia sexual si la persona no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo cuando está ebria, bajo los efectos de un estupefaciente, dormida o mentalmente incapacitada.

La definición de la OMS es muy amplia, pero también existen definiciones más circunscritas. Por ejemplo, para fines de investigación algunas definiciones de violencia sexual se limitan a los actos que incluyen la fuerza o la amenaza de violencia física.

El Estudio multipaís de la OMS (3) definió la violencia sexual como actos en los cuales una mujer:

- fue forzada físicamente a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad;
- tuvo relaciones sexuales contra su voluntad por temor a lo que pudiera hacer su pareja;
- fue obligada a realizar un acto sexual que consideraba degradante o humillante.

- temor o riesgo de que no les crean; y
- temor o riesgo de ser tratadas mal o ser socialmente marginadas.

Si bien subsiste la necesidad de efectuar más investigaciones, se han recopilado datos sobre diferentes formas de violencia sexual en encuestas basadas en la población, como las encuestas de demografía y salud (4), las encuestas sobre salud reproductiva (5) y el *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer* (3).¹

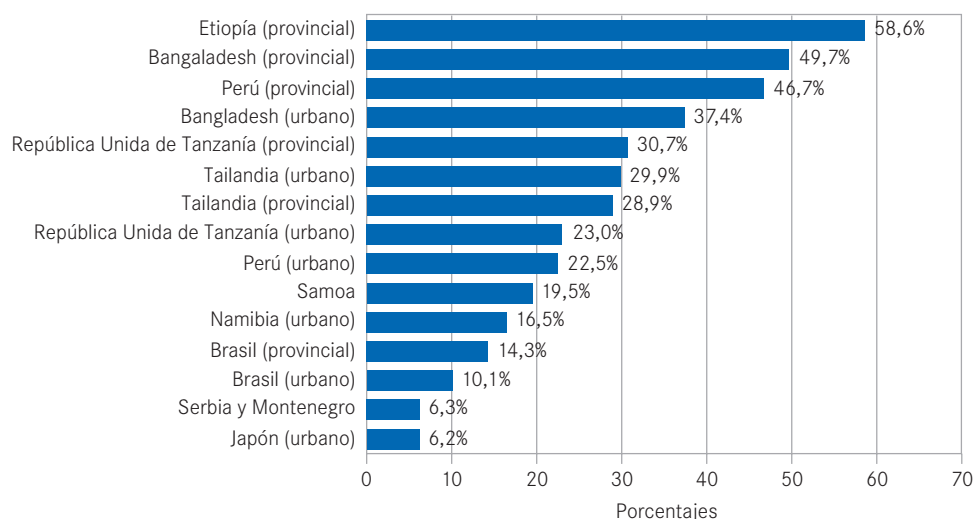
Violencia sexual infligida por la pareja

Los datos disponibles provenientes de encuestas basadas en la población se relacionan principalmente con la agresión sexual perpetrada por la pareja, pero en algunos casos también se incluyen el abuso sexual en la niñez y el abuso sexual por una persona que no es la pareja. La violencia sexual por la pareja generalmente es acompañada de violencia física y emocional, pero puede ocurrir por sí sola.

¹ Los países examinados fueron Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, República Unida de Tanzania, Samoa, los estados antes unidos de Serbia y Montenegro y Tailandia. Más recientemente, se ha reproducido el estudio en Kiribati, Maldivas, islas Salomón y Viet Nam.

FIGURA 1

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que alguna vez tuvieron parejas y que informaron haber sufrido violencia sexual infligida por su pareja después de la edad de 15 años (3)



La prevalencia en el curso de la vida de violencia sexual de pareja informada por mujeres de 15 a 49 años de edad en el Estudio multipaís de la OMS variaba entre 6% en Japón y 59% en Etiopía, con tasas de 10% a 50% en la mayoría de los entornos (figura 1). Un análisis comparativo de las encuestas realizadas en América Latina y el Caribe encontró que las tasas de violencia sexual infligida por la pareja fluctuaban entre 5% y 15% (6).

Algunos datos nuevos sobre la prevalencia de violencia sexual infligida por la pareja se basan en información aportada por los agresores. Por ejemplo, en una encuesta transversal en una muestra aleatoriamente seleccionada de hombres en Sudáfrica, 14,3% de estos dijeron haber violado a su actual o anterior esposa o novia (7).

Violencia sexual por personas que no son la pareja

Hay pocos estudios representativos sobre la violencia sexual perpetrada por personas que no son la pareja, y la mayoría de los datos disponibles provienen de encuestas sobre delincuencia, registros policiales y judiciales, centros de crisis para víctimas de violación y estudios retrospectivos de abuso sexual de niños (8). En el Estudio multipaís de la OMS, entre 0,3% y 12% de las mujeres dijeron haber sido forzadas, después de los 15 años de edad, a tener relaciones sexuales o a realizar un acto sexual por alguien que no era su pareja (3). La mayoría de los estudios indican que es probable que las mujeres conozcan a sus agresores (por ejemplo, en 8 de cada 10 casos de violación en los Estados Unidos) (9,10). La encuesta más reciente de prevalencia de violación en Sudáfrica reveló que más de uno de cada cinco hombres dijeron que habían violado a una mujer que no era su pareja (es decir, una desconocida, una conocida o una integrante de la familia), mientras que uno de cada siete señaló que había violado a su actual o anterior pareja (7). La violencia sexual es también común en situaciones de crisis humanitaria —en particular durante conflictos y después de ellos— pero, debido a sus características específicas, este problema se aborda en otra hoja informativa de esta serie.

Iniciación sexual forzada

La primera relación sexual de una proporción sustancial de mujeres jóvenes ha sido forzada. Los datos sugieren que, cuanto menor sea la edad de las mujeres en la ocasión de la primera relación sexual, mayor será la probabilidad de que esa relación haya sido forzada. En el Estudio multipaís de la OMS, las tasas de mujeres que informaron que su primera relación sexual había sido forzada variaban entre menos de 1% en Japón y casi 30% en zonas rurales de Bangladesh (3). En estudios realizados tanto con hombres como con mujeres, la prevalencia de violación o de coacción sexual comunicada era mayor entre las mujeres. En Lima, Perú, por ejemplo, el porcentaje de mujeres jóvenes que informaron que su iniciación sexual había sido forzada (40%) era cuatro veces más alto que entre los hombres (11%) (11). Además, en las encuestas en que se pregunta a las mujeres sobre una iniciación sexual “no deseada” se suelen encontrar tasas varias veces más altas que las correspondientes a una iniciación “forzada” (6).

Abuso sexual en la niñez

La investigación del abuso sexual contra los niños es compleja ya que sigue siendo un tabú y es difícil de revelar en muchos entornos. Los retos metodológicos incluyen, por ejemplo, la variación de las definiciones de lo que constituye “abuso” y lo que se considera “niñez” y la cuestión de si se deben tener en cuenta las diferencias de edad o de poder entre víctima y victimario. Hay también retos éticos para investigar el abuso sexual en niños. A pesar de ello, está claro que el abuso sexual en la niñez se produce en todos los países donde ha sido estudiado rigurosamente.

En una revisión de las investigaciones efectuado por la OMS en el 2004, se calculó que la prevalencia mundial de victimización sexual en la niñez era de alrededor de 27% entre niñas y de aproximadamente 14% entre niños varones (12). Más específicamente, esa revisión encontró que la prevalencia media de abuso sexual en la niñez informada por mujeres era de alrededor de 7% a 8% en estudios realizados en América del Sur, América Central y el Caribe, así como en Indonesia, Sri Lanka y Tailandia. La prevalencia estimada llegaba a 28% en partes de Europa oriental, la Comunidad de Estados Independientes, la región de Asia y el Pacífico y África del Norte. En general, fue más común el abuso sexual de niñas que de niños varones; sin embargo, estudios recientes en Asia han descubierto que los niños varones son tan afectados como las niñas.

