

Reunión oficial de los Estados Miembros para
finalizar la labor de elaboración de un
plan de acción mundial para fortalecer
la función del sistema de salud en la lucha
contra la violencia interpersonal, en particular
la ejercida sobre las mujeres y las niñas,
y sobre los niños en general

A/VIO/INF./1

Ginebra, 2-4 de noviembre de 2015

20 de octubre de 2015

Plan de acción mundial para fortalecer la función del sistema de salud en la lucha contra la violencia interpersonal, en particular la ejercida sobre las mujeres y las niñas, y sobre los niños en general

**Segundo documento de debate, de fecha 31 de agosto de 2015,
que contiene el primer borrador**

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Alcance

1. En mayo de 2014, la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA67.15 relativa al *Fortalecimiento de la función del sistema de salud en la lucha contra la violencia, en particular la ejercida sobre las mujeres y las niñas, y los niños en general*.¹ La Asamblea pide a la Directora General «que elabore, con la plena participación de los Estados Miembros, y en consulta con organizaciones de las Naciones Unidas y otras partes interesadas pertinentes, centrándose en la función del sistema de salud según proceda, un proyecto de **plan de acción mundial** para fortalecer la función del sistema de salud en el marco de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general, basándose en los trabajos realizados por la OMS al respecto».

2. El alcance del plan de acción mundial se ajusta a la resolución WHA67.15. El plan se centra en particular en la violencia contra las mujeres y las niñas y la violencia contra los niños en general sin dejar de abordar otras medidas comunes que tienen que ver con todos los tipos de violencia interpersonal. El plan se refiere también a la violencia contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general, en situaciones de crisis humanitaria, como los conflictos, reconociéndose que en esas situaciones se exagera tal violencia.

3. Todas las formas de violencia interpersonal acarrearán resultados sanitarios negativos y el sistema de salud debería afrontarlas. Ahora bien, hay poderosas razones para poner la mira en la violencia contra las mujeres y las niñas en particular, y contra los niños en general. Las mujeres y las niñas soportan una enorme carga de tipos específicos de violencia que están enraizados en una desigualdad y discriminación entre los sexos socialmente aceptadas, y por ende están sancionados, pese a constituir una violación de sus derechos humanos. Por ello, las mujeres y las niñas sufren vergüenza y oprobios, y la violencia suele quedar escondida. Con demasiada frecuencia, las instituciones sanitarias y de otra índole tardan en reconocer y enfrentar esta violencia, y no hay servicios disponibles o bien su capacidad es limitada. Hasta hace poco, la violencia contra las mujeres y las niñas era en gran medida inapreciable en las estadísticas y los sistemas de vigilancia nacionales e internacionales. A escala mundial se observa una fuerte dinámica política para abordar la violencia contra las mujeres y las niñas en los programas de salud y de desarrollo, lo cual ofrece la oportunidad de reforzar el conocimiento del problema y responder a él en el ámbito del sistema de salud (1).²

4. La violencia contra los niños, incluidos los adolescentes, es generalizada y constituye una violación de sus derechos humanos. Tiene consecuencias negativas a lo largo de toda la vida, en particular mala salud, comportamientos de riesgo para la salud así como experimentar y perpetrar ulteriores actos de violencia. En muchos países, la violencia se suele considerar una forma aceptable de disciplinar a los niños. La violencia contra los niños a menudo no es visible y pocos de los que sufren maltratos tienen acceso a los programas y servicios que necesitan. Se presta ahora creciente atención a la violencia contra los niños, por lo que es un momento oportuno para sensibilizar el sistema de salud y fortalecer su respuesta.

¹ Disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_ACONF1Rev1-en.pdf.

² Esto se refleja en el examen del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo realizado al cabo de 20 años (2014), en el que el 90% de los 176 Estados Miembros que participaron en el examen subrayaron el carácter prioritario que revestía para ellos la cuestión de la violencia contra las mujeres (1).

5. La responsabilidad de hacer frente a la violencia interpersonal compete sin duda alguna a los gobiernos nacionales. Para afrontar esa violencia se requiere una **respuesta multisectorial** en la que deben trabajar juntos el sector sanitario y otros sectores. Como principal organismo en la esfera de la salud en el sistema de las Naciones Unidas, la OMS ha elaborado el presente plan de acción mundial para los gobiernos nacionales, en el que se sigue un criterio de salud pública y se pone la mira concretamente en la función del sistema de salud.
6. Los servicios de salud son un punto de entrada apropiado para abordar la violencia interpersonal, en particular la ejercida contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general. Las mujeres que padecen violencia es más probable que utilicen los servicios de salud que quienes no la experimentan, aunque pocas veces declaran explícitamente que es la violencia el motivo de la consulta (2). Los prestadores de atención sanitaria son a menudo el primer punto de contacto profesional de los supervivientes o las víctimas de actos violentos, y sin embargo, no suelen percatarse de la violencia subyacente. Los niños que sufren violencia también acuden con frecuencia a los servicios de salud sin que el personal sanitario se dé cuenta de esa situación. El plan de acción se centra ex profeso en lo que el **sistema de salud** puede hacer, en colaboración con otros sectores y sin detrimento de la importancia de una respuesta multisectorial.
7. El plan de acción se basa en evidencias, prácticas óptimas y orientaciones técnicas de la OMS. Ofrece un conjunto de medidas prácticas que los países pueden tomar para fortalecer sus sistemas de salud en la lucha contra la violencia interpersonal, en particular la ejercida sobre las mujeres y las niñas, y sobre los niños en general.
8. En los dos últimos decenios se ha observado un aumento de las pruebas concernientes a la prevalencia de algunos tipos de violencia contra las mujeres y las niñas. Más recientemente, también se han acumulado pruebas de la prevalencia de la violencia contra los niños. No obstante, se carece aún de pruebas sobre muchos aspectos de las diferentes formas de violencia, y la ciencia y la programación para afrontarlos están todavía en sus etapas iniciales. Además, las políticas y los programas para hacer frente a la violencia tanto contra las mujeres y las niñas como contra los niños, se han elaborado considerando esferas separadas. En el ámbito del sistema de salud, los servicios de tratamiento de lesiones, de traumatología y de salud mental guardan relación con todas las formas de violencia, pero las consecuencias de la violencia contra las mujeres y las niñas en su salud sexual y reproductiva requieren intervenciones especiales. El carácter oculto de la violencia contra las mujeres y las niñas y contra los niños en general hace necesaria una formación específica de los prestadores sobre la manera de determinar estos problemas. Por tanto, el tipo de orientación que brinda el plan de acción mundial difiere según estas formas de violencia.
9. El plan de acción mundial está vinculado a varias otras resoluciones, planes de acción y estrategias mundiales de la Asamblea Mundial de la Salud así como a otras actividades de la OMS (véanse los anexos 2 a 5). Se basa en las muchas otras iniciativas emprendidas en todo el sistema de las Naciones Unidas para hacer frente a la violencia, en particular la ejercida contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general. Ello comprende los tratados y convenciones pertinentes así como las resoluciones y declaraciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, el Consejo de Seguridad y el Consejo de Derechos Humanos, entre otros órganos. El plan de acción mundial también está en consonancia con varios de los objetivos y metas propuestos en relación con los objetivos de desarrollo sostenible y la agenda para el desarrollo después de 2015 (véase el anexo 6).
10. El plan de acción mundial no pretende ser un plan multisectorial integral o un plan a nivel de todo el sistema de las Naciones Unidas. Se ajusta más bien al mandato específico de la OMS y se centra en el componente sistema de salud de una respuesta multisectorial. Así pues, se reconocen en él las funciones y el mandato que cumplen las distintas organizaciones del sistema de las Naciones Unidas

en la coordinación y dirección de las actividades más amplias de lucha contra la violencia, en particular la que se inflige a las mujeres y las niñas, y a los niños en general.

1.2 Panorama de la situación mundial (véase también los anexos 7 y 8)

Magnitud

11. La *violencia* afecta a la vida de millones de personas y cuando no es mortal puede tener consecuencias duraderas. Las muertes son solo una pequeña parte de la carga sanitaria y social que genera la violencia interpersonal. Las mujeres, los niños y las personas de edad soportan una carga mayor de consecuencias físicas, sexuales y psicológicas no mortales que entraña el maltrato (3). En la figura 1 se resumen los datos sobre la magnitud de algunos de los tipos comunes de violencia, a lo largo de la vida.

12. *Violencia contra las mujeres.* Las mujeres padecen distintas formas de violencia sexual (esto es, una violencia enraizada en la desigualdad entre los sexos) en diferentes etapas de su vida. Esto incluye, entre otras cosas:¹

- la violencia perpetrada por la pareja u otros miembros de la familia (4);
- la violencia sexual (incluida la violación) perpetrada por una persona distinta de la pareja (p. ej. conocidos, amigos o extraños);
- la trata, en particular con fines de explotación sexual y económica;
- el feminicidio, incluido en el seno de la pareja (esto es, el asesinato de una mujer cometido por su pareja actual o una anterior), los crímenes de honor o relacionados con la dote, los asesinatos cometidos concretamente contra mujeres pero por alguien distinto de su pareja, o los asesinatos con violencia sexual (5);
- los ataques con ácido;
- el acoso sexual en escuelas, lugares de trabajo y sitios públicos, y, en forma creciente, también a través de internet o las redes sociales.

13. La violencia de pareja y la violencia sexual existen en todos los ámbitos y son también las formas más comunes de violencia que padecen las mujeres en el mundo entero. Las mujeres mayores también sufren violencia de pareja y violencia sexual así como formas específicas de maltrato a las personas mayores. Sin embargo, los datos sobre la prevalencia del maltrato a las personas mayores, particularmente los procedentes de países de ingresos bajos y medianos, son muy limitados (6).

14. *Violencia contra las niñas.* Las niñas, incluidas las adolescentes, padecen todas las formas de maltrato infantil enumeradas en el punto siguiente, así como formas específicas de violencia y prácticas perjudiciales que tienen su raíz en la desigualdad y la discriminación entre los sexos, entre ellas las siguientes:

¹ Véanse, en particular, los artículos 1 y 2 de la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Nueva York: Asamblea General de las Naciones Unidas; 1993. UN Doc. A/RES/48/104 (39).

- la mutilación genital femenina, que se concentra en alrededor de 29 países de África y el Oriente Medio aunque también ocurre en otras partes (7);
- el matrimonio infantil, precoz y forzado, que tiene una prevalencia y unas tasas de aumento más altas en ciertas regiones (p. ej. Asia meridional y central, partes del África subsahariana) (8);
- las niñas también tienen más probabilidades que los niños de ser víctimas de abusos sexuales o de la trata con fines de explotación sexual (9, 10).

15. *Violencia contra los niños en general.* Afecta a los niños y las niñas, incluidos los adolescentes, de entre 0 y 18 años de edad y comprende:

- el maltrato infantil infligido por adultos en una relación de confianza o poder, que puede comportar malos tratos físicos (en particular castigos corporales), abuso sexual, maltrato psicológico y desamparo;
- las formas tempranas de violencia juvenil¹ que ocurren principalmente entre compañeros en la adolescencia, como intimidación, peleas, abusos sexuales y violencia en las relaciones o el noviazgo.

16. *Intersecciones y vinculaciones entre las diferentes formas de violencia interpersonal.* El maltrato infantil y la violencia de pareja contra la mujer pueden ocurrir en el mismo hogar. El maltrato infantil aumenta el riesgo de padecer o cometer ulteriormente actos de violencia de pareja y de violencia sexual contra las mujeres, así como el de intimidación y peleas entre los niños y adolescentes. En las medidas que se adopten para hacer frente a la violencia contra las mujeres y contra los niños se deben tener en cuenta las intersecciones de las diferentes formas de violencia. El maltrato infantil y la violencia entre compañeros entre los niños y adolescentes son precursores de algunas formas de violencia juvenil y otras formas de violencia más adelante en la vida.

17. *Vulnerabilidad excesiva en ciertas situaciones.* La violencia contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general, se ve exacerbada durante los conflictos y otras crisis humanitarias así como en situaciones de desplazamiento.

18. *Vulnerabilidad excesiva en ciertas instituciones.* La violencia también resulta exacerbada en instituciones como las cárceles, los centros de detención juvenil y las instituciones para enfermos mentales, personas con otras discapacidades y ancianos. También pueden cometerse actos de violencia contra las mujeres en el sistema de salud, particularmente en relación con la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva (p. ej. vejaciones y maltrato de las mujeres durante el parto, esterilización forzada) (11, 12). Los propios agentes sanitarios pueden ser víctimas de violencia en sus hogares, comunidades y lugares de trabajo.

19. *Vulnerabilidad excesiva de ciertas poblaciones.* Ciertos grupos tienen más probabilidades de verse expuestos a distintos tipos de violencia, o de padecerlos, a causa de la exclusión social, la marginación y múltiples formas de discriminación. Entre esos grupos se cuentan las personas con discapacidades, incluidos los trastornos mentales, los pueblos indígenas, las minorías étnicas y raciales, los

¹ La OMS define la violencia juvenil como los actos de violencia que ocurren fuera del hogar entre niños, adolescentes y hombres jóvenes, entre los 10 y los 29 años de edad. A los efectos del presente plan mundial, la violencia juvenil se trata en el marco de la violencia contra los niños en general, incluidos los jóvenes de hasta 18 años.

trabajadores sexuales, los grupos sexuales minoritarios, las personas que viven con el VIH, los migrantes y los miembros de las familias más pobres.

Consecuencias sanitarias

20. Millones de mujeres, niñas, niños y jóvenes expuestos a la violencia, o que la padecen, sufren una serie de consecuencias a corto y largo plazo (13-15). Entre ellas se cuentan las lesiones físicas —para las cuales, por ejemplo, millones de estas personas en el mundo entero reciben atención hospitalaria de urgencia—, problemas de salud mental como depresión, ansiedad y estrés postraumático, el suicidio, discapacidades, y un mayor riesgo de padecer enfermedades no transmisibles, en particular trastornos hipertensivos y enfermedades cardiovasculares.

21. Además, las mujeres y las niñas expuestas a la violencia padecen problemas de salud sexual y reproductiva, como embarazos no deseados, resultados adversos en relación con la salud de la madre y el recién nacido, infecciones de transmisión sexual y por el VIH, y problemas ginecológicos. La violencia de pareja contra la mujer a menudo persiste o comienza durante el embarazo, ocasionando abortos espontáneos, nacimientos precoces y la insuficiencia ponderal del recién nacido (16).

22. Las personas, especialmente los niños, que sufren violencia también tienen más probabilidades de adquirir comportamientos nocivos para la salud, como el consumo de tabaco, el abuso del alcohol y las drogas, y las prácticas sexuales de riesgo, que tienen consecuencias para la salud durante toda la vida. La violencia incide en la productividad y entraña costos humanos y económicos considerables para los supervivientes o las víctimas, su familia y la sociedad en su conjunto. (Véase el anexo 7 para más información.)

Factores y determinantes de riesgo y protección

23. Ningún factor por sí solo explica el crecido riesgo de ser víctima de las diferentes formas de violencia o de perpetrarlas, o por qué la prevalencia de la violencia es mayor en algunos países y comunidades que en otros. Hay más bien múltiples factores de riesgo asociados tanto con la perpetración como con la victimización en el plano individual, de las relaciones, la comunidad y la sociedad. La violencia contra las mujeres y las niñas, y contra los niños en general, tiene factores de riesgo únicos que requieren especial atención. En el anexo 8 se resumen detalladamente. Además, hay varios factores o determinantes de riesgo que inciden en todas las formas de violencia interpersonal. Entre estos factores o determinantes básicos comunes de riesgo figuran los siguientes: la desigualdad de género, el desempleo, las normas sobre la masculinidad, la pobreza y la desigualdad económica, las altas tasas de delincuencia de una comunidad, la disponibilidad de armas de fuego, la facilidad de acceso al alcohol, el tráfico de drogas, y el insuficiente cumplimiento de las leyes. Abordar estos factores o determinantes comunes de riesgo puede ser una forma de fortalecer los programas específicos para cada tipo de violencia, y combinando los programas, cuando proceda, se puede generar sinergias y ganar en eficacia.

Figura 1. Magnitud de la violencia interpersonal, en particular la ejercida contra las mujeres y las niñas y contra los niños en general a lo largo del ciclo vital (3, 6, 7, 9, 10, 14-19)

Primera infancia e infancia media (0-9 años)	Adolescencia (10-19 años)	Juventud (20-24 años)	Adultez (25-49 años)	Mayores (49+)
Más de 67 millones de ♀ (20-24 años) casadas antes de los 18 años (8)	1 de cada 3 ♀ (de entre 15 y 49 años) padecieron alguna vez violencia física y/o sexual ejercida por su pareja (16)	6% de las personas mayores dan cuenta de malos tratos en los últimos meses (6)		
Se estima que 11,4 millones de mujeres y niñas han sido víctimas de la trata (17)				
>125 millones de ♀ que viven en 29 países de África y el Oriente Medio en los que está concentrada la mutilación genital femenina han sufrido esta práctica (7)		El 38% de los homicidios contra ♀ y el 6% de los homicidios contra ♂ son cometidos por su respectiva pareja (16, 18)		
475 000 homicidios por año, el 82% entre ♂ (3)				
El 20% de las ♀ y el 5%-10% de los ♂ sufren abusos sexuales en la niñez (9)		Se estima que un 7% de ♀ han sido víctimas de agresiones sexuales cometidas por una persona distinta de su pareja desde los 15 años de edad (16)		
El 25% de los niños sufren violencia física, y el 36% violencia psicológica (3)		1 de cada 2 ♂ y 1 de cada 4 ♀ han protagonizado una pelea con compañeros en los 12 últimos meses (19)		
El 42% de los ♂ y el 37% de las ♀ han sido víctimas de intimidación por parte de compañeros en los 30 últimos días (19)		Millones de jóvenes y adultos reciben atención hospitalaria por lesiones cada año (14-15)		

Avances en los países e insuficiencias

24. Los países se encuentran en diferentes etapas por lo que respecta a su preparación y capacidad para la aplicación de medidas en el ámbito del sistema de salud a fin de hacer frente a la violencia.

25. Hay leyes en vigor para afrontar algunas formas de violencia, pero su cumplimiento es escaso. La mayoría de los países¹ indican que tienen en vigor leyes que penalizan al menos algunas formas de violencia, en particular ciertas formas de violencia contra las mujeres y las niñas (p. ej. la violencia doméstica y la violación) y contra los niños en general. Pocos países, empero, hacen cumplir cabalmente su legislación contra estas y otras formas de violencia (3).

26. Los planes y las políticas nacionales para hacer frente a la violencia no tienen una dotación de recursos suficiente. Una mayoría de países indican que cuentan con planes nacionales multisectoriales para combatir la violencia contra las mujeres y algunas formas de violencia contra los niños (maltrato

¹ Esto representa las constataciones procedentes de los 133 países que respondieron a la encuesta relativa al *Global status report on violence prevention 2014* (Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014) de la OMS (3).

infantil) (3). En la mayoría de los presupuestos nacionales no se prevé financiación para afrontar la violencia contra las mujeres (20).

27. *La coordinación intersectorial es escasa.* La coordinación intersectorial para combatir las diferentes formas de violencia es escasa, al igual que la coordinación en el sistema de salud entre los distintos programas y servicios. En muchos países, los ministerios de salud tienen una participación mínima en los mecanismos de coordinación intersectorial para hacer frente a los distintos tipos de violencia (3).

28. *Pocas mujeres y niños acceden a los servicios en caso de violencia.* Los datos ponen de relieve que una mayoría (55%-95%) de mujeres víctimas de violencia no lo revelan o no buscan ningún tipo de servicios sanitarios, jurídicos o policiales (4). Asimismo, en los países de ingresos altos, solo una pequeña proporción (0,3%-10%) de las víctimas de maltrato infantil se señala a la atención de los servicios de protección al menor (21, 22).

29. *La cobertura y la calidad de los servicios que necesitan los supervivientes/las víctimas son insuficientes y desiguales.* Solo la mitad de los países indican que cuentan con servicios de protección y apoyo a los supervivientes/las víctimas de actos de violencia. Dos terceras partes de los países declaran que disponen de servicios medicolegales para los casos de violencia sexual, aunque habitualmente están concentrados en unas pocas ciudades y presentan deficiencias en cuanto a la calidad y el acceso de las mujeres y las niñas (3). Los servicios disponibles suelen estar fragmentados, dispersos e insuficientemente dotados. No están integrados en el sistema de salud. Las mujeres y las niñas a menudo tienen que pasar por distintos organismos para obtener los servicios y, por ende, abonar costos enormes y soportar largas esperas (20). Si bien una mayoría de países señalan que disponen de servicios y sistemas de protección del menor para la identificación y el envío de los casos de maltrato infantil, son pocos los que cuentan con protocolos específicos. Asimismo, los servicios médicos prehospitalarios y de urgencia para la atención de las lesiones graves a menudo asociadas con la violencia juvenil (p. ej. causadas por balazos, cuchilladas, palizas y quemaduras) están insuficientemente desarrollados en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos. Pocos países (menos de la mitad) indican que tienen servicios de salud mental para atender a los supervivientes/las víctimas de violencia (3).

30. *Es reducida la disponibilidad de personal sanitario capacitado y sensibilizado.* En la mayoría de los países, los prestadores de atención de salud carecen de las competencias o la formación necesarias para responder apropiadamente a la violencia que se ejerce contra las mujeres y las niñas y contra los niños en general (20, 23). Los agentes de salud suelen compartir las actitudes predominantes que consienten la aceptabilidad de la violencia contra las mujeres y las niñas (20). Hay estudios que documentan la falta de respeto y el maltrato que sufren las mujeres que acuden a los servicios de salud reproductiva (11, 12). El personal sanitario no siempre respeta la autonomía, seguridad y confidencialidad de los supervivientes/las víctimas. Ni la violencia contra las mujeres ni la violencia contra los niños se incluyen sistemáticamente en los programas de estudio del personal médico, de enfermería y de otros profesionales de la atención sanitaria (20).

31. *La cobertura de los programas de prevención en gran escala es limitada.* Pocos países ejecutan sistemáticamente programas en gran escala para prevenir los distintos tipos de violencia (3).

32. *La sociedad civil desempeña una función decisiva.* La dinámica política mundial favorable a la lucha contra la violencia que se ejerce sobre las mujeres y las niñas es resultado de la fuerte acción de sensibilización emprendida por la sociedad civil, particularmente desde las organizaciones de mujeres (24). Estas entidades han colaborado frecuentemente con los ministerios de salud, las autoridades sanitarias locales y los servicios sociales para prestar servicios y llevar a cabo programas de prevención.

33. *La disponibilidad de datos e información es limitada.* Si bien casi 100 países disponen de datos de encuestas de población sobre la violencia de pareja ejercida contra las mujeres, es menor el número de los que poseen datos sobre la violencia sexual y otras formas de violencia contra las mujeres y las niñas. En particular, se carece de datos sobre las zonas afectadas por conflictos o sobre la violencia que padecen las mujeres mayores (16), los grupos sexuales minoritarios (25), los migrantes, las personas desplazadas o las poblaciones indígenas. Asimismo, pocos países indican que disponen de datos demográficos sobre el maltrato infantil u otras formas de violencia contra los niños, aunque esta va en aumento. Las intervenciones prometedoras también deben ser sometidas a prueba más rigurosamente mediante la vigilancia y la evaluación (3).

1.3 Proceso y hoja de ruta del plan

34. Al presente proyecto del plan de acción mundial se han incorporado las aportaciones de las consultas celebradas con los Estados Miembros en las seis regiones de la OMS, la sociedad civil, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y otros asociados internacionales (véanse en el anexo 9 los detalles del proceso). Este proyecto también está disponible en la web para recibir otras aportaciones. El plan de acción mundial definitivo se presentará a la Asamblea Mundial de la Salud en 2016. El presente documento se organiza como sigue:

1. **Sección 1:** se presenta y expone el alcance del plan.
2. **Sección 2:** se expone **la visión, las metas, los objetivos, las orientaciones estratégicas y los principios rectores** del plan.
3. **Sección 3:** se exponen **las medidas que han de adoptar los Estados Miembros, los asociados nacionales e internacionales, y la OMS**. Esta sección se subdivide a su vez en tres secciones:
 - *La sección A se centra en la violencia contra las mujeres y las niñas.* Comprende las formas de violencia específicas de las niñas o que las afectan desmedidamente, mientras que las formas de violencia comunes a niños y niñas se consideran en la sección B.
 - *La sección B se centra en la violencia contra los niños en general.* Comprende el maltrato infantil y la violencia entre compañeros entre los adolescentes de ambos sexos, modalidades precursoras de ciertas formas de violencia en la edad adulta.
 - *La sección C se centra en las medidas transversales.* Comprende medidas comunes a las formas de violencia referidas en las secciones A y B así como a otras formas de violencia interpersonal como la violencia juvenil y el maltrato de las personas mayores.
4. **Sección 4:** se expone el **Marco de vigilancia y rendición de cuentas** que incluye mecanismos para la presentación de informes y propuestas de indicadores y metas de nivel mundial.
5. **Anexos**, que contienen un glosario de términos, enlaces a las resoluciones pertinentes y los documentos de consenso, y detalles de las actividades de la Secretaría.

Sección 2. Visión, meta, objetivos, orientaciones estratégicas y principios rectores

En esta sección se expone la visión, la meta, los objetivos, las orientaciones estratégicas y los principios rectores en relación con la función que desempeña el sistema de salud en el marco de una res-

puesta nacional multisectorial. También se señalan las funciones de las distintas partes interesadas en relación con la ejecución del plan.

Recuadro 1: La función del sistema de salud en una respuesta multisectorial

1. El sistema de salud puede cumplir una función en relación con la prevención y la respuesta a todas las formas de violencia, en particular la que se ejerce contra las mujeres y los niños dado el carácter oculto de esa violencia. La función del sistema de salud consiste en lo siguiente:

- promover una perspectiva de salud pública;
- identificar a quienes son víctima de violencias y proporcionarles servicios integrales de salud, en todos los niveles de la prestación de servicios sanitarios (esto es, servicios en el nivel de la atención primaria y niveles superiores);
- elaborar, evaluar y ejecutar programas de prevención de la violencia en el marco de sus actividades de prevención y promoción de la salud a nivel poblacional;
- documentar la magnitud del problema, sus causas y sus consecuencias sanitarias y de otra índole.

2. Ahora bien, el sistema de salud solo no puede prevenir la violencia y responder a ella adecuadamente. Muchos de los factores y determinantes de riesgo de la violencia son ajenos al sistema de salud. Por tanto, en consonancia con el criterio de «la salud en todas las políticas» (26), el sistema de salud debe interactuar de manera proactiva y en coordinación con otros varios sectores, entre ellos la policía y la justicia, los servicios sociales, la educación, la protección del menor, y los mecanismos que velan por la igualdad de género o el empoderamiento de las mujeres. En el marco de una acción de prevención multisectorial, el sistema de salud puede:

- intervenir ante otros sectores para que aborden los factores y determinantes de riesgo de la violencia;
- facilitar el acceso de los supervivientes/las víctimas de la violencia a los servicios multisectoriales, inclusive mediante sólidos mecanismos de envío de casos;
- hacer aportaciones a las políticas y los programas multisectoriales de prevención de la violencia;
- prestar apoyo a otros sectores en las pruebas y la evaluación de sus intervenciones.

Fuente: (26)

2.1. Visión

1. Un mundo en el que *todas* las personas estén libres de *toda* forma de violencia y discriminación; su salud y su bienestar estén protegidos y sean promovidos; sus derechos humanos estén plenamente realizados y la igualdad entre los sexos sea la norma.

2.2. Meta

2. Hacer posible que en todos los entornos los sistemas de salud presten servicios y tengan la capacidad necesaria para promover y proteger la salud y el bienestar de todos, en particular las mujeres, las niñas y los niños sometidos, afectados, o expuestos a la violencia.

2.3. Objetivos

3. Los objetivos son:

- Mitigar las consecuencias para la salud y otras consecuencias negativas de la violencia interpersonal, en particular la que se ejerce contra las mujeres y las niñas y contra los niños en general, mediante la prestación de servicios de salud integrales y facilitando el acceso a los servicios multisectoriales;
- Prevenir la violencia interpersonal, en particular la que se ejerce contra las mujeres y las niñas y contra los niños en general.

2.4. Orientaciones estratégicas

4. A fin de alcanzar los objetivos, se proponen cuatro orientaciones estratégicas que se refieren tanto al mandato del plan relativo al sistema de salud como al enfoque de salud pública para hacer frente a la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas y contra los niños en general. Son las siguientes:

1. Fortalecer el liderazgo y la gobernanza del sistema de salud en la lucha contra la violencia
 - Esta orientación estratégica comprende actividades relacionadas con lo siguiente: acciones de sensibilización en el propio sistema de salud y en los distintos sectores; establecimiento de políticas; financiación, incluidas asignaciones presupuestarias; reglamentación; supervisión y rendición de cuentas de la ejecución de las políticas y los programas; y fortalecimiento de la coordinación multisectorial.
2. Fortalecer la prestación de los servicios de salud y la capacidad del personal sanitario para responder a la violencia
 - Esta orientación estratégica comprende actividades relacionadas con lo siguiente: mejoramiento de la infraestructura de servicios, el sistema de envío de casos, la accesibilidad, la aceptabilidad, la disponibilidad y la calidad de la atención; integración de los servicios; mejoramiento de los productos; y formación y supervisión del personal sanitario.
3. Fortalecer la programación para prevenir la violencia
 - Esta orientación estratégica comprende actividades encaminadas a prevenir la violencia que el sistema de salud puede llevar a cabo directamente, en particular mediante acciones de promoción de la salud, así como aquellas a las que puede contribuir a través de actividades multisectoriales (véase el recuadro 1).
4. Mejorar la información y las pruebas científicas sobre la violencia
 - Esta orientación estratégica comprende actividades relacionadas con lo siguiente: investigaciones en materia de epidemiología, ciencias sociales e intervenciones; mejoramiento de la vigilancia, inclusive mediante los sistemas de información sanitaria; vigilancia y evaluación de los programas.

2.5. Principios rectores

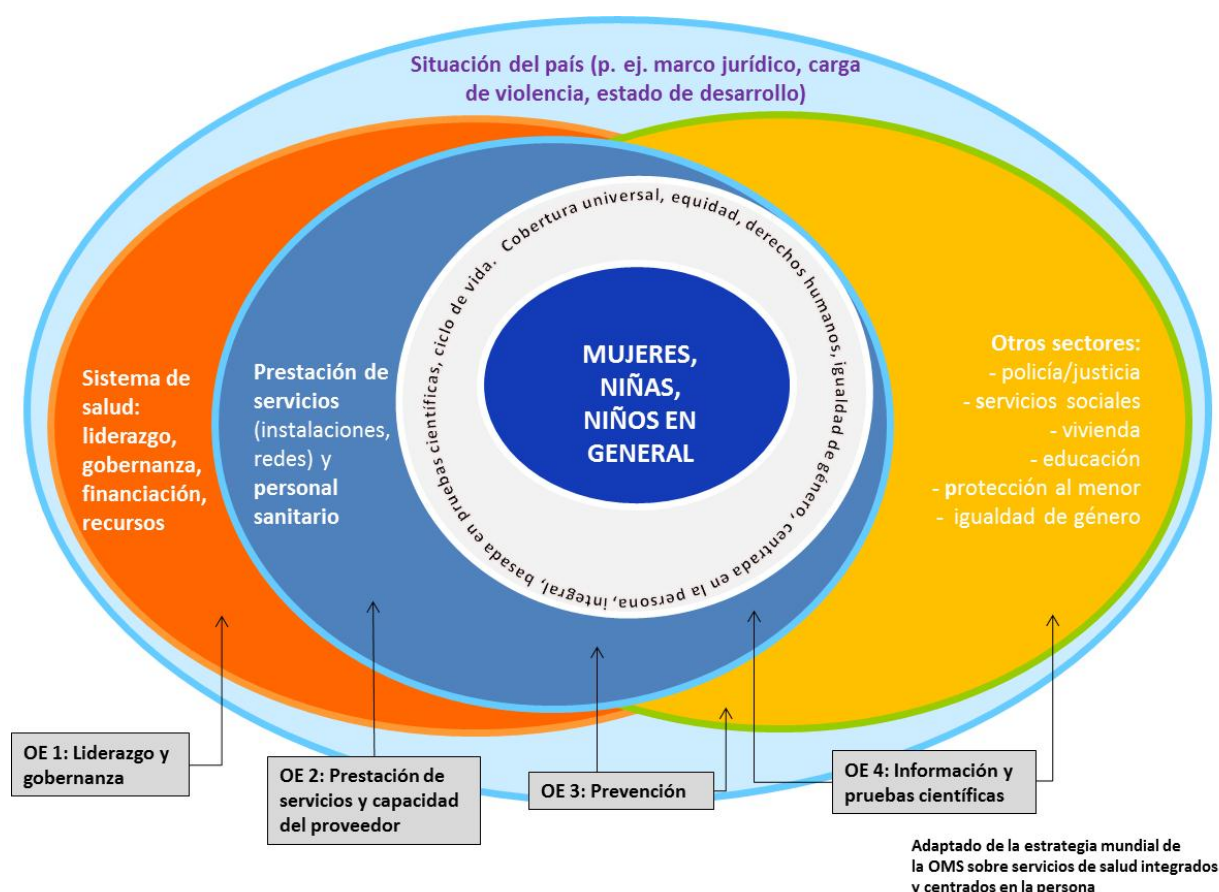
5. El plan se guía por 10 principios rectores que se enumeran en el cuadro 1.

Cuadro 1: Resumen de los principios rectores y su significado para la aplicación de este plan

	Principios rectores	Esto significa que las leyes, las políticas, los programas y los servicios encaminados a prevenir y responder a la violencia interpersonal, en particular la ejercida contra las mujeres y las niñas y contra los niños en general, deberían
1.	Perspectiva abarcadora de la totalidad del ciclo vital	tener en cuenta los factores y los determinantes de riesgo de violencia así como las necesidades sanitarias y sociales de los supervivientes/las víctimas en las primeras etapas del ciclo vital, prestando especial atención a los niños, y en todas las demás etapas del ciclo vital (esto es, adolescencia, adultez y edades avanzadas).
2.	Práctica basada en pruebas científicas	incorporar las mejores pruebas científicas disponibles a la hora de adaptar las intervenciones a cada contexto.
3.	Derechos humanos	respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos, en particular los de las mujeres, las niñas y los niños, de conformidad con las normas internacionales de derechos humanos.
4.	Igualdad de género	abordar la desigualdad de género y la discriminación sexual entendidas como principales determinantes básicos de la violencia, en particular la ejercida contra las mujeres y las niñas, de la siguiente manera: a) cuestionando la desigualdad en las relaciones de poder entre mujeres y hombres y las normas socioculturales que enfatizan la dominación del varón y la subordinación de la mujer; y b) fortalecer la participación de los hombres y los niños en la prevención junto con las actividades encaminadas a empoderar a las mujeres y las niñas.
5.	Enfoque ecológico	abordar los factores y los determinantes de riesgo presentes en los múltiples niveles del marco ecológico (esto es, en los ámbitos individual, relacional, comunitario y social).
6.	Cobertura sanitaria universal	prestar servicios esenciales y de buena calidad a todos quienes los necesitan sin que corran el riesgo de empobrecerse (es decir, con una protección financiera adecuada).
7.	Equidad sanitaria	además de la cobertura sanitaria universal, prestar particular atención a las necesidades de los grupos que están marginados, son objeto de múltiples formas de discriminación, son más vulnerables a la violencia y tropiezan con más obstáculos para acceder a los servicios.
8.	Atención centrada en la persona	prestar atención y servicios centrados en las víctimas que: respeten su autonomía para tomar decisiones cabales, libres y fundamentadas respecto de la atención que reciben; respeten su dignidad reforzando su valor como personas, sin culparlas o estigmatizarlas por sus vivencias de violencia; les confíen autonomía proporcionándoles información y asesoramiento para que puedan adoptar decisiones con conocimiento de causa; y promuevan su seguridad garantizando la privacidad y la confidencialidad en la prestación de asistencia.
9.	Participación de la comunidad	atender a las necesidades de las comunidades; velar por su plena participación en condiciones de igualdad; aplicar enfoques participativos para suscitar la adhesión de la comunidad; establecer alianzas con las organizaciones de la sociedad civil; y fortalecer la capacidad para encontrar soluciones duraderas.
10.	Respuesta multisectorial integral	impulsar y fortalecer las alianzas y la coordinación entre el sector sanitario y otros sectores, y entre los sectores público y privado, incluidos los proveedores de servicios sin ánimo de lucro y comerciales, la sociedad civil, las asociaciones profesionales y otras partes interesadas pertinentes, según convenga a la situación del país.

6. En la figura 2 se resume de qué manera la función del sistema de salud encaja en la respuesta multisectorial más amplia a la violencia interpersonal, en particular la ejercida contra las mujeres, las niñas y los niños. (27) Se ilustran los principios rectores así como la correspondencia de las cuatro orientaciones básicas con la respuesta del sistema de salud y la respuesta multisectorial. Como se muestra en la figura 2, las actividades relacionadas con el liderazgo y la gobernanza del sistema de salud (orientación estratégica 1) y con la prestación de los servicios de salud y la capacidad del personal sanitario (orientación estratégica 2) son actividades básicas del sistema de salud que requieren una interfaz con otros sectores (p. ej. policía, justicia, servicios sociales, protección del menor, educación, igualdad de género). La prevención (orientación estratégica 3) requiere actividades multisectoriales con una fuerte contribución del sistema de salud. La generación de información y pruebas científicas mediante la investigación, vigilancia y evaluación (orientación estratégica 4) también requiere actividades multisectoriales con una fuerte contribución del sistema de salud, y a menudo bajo su dirección.

Figura 2. La función del sistema de salud en una respuesta multisectorial en relación con las orientaciones estratégicas de este plan (27)



2.6. Marco temporal

7. El marco temporal para este plan de acción mundial es de 15 años o hasta 2030, lo cual está en consonancia con la aplicación de los objetivos de desarrollo sostenible. En muchos países, el enfoque de salud pública de la violencia, en particular la violencia contra las mujeres y las niñas y contra los niños en general, está comenzando a entenderse y aplicarse. Los ministerios de salud están empezando a desempeñar una función mayor en relación con la prestación de servicios a los supervivientes/las víctimas y el fomento de la prevención. Ahora bien, fortalecer la función, el compromiso y la capaci-

dad del sistema de salud para hacer frente a la violencia es una tarea a largo plazo, ya que la prevención y la respuesta a la violencia requieren cambios transformacionales de la sociedad.

2.7. La función de los Estados Miembros y los asociados nacionales e internacionales

8. Las medidas expuestas en la sección siguiente (sección 3) incumben en primer lugar a los Estados Miembros, en particular a los poderes públicos nacionales y subnacionales.¹ Los ministerios de salud, en estrecha colaboración con otros ministerios pertinentes, deberán asumir el liderazgo para llevar adelante el plan. Para su aplicación hará falta un compromiso político en los más altos niveles del gobierno. Se prevé que los asociados nacionales e internacionales desempeñen una función fundamental en la aplicación, en su condición de partes interesadas que trabajan en colaboración con los programas y servicios de salud del sector público o junto a ellos. Entre estas partes se cuentan: los servicios del sector privado (tanto los comerciales como los que se prestan sin ánimo de lucro); la sociedad civil (p. ej. organizaciones de mujeres, organizaciones juveniles, organizaciones de la comunidad, organizaciones no gubernamentales internacionales); los parlamentarios; las asociaciones profesionales médicas y sanitarias; las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y las organizaciones multilaterales; los organismos bilaterales; y las instituciones académicas y de investigación. También se incluyen las instituciones, organismos y organizaciones internacionales y nacionales que participan en el sistema humanitario.

9. Las funciones de los Estados Miembros y de los asociados nacionales e internacionales a menudo se superponen y pueden incluir múltiples actividades en las esferas de: liderazgo y gobernanza; prestación de servicios de salud y fortalecimiento de la capacidad del personal sanitario; prevención; y generación de información y pruebas científicas. Por ejemplo, en muchos países, el sistema de salud incluye un amplio sector privado que lleva a cabo programas de prevención y presta servicios de salud. De igual modo, las asociaciones profesionales médicas y sanitarias pueden contribuir a las tareas de fortalecimiento de la capacidad, promoción y elaboración de políticas. Las organizaciones de la sociedad civil son asociados de crucial importancia en las actividades de promoción, concientización, movilización de la comunidad, apoyo al gobierno en la elaboración de políticas, fortalecimiento de la capacidad, y prestación de servicios. Algunos organismos y organizaciones del sistema de las Naciones Unidas se ocupan de la elaboración de normas y de prestar apoyo a la ejecución de programas e iniciativas que revisten interés para este plan de acción mundial (véase el anexo 6). Las funciones y las responsabilidades de los distintos asociados así como la división del trabajo entre ellos, se deberán evaluar y aclarar en el marco de la aplicación del plan a nivel nacional.

2.8. La función de la Secretaría de la OMS

10. La Secretaría de la OMS ha venido trabajando en los 20 últimos años en la prevención de la violencia interpersonal y la prevención y respuesta a la violencia contra las mujeres y contra los niños en particular. Sobre la base de los avances realizados en la lucha contra las diferentes formas de violencia y de conformidad con el mandato de la OMS, la Secretaría seguirá generando datos científicos, elaborando orientaciones y otros instrumentos normativos y abogando en pro de la aplicación del plan de acción mundial. La Secretaría también seguirá trabajando con los Estados Miembros para crear conciencia acerca de la prevención y la respuesta a la violencia, en particular la ejercida contra las mujeres y las niñas y contra los niños en general, y para prestarles asistencia en la aplicación de los instrumentos y las directrices de la OMS a fin de reforzar sus políticas y programas (véase en los anexos 4 y 5 una relación

¹ En muchos países con un sistema de gobierno federal o descentralizado, pueden ser las regiones o los estados a quienes incumba la responsabilidad de diseñar y aplicar las leyes, políticas, programas y servicios en materia de salud y relacionados con el sistema de salud.

de las actividades, los instrumentos y las directrices de la OMS referentes a la lucha contra la violencia). La Secretaría participa en varias alianzas e iniciativas interinstitucionales en el sistema de las Naciones Unidas y fuera de él relativas a la violencia, de interés para el plan (véase el anexo 6).

Sección 3. Medidas relativas a los Estados Miembros, los asociados nacionales e internacionales y la Secretaría de la OMS

En esta sección se exponen las medidas generales basadas en pruebas científicas que pueden adoptar los Estados Miembros, los asociados nacionales e internacionales y la Secretaría de la OMS, centrándose en: la violencia contra las mujeres y las niñas (VCMN) (sección 3A), la violencia contra los niños (sección 3B) y las medidas transversales que contribuyen a hacer frente a todas las formas de violencia interpersonal (sección 3C).

1. Los países se encuentran en etapas diferentes en cuanto a los avances o el estado de preparación por lo que respecta a la capacidad y la respuesta de sus sistemas de salud en relación con las distintas formas de violencia. Como este plan es de carácter mundial, se refiere al estado de la cuestión a escala global. Será preciso adaptarlo según las regiones y los países. Los países deberían considerar la adaptación y aplicación de este plan mundial en consonancia con los objetivos de desarrollo sostenible así como con otros compromisos internacionales que ya hubiesen asumido.

2. Para determinar sus prioridades de aplicación de las medidas consignadas en el presente plan, los países deberán considerar: la disponibilidad de datos y conocimientos; la magnitud y la carga sanitaria de las diferentes formas de violencia, en particular la ejercida contra las mujeres y las niñas y contra los niños en general; las iniciativas en curso para hacer frente a los distintos tipos de violencia; los marcos jurídicos y de política; y el estado de preparación o la capacidad del sistema de salud para afrontar la violencia. Tendrán que aplicar las medidas de manera creciente a lo largo del tiempo con miras a lograr una respuesta vigorosa de los sistemas de salud.

A. Violencia contra las mujeres y las niñas

Esta sección abarca un conjunto básico de medidas del sistema de salud para responder y prevenir la violencia contra las mujeres y las niñas (VCMN), referidas a lo siguiente:

- *creación de un entorno jurídico y de política sanitaria habilitador que promueva la igualdad de género y los derechos humanos y empodere a las mujeres y las niñas;*
- *prestación de servicios integrales y de calidad, particularmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva;*
- *programas de prevención basados en pruebas científicas que promuevan normas y relaciones igualitarias y no violentas en materia de género;*
- *mejoramiento de las pruebas científicas gracias a la recogida de datos sobre las muchas formas de VCMN y las prácticas perjudiciales que suelen pasar desapercibidas en la vigilancia ordinaria y las estadísticas sanitarias y sobre la delincuencia.*

Es necesario abordar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas. Los países deberían atribuir prioridad a las formas concretas de mayor interés para su situación. En el presente plan se priorizan las medidas encaminadas a hacer frente a la violencia de pareja y la violencia sexual, consideradas las formas de violencia predominantes en todos los ámbitos y las que más comúnmente padecen las mujeres en el mundo entero. En esta sección también se contemplan y priorizan las formas específicas de violencia o las prácticas nocivas que afectan de manera desmesurada a las niñas a causa de la desigualdad de género (p. ej. la violencia sexual) o que les son propias, y que ocupan un lugar destacado en la agenda mundial de salud y desarrollo (matrimonio infantil, precoz y forzado y mutilación genital femenina). Las formas de violencia padecidas en la infancia que son comunes a los niños de ambos sexos se consideran en la sección 3B.

Orientación estratégica 1: Fortalecer el liderazgo y la gobernanza del sistema de salud en la lucha contra la violencia

Estados Miembros y asociados nacionales e internacionales	Secretaría de la OMS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reforzar la voluntad política mediante el compromiso público de afrontar y cuestionar la aceptabilidad de todas las formas de VCMN, abogando por que se ponga fin a todas las prácticas perjudiciales contra las mujeres y las niñas (en particular la mutilación genital femenina y su medicalización y el matrimonio infantil, precoz y forzado), y promover la igualdad de género. 2. Velar por la apropiada asignación presupuestaria/de recursos para la prevención y respuesta a la violencia contra las mujeres y las niñas. 3. Propugnar reformas de la legislación, las políticas y las reglamentaciones, su armonización con las normas internacionales de derechos humanos y su cumplimiento, a efectos de, entre otras cosas: criminalizar todas las formas de VCMN; acabar con todas las prácticas perjudiciales y la discriminación contra las 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reforzar el liderazgo de la OMS así como su voluntad política, asignación de recursos e integración de las respuestas a la VCMN en los programas de salud pertinentes de alcance mundial (p. ej. salud de la madre y el niño, salud sexual y reproductiva, salud del adolescente, enfermedades no transmisibles, envejecimiento, salud mental, respuesta humanitaria). 2. Mejorar el conocimiento y la comprensión de la VCMN mediante acciones de sensibilización fundadas en pruebas científicas entre los funcionarios de alto rango encargados de la elaboración de políticas, referentes a su carácter, las consecuencias sanitarias y de otra índole, los factores de riesgo y causales, y la necesidad de integrarla en las políticas, planes y programas de salud y en las respuestas a las crisis humanitarias, incluidos los grupos de acción sanitaria.

mujeres y las niñas; y promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, inclusive en relación con el derecho de herencia y de familia.

4. Establecer en el Ministerio de Salud una unidad o punto focal que se ocupe de la violencia contra la mujer y vele por que la respuesta a la VCMN y las prácticas perjudiciales se exponga claramente en las políticas, reglamentos, planes, programas y presupuestos¹ sanitarios (28, 29), en particular los relativos a la salud sexual y reproductiva, el VIH, la salud de la madre y el niño, la salud del adolescente, la salud mental, el envejecimiento sano, y la preparación y respuesta ante emergencias humanitarias. Las organizaciones de mujeres y las víctimas deben participar en la planificación y la elaboración de las políticas, y se debe prestar especial atención a las necesidades de las mujeres y las niñas que padecen múltiples formas de discriminación y marginación.

5. Fortalecer la coordinación en el sistema de salud con otros sectores con miras a dar una vigorosa respuesta multisectorial a la VCMN, en particular: policía y justicia; vivienda y servicios sociales; asuntos de la mujer y protección del menor.

6. Reforzar la rendición de cuentas del sistema de salud en relación con 1) la lucha contra la violencia que afecta al personal sanitario en el lugar de trabajo; y 2) el maltrato y abuso de las mujeres y las niñas por parte del personal sanitario, especialmente en los servicios de salud reproductiva.

- Establecer mecanismos de supervisión para vigilar la aplicación de medidas encaminadas a abordar la VCMN en las políticas, programas y planes sanitarios
- Establecer políticas para hacer frente a la violencia que experimenta el personal de salud en el lugar de trabajo
- Establecer códigos de conducta para el personal sanitario, mecanismos de comunicación de información y procedimientos de presentación de quejas, de carácter confidencial, a fin de hacer frente al maltrato y los abusos que sufren las mujeres y las niñas por parte del personal sanitario.

3. Propugnar ante los ministerios de salud y otras partes interesadas pertinentes de los sistemas de salud, el fortalecimiento de la asignación de los recursos humanos y financieros destinados a hacer frente a la VCMN.

4. Prestar apoyo técnico y crear capacidad para la integración de las intervenciones contra la VCMN en todos los programas, planes y políticas de salud pertinentes, como los de salud de la madre y el niño, salud sexual y reproductiva, VIH, salud mental y respuesta en emergencias.

5. Elaborar instrumentos para el diseño y la gestión de programas y servicios de respuesta a la VCMN y apoyar su difusión entre los encargados de la elaboración de políticas y los administradores.

6. Apoyar y facilitar las actividades de coordinación de la respuesta de los sistemas de salud a la VCMN dentro del sistema de las Naciones Unidas en los planos mundial y nacional, inclusive participando en las iniciativas conjuntas pertinentes de las Naciones Unidas sobre la VCMN (véase el anexo 5).

¹ En consonancia con los compromisos de la Declaración de Abuja y los compromisos de Busán, incluido el seguimiento de las asignaciones destinadas a la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres.

Orientación estratégica 2: Fortalecer la prestación de los servicios de salud y la capacidad del personal/los proveedores sanitarios para responder a la violencia	
Estados Miembros y asociados nacionales e internacionales	Secretaría de la OMS
<p>7. Elaborar o actualizar y aplicar directrices, protocolos y/o procedimientos operativos estándar para la identificación, la atención clínica, el apoyo y el reenvío de las mujeres y las niñas víctimas de actos de violencia, sobre la base de las directrices e instrumentos de la OMS (30, 31).</p> <p>8. Prestar servicios integrales a todas las mujeres y niñas que han sufrido violencia, inclusive en situaciones de crisis humanitaria. Esos servicios deberían comprender: apoyo de primera línea, asistencia por lesiones, servicios de salud sexual y reproductiva y de salud mental, atención posterior a violaciones incluida la contracepción de urgencia, reenvío de casos para abortos sin riesgos de conformidad con la normativa nacional, profilaxis contra las enfermedades de transmisión sexual y el VIH y vacunación contra la hepatitis B (30-33); servicios para el tratamiento de las complicaciones de salud entre las mujeres y las niñas que han sido sometidas a mutilación genital femenina; y sensibilización de la comunidad sobre la disponibilidad y la necesidad de un acceso oportuno a los servicios de salud, particularmente a la atención posterior a una violación.</p> <p>9. Mejorar el acceso a los servicios gracias a la integración de la identificación y la atención de las mujeres expuestas a violencia de pareja y violencia sexual en los programas existentes y en un conjunto mínimo de servicios referentes a: salud sexual y reproductiva; salud de la madre y el niño; salud del adolescente; salud mental; controles sistemáticos y servicios de salud para las personas de edad; y en las respuestas humanitarias. Facilitar el acceso a los servicios multisectoriales (p. ej. policía, justicia, vivienda y servicios sociales, protección del menor, etc.) inclusive mediante la prestación de asistencia medicolegal, sobre la base de las directrices e instrumentos de la OMS (30, 34), y velar por que los servicios sean respetuosos de quienes están expuestos a múltiples formas de discriminación y les resulten accesibles.</p> <p>10. Mejorar la responsabilidad de los servicios y la calidad de la atención eliminando la discriminación y la violencia en el lugar de trabajo; promoviendo una atención centrada en la mujer; y prestando servicios atentos a las consideraciones de género que respeten y promuevan los derechos humanos de la mujer y combatan el maltrato y los abusos de las mujeres y las niñas por parte del personal sanitario, especialmente en los servicios de salud reproductiva.</p>	<p>7. Prestar cooperación técnica a los ministerios de salud y otros asociados en la elaboración o actualización de directrices, protocolos y procedimientos operativos estándar para hacer frente a la VCMN, basándose en las directrices e instrumentos de la OMS, adaptándolos cuando proceda (30, 31).</p> <p>8. Elaborar o actualizar y difundir directrices e instrumentos basados en pruebas científicas, en particular los relacionados con la lucha contra la violencia sexual, inclusive en situaciones de conflicto, y con el tratamiento de las complicaciones derivadas de la mutilación genital femenina.</p> <p>9. Incluir servicios para hacer frente a la VCMN en un conjunto mínimo de servicios de salud, en particular en el marco de la cobertura sanitaria universal en relación con la salud sexual y reproductiva, la salud de la madre, el niño y el adolescente, y la salud mental, inclusive en situaciones de crisis humanitaria.</p> <p>10. Elaborar instrumentos para vigilar y evaluar la calidad de los servicios que se ocupan de la VCMN, y apoyar su aplicación.</p> <p>11. Elaborar y difundir un modelo de programa de estudio para la formación previa al servicio y en el servicio de los prestadores de atención de salud sobre la asistencia en respuesta a la VCMN.</p> <p>12. Determinar un grupo de expertos capaces de prestar apoyo a los Estados Miembros en la elaboración e impartición de enseñanzas sobre la respuesta a la VCMN destinadas al personal/los proveedores de salud.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Establecer códigos de conducta para el personal sanitario, mecanismos de comunicación de información y procedimientos de presentación de quejas, de carácter confidencial, a fin de hacer frente al maltrato y los abusos que sufren las mujeres y las niñas por parte del personal sanitario. <p>11. Integrar las enseñanzas sobre la determinación de casos de VCMN y prácticas perjudiciales y la respuesta al respecto en los programas de formación previa al servicio y en el servicio del personal/los proveedores de salud (personal médico, de enfermería y de partería), incluidos quienes trabajan en entornos de asistencia humanitaria, sobre la base de las directrices e instrumentos de la OMS (30, 31).</p>	
--	--

Orientación estratégica 3: Fortalecer la programación para prevenir la violencia

Estados Miembros y asociados nacionales e internacionales	Secretaría de la OMS
<p>12. Elaborar, someter a prueba y poner en práctica programas para prevenir/reducir la VCMN que se puedan llevar a cabo a través del sistema de salud, o multiplicar su número.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestar apoyo a los programas que se ocupen de la violencia de pareja a fin de atender a las necesidades de los niños expuestos a esa violencia, reforzando las vinculaciones con los programas de salud del niño y del adolescente. • Prestar atención a los factores asociados con la violencia de pareja, como el consumo nocivo de alcohol y de sustancias y la depresión materna. • Incorporar la educación/mensajes sobre normas de igualdad y no violencia de género y sobre las relaciones sexuales consentidas y respetuosas, a las campañas destinadas a lograr cambios del comportamiento y las actividades de promoción de la salud a cargo de los agentes de salud de la comunidad. <p>13. Apoyar o colaborar en la elaboración, ensayo y ejecución de programas de prevención de la VCMN que cuestionen las normas de género nocivas (esto es, las que perpetúan la dominación del varón y la subordinación de la mujer, estigmatizan a las víctimas, aceptan o consideran normal la VCMN; o perpetúan prácticas perjudiciales y discriminatorias contra las mujeres y las niñas), incluso haciendo participar a los hombres y los niños en la promoción de la igualdad de género y las relaciones sexuales consentidas, junto con las mujeres y las niñas como agentes de cambio.</p>	<p>13. Elaborar o determinar, evaluar y difundir intervenciones de prevención de la VCMN basadas en datos científicos, en particular las que promuevan normas de género igualitarias y cuestionen las prácticas nocivas, y las que pueda llevar a cabo el sistema de salud a través de los programas y servicios de salud materna, sexual y reproductiva, salud mental, VIH y salud del adolescente.</p> <p>14. Elaborar recomendaciones sobre la manera de prestar apoyo a los hijos de mujeres que se ha comprobado sufren violencia de pareja.</p> <p>15. Apoyar las actividades de los Estados Miembros encaminadas a elaborar intervenciones preventivas para hacer frente a los factores y los determinantes de riesgo de VCMN, particularmente las que promuevan la igualdad entre los sexos y se ocupen de las normas de género.</p>

14. Hacer aportaciones a las políticas y programas de otros sectores y a los que lleva a cabo a la sociedad civil referentes a intervenciones preventivas basadas en pruebas científicas, incluso abogando en el sector de la educación por la realización de programas integrales de educación sexual, y respaldando la promoción de intervenciones relativas a la economía y medios de subsistencia en favor de las mujeres.	
--	--

Orientación estratégica 4: Mejorar la información y las pruebas científicas sobre la violencia

Estados Miembros y asociados nacionales e internacionales	Secretaría de la OMS
<p>15. Reforzar la presentación sistemática de estadísticas sobre la VCMN respecto de todas las edades incluyendo indicadores y la recogida de datos sobre la VCMN en los sistemas de información y vigilancia sanitarias, otorgando prioridad a los programas y servicios que atienden a las mujeres y las niñas.</p> <p>16. En consonancia con los indicadores de VCMN propuestos para los objetivos de desarrollo sostenible:¹ apoyar el establecimiento de niveles de base respecto de la prevalencia de la VCMN a lo largo del ciclo vital, incluida la ejercida contra las adolescentes y las mujeres mayores, y de las prácticas nocivas mediante encuestas de población recientes (esto es, relativas a los cinco últimos años).</p> <p>17. Integrar módulos para la recogida sistemática de datos sobre la VCMN a todas las edades en encuestas sobre demografía y salud u otras encuestas sanitarias de población realizadas a intervalos regulares.</p> <p>18. Proceder al análisis y la utilización, o apoyarlos, de los datos sobre la VCMN y las prácticas nocivas, y desglosarlos por edad, pertenencia étnica, situación socioeconómica y educación, entre otros criterios.</p> <p>19. Realizar o apoyar investigaciones a fin de elaborar, ensayar, evaluar y poner en práctica/multiplicar intervenciones de prevención y respuesta a la VCMN que pueda llevar a cabo el sistema de salud.</p>	<p>16. Elaborar y difundir indicadores e instrumentos de medición armonizados para prestar apoyo a los países en la recogida de información normalizada sobre la VCMN de manera confidencial y segura mediante los sistemas de información y vigilancia sanitarias sistemáticas.</p> <p>17. Prestar cooperación técnica a los Estados Miembros que deseen realizar encuestas de población sobre la violencia contra las mujeres, en particular a aquellos que utilicen la metodología de la OMS (4).</p> <p>18. Establecer relaciones de cooperación técnica con los Estados Miembros y prestar apoyo a los asociados para crear capacidad en materia de análisis de datos sobre la VCMN y las prácticas nocivas, y su utilización en las políticas, programas y planes.</p> <p>19. Actualizar con regularidad las estimaciones de la prevalencia de la violencia contra las mujeres.</p> <p>20. Prestar apoyo a los Estados Miembros en el ensayo y la evaluación de las intervenciones del sistema de salud para hacer frente a la VCMN.</p> <p>21. Realizar y apoyar actividades de investigación a fin de mejorar la comprensión del maltrato y los abusos de las mujeres en el ámbito del sistema de salud.</p> <p>22. Realizar síntesis de las pruebas científicas y difundir información sobre lo que funciona bien, en particular las prácticas idóneas para prevenir la VCMN y responder a ella.</p>

¹ Incluye los indicadores propuestos para las metas 5.2 y 5.3 de los objetivos de desarrollo sostenible.

20. Facilitar las actividades de las ONG, los investigadores y otros sectores encaminadas a realizar investigaciones sobre importantes lagunas de los conocimientos relativos a la VCMN y las prácticas nocivas; y a elaborar, ensayar y evaluar intervenciones para afrontar la VCMN.	23. Reforzar la capacidad de la sociedad civil, las instituciones de investigación y los ejecutores de programas para realizar investigaciones sobre la VCMN, en particular sobre los aspectos éticos y de seguridad y la realización de evaluaciones más rigurosas.
--	--

B. Violencia contra los niños

Esta sección versa sobre la violencia contra y entre los niños y los adolescentes de hasta 18 años de edad. Por lo que respecta a los niños de 0 a aproximadamente 14 años, esta violencia consiste principalmente en malos tratos (vale decir, abuso físico, sexual y psicológico y desatención) infligidos por los padres y otras personas con autoridad, mientras que a partir de los 14 años aproximadamente, al maltrato infantil se añade con carácter predominante la violencia entre compañeros. En esta sección también se considera la violencia perpetrada contra los niños en instituciones.

Ser víctima de maltrato infantil acrecienta las probabilidades de verse implicado en actos de violencia entre compañeros en la adolescencia, lo que a su vez presagia la perpetración de actos violentos y la victimización ulteriores en la edad adulta. Si bien se circunscriben a la niñez y la adolescencia, muchas de las medidas aquí expuestas son pertinentes para la prevención de la violencia ulterior en la adultez.

Orientación estratégica 1: Fortalecer el liderazgo y la gobernanza del sistema de salud en la lucha contra la violencia	
Estados Miembros y asociados nacionales e internacionales	Secretaría de la OMS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Integrar estrategias de lucha contra el maltrato infantil en los programas para el desarrollo de la primera infancia y de salud maternoinfantil, así como estrategias para poner coto a la violencia entre compañeros en los programas de salud del niño y del adolescente y de salud escolar, los entornos educativos, los planes de desarrollo de la juventud, y los sistemas de justicia juvenil. 2. Preconizar reformas de la legislación y las políticas, velar por su conformidad con las normas internacionales de derechos humanos (35), y hacer cumplir las leyes y políticas vigentes destinadas a prevenir la violencia contra los niños y adolescentes, incluidos los castigos corporales, en todos los ámbitos y en particular en el hogar, la escuela, la comunidad y los establecimientos de atención residencial y de detención. 3. Sensibilizar a los encargados de formular las políticas y a la opinión pública acerca de las consecuencias sanitarias para toda la vida que acarrea el maltrato infantil, su papel como factor de riesgo de implicación en otras formas de violencia, por ejemplo la violencia juvenil y la violencia de pareja, y la alta prevalencia de homicidios y lesiones no mortales relacionadas con la violencia a causa de la violencia entre compañeros en la adolescencia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibilizar a los altos funcionarios encargados de la elaboración de políticas y de la adopción de decisiones acerca de las consecuencias sanitarias, sociales y financieras del maltrato infantil y la violencia entre compañeros, la necesidad de que se les preste mayor atención en el sector sanitario y otros sectores, y la importancia de la prevención y la respuesta. 2. Prestar asistencia técnica para elaborar y aplicar planes de acción nacionales para hacer frente a la violencia contra los niños y los adolescentes. 3. Prestar apoyo técnico y crear capacidad en los ministerios de salud para dar respuesta al maltrato infantil y a la violencia entre compañeros.

<p>4. Elaborar medidas referentes al desempeño y la rendición de cuentas, adaptándolas en función del sexo y la edad, para vigilar el grado de diligencia con que el sistema de salud aborda el problema de la violencia contra los niños y los adolescentes.</p> <p>5. Velar por la asignación apropiada de partidas/recursos para la prevención y la respuesta a la violencia contra los niños y los adolescentes en los planes y las políticas nacionales pertinentes.</p> <p>6. Establecer en el Ministerio de Salud una unidad o punto focal que se ocupe de la violencia contra los niños.</p>	
--	--

Orientación estratégica 2: Fortalecer la prestación de los servicios de salud y la capacidad del personal/los proveedores sanitarios para responder a la violencia	
Estados Miembros y asociados nacionales e internacionales	Secretaría de la OMS
<p>7. Integrar los procedimientos de determinación y tratamiento de los casos, teniendo en cuenta el género de víctimas de maltrato infantil y violencia entre compañeros en los servicios de salud que se prestan habitualmente a las madres y lactantes, los niños y los adolescentes. Los servicios deberían ajustarse a la etapa de desarrollo del niño y tener en cuenta la evolución de su capacidad y sus preferencias.</p> <p>8. Capacitar a los prestadores de atención de salud para que reconozcan y traten las afecciones de los niños y los adolescentes que pueden llevarlos a cometer actos de violencia en el futuro, como problemas graves de conducta, trastornos del comportamiento y abuso temprano de sustancias y del alcohol. Asimismo, ciertos problemas de conducta de niños y adolescentes que pueden haberse generado como medio de sobrellevar una victimización anterior, es posible que sean diagnosticados erróneamente como disminución de la atención asociada a la hiperactividad, oposición desafiante o trastornos conductuales, por lo que se debe alertar a los prestadores de atención de estas posibilidades.</p> <p>9. Fortalecer la capacidad personal e institucional para atender a los niños y adolescentes víctimas de violencia en las instituciones pertinentes del sector sanitario y sectores conexos (p. ej. policía, educación, servicios sociales).</p> <p>10. Incorporar a los planes nacionales de formación básica y permanente de todos los profesionales de la salud enseñanzas sobre la identificación y la atención de las víctimas de maltrato infantil y violencia entre compañeros, y elaborar normas de calidad y reglamentos para el personal profesional.</p>	<p>4. Elaborar y difundir directrices basadas en datos científicos y procedimientos operativos estándar referentes al tratamiento clínico y los servicios sanitarios para las víctimas de maltrato infantil y violencia entre compañeros.</p> <p>5. Establecer relaciones de cooperación técnica con los ministerios de salud y/u otros ministerios pertinentes para adaptar la orientación normativa de la OMS sobre servicios a las víctimas de maltrato infantil y violencia entre compañeros a la situación concreta de cada país.</p>

11. Velar por la armonización de las directrices y protocolos nacionales con las directrices de la OMS y otras directrices fundadas en datos científicos sobre los servicios a las víctimas de maltrato infantil y de violencia entre compañeros.	
---	--

Orientación estratégica 3: Fortalecer la programación para prevenir la violencia	
Estados Miembros y asociados nacionales e internacionales	Secretaría de la OMS
<p>12. Fortalecer la capacidad personal e institucional para prevenir el maltrato infantil y la violencia entre compañeros en las instituciones pertinentes del sistema de salud y sectores conexos (p. ej. policía, educación, servicios sociales).</p> <p>13. Elaborar, someter a prueba y poner en práctica intervenciones basadas en datos científicos para prevenir el maltrato infantil, en particular programas que se puedan ejecutar a través del sistema de salud, como los de visitas domiciliarias y de apoyo a la crianza de los hijos, y velar por que esos programas atiendan a las necesidades de prevención de los grupos marginados como los niños con discapacidades.</p> <p>14. Preconizar y apoyar la elaboración y ejecución por otros sectores de programas para ayudar a los niños y los adolescentes a desarrollar competencias sociales y para la vida que les permitan resolver problemas, controlar la rabia y las emociones, y mantener relaciones positivas a fin de evitar la violencia entre compañeros.</p> <p>15. Incorporar a los programas para el desarrollo de la primera infancia intervenciones encaminadas a prevenir el maltrato infantil, así como intervenciones relativas a la violencia entre compañeros a los programas de desarrollo de la juventud, los programas de salud mental y los servicios de salud escolar, y vigilar su eficacia.</p>	<p>6. Sintetizar y difundir información sobre lo que funciona bien para prevenir el maltrato infantil y la violencia entre compañeros.</p> <p>7. Establecer relaciones de cooperación técnica con los Estados Miembros a fin de fortalecer su capacidad para diseñar, aplicar y evaluar políticas y programas destinados a prevenir el maltrato infantil y la violencia entre compañeros, en particular evaluando el estado de preparación del país para poner en práctica actividades de prevención y multiplicarlas.</p> <p>8. Elaborar, someter a prueba y difundir programas abordables para prevenir el maltrato infantil y la violencia entre compañeros en entornos de países de ingresos bajos y medianos.</p>

Orientación estratégica 4: Mejorar la información y las pruebas científicas sobre la violencia	
Estados Miembros y asociados nacionales e internacionales	Secretaría de la OMS
<p>16. Reunir y publicar periódicamente informes sobre datos nacionalmente representativos, desglosados por sexo y edad, referentes a la violencia contra los niños y los adolescentes obtenidos mediante encuestas de población, la vigilancia sistemática y los sistemas de datos administrativos.</p> <p>17. Realizar estudios sobre la eficacia de los programas de prevención del maltrato infantil y la violencia entre compañeros, y sobre los servicios a las víctimas.</p>	<p>9. Elaborar definiciones normalizadas de la violencia entre compañeros y métodos armonizados para determinar las tasas de prevalencia del maltrato infantil y la violencia entre compañeros, y preconizar su utilización.</p> <p>10. Establecer relaciones de cooperación técnica con los Estados Miembros para evaluar las intervenciones sanitarias y multisectoriales encaminadas a prevenir y responder a la violencia contra los niños y los adolescentes.</p>

<p>18. Fortalecer la capacidad nacional de investigación sobre todos los aspectos de la violencia contra los niños y los adolescentes, en particular sobre la magnitud, las consecuencias y los costos económicos de esa violencia, y sobre las intervenciones efectivas en materia de prevención y respuesta.</p> <p>19. Apoyar las investigaciones sobre la aplicación, incluidos los servicios e intervenciones del sector sanitario, a fin de multiplicar las intervenciones eficaces para poner coto al maltrato infantil y la violencia entre compañeros.</p>	<p>11. Establecer relaciones de cooperación técnica con los Estados Miembros a fin de reforzar su capacidad para realizar investigaciones sobre todos los aspectos de la violencia contra los niños y los adolescentes, y para incorporar indicadores de la violencia contra los niños y los adolescentes a los sistemas de vigilancia sistemática.</p> <p>12. Preparar orientaciones sobre la recogida segura y ética de datos relativos a la violencia contra los niños.</p> <p>13. Elaborar un programa de investigación para hacer frente a la violencia contra los niños.</p>
---	--

C. Todas las formas de violencia interpersonal: medidas transversales

En esta sección se presentan las medidas que son comunes, medidas transversales, a todas las formas de violencia interpersonal, en particular la ejercida contra las mujeres y las niñas y contra los niños en general, así como a la violencia juvenil y el maltrato de las personas de edad. Hacen referencia a las vinculaciones entre la violencia contra las mujeres y las niñas y contra los niños en general, y sirven para fomentar sinergias respecto de los distintos tipos de violencia interpersonal. Estas medidas comprenden el fortalecimiento de:

- la atención de las necesidades de servicios comunes;
- los programas de prevención para reducir todas las formas de violencia afrontando los factores de riesgo compartidos; y
- los mecanismos de recogida de datos.

Orientación estratégica 1: Fortalecer el liderazgo y la gobernanza del sistema de salud en la lucha contra la violencia	
Estados Miembros y asociados nacionales e internacionales	Secretaría de la OMS
<p>1. Sensibilizar a los encargados de la elaboración de políticas sobre la necesidad de: <i>a)</i> un enfoque de salud pública de la prevención y la respuesta a la violencia; <i>b)</i> hacer frente a la violencia en las distintas etapas del ciclo vital; <i>c)</i> encarar los factores y los determinantes de riesgo que son comunes a las diferentes formas de violencia; y <i>d)</i> reforzar la capacidad de los servicios de salud para prestar una atención eficaz a los supervivientes/las víctimas.</p> <p>2. Propugnar reformas de la legislación, las políticas y los reglamentos, su armonización con las normas internacionales de derechos humanos y su cumplimiento a fin de encarar los factores y los determinantes de riesgo o causales comunes a varios tipos de violencia, como aquellas que promueven la igualdad entre los sexos; previenen el</p>	<p>1. Seguir elaborando orientaciones sobre políticas integrales para encarar la problemática de la violencia y las lesiones a lo largo del ciclo vital.</p> <p>2. Apoyar las actividades de promoción de los Estados Miembros y otros asociados pertinentes difundiendo datos científicos sobre los factores de riesgo compartidos por los distintos tipos de violencia.</p> <p>3. Seguir vigilando las actividades de lucha contra la violencia en los distintos países, en particular mediante actualizaciones periódicas de las estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra las mujeres, informes de situación sobre la violencia y otros métodos pertinentes.</p>

<p>consumo nocivo de alcohol y de sustancias; limitan la disponibilidad de armas de fuego; garantizan el acceso a la educación y la permanencia de los adolescentes en la enseñanza secundaria; o reducen la concentración de la pobreza.</p> <p>3. Integrar la prevención y la respuesta a la violencia en las políticas, programas, planes y presupuestos de salud, y fortalecer el elemento sistema de salud en los planes de acción nacionales multisectoriales relativos a las diferentes formas de violencia.</p> <p>4. Velar por la activa participación de los puntos focales nacionales y subnacionales del ministerio de salud en los mecanismos de coordinación multisectoriales de la lucha contra la violencia y reforzar la coordinación entre el sector sanitario y otros sectores, especialmente los que se ocupan de la igualdad de género/el empoderamiento de la mujer, la protección del menor, la educación, el bienestar social y la justicia penal.</p> <p>5. Elaborar y aplicar medidas referentes al desempeño y la rendición de cuentas para vigilar el grado de diligencia con que el sistema de salud encara el problema de la violencia.</p>	<p>4. Establecer relaciones de cooperación técnica con los ministerios de salud y demás ministerios pertinentes (p.ej. los responsables de la igualdad de género/el empoderamiento de la mujer, la protección del menor, la educación, la justicia penal, y el bienestar social) a fin de reforzar los vínculos entre el sector sanitario y otros sectores encargados de formular y aplicar planes de acción y políticas multisectoriales de prevención de la violencia.</p> <p>5. Reforzar los vínculos entre quienes se ocupan de la violencia y las cuestiones transversales, en particular la salud mental.</p>
---	---

Orientación estratégica 2: Fortalecer la prestación de los servicios de salud y la capacidad del personal/los proveedores sanitarios para responder a la violencia

Estados Miembros y asociados nacionales e internacionales	Secretaría de la OMS
<p>6. Fortalecer los servicios de salud, en particular los servicios prehospitalarios y la atención médica de urgencia, y velar por que todas las víctimas de violencia tengan acceso a una atención abordable y de calidad.</p> <p>7. Reforzar la atención de salud mental en los servicios sociales y en los servicios de salud generales, inclusive aumentando el personal y su capacidad para prestar esos servicios a fin de hacer frente a la amplia gama de consecuencias psicológicas y de salud mental de la violencia, sobre la base de las directrices e instrumentos del Programa de Acción Mundial en Salud Mental (mhGAP) de la OMS (36).</p> <p>8. Abordar las intersecciones entre las diferentes formas de violencia. Por ejemplo, evaluar la situación de los hijos de mujeres que se ha determinado sufren violencia de pareja y la situación de las madres y los hermanos de niños que, según se ha determinado, sufren maltrato infantil, y facilitarles apoyo psicológico y otra clase de apoyo que sea necesario así como su envío a un nivel superior de atención.</p> <p>9. Sensibilizar al personal de salud acerca de las interacciones entre la violencia y otros comportamientos y problemas que comportan riesgos para la salud, como el consumo de alcohol y sustancias, el consumo de tabaco y las prácticas sexuales de riesgo.</p>	<p>6. Establecer relaciones de cooperación técnica con los Estados Miembros para reforzar la respuesta de su sistema de salud a la violencia, en particular mediante la difusión de las directrices e instrumentos de la OMS, y la elaboración de nuevas orientaciones para abordar los factores de riesgo comunes y otras cuestiones transversales, según proceda.</p> <p>7. Apoyar la aplicación de planes de estudios para el personal de salud y los planificadores de políticas (esto es, proveedores y administradores) sobre la comprensión y la manera de abordar las intersecciones y las cuestiones transversales relacionadas con los distintos tipos de violencia.</p>

<p>10. Fortalecer las alianzas y la participación de las organizaciones de la sociedad civil y los líderes de la comunidad para concientizar a las comunidades acerca de las consecuencias de la violencia para la salud, los servicios disponibles y la importancia de recurrir sin demora a los servicios de salud.</p> <p>11. Determinar y remover los obstáculos al acceso a los servicios con que tropiezan las víctimas de actos de violencia, en particular en el marco de la cobertura sanitaria universal, mejorar la calidad de los servicios, y vigilar y evaluar los progresos en la prestación de servicios de salud de calidad a las víctimas.</p>	
--	--

Orientación estratégica 3: Fortalecer la programación para prevenir la violencia	
Estados Miembros y asociados nacionales e internacionales	Secretaría de la OMS
<p>12. Aumentar el conocimiento entre el personal/los proveedores de salud, los planificadores de políticas, el personal de otros sectores y la opinión pública sobre la carga de morbilidad de la violencia, sus consecuencias y costos a largo plazo para la sociedad, y la importancia de prevenir la violencia antes de su aparición.</p> <p>13. Intensificar la acción en favor del fortalecimiento de las inversiones en programas de prevención de la violencia basados en pruebas científicas en el sistema de salud y en otros sectores a fin de encarar los factores de riesgo comunes como la desigualdad de género, el desempleo, las normas sobre masculinidad, la pobreza y la desigualdad económica, las altas tasas de delincuencia en la comunidad, la disponibilidad de armas de fuego, el fácil acceso al alcohol, el tráfico de drogas, y el insuficiente cumplimiento de las leyes.</p> <p>14. Aumentar la capacidad humana e institucional para diseñar, ejecutar y evaluar programas de prevención de la violencia basados en pruebas científicas, centrados en encarar los factores de riesgo comunes a las diferentes formas de violencia.</p> <p>15. Realizar y vigilar intervenciones en el sistema de salud que aborden los factores de riesgo comunes, como las que reducen el consumo nocivo de alcohol y el consumo de sustancias, y promueven la salud mental.</p>	<p>8. Recoger y difundir datos sobre políticas y programas eficaces de prevención de la violencia, en particular manteniendo una base de datos mundial con información sobre programas efectivos para prevenir los distintos tipos de violencia.</p> <p>9. Establecer relaciones de cooperación técnica con los Estados Miembros a fin de ayudar a reforzar la capacidad humana e institucional para diseñar, llevar a cabo y evaluar políticas y programas que aborden los factores de riesgo comunes con objeto de prevenir la violencia.</p> <p>10. Colaborar con los asociados del sistema de las Naciones Unidas y otros asociados en la elaboración, difusión y ejecución de políticas y programas que posibiliten prevenir las diferentes formas de violencia interpersonal.</p>

Orientación estratégica 4: Mejorar la información y las pruebas científicas sobre la violencia	
Estados Miembros y asociados nacionales e internacionales	Secretaría de la OMS
<p>16. Mejorar la capacidad de los sistemas de registro civil, información sanitaria, y registro y vigilancia sistemáticos de lesiones a fin de documentar y compilar datos estadísticos sobre los casos de homicidios y afecciones relacionados con actos de violencia presentados al personal sanitario utilizando los códigos pertinentes de la Clasificación Internacional de Enfermedades, y velar por que esos datos se desglosen por sexo y edad y contengan información sobre la relación entre el victimario y la víctima.</p> <p>17. Reforzar la capacidad de los investigadores, particularmente de los países de ingresos bajos y medianos, para realizar investigaciones sobre todas las formas de violencia y sus intersecciones, sobre sus costos para la sociedad, y sobre los tipos de violencia menos investigados, como el maltrato de las personas de edad.</p> <p>18. Prestar apoyo a las investigaciones sobre los factores de riesgo asociados a la perpetración de diferentes formas de violencia y ampliar el corpus de pruebas científicas a ese respecto.</p>	<p>11. Apoyar las investigaciones sobre todos los aspectos de la violencia y sobre las modalidades de prevención y respuesta, en particular actualizando periódicamente la información sobre los resultados de las investigaciones, y ampliar el corpus de pruebas científicas a ese respecto.</p> <p>12. Elaborar y difundir instrumentos e indicadores normalizados para facilitar la recogida y compilación de datos estadísticos sobre las diferentes formas de violencia.</p>

Sección 4. Marco de rendición de cuentas y vigilancia

En esta sección se expone un marco de vigilancia y rendición de cuentas para la aplicación del plan de acción mundial. El marco presenta indicadores para vigilar los avances en la aplicación del plan de acción a nivel mundial, junto con metas que han de alcanzarse al cabo de un periodo de 15 años (es decir, en 2030).

1. El marco está en consonancia con las metas y los indicadores de resultados propuestos para los objetivos de desarrollo sostenible (véase el anexo 6). Dado el mandato de este plan relativo al sistema de salud, en los indicadores propuestos se especifican las aportaciones del sistema de salud, al tiempo que se reconoce que para alcanzar las metas y los resultados de los indicadores referentes a los objetivos de desarrollo sostenible se necesitan actividades multisectoriales.
2. El marco de vigilancia y rendición de cuentas es conforme a la obligación del Estado de ejercer la diligencia debida para prevenir, investigar y, de acuerdo con la legislación nacional, castigar los actos de violencia contra las personas, ya sean cometidos por el Estado o por particulares. Las normas de diligencia debida comprenden obligaciones de protección por lo que respecta a la prestación de servicios de salud, asistencia jurídica, asesoramiento y facilitación de centros de acogida, entre otras cosas (37-39).
3. Se entiende que los indicadores propuestos han de facilitar la presentación de informes a nivel mundial. Constituyen un pequeño subconjunto de elementos de vigilancia e información que los Estados Miembros necesitarán para vigilar la respuesta de su sistema de salud a nivel nacional a la violencia, en particular la ejercida contra las mujeres y las niñas y contra los niños en general. Los Estados Miembros tal vez deban elaborar o actualizar los indicadores nacionales sobre la base de sus planes, políticas y programas ya existentes y según cómo adapten las medidas propuestas en este plan.
4. Las metas y los indicadores propuestos son de carácter voluntario y global. Como los países se encuentran en niveles de preparación diferentes por lo que respecta a la respuesta del sistema de salud a la violencia, en particular contra las mujeres y las niñas y contra los niños en general, no se prevé que cada Estado Miembro alcance necesariamente todas las metas específicas, aunque podrá contribuir en diversa medida a la consecución de los objetivos y las metas generales.
5. Los niveles de base y los métodos de medición y de recogida de datos se establecerán al principio de la fase de aplicación del plan de acción mundial. La Secretaría de la OMS propondrá parámetros e hitos provisionales a partir de la información de referencia.
6. Se propone la presentación de informes a través de la Asamblea Mundial de la Salud cada cinco años a fin de evaluar los avances hacia las metas mundiales. La presentación de informes sobre los progresos realizados también servirá para determinar insuficiencias y problemas, e intercambiar prácticas idóneas así como las experiencias de los países en la aplicación del plan. La finalidad es aprovechar los sistemas existentes (p. ej. el marco de resultados del presupuesto por programas e indicadores) y no crear sistemas de presentación de informes nuevos o paralelos.
7. La Secretaría cumplirá las funciones siguientes: 1) determinar y elaborar indicadores para la vigilancia a nivel nacional; 2) elaborar medidas de base en relación con las metas mundiales y proponer hitos o parámetros provisionales; 3) elaborar instrumentos normalizados para la recogida y el análisis de datos para el seguimiento de los avances a nivel mundial; 4) preparar periódicamente informes mundiales sobre los progresos realizados a fin de calibrar los avances conseguidos por los Estados Miembros y determinar los problemas e insuficiencias, y compartir prácticas idóneas y experiencias nacionales, y 5) ofrecer orientación, apoyo técnico y formación a los Estados Miembros que lo soliciten a fin de fortalecer sus sistemas nacionales de información para obtener los datos de los indicadores a efectos de seguir de cerca los avances.

Cuadro 2: Resumen de los indicadores y las metas mundiales

	Indicador	Nivel de base (2016)	Meta (2030) sobre un total de 194 Estados Miembros	Observaciones/hipótesis
A. Violencia contra las mujeres y las niñas				
<p><i>OE 1: Fortalecer el liderazgo y la gobernanza del sistema de salud. Resultado: Un entorno normativo propicio para hacer frente a la violencia contra las mujeres y las niñas.</i></p> <p>Metas pertinentes de los ODS (véase el anexo 6): 3.7 – garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales; 3.8 – lograr la cobertura sanitaria universal, en particular el acceso a servicios de salud esenciales de calidad; 5.2 – eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas; 5.3 – eliminar todas las prácticas perjudiciales; 5.6 – garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos.</p>				
A 1.1	Número de Estados que han incluido servicios de asistencia a las víctimas de violencia de pareja y de atención integral posterior a una violación, de conformidad con las directrices de la OMS (30), en el conjunto de servicios esenciales de salud y/o de servicios de salud sexual y reproductiva.	Aún no disponible	95 (50%)	<p>Los Estados Miembros han incluido servicios de asistencia a las víctimas de violencia de pareja y de atención integral posterior a una violación, de conformidad con las directrices de la OMS (30), en el conjunto de servicios esenciales de salud y/o de servicios de salud sexual y reproductiva (sí/no).</p> <p>La violencia contra las mujeres y las niñas se incluye en el conjunto de servicios relativos a la estrategia Todas las mujeres, todos los niños, todos los adolescentes.</p> <p>Medios de verificación: el nivel de base y los medios de verificación están pendientes de determinación.</p>
<p><i>OE 2: Fortalecer la prestación de los servicios de salud y la capacidad del personal/los proveedores sanitarios para responder a la violencia. Resultado: Prestación de servicios de salud integrales y de calidad y personal sanitario competente para dar respuesta a las necesidades de las mujeres y las niñas víctimas de violencia.</i></p> <p>Metas pertinentes de los ODS: 3.3 - poner fin a la epidemias de sida; 3.4 – reducir la mortalidad por enfermedades no transmisibles y promover la salud mental; 3.5- prevención y tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol; 3.7 – garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales; 3.8 - lograr la cobertura sanitaria universal, en particular el acceso a servicios de salud esenciales de calidad; 5.2 - eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas; 5.6 - garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos.</p>				

	Indicador	Nivel de base (2016)	Meta (2030) sobre un total de 194 Estados Miembros	Observaciones/hipótesis
A 2.1	Número de Estados Miembros que han elaborado o actualizado sus directrices o protocolos o procedimientos operativos estándar nacionales para la respuesta del sistema de salud a las mujeres que sufren violencia de pareja y/o violencia sexual, en conformidad con las normas internacionales de derechos humanos y las directrices de la OMS (30).	Aún no disponible	95 (50%)	Los Estados Miembros cuentan con una directriz o protocolo o procedimiento operativo estándar nacional en que se especifica la respuesta sanitaria a la violencia de pareja y/o la violencia sexual de conformidad con las directrices de la OMS (30) y las normas internacionales de derechos humanos (sí/no). Medios de verificación: examen del contenido de los protocolos o los procedimientos operacionales estándar o las directrices nacionales. Como mínimo, los protocolos/directrices para la respuesta del sistema de salud deberían referirse a lo siguiente: determinación de la violencia de pareja; apoyo de primera línea; prestación de atención integral posterior a una violación; prestación de atención de salud mental (ya sea inmediata o mediante el reenvío del caso); reenvío a otros servicios que necesiten las mujeres.
A 2.2.	Número de Estados Miembros que prestan atención integral posterior a una violación en al menos el 50% de sus servicios de atención sanitaria de urgencia, de conformidad con las directrices de la OMS (30).	Aún no disponible	95 (50%)	Los Estados Miembros prestan atención integral posterior a una violación en al menos la mitad de sus servicios de atención sanitaria de urgencia (sí/no). Medios de verificación: la prestación de atención integral posterior a una violación se incluye en los informes de la OMS sobre los progresos realizados en relación con la respuesta del sector sanitario al VIH. Conforme a las directrices de la OMS (30), la atención posterior a una violación comprenderá: apoyo de primera línea, contracepción de urgencia, envío a servicios para practicar un aborto seguro de conformidad con la normativa vigente, profilaxis para infecciones de transmisión sexual y/o el VIH según los protocolos aplicables, y vacunación contra la hepatitis B.
<p><i>OE 3: Fortalecer la programación para prevenir la violencia. Resultado: Puesta en marcha de una programación basada en pruebas científicas para prevenir la violencia contra las mujeres y las niñas.</i></p> <p>Metas pertinentes de los ODS: 5.2- eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas; 5.3- eliminar todas las prácticas perjudiciales; 16.1- reducir considerablemente todas las formas de violencia y las muertes conexas en todo el mundo; y 16.2 - erradicar el abuso, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños.</p>				
A 3.1	Número de Estados Miembros que tienen un plan nacional multisectorial para hacer frente a la violencia contra las mujeres y las niñas (que incluye el sistema de salud) que propone al menos una estrategia de prevención de la violencia contra las mujeres y	Aún no disponible	60 (30%)	Los Estados Miembros tienen un plan nacional multisectorial para hacer frente a la violencia contra las mujeres y las niñas, que incluye medidas por parte del sistema de salud y al menos una estrategia/intervención de prevención (sí/no). Medios de verificación: examen de los planes de acción nacionales multisectoriales sobre la violencia contra las mujeres y las niñas. Las estrategias de prevención pueden comprender una intervención o más con objeto de promover la pronta identificación de las mujeres que sufren violencia de pareja o los niños expuestos a

	Indicador	Nivel de base (2016)	Meta (2030) sobre un total de 194 Estados Miembros	Observaciones/hipótesis
	las niñas			actos de violencia y prestar apoyo psicológico y servicios apropiados de reenvío de casos para reducir la violencia futura; encarar las normas sociales de género/patriarcales que perpetúan la violencia contra las mujeres y las niñas y la aceptan o consideran normal; fomentar entre los niños y adolescentes destrezas de aprendizaje social y emocional para el desarrollo de relaciones respetuosas, consentidas y no violentas; aplicar métodos que contribuyan al empoderamiento de las mujeres y las niñas y a suscitar confianza en su propia capacidad, así como enfoques jurídicos y normativos (p. ej. fomento de igualdad entre los sexos, reducción del consumo nocivo de alcohol).
<p><i>OE 4: Mejorar la información y las pruebas científicas sobre la violencia. Resultado: Fortalecimiento del corpus de pruebas científicas en que se fundamentan las políticas, programas y planes destinados a hacer frente a la VCMN.</i></p> <p>Meta pertinente de los ODS: 5.2- eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas; 5.3- eliminar todas las prácticas perjudiciales; 16.1- reducir considerablemente todas las formas de violencia y las tasas de mortalidad conexas en todo el mundo; y 16.2 - erradicar el abuso, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños.</p>				
A 4.1.	Número de Estados Miembros que han llevado a cabo un estudio o una encuesta de población nacionalmente representativa sobre la violencia contra las mujeres o que han incluido un módulo referente a la violencia contra las mujeres en otras encuestas de población sobre demografía o salud en los cinco últimos años.	80 (40%)	150 (80%)	<p>Los Estados Miembros tienen una encuesta nacionalmente representativa sobre la violencia contra las mujeres o han incluido un módulo referente a la violencia contra las mujeres en una encuesta de población sobre demografía y salud u otros tipos de encuesta sanitaria en los cinco últimos años. (sí/no).</p> <p>Medios de verificación: en el marco de sus actividades de preparación de estimaciones de la prevalencia de la violencia contra las mujeres, la OMS cuenta con una base de datos sobre la prevalencia de la violencia de pareja y la violencia sexual fuera de la pareja obtenidos de encuestas de población realizadas en distintos países, que se actualiza sistemáticamente. Las estimaciones mundiales y regionales de la OMS correspondientes a 2013 sobre la violencia contra las mujeres se basaban en encuestas de más de 80 países; desde entonces se han realizado más de 20 nuevas encuestas de población. Queda por determinar cuántos Estados Miembros han llevado a cabo encuestas en los cinco últimos años.</p>

	Indicador	Nivel de base (2016)	Meta (2030) sobre un total de 194 Estados Miembros	Observaciones/hipótesis
B. Violencia contra los niños				
<p><i>OE 1: Fortalecer el liderazgo y la gobernanza del sistema de salud. Resultado: Una política propicia para encarar la violencia contra los niños.</i></p> <p>Metas pertinentes de los ODS: 3.5- prevención y tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol; 4.2- acceso a servicios de calidad en materia de atención y desarrollo en la primera infancia y enseñanza preescolar; 4a - entornos de aprendizaje no violentos e inclusivos; 5.3 - eliminar todas las formas de prácticas perjudiciales; 16.2- erradicar el abuso, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños.</p>				
B 1.1.	Número de Estados Miembros que han incluido medidas para hacer frente a la violencia contra los niños en sus planes y/o políticas de salud nacionales	Aún no disponible	150 (80%)	<p>La VCN no solo se menciona en las metas u objetivos de los países sino que estos también incluyen medidas concretas en sus planes operacionales (sí/no).</p> <p>Medios de verificación: esto se verificará mediante un examen de las políticas y planes nacionales más recientes/en curso disponibles en la base de datos de la OMS sobre planes y políticas de salud. Con respecto a los países que tienen un sistema federal, será necesario incluir en el examen los planes de la mayoría de los estados o provincias del país. Los planes o las políticas pueden comprender planes de salud generales o planes específicos de salud del niño y del adolescente y de salud mental.</p>
<p><i>OE 2: Fortalecer la prestación de los servicios de salud y la capacidad del personal/los proveedores sanitarios para responder a la violencia. Resultado: Prestación de servicios de salud integrales y de calidad, y personal sanitario competente para dar respuesta a las necesidades de los niños y los adolescentes víctimas de violencia.</i></p> <p>Metas pertinentes de los ODS: 3.4- reducir la mortalidad por enfermedades no transmisibles y promover la salud mental; 3.5- prevención y tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol; 3.8 - lograr la cobertura sanitaria universal, en particular el acceso a servicios de salud esenciales de calidad; 16.2- erradicar el abuso, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños.</p>				
B 2.1.	Número de Estados Miembros que han elaborado o actualizado sus directrices o protocolos o procedimientos operativos estándar nacionales para la respuesta del sistema de salud a las víctimas de maltrato infantil, en conformidad con las normas internacionales de derechos humanos.	Aún no disponible	150 (80%)	<p>Los Estados Miembros cuentan con una directriz o protocolo o procedimiento operativo estándar nacional en que se especifica la respuesta sanitaria a las víctimas de maltrato infantil en conformidad con las normas internacionales de derechos humanos (sí/no).</p> <p>Medios de verificación: se procederá a un examen de los contenidos de los protocolos o los procedimientos operativos estándar o las directrices nacionales (de conformidad con las directrices de la OMS, en curso de elaboración, sobre el maltrato infantil).</p>

	Indicador	Nivel de base (2016)	Meta (2030) sobre un total de 194 Estados Miembros	Observaciones/hipótesis
<p><i>OE 3: Fortalecer la programación para prevenir la violencia. Resultado: Puesta en marcha de una programación basada en pruebas científicas para prevenir la violencia contra los niños.</i></p> <p>Metas pertinentes de los ODS: 16.1- reducir considerablemente todas las formas de violencia y las tasas de mortalidad conexas en todo el mundo; 16.2 - erradicar el abuso, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños.</p>				
B.3.1	Número de Estados Miembros que dan cuenta de la aplicación en gran escala de al menos cuatro de ocho intervenciones fundadas en datos científicos para prevenir la violencia contra los niños.	65 (33%)	130 (66%)	<p>Los Estados Miembros dan cuenta de la aplicación en gran escala de al menos cuatro de las ocho intervenciones fundadas en datos científicos para prevenir la violencia contra los niños, a saber: 1) visitas domiciliarias; 2) educación para la crianza de los hijos; 3) prevención del abuso sexual de los niños; 4) enriquecimiento preescolar; 5) programas de adquisición de competencias para la vida /desarrollo social; 6) prevención de la intimidación; 7) tutorías, y 8) programas extraescolares.</p> <p>Medios de verificación: la metodología del <i>Informe de la OMS sobre la situación mundial de la prevención de la violencia</i>.</p>
<p><i>OE 4: Mejorar la información y las pruebas científicas sobre la violencia. Resultado: Fortalecimiento del corpus de pruebas científicas en que se fundamentan las políticas, programas y planes destinados a hacer frente a la violencia contra los niños, y que sirven para su vigilancia.</i></p> <p>Metas pertinentes de los ODS: 16.1- reducir considerablemente todas las formas de violencia y las tasas de mortalidad conexas en todo el mundo; 16.2 - erradicar el abuso, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños.</p>				
B.4.1.	Número de Estados Miembros que han realizado una encuesta nacionalmente representativa sobre el maltrato infantil o incluido preguntas a ese respecto en otras encuestas de hogares (p. ej. MICS) en los ocho últimos años.	<i>El UNICEF tiene datos relativos a 60 países</i>	130 (66%)	<p>Los Estados Miembros declaran haber realizado una encuesta de población sobre el maltrato infantil (p. ej. como las encuestas sobre la violencia contra los niños o VCN) o incluido preguntas sobre el maltrato infantil en otras encuestas de hogares (p. ej. MICS) llevadas a cabo en los ocho últimos años (sí/no).</p> <p>Medios de verificación: <i>Informe de la OMS sobre la situación mundial de la prevención de la violencia</i>. En 2014, de los 133 países que respondieron, el 41% dijo que había realizado una encuesta, aunque no se ha determinado la proporción de países en los que se han llevado a cabo encuestas en los ocho últimos años.</p>

	Indicador	Nivel de base (2016)	Meta (2030) sobre un total de 194 Estados Miembros	Observaciones/hipótesis
C. Todas las formas de violencia interpersonal: medidas transversales				
<i>SD 4: OE 4: Mejorar la información y las pruebas científicas sobre la violencia.</i> Metas pertinentes de los ODS: 5.2- eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas; 16.1- reducir considerablemente todas las formas de violencia y las tasas de mortalidad conexas en todo el mundo; 16.2 - erradicar el abuso, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños.				
C 4.1	Número de Estados Miembros que disponen de datos aprovechables sobre homicidios procedentes del registro civil.	78 (40%)	117 (60%)	Utilizando información de la base de datos de la OMS sobre mortalidad, el <i>Informe de la OMS sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014</i> sostenía que el 60% de los países no disponían de datos aprovechables sobre homicidios procedentes del registro civil. Para ser aprovechables, los datos del registro civil deberían estar completados al menos en un 70%, no más del 30% de los casos de lesiones podrían estar clasificados como de intención no determinada, y los homicidios deberían definirse conforme a los códigos X85-Y09; Y87.1 de la CIE-10 o bien los códigos E960-E969 de la CIE-9. Los datos deberían desglosarse por edad y sexo y dejar constancia de la relación entre la víctima y el victimario. Medios de verificación: base de datos de la OMS sobre mortalidad, recuento de los países que disponen de datos aprovechables sobre homicidios.

ANEXO 1

GLOSARIO Y TÉRMINOS CLAVE

(por orden alfabético)

Abuso sexual infantil. «Puede definirse como la participación de un niño en actividades sexuales que no comprende plenamente, en las que no puede consentir con conocimiento de causa o para las que no está suficientemente desarrollado, o que transgreden leyes o tabúes sociales. Los niños pueden ser objeto de abusos sexuales por parte de adultos o de otros niños que, o en razón de su edad o de su estado de desarrollo, estén en una situación de responsabilidad, confianza o poder en relación con su víctima.»¹

Adolescencia. Según la definición de las Naciones Unidas, la adolescencia engloba a personas que tienen entre 10 y 19 años. Puede distinguirse entre la primera etapa de la adolescencia (de 10 a 14 años) y la segunda etapa de la adolescencia (de 15 a 19 años).²

Atención primaria de Salud. «La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.»³

Castigo corporal o físico. Se define como «todo castigo en el que se utilice la fuerza física y que tenga por objeto causar cierto grado de dolor o malestar, aunque sea leve. En la mayoría de los casos se trata de pegar a los niños («manotazos», «bofetadas», «palizas»), con la mano o con algún objeto —azote, vara, cinturón, zapato, cuchara de madera, etc. Pero también puede consistir en, por ejemplo, dar puntapiés, zarandear o empujar a los niños, arañarlos, pellizcarlos, morderlos, tirarlos del pelo o de las orejas, obligarlos a ponerse en posturas incómodas, producirles quemaduras, obligarlos a ingerir

¹ OMS y Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños. *Prevención del maltrato infantil: qué hacer y cómo obtener evidencias*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2006 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44228/1/9789243594361_spa.pdf).

² Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *La adolescencia. Una época de oportunidades*. Estado mundial de la infancia 2011, febrero de 2011, ISBN: 978-92-806-4560-6. (http://www.unicef.org/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_EN_02092011.pdf; documento íntegro en inglés. (http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Executive-Summary_SP_01122011.pdf; resumen ejecutivo en español). Consultado el 6 de agosto de 2015.

³ Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, USRR, 6 a 12 de septiembre de 1978. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1978. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf>).

alimentos hirviendo u otros productos (por ejemplo, lavarles la boca con jabón u obligarlos a tragar alimentos picantes)».¹

Discriminación contra la mujer o desigualdad de género. «La discriminación contra la mujer denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.»²

Educación sexual integral. Una educación sexual integral ha de asentarse en el respeto a los derechos y en la igualdad entre ambos sexos, ya se imparta en la escuela o fuera de esta. La educación sexual integral debe incorporarse a los planes de estudios, con el fin de aportar a los niños y los jóvenes los conocimientos, competencias, actitudes y valores que les permitan desarrollar una visión positiva de su sexualidad en el contexto de su desarrollo emocional y social.³

Enfoque de salud pública en materia de prevención de la violencia. Consta de las cuatro etapas siguientes: definir y observar el problema; determinar los riesgos y los factores de protección; formular y poner a prueba estrategias de prevención y respuesta; y apoyar su adopción general.⁴

Feminicidio. Se refiere a «la muerte violenta de mujeres por razones de género, ya tenga lugar dentro de la familia, unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, en la comunidad, por parte de cualquier persona, o sea perpetrada o tolerada por el Estado y sus agentes por acción u omisión».⁵

Grupos vulnerables. Los grupos vulnerables son grupos que tienen una probabilidad desproporcionadamente elevada de estar expuestos a diferentes tipos de violencia o son víctimas de actos violentos de distinta clase a causa de la exclusión social, la marginación y otras muchas formas de discriminación. Esos grupos incluyen a las personas con discapacidad, incluidos los trastornos mentales; los pueblos indígenas, las minorías étnicas y raciales; los trabajadores sexuales; las minorías sexuales; las personas afectadas por el VIH; los migrantes y las personas pertenecientes a familias muy pobres.

Igualdad de género. Por igualdad de género se entiende la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades entre mujeres y hombres, niñas y niños. Ello no significa que hombres y mujeres deban convertirse en lo mismo, sino que sus derechos, responsabilidades y oportunidades no dependerán de que hayan nacido hombre o mujer. La igualdad de género supone que los intereses, las necesidades y las prioridades de hombres y mujeres se consideren por igual, reconociendo la diversidad de los dife-

¹ Convención sobre los Derechos del Niño. Observación general n.º 8. 2006. CRC/C/GC/8 (www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/GC8_sp.doc). Consultado el 13 de agosto de 2015.

² Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Artículo 1. 1979. (<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>).

³ UNFPA *Operational guidance for comprehensive sexuality education. A focus on human rights and gender*. UNFPA: Nueva York, 2014 (http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_OperationalGuidance_WEB3.pdf). Consultado el 13 de agosto de 2015).

⁴ Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 2002. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf; resumen en español). (http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf; informe íntegro en inglés).

⁵ *Modelo de protocolo latinoamericano de investigación de las muertes violentas de mujeres por razones de género (femicidio/feminicidio)*. ONU Mujeres y ACNUDH, 2015. (<http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/ProtocoloLatinoamericanoDeInvestigacion.pdf>). Consultado el 19 de agosto de 2015).

rentes grupos de mujeres y de hombres. La igualdad de género no es un «asunto de mujeres», sino que debería preocupar tanto a hombres como a mujeres, y atraer su pleno compromiso. La igualdad entre hombres y mujeres se considera una cuestión de derechos humanos, así como una condición indispensable y un indicador del desarrollo sostenible centrado en las personas.¹ Por consiguiente, por desigualdad de género se entiende la ausencia de esos derechos, responsabilidades y oportunidades.

Maltrato de personas mayores. Se refiere a «un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza. Este tipo de violencia constituye una violación de los derechos humanos e incluye el maltrato físico, sexual, psicológico o emocional; la violencia por razones económicas o materiales; el abandono; la negligencia; y el menoscabo grave de la dignidad y la falta de respeto».²

Maltrato infantil. Puede definirse como «cualquier tipo de maltrato o de trato negligente infligido a un niño menor de 18 años. Incluye todo tipo de maltrato físico o emocional, el abuso sexual, la desatención y el abandono y la explotación comercial o de otra índole que ocasione daño real o potencial a la salud, supervivencia, desarrollo o dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder».³

Matrimonio infantil, precoz y forzado. Es «aquel en el que al menos uno de los contrayentes es un niño» —una persona menor de 18 años de edad—. También «se refiere a los matrimonios en los que uno de los contrayentes es menor de 18 años en países en los que la mayoría de edad se alcanza más temprano o tras el matrimonio. El matrimonio precoz también puede referirse al matrimonio en los que ambos contrayentes tiene por lo menos 18 años, pero otros factores determinan que no estén preparados para consentir en contraerlo, como su nivel de desarrollo físico, emocional, sexual o psicosocial, o la falta de información respecto de las opciones de vida para una persona». Además, «es todo aquel que se celebra sin el consentimiento pleno y libre de al menos uno de los contrayentes, o cuando uno de ellos o ambos carecen de la capacidad de separarse o de poner fin a la unión, entre otros motivos, debido a coacciones o a una intensa presión social o familiar».⁴

Modelo ecológico para entender la violencia. Este modelo integra distintos factores de riesgo: a) factores individuales (por ejemplo, las características personales y la trayectoria vital del individuo); b) factores ligados a las relaciones personales (por ejemplo, las dinámