



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 2003; 49 (1) : 31-38

DETECCIÓN DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO TRES SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA

Luis Távara-Orozco¹, Tula Zegarra-Samamé², Ceiso Zelaval³, María Luisa Arias⁴, Noemí Ostolaza⁵

RESUMEN

Objetivo: Precisar la prevalencia de la violencia basada en género entre las usuarias de los servicios de salud reproductiva y motivar a los profesionales de salud a detectar estos casos utilizando un cuestionario muy fácil de aplicar.

Diseño: estudio descriptivo de corte transversal tipo encuesta.

Material y Métodos: Doscientos noventa y ocho usuarias de servicios de salud reproductiva en tres hospitales de Lima, entre mayo y julio de 2002. Se identificó el tiempo de violencia y la relación del autor de la agresión con la víctima. Los datos fueron procesados en EpiInfo en la Universidad de Campinas-Brasil y en Innpares.

Resultados: Un total de 61% de las mujeres entrevistadas aceptó haber sido víctima de algún tipo de violencia, que incluyó violencia emocional 54% violencia física 32,2%, violencia sexual 21,1% y violencia sexual en la niñez 19,1%. La pareja actual o el ex esposo fueron los principales agresores, siendo los familiares cercanos los mayormente responsables de la agresión sexual en la niñez.

Conclusión: La violencia de género es muy frecuente entre las mujeres que acuden a los servicios de salud reproductiva. La detección del problema no resulta difícil cuando se aplica el cuestionario utilizado en esta investigación.

Palabras Claves: Violencia doméstica, Violencia de género, Frecuencia de la violencia.

ABSTRACT

Objective: To determine gender based violence prevalence in reproductive health services users and to motivate health professionals to detect these cases using an easy questionnaire. **DESIGN:** Survey type transversal descriptive study.

Material and Methods: Two hundred and ninety-eight reproductive health services users at three Lima hospitals, between May and July 2002. Study searched for history of psychological, physical and sexual violence as well as sexual abuse during childhood. Time of violence and the relation between aggressor and the victim were identified. Data was processed with EpiInfo at the Campinas-Brasil University and Innpares.



Results: Sixty-one per cent of the women interviewed accepted being victims of some type of violence, including emotional violence 54%, physical violence 32,2%, sexual violence 21, 1 % and childhood sexual violence 19, 1 %. Main aggressors were de current partner or the ex-husband, and the near family members were responsible for childhood sexual aggression.

Conclusion: Gender violence is very frequent among women attended at reproductive health services. Problem detection is not difficult when the questionnaire used in this research is applied.

Keywords: Domestic violence, Gender violence, Violence frequency.

INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer se define como "cualquier acto de violencia basada en género que produce o puede producir daños o sufrimientos físicos, sexuales o mentales en la mujer, incluidas las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como privada"^{1,2}

ENDES 2003 amplía esta definición y anota que la violencia familiar "es una manifestación del ejercicio de poder de una persona sobre otra, que lo expresa en insultos, amenazas, coerciones, chantaje y/o agresiones físicas que afectan la salud física, sexual y/o psicológica de las personas que la sufren, principalmente las mujeres y los niños. Sin embargo, es un problema que generalmente se calla y se oculta, especialmente por la propia víctima; y en muchas creencias y culturas es tolerada y hasta legitimada como un derecho del hombre sobre la mujer y los hijos, pasando así a formar parte de la interacción intrafamiliar. Se la instituye como práctica cotidiana, perpetuándose a través de generaciones en la crianza de los hijos, los que a su vez replican cuando padres a sus propios hijos".

De otro lado, se la define como "la gama de actos de coerción y agresión física, sexual y emocional realizados contra las mujeres por parte del esposo/pareja actual o anterior, sin importar la ubicación física donde el acto sucedió y que afecta de una forma negativa el bienestar, la integridad física o psicológica, la libertad o el derecho al desarrollo completo de una mujer"⁴

Los autores que han escrito sobre el tema coinciden que la violencia es un mal social que va en aumento en todas sus formas. La violencia basada en género no es un problema de la sociedad contemporánea, ha sido constante a lo largo de la historia⁵, de tal manera que hoy la padecemos como endémica en comunidades y países de todo el mundo, sin distinción de clases sociales, raza, edad o religión.

Como ejemplos de la anterior afirmación se tiene conocimiento que más de un quinto de las mujeres en el mundo sufren de violencia física o sexual, que dos millones de niñas son sometidas cada año a alguna forma de mutilación genital, que la violencia doméstica es común en la mayoría de sociedades, que las violaciones y otras formas de violencia sexual están aumentando en todo el mundo y que dos millones de niñas entre 5 y 15 años son introducidas en el mercado comercial del sexo cada año⁶.



Si bien es cierto, los seres humanos convivimos con la violencia tal vez desde los orígenes de nuestra especie, el reconocimiento de la violencia contra las mujeres como una violación de sus Derechos Humanos es nuevo y en los últimos años se le ha reconocido como un grave problema de salud pública y como un tema que reviste gran interés para la sociedad, porque retarda los avances en la búsqueda de la equidad social y de género^{5,7}.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo⁸ y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijín⁹ pusieron muy en claro que la salud sexual y reproductiva son parte de los derechos humanos y como tales todos estamos en la obligación de respetarlos y defenderlos, al margen de nuestra posición de credo y de nuestra posición política o económica.

Dentro de los derechos sexuales y reproductivos consensuados en el mundo, se sitúa: el derecho a la maternidad saludable y segura, la regulación individual de la fecundidad, la vida sexual libre de violencia, coerción o riesgo de adquirir enfermedades y de embarazo no deseado, interrupción del embarazo en casos legalmente autorizados o admitidos por el sistema jurídico, disponibilidad de servicios para el ejercicio de estos derechos e información sobre sus derechos y los servicios que los asegura¹⁰. En consecuencia, atentar contra estos derechos es atentar contra la salud de las personas.

Conforme señalamos párrafos arriba, en las dos últimas décadas el mundo tomó interés por el tema. Así, en 1979, la ONU aprobó la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. En 1990, la Convención sobre los derechos del niño estableció obligaciones para proteger a las niñas y adolescentes de toda forma de violencia, abuso y explotación sexual. En 1991, CEPAL aprobó una resolución sobre mujer y violencia. En 1993, la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos celebrada en Viena reconoció a la violencia contra la mujer como una violación de los DDHH. En ese mismo año, la ONU hizo una declaración sobre la eliminación de la violencia en contra de la mujer. En 1994, la Convención de Belem do Para aprobó la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Las Conferencias de El Cairo en 1994 y de Beijín en 1995 establecieron objetivos y medidas para el desarrollo de políticas en torno a la violencia contra las mujeres. En 1996, la OMS definió la violencia de género como una prioridad de salud pública^{1,8-11}. La violencia es reconocida formalmente como problema en el Perú a partir de 1993, con la expedición de la Ley 26260 contra la violencia familiar.

Además del trauma físico o emocional que las diferentes formas de violencia dejan sobre las mujeres, existen otras consecuencias para las mujeres, los niños y la familia en su conjunto: bajo rendimiento escolar, laboral y en las relaciones mutuas; conductas que afectan comportamientos sociales y abren las puertas a conductas delictivas; deterioro del amor propio y disminución de la autoestima; predisposición de la víctima al alcoholismo, depresión e intentos de suicidio; descarga de acciones de violencia por parte de las mujeres maltratadas sobre otros miembros más vulnerables de su grupo familiar². En consecuencia, vemos que ya aparecen padecimientos diversos que tienen que ver con la prestación de servicios por parte de los profesionales de la salud.

Sólo en los últimos años se viene reconociendo la frecuencia de la violencia de género, pero aún siguen en duda los efectos que las diferentes intervenciones planteadas tienen para la prevención y manejo; de allí la necesidad de apurar investigaciones en este campo. Nosotros hemos querido efectuar una aproximación al tema explorando al interior de los servicios de atención de la salud reproductiva y de esta forma contribuir a su conocimiento local.



MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación formó parte de un estudio piloto llevado a cabo por el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) en varios países de América Latina.

Los objetivos del estudio fueron:

1. Tener una primera aproximación referente a la prevalencia de violencia basada en género en la clientela de los consultorios de ginecología, atención prenatal y planificación familiar.
2. Adquirir experiencia en la preparación del personal de salud para la aplicación adecuada de un cuestionario que consulta sobre violencia.
3. Identificar los recursos de apoyo psicológico y social que pueden ser necesarios para dar respuesta a las mujeres víctimas de violencia.

El grupo de profesionales que llevó adelante el estudio estuvo constituido por médicos ginecoobstetras, obstetras y una profesional de la estadística. Durante los cursos de capacitación para profesores-proveedores de servicios realizados por JHPIEGO, todos los investigadores de campo recibieron entrenamiento en temas de derechos sexuales y reproductivos y en temas de violencia, así como en las estrategias para abordar la búsqueda del problema en las usuarias de los servicios de salud reproductiva. Además, todos tomaron conocimiento de la ficha utilizada y se reunieron en varias oportunidades para ajustar la técnica de obtención de datos.

Para efectuar este estudio descriptivo de corte transversal se preparó 300 fichas para obtención de datos, las que fueron aplicadas en Lima desde mayo a julio de 2002, a usuarias de los consultorios de atención prenatal, ginecología y planificación familiar, según como fueran llegando a los hospitales Daniel A. Carrión de Callao, Santa Rosa y María Auxiliadora. Todas las usuarias entrevistadas tuvieron entre 20 años y 49 años, con pareja actual o anterior. Se escogió este intervalo de edades para evitar en las adolescentes el requerimiento de autorización para responder al cuestionario. La muestra fue entonces intencional y no representativa, y dependió de las posibilidades de cada profesional de hacer las entrevistas.

Las variables estudiadas fueron:

- Historia de violencia psicológica, con las alternativas de: sin violencia, violencia actual, violencia en el pasado.
- Duración de la historia de violencia en años y meses.
- Relación del autor de la violencia con la víctima.
- Historia de violencia física, con las alternativas de: sin violencia, violencia actual, violencia en el pasado.
- Duración de la historia de violencia en años y meses.
- Relación del autor de la violencia con la víctima.
- Historia de violencia sexual, con las alternativas de: sin violencia, violencia actual y violencia en el pasado.
- Duración de la historia de violencia en años y meses.
- Relación del autor de la violencia con la víctima.
- Historia de violencia sexual en la niñez, con las alternativas de: sin violencia, con violencia.
- Edad que tenía cuando sufrió esta violencia.



- Duración total de esta violencia en años y meses.
- Relación del autor de la violencia con la víctima.
- Sentimientos de estar segura cuando su compañero está en casa, con las alternativas de: sí se siente segura, no se siente segura.

De acuerdo a la nomenclatura usada en este estudio:

Violencia psicológica (emocional) fue tipificada cuando hubo insultos constantes, humillaciones, destrucción de objetos apreciados, cuando la víctima fue amenazada, avergonzada, ridiculizada frente a otros, rechazada o aislada.

Violencia física fue tipificada cuando la víctima recibió golpes, cortes, quemaduras, jalones de pelo, bofetadas, puñetazos, patadas.

Violencia sexual fue tipificada cuando la víctima fue sometida a contactos o relaciones sexuales sin su consentimiento.

Violencia sexual en la niñez fue tipificada cuando la víctima fue tocada de una manera inapropiada u obligada a manipular sexualmente al agresor o tener relaciones sexuales antes de los 15 años de edad.

Los datos fueron recabados a través de la aplicación del cuestionario (Anexo 1 de esta publicación) por tres de los autores (FZ, CZ, NILA) en sus correspondientes centros de trabajo a las usuarias que aceptaron participar en el estudio.

Antes de iniciar el cuestionario, los profesionales explicaron a las mujeres la razón de hacer las preguntas y la importancia de dar respuestas correctas, porque el problema se puede solucionar si es diagnosticado. Se les explicó, además, que esa violencia puede ser de pariente cercano, que la información sería confidencial, que no sería usada para hacer denuncia alguna y que su nombre no sería consignado en el cuestionario.

Igualmente, para cautelar los aspectos éticos, las usuarias fueron informadas por los profesionales que podían negarse a responder todas o algunas de las preguntas, sin que su no-aceptación fuera usada como excusa para dejar de atenderlas o atenderlas deficientemente. Se les informó también que se mantendría el anonimato en cada cuestionario. No se pidió consentimiento informado, para evitar que quedaran documentos con firma de las usuarias y que pudieran ser mal usados en algún momento.

Los datos recolectados fueron codificados e ingresados en una base de datos, se utilizó EpiInfo V6 y luego se tabuló en SPSS, en el Centro de Pesquisas Maternoinfantiles de la Universidad de Campinas, Brasil y localmente por una de las autoras (NO). Luego de procesar los datos, se obtuvo tablas y gráficos.



Anexo 1. Instrumento de detección de violencia de género

Número de registro.....Fecha.....

Introducción a las preguntas

Debido a que el maltrato y la violencia son tan comunes en la vida de las mujeres, en este consultorio..... (nombre del consultorio), del Hospital.....estamos haciendo algunas preguntas sobre el tema a todas las mujeres que consultan.

Es muy importante que Ud. sea sincera en sus respuestas porque esta situación de violencia (que a veces es de un pariente próximo) puede ser solucionada. Lo que Ud. nos cuente será confidencial, no será usado para denuncia y no será revelada su identidad.

Violencia Psicológica

- 1.** ¿Se sintió alguna vez agredida emocional o psicológicamente por parte de su compañero o esposo o por alguna persona importante para usted. (ejemplo: insultos constantes, humillaciones, destrucción de objetos apreciados, avergonzada, ridiculizada frente a otros, rechazada, aislada, etc)?

SÍ NO

Si es SÍ ¿Cuándo sucedió la última vez?

Desde hace cuánto tiempo: Meses Años

¿Qué relación tiene con usted la persona que la agredió?_____

Violencia Física

- 2.** ¿Alguna vez su esposo, compañero o alguien importante para usted le causó daño físico? (golpes, cortes, quemaduras, etc)

SÍ NO

Si es SÍ ¿Cuándo sucedió la última vez?

Desde hace cuánto tiempo: Meses Años

¿Qué relación tiene con usted la persona que la agredió?_____

Violencia Sexual

- 3.** ¿En algún momento de su vida se sintió forzada a tener contacto o relaciones sexuales?

SÍ NO

Si es SÍ ¿Cuándo sucedió la última vez?

Desde hace cuánto tiempo: Meses Años

¿Qué relación tiene con usted la persona que la agredió?_____

Violencia sexual en la niñez

- 4.** ¿Cuando usted era niña recuerda haber sido tocada de una manera inapropiada por alguien?

SÍ NO

Si es SÍ ¿Cuándo sucedió la última vez?

Desde hace cuánto tiempo: Meses Años

¿Qué relación tiene con usted la persona que la



agredió? _____

Seguridad

5. ¿Se siente segura cuando está en su casa con su compañero/esposo?

SÍ NO

Nombre del Profesional que recaba la información

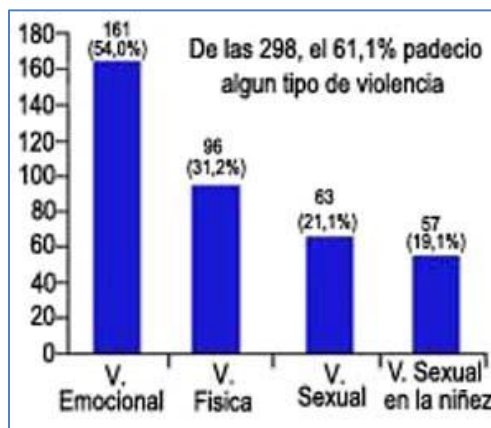
Profesión _____

RESULTADOS

Del total de formularios preparados para la investigación, fueron contestados finalmente 298 en los tres hospitales.

De las 298 usuarias que respondieron completamente el cuestionario, 61,1% (182) refirió haber padecido algún tipo de violencia a lo largo de su vida. En la Figura 1 se detalla los diferentes tipos de violencia padecidos. Debemos decir que muchas mujeres sufrieron dos o más tipos de violencia.

Figura 1. Nº de mujeres víctimas de violencia de género (n=298)



Casi el 50% de las agresiones sexuales en la infancia duró menos de 1 mes y la edad de la víctima que con más frecuencia fue encontrada estuvo entre los 6 y 10 años (70%).

Entre las 182 mujeres que padecieron violencia doméstica, 110 (60%) contestaron sentirse seguras en su casa, mientras que sólo 72 manifestaron no sentirse seguras. En cambio, entre las 116 que no fueron víctimas de violencia, 88% dijeron sentirse seguras en casa contra 12% que no lo sentían así.

En la Tabla 1, puede comprobarse que el agresor más frecuente en la violencia emocional fue la pareja o ex esposo. El padre aparece en segundo término.

En la Tabla 2, de nuevo se observa que fue el esposo, pareja o ex esposo el principal agresor en la violencia física.

En la Tabla 3, se repite lo encontrado en la tabla anterior. En esta tabla, aparecen dos agresores que no fueron vistos en las tablas anteriores, el compañero de trabajo y el extraño.

**Tabla 1.** Relación del agresor con la víctima en la violencia emocional

Agresor	N	%
• Pareja (esposo, conviviente, novio)	113	70,2
• Ex esposo	18	11,2
• Padre	9	5,6
• Hermano	8	5,0
• Otro familiar	7	4,3
• Vecino (a)	3	1,9
• Amigo (a)	2	1,2
• Madre	1	0,8
Total	161	100,0

Tabla 2. Relación del agresor con la víctima en la violencia física

Agresor	N	%
• Pareja (esposo, conviviente, novio)	74	77,1
• Ex esposo	12	12,5
• Otro familiar	5	5,2
• Padre	4	4,2
• Hermano	1	1,0
Total	96	100,0

Tabla 3. Relación del agresor con la víctima en la violencia sexual

Agresor	N	%
• Pareja (esposo, conviviente, novio)	46	73
• Ex esposo	10	15,9
• Otro familiar	3	4,8
• Compañero de trabajo	1	1,6
• Extraño	1	1,6
• No sabe, no recuerda	2	3,1
Total	63	100,0

Tabla 4. Relación del agresor con la víctima en la violencia actual (últimos 12 meses).

Agresor	Violencia emocional		Violencia física		Violencia sexual	
	N	%	N	%	N	%
• Pareja	89	81,7	52	86,7	35	97,2
• Ex esposo	3	2,8	2	3,3	1	2,8
• Padre	9	8,3	3	5,0	—	—
• Hermano (a)	5	4,6	1	1,7	—	—
• Otro familiar	—	—	2	3,3	—	—
• Amigo (a)	1	0,9	—	—	—	—
• Vecino (a)	2	1,8	—	—	—	—
Total	109	100	60	100	36	100



Tabla 5. Relación del agresor con la víctima en la violencia sexual durante la niñez

Agresor	N	%
• Otro pariente	35	61,4
• Amigo/otro conocido	7	12,3
• Padre/Madre	6	10,5
• Sin relación	6	10,5
• Compañero, enamorado	1	1,8
• Otros	2	3,5
Total	57	100,0

DISCUSIÓN

En los últimos 30 años, ha habido un incremento en los accidentes y en los diferentes tipos de violencia, la que recién en los últimos años se le ha reconocido como grave, con severo impacto para la salud pública en todos los países⁷.

A pesar de que existe un número importante de investigaciones y publicaciones referentes a violencia que se encuentran diseminadas en bibliotecas y bases de datos de organismos públicos y privados, así como en instituciones académicas de investigación; sin embargo, esta información no se encuentra sistematizada. De otro lado, aunque entre las mujeres que concurren a los servicios la violencia es muy frecuente, sin embargo los profesionales las atienden sin preguntar sobre su existencia, dado que la ignoran como problema de salud; no hay por tanto una adecuada detección. Si la evaluación es conducida frente a frente, lleva a su identificación y por tanto se puede ofrecer ayuda a las víctimas.

La violencia atraviesa todos los estratos sociales. No obstante, se ha encontrado que las mujeres de los estratos más pobres reciben más violencia de todo tipo que las mujeres de los estratos no pobres¹².

La violencia doméstica se perpetra comúnmente dentro de la casa por parte de la pareja contra la mujer y por ello se le considera privada. Ésa es seguramente la causa por la cual no sale a la luz ni es visible a la investigación⁵.

La aplicación del cuestionario para detectar los casos de violencia por parte del equipo investigador en los servicios de atención a la salud reproductiva no ha sido difícil; es más, el personal se ha sentido motivado al usarlo, coincidente con lo encontrado en otro estudio en Chile¹³.

El instrumento aplicado por nosotros nos permitió detectar que 61% de las usuarias de los servicios de salud reproductiva a quienes se les aplicó había sufrido de algún tipo de violencia de género. Si bien es cierto que 32,2% de violencia física, 54% de violencia psicológica y el 21 % de violencia sexual encontradas por nosotros es un poco diferente a las frecuencias encontradas por Guezmes⁵ y por ENDES 2000, habría que considerar que las muestras fueron diferentes. En principio nuestra muestra no fue representativa y, de otro lado, las entrevistas fueron efectuadas únicamente al interior de los servicios de atención en mujeres entre 20 y 49 años. También es importante mencionar que las técnicas de las entrevistas no siempre son las mismas en las diferentes investigaciones y eso puede ser parte de las diferencias encontradas en los resultados.



En una publicación, se reporta que entre 25 y 50% de las mujeres en América Latina sufren violencia de género¹⁰, márgenes dentro de los cuales se pueden situar nuestros resultados. La frecuencia de violencia sexual encontrada por nosotros (19,1 %) es muy parecida a la encontrada por el estudio de Guezmes a nivel de Lima Metropolitana (22,5%) y las cifras de violencia sexual en la niñez encontradas por nosotros son prácticamente las mismas que las reportadas por la mencionada investigadora⁵.

Merece un comentario especial lo referente a los autores de la violencia sexual en la niñez, quienes mayormente se encuentran ligados al entorno familiar, lo cual confirma los riesgos que corren las niñas de nuestra sociedad de ser víctimas de violencia en un ambiente que por el contrario les debería resultar seguro.

Otro aspecto interesante encontrado en este estudio se relaciona con la presencia de violencia de género en las usuarias de la atención prenatal, lo que traduce que la gestación no es un factor de protección para que las mujeres dejen de ser víctimas de sus parejas.

En todas las series revisadas, el agresor más frecuente es el esposo, pareja o conviviente de la víctima, el que según Menéndez¹⁴ presenta un estereotipo de tener una baja autoestima, tener dependencia moral, estar a la búsqueda de dominio, control y poder y usar a la mujer como un objeto para satisfacer sus necesidades.

Pero, ¿por qué ocurre la violencia contra las mujeres?... En dos estudios consultados aparece que los pretextos más frecuentes por los cuales las mujeres fueron violentadas en sus hogares son: la negativa al cumplimiento de sus deberes sexuales conyugales, la infidelidad o sospecha de la misma, la lentitud en la realización de los servicios domésticos, el reclamo a su pareja por problemas económicos, el embarazo, el reclamo frente al consumo de drogas o licor y otros^{2,5}. El estudio nuestro no penetró en estas identificaciones.

En la introducción del presente trabajo mencionamos algunas consecuencias que sobre la mujer y el núcleo familiar tiene la violencia. Es necesario agregar que la violencia tiene relación con la alta paridad de las mujeres, embarazos no deseados y con la mayor frecuencia de ITS/VIH/SIDA; así como con el acceso restringido a los servicios de planificación familiar y uso de anticonceptivos, con los abortos riesgosos y complicaciones relacionadas, con las complicaciones del embarazo (peso bajo y parto prematuro) y falta de seguimiento del mismo, con problemas ginecológicos permanentes (dolor pélvico crónico), con problemas psicológicos, incluyendo miedo al sexo y pérdida del placer y con otros problemas médicos^{2,5,6}

Entonces, ahora que aparecen los efectos de la violencia sobre la Salud Sexual y Reproductiva es donde el interés de los ginecólogos y demás profesionales vinculados con la salud reproductiva se abre como una necesidad. La pregunta que nos asalta es ¿estamos preparados para atender a víctimas de violencia?... La respuesta es que debemos aprender a detectar la violencia de género aplicando técnicas de interrogación y examen relativamente sencillas¹⁵. Ya con este requisito, se debe hacer evaluación de rutina a las víctimas de violencia doméstica en todos los servicios de SR y salud mental, así como en los servicios de emergencia. Esto significa que las preguntas sobre violencia doméstica deben ser hechas a todas las usuarias que llegan a estos servicios, sin importar la edad de las mismas, tengan o no síntomas o signos presentes. Para ello nos permitimos proponer el uso del cuestionario utilizado en este estudio (Anexo 1)



Finalmente, queremos hacer nuestras las recomendaciones de ONU y OMS, que se refieren a la necesidad de investigar y recolectar datos sobre la prevalencia de diferentes formas de violencia contra la mujer, especialmente la violencia doméstica, e investigar sobre las causas, naturaleza y las consecuencias de dicha violencia y de la efectividad de las medidas de prevención y resolución de la violencia contra la mujer^{9,16}, ya que no es suficiente ser clínicamente competente sin estar socialmente al tanto de lo que ocurre alrededor nuestro. Las circunstancias actuales demandan que el ginecoobstetra debe ser un defensor del total de la salud, bienestar y derechos de la mujer¹⁷.

-
1. Ex Director de la oficina de JHP1 EGO, Lima-Perú
 2. Obstetiz. Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital María Auxiliadora
 3. Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Santa Rosa
 4. Obstetiz. Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Daniel A Carrión, Callao
 5. Licenciada. INPPARES



BIBLIOGRAFÍA

1. Naciones Unidas. Declaración de las Naciones Unidas sobre erradicación de la violencia contra la mujer. Asamblea General 1993.
2. JHPIEGO. Detección y atención de violencia doméstica. En: Atención de la Salud Reproductiva. Manual de los Participantes. Lima-Perú: JHPIEGO, Nov 2001: 43-50.
3. INEI. Violencia contra la mujer y los niños. En: Encuesta demográfica y de salud familiar 2000. Lima, Perú: INEI 2001: 207-26.
4. Elleberg M, Peña R, Herrera A, Wiskuist A, Hullgren G. Confites en el infierno. Prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres en Nicaragua. Nicaragua: Red de mujeres contra la violencia/Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina UNAN-León/Departamento de Epidemiología y Salud Pública de la Universidad Umea-Suecia 1998.
5. Guezmes A, Palomino N, Ramos M. Violencia sexual y física contra la mujer en el Perú. Lima-Perú: CMP Flora Tristán-OPS/OMS Universidad Peruana Cayetano Heredia 2002, 119p.
6. Galimberti D. Rol de los tocoginecólogos en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos. XVII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología. Santa Cruz, Bolivia, 19-25 de octubre 2002.
7. Ministerio de Salud. Violencia: Problema de Salud Pública, una aproximación bibliográfica. Lima, Perú: Oficina General de Epidemiología 1999, 48p.
8. UNFPA. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. El Cairo 1994.
9. Naciones Unidas. Declaración y Plataforma de Acción: Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer. Beijín: ONU, 1995
10. Cruz J. Violación de derechos sexuales y reproductivos en América Latina. XVII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología, Santa Cruz-Bolivia 19 al 25 octubre 2002, 12 p.
11. World Health Organization. Violence against women. A priority health issue. Geneva: WHO, 1997
12. Gonzales de Olarte G, Gavilano P. Pobreza y violencia doméstica contra la mujer en Lima Metropolitana. Lima-Perú: IEP 1998, 45p.
13. Ministerio de Salud de Chile. Violencia intrafamiliar: una experiencia metodológica, registro y seguimiento epidemiológico en el sistema de salud pública. Santiago de Chile: Ministerio de Salud 1996, 58p.
14. Menéndez M. El ciclo de la violencia doméstica y las estrategias de afrontamiento de un grupo de mujeres denunciantes. En: Cordero Frisancho M et al. Cinco estudios en sexualidad, salud sexual y reproductiva. Lima, Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú. 1996, 166p.
15. JHPIEGO. Guías de aprendizaje de habilidades en salud materno neonatal y salud reproductiva. Lima-Perú: JHPIEGO 2002, 122p.
16. Concha-Eastman A, Krug E. Informe mundial sobre la salud y la violencia de la OMS: una herramienta de trabajo. Rev Panam Salud Pública 2002; 12(4): 227-9.
17. Türmen T. Emergency obstetric care for all women. A social responsibility for obstetricians. Congress FIGO. Washington DC, Sep 2000.