En el Estudio multipaís de la OMS, la prevalencia informada de abuso sexual de menores de 15 años de edad perpetrado por alguien que no era la pareja variaba entre 1% en zonas rurales de Bangladesh y más de 21% en zonas urbanas de Namibia.

A pesar del carácter generalizado del abuso sexual en la niñez, hasta hace poco ha habido pocos estudios de la prevalencia en ciertas regiones. Varios estudios nuevos están actualmente en marcha en el África subsahariana. En el 2009, en una muestra nacional representativa de 1.242 niñas y mujeres de 13 a 24 años de edad en Swazilandia se encontró que 33,2% de las entrevistadas informaron haber sufrido algún incidente de violencia sexual antes de los 18 años de edad (13). En ese estudio, los agresores más comunes en el primer incidente eran hombres o muchachos vecinos, novios o esposos de la entrevistada. Con mayor frecuencia, el primer incidente había tenido lugar en el hogar de la entrevistada y se trataba de violencia sexual de pareja o violencia sexual en citas amorosas. Un estudio reciente comparó los primeros datos nacionales basados en la población sobre abuso sexual de menores de 15 años de edad en tres países

centroamericanos (14). La prevalencia fluctuaba entre 4,7% en Guatemala, 6,4% en El Salvador y 7,8% en Honduras, y la mayoría de los casos notificados habían ocurrido por primera vez antes de la edad de 11 años. Los agresores eran generalmente conocidos de las víctimas.

Acoso y violencia sexuales en escuelas y lugares de trabajo

La violencia sexual, incluido el acoso sexual, ocurre con frecuencia en instituciones supuestamente “seguras”, como las escuelas, donde algunos de los agresores incluyen compañeros o profesores. En estudios provenientes de diversas partes del mundo, con inclusión de África, Asia meridional y América Latina, se ha documentado que proporciones sustanciales de niñas dicen haber sufrido acoso y abuso sexuales en camino hacia la escuela o de regreso de esta, o bien en instalaciones de la escuela o la universidad, incluidos baños, aulas y dormitorios, y que los perpetradores eran compañeros o profesores (15,16).

Por ejemplo, en un estudio en escuelas primarias del distrito de Machinga, en Malawi, las alumnas dijeron haber sufrido diversos tipos de acoso y abuso sexuales en la escuela, incluidos comentarios sexuales (7,8%), tocamientos sexuales (13,5%), “violación” (2,3%) y relaciones sexuales “coaccionadas o no deseadas” (1,3%) (17).

Ese mismo estudio descubrió que docentes de 32 de las 40 escuelas dijeron haber conocido a un profesor varón de su escuela que había propuesto relaciones sexuales a un estudiante, mientras que docentes de 26 de las 40 escuelas informaron que un profesor varón de su escuela había embarazado a una estudiante.

Como ejemplo de un entorno de ingresos altos, en un estudio nacional representativo (en línea) de estudiantes de escuelas medias y secundarias de los Estados Unidos se descubrió que la mayoría de las 1.002 niñas encuestadas dijeron haber sufrido alguna forma de acoso sexual en la escuela durante el año escolar 2010-2011 (18).

Las investigaciones sobre acoso sexual en el lugar de trabajo están en sus comienzos, pero los estudios iniciales indican que el problema está muy difundido, especialmente porque más mujeres se incorporan a la fuerza laboral. Las encuestas han revelado que de 40% a 50% de las mujeres en la Unión Europea informan sobre alguna forma de acoso sexual o comportamiento sexual no deseado en el lugar de trabajo (19).

Violencia sexual contra hombres y niños varones

Si bien esta hoja informativa se centra en la violencia sexual contra niñas y mujeres, es importante destacar que los niños varones y los hombres también pueden ser víctimas de violencia sexual. La violación y otras formas de coacción sexual contra hombres y niños varones tienen lugar en diversos entornos, incluidos hogares, lugares de trabajo, escuelas, calles, instituciones militares y prisiones. Lamentablemente, la violencia sexual contra los hombres es un área de estudio descuidada y muy sensible. Las diferencias metodológicas en los diseños de los estudios, los tamaños pequeños de las muestras, las distintas definiciones de coacción, entre otras razones, han dado lugar a grandes variaciones de la prevalencia notificada. La victimización sexual, especialmente durante la niñez, está asociada con perpetración en etapas posteriores de la vida, de manera que es importante abordar esta laguna, tanto por sí misma como para prevenir la comisión subsecuente de violencia sexual.

¿Cuáles son las causas fundamentales y los factores de riesgo de la violencia sexual?

La tarea de conocer los factores asociados con un riesgo mayor de violencia sexual contra la mujer es compleja, dadas las diversas formas que puede adoptar la violencia sexual y los numerosos contextos en los que se presenta. El modelo ecológico, que postula que la violencia es resultado de factores que operan en cuatro niveles —individual, relacional, comunitario y social— es útil para comprender la interacción entre los factores y en los distintos niveles.

Las siguientes listas de factores, que son comunes a todos los estudios y entornos, se han tomado principalmente de *Prevención de la violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias* (20), publicado en español en el 2011, y del *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (21), publicado en español en el 2003.

Factores individuales y relacionales

La investigación de los factores que aumentan el riesgo de que los hombres cometan actos de violencia sexual es relativamente reciente y se refiere predominantemente a hombres que fueron aprehendidos, en particular por haber cometido una violación. Entre los factores que han sido señalados en múltiples estudios de ese tipo se cuentan los siguientes:

- pertenencia a una pandilla,
- consumo perjudicial o ilícito de alcohol o drogas,
- personalidad antisocial,
- exposición en la niñez a la violencia entre los padres,
- antecedentes de abuso físico o sexual en la niñez (22),
- escasa educación,
- aceptación de la violencia (por ejemplo, creer que sea aceptable golpear a la esposa o la novia),
- múltiples parejas o infidelidad,
- opiniones favorables a la inequidad de género.

Más recientemente, investigadores han completado en Sudáfrica una gran encuesta transversal entre hombres de la población y han encontrado que la perpetración de violaciones se asociaba con lo siguiente: adversidad mayor en la niñez, haber sido violado por un hombre, mayor nivel de instrucción de la madre, criterios menos equitativos sobre las relaciones de género, haber tenido más parejas, y otras prácticas inequitativas en materia de género, como relaciones sexuales de carácter transaccional (7).

Factores comunitarios y sociales

Desde una perspectiva de salud pública, los factores comunitarios y sociales pueden ser los más importantes para identificar formas de prevenir la violencia sexual antes de que se produzca, ya que la sociedad y la cultura pueden apoyar y perpetuar creencias que aprueban la violencia. Los factores vinculados con tasas más elevadas de violencia sexual perpetrada por hombres incluyen los siguientes:

- normas tradicionales y sociales favorables a la superioridad masculina (por ejemplo, considerar que las relaciones sexuales sean un derecho del hombre

en el matrimonio, que las mujeres y las niñas sean responsables de mantener bajo control los deseos sexuales de los hombres o que la violación sea un signo de masculinidad); y

- sanciones jurídicas y comunitarias poco rigurosas contra la violencia.

¿Cuáles son las consecuencias de la violencia sexual para la salud?

Los datos indican que los supervivientes masculinos y femeninos de violencia sexual pueden sufrir consecuencias conductuales, sociales y de salud mental similares (12,23,24), No obstante, las niñas y las mujeres soportan la carga más abrumadora de traumatismos y enfermedades resultantes de la violencia y la coacción sexuales (12), no solo porque constituyen la gran mayoría de las víctimas sino también porque son vulnerables a consecuencias para la salud sexual y reproductiva, como embarazos no deseados, abortos inseguros y un riesgo mayor de contraer infecciones de transmisión sexual, inclusive la infección por el VIH, durante el coito vaginal (**cuadro 1**) (25). Aun así, es importante observar que los hombres también son vulnerables a la infección por el VIH en casos de violación.

CUADRO 1

Ejemplos de consecuencias de la violencia y la coacción sexuales para la salud de las mujeres

Salud reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismo ginecológico • Embarazo no planeado • Aborto inseguro • Disfunción sexual • Infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH • Fístula traumática
Salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Trastorno por estrés postraumático • Ansiedad • Dificultades del sueño • Síntomas somáticos • Comportamiento suicida • Trastorno de pánico
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento de alto riesgo (por ejemplo, relaciones sexuales sin protección, iniciación sexual consensual temprana, múltiples compañeros íntimos, abuso del alcohol y otras drogas) • Riesgo mayor de perpetrar (los hombres) o de sufrir (las mujeres) violencia sexual posteriormente
Resultados mortales	<p>Muerte por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • suicidio • complicaciones del embarazo • aborto inseguro • sida • asesinato durante la violación o en defensa del “honor” • infanticidio de un niño nacido como resultado de una violación

¿Cuáles son los mejores métodos para combatir la violencia sexual?

Mientras que en el pasado los métodos para combatir la violencia sexual se han centrado en gran medida en el sistema de justicia penal, actualmente hay un movimiento general hacia un enfoque de salud pública que reconozca que la violencia no es resultado de un único factor sino que es causada por múltiples factores de riesgo que interactúan a nivel individual, relacional, comunitario y social. Por consiguiente, para abordar la violencia sexual se requiere la cooperación de diversos sectores, como los de la salud, de la educación, de bienestar social y de justicia penal. El enfoque de salud pública busca hacer extensiva la atención y la seguridad a toda la población y pone énfasis principalmente en la prevención, velando al mismo tiempo por que las víctimas de violencia tengan acceso a servicios y apoyo apropiados.

Intervenciones eficaces para prevenir la violencia sexual

La base de evidencia es extremadamente limitada en cuanto a intervenciones eficaces para la prevención de la violencia sexual. Algunas intervenciones orientadas a prevenir la violencia sexual contra niños han sido aplicadas en un número limitado de países de ingresos altos mediante el registro de los agresores sexuales locales y la notificación a las comunidades al respecto, restricciones de residencia para los agresores sexuales (por ejemplo, prohibición de vivir cerca de escuelas) y la vigilancia electrónica de los agresores sexuales. Una revisión y la crítica de esas políticas sugieren que en gran parte se basan en mitos y no en evidencias acerca de la violencia y la coacción sexuales, y han sido ineficaces para prevenir los delitos sexuales o proteger a los niños (4,26).

Otras intervenciones encaminadas a prevenir la violencia sexual o la violencia contra las niñas y las mujeres en general están diseñadas para llevarse a cabo en escuelas, instituciones de educación superior y universidades. Se han evaluado rigurosamente varias estrategias para prevenir la violencia en citas amorosas entre jóvenes en países de ingresos altos y algunos datos indican que quizás sean eficaces (20,27). También se ha comprobado que algunas iniciativas basadas en las escuelas puestas en práctica en países de ingresos bajos y medianos, resultan prometedoras para reducir los niveles de acoso y abuso sexuales, en particular si emplean enfoques integrales que lleguen a todas las escuelas y comunidades (28,29).

Si bien las intervenciones orientadas a los jóvenes en las escuelas son vitales, hay otros posibles puntos de intervención, como los hogares; por ejemplo, se ha demostrado que los programas de visitas domiciliarias prenatales y posnatales reducen los riesgos de maltrato y descuido físico y psicológico de los niños (30-32). Estas formas de maltrato son conocidos factores de riesgo de perpetración de violencia sexual y de victimización en etapas posteriores de la vida. Los entornos y servicios de atención de salud son también potenciales puntos de acceso para la prevención de la violencia sexual, en particular al abordar la crianza y el maltrato de los hijos y el consumo indebido de alcohol. Otras iniciativas prometedoras incluyen estrategias de movilización comunitaria para promover cambios en las normas y comportamientos de género y esfuerzos comunitarios encaminados a mejorar la situación social y económica de la mujer.

Principios generales de las prácticas adecuadas para abordar la violencia sexual

Además de datos limitados acerca de intervenciones eficaces, en la bibliografía también se presentan algunos principios que sustentan prácticas adecuadas para abordar la violencia sexual.

Proporcionar una respuesta integral a las necesidades de las víctimas supervivientes (33)

La prestación de servicios de atención de salud y medicojurídicos integrales a las víctimas supervivientes de violación es de importancia capital. Además de atención compasiva, estas necesitan acceso a una serie de servicios de salud específicos prestados por personal capacitado, a saber:

- apoyo psicológico (y referencia a instituciones para recibir atención de salud mental, de ser necesario),
- anticoncepción de emergencia,
- tratamiento y profilaxis de enfermedades de transmisión sexual,
- profilaxis para la infección por el VIH, cuando corresponda,
- información sobre abortos seguros, y
- un examen forense (si la mujer decide enjuiciar al agresor).

En el sistema jurídico, las supervivientes deben tener acceso a profesionales competentes y sensibilizados que les ayuden si decidieran encausar al agresor.

Ampliar la base de conocimientos y concientizar acerca de la violencia sexual

La expansión de la base de conocimientos y la difusión de la información ya existente y la nueva que se genere ampliarán el campo de acción y conducirán a mejores programas y estrategias. Los datos sobre la prevalencia y los patrones también pueden ser una herramienta importante para conseguir que los gobiernos y las instancias normativas se ocupen del problema y convencerlos de las repercusiones en la salud pública y los costos de la violencia sexual.

Promover reformas jurídicas

El perfeccionamiento de las leyes existentes y de su aplicación puede servir para mejorar la calidad de la atención prestada a las supervivientes y para frenar la violencia sexual al endurecer las sanciones contra los agresores. Algunas medidas al respecto comprenden las siguientes:

- fortalecimiento y ampliación de las leyes que definen la violación y la agresión sexual;
- sensibilización y capacitación de la policía y los jueces acerca de la violencia sexual;
- una mejor aplicación de las leyes existentes.

Referencias

1. Contreras J et al. *Sexual violence in Latin America and the Caribbean: a desk review*. Pretoria, Sexual Violence Research Initiative, 2010.
2. Organización Mundial de la Salud. *Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer*. Nota descriptiva N°. 239. Actualización de septiembre de 2011. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011.
3. Garcia-Moreno C et al. *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
4. Kishor S, Johnson K. *Profiling domestic violence – a multi-country study*. Calverton, MD, ORC Macro, 2004.
5. CDC. *International Reproductive Health Surveys*. Atlanta, GA, US Centers for Disease Control and Prevention, 2011.
6. Bott S et al. *Violence against women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries*. Washington DC, Pan American Health Organization, in press.
7. Jewkes R et al. Gender inequitable masculinity and sexual entitlement in rape perpetration South Africa: findings of a cross-sectional study. *PLoS ONE*, 2011, 6(12):e29590.
8. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet*, 2002, 359(9313):1232–37.
9. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. *Ending violence against women*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999.
10. Tjaden P, Thoennes N. *Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington, DC, National Institute of Justice, 2000.
11. Caceres C. Assessing young people's non-consensual sexual experiences: lessons from Peru. En: Jejeehoy S, Shah I, Thapa S, eds. *Sex without consent: young people in developing countries*. London, Zed Books, 2005:127–38.
12. Andrews G et al. Child sexual abuse. En: Ezzati M, et al, eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva, World Health Organization, 2004.
13. Reza A et al. Sexual violence and its health consequences for female children in Swaziland: a cluster survey study. *Lancet*, 2009, 373(9679):1966–72.
14. Speizer IS et al. Dimensions of child sexual abuse before age 15 in three Central American countries: Honduras, El Salvador, and Guatemala. *Child Abuse & Neglect*, 2008, 32(4):455–62.
15. Management Systems International (MSI). *Are schools safe havens for children? Examining school-related gender-based violence*. Washington, DC, United States Agency for International Development (USAID), 2008.
16. Wellesley Centers for Research on Women, DTS (2003). *Unsafe schools: a literature review of school-related gender-based violence in developing countries*. Washington, DC, United States Agency for International Development (USAID), 2003.
17. Columbia RH, Kadzamira E, Moleni C (2007). *The Safe Schools Program: student and teacher baseline report on school-related gender-based violence in Machinga District, Malawi*. Washington, DC, United States Agency for International Development (USAID), 2007.
18. Hill C, Kears H. *Crossing the line: sexual harassment at school*. Washington, DC, American Association of University Women, 2011.
19. European Commission. *Sexual harassment at the workplace in the European Union*. Brussels, European Commission, Directorate-General for Employment IRaSA, 1998.

20. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva, World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2010.
21. Krug EG et al, eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.
22. Watkins B, Bentovim A. The sexual abuse of male children and adolescents: a review of current research. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 1992, 33(1):197–248.
23. Dube SR et al. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 28(5):430–38.
24. Patel V, Andrew G. Gender, sexual abuse and risk behaviours in adolescents: a cross-sectional survey in schools in Goa. *National Medical Journal of India*, 2001, 14(5):263–67.
25. WHO. *Addressing violence against women and HIV/AIDS. What works? Report of a consultation*. Geneva, World Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2010.
26. Levenson JS, D'Amora DA. Social policies designed to prevent sexual violence. *Criminal Justice Policy Review*, 2007, 18(2):168–99.
27. Engaging communities to end sexual violence: current research on bystander focused prevention. *Violence Against Women*, 2011, 17(6), special issue.
28. Mirsky J. *Beyond victims and villains: addressing sexual violence in the education sector*. London, The Panos Institute, 2003.
29. Flood M, Fergus L, Heenan M. *Respectful relationships education violence prevention and respectful relationships education in Victorian secondary schools*. Melbourne, Australia, State of Victoria, Department of Education and Early Childhood Development, 2009. http://www.eduweb.vic.gov.au/edulibrary/public/stuman/wellbeing/respectful_relationships/respectful-relationships.pdf
30. Cooper PJ et al. Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: randomised controlled trial. *BMJ*, 2009, 338:b974.
31. Aracena M et al. A cost-effectiveness evaluation of a home visit program for adolescent mothers. *Journal of Health Psychology*, 2009, 14(7):878–87.
32. Olds DL et al. Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: age 4 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 2004, 114(6):1560–68.
33. WHO. *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. Geneva, World Health Organization, 2003.

La serie completa de hojas informativas titulada “Comprender y abordar la violencia contra las mujeres” puede bajarse del sitio web del Departamento de Salud Reproductiva de la OMS, <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/en/index.html>, y del sitio web de la Organización Panamericana de la Salud, <http://www.paho.org/violence>

Se puede encontrar más información en otras publicaciones de la OMS, como las siguientes:

- *Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias*, <http://www.paho.org/violence>.
- *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia*, http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf.
- *Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países*, <http://www.paho.org/violence>
- *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*, <http://www.paho.org/violence>
- *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*, <http://www.paho.org/violence>

Agradecimientos

Esta hoja informativa fue preparada por Claudia García-Moreno, Alessandra Guedes y Wendy Knerr como parte de una serie producida por la OMS y la OPS para reseñar la base de evidencia sobre aspectos de la violencia contra la mujer. Rachel Jewkes y Sarah Bott actuaron como revisoras externas de esta hoja informativa. Sarah Ramsay es la editora de la serie.

Organización Panamericana de la Salud.

Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual. Washington, DC : OPS, 2013.

WHO/RHR/12.37

1. Violencia contra la Mujer. 2. Género y Salud. 3. Violencia Sexual. 4. Violación. 5. Acoso Sexual. I. Título. II. Organización Mundial de la Salud.

Clasificación NLM: WA309

© Organización Mundial de la Salud, 2013. Todos los derechos reservados.

La edición en español fue realizada por la Organización Panamericana de la Salud. Las solicitudes de autorización para reproducir, íntegramente o en parte, esta publicación deberán dirigirse al Departamento de Gestión de Conocimiento y Comunicación, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. (pubrights@paho.org). El Departamento de Familia, Género y Curso de Vida podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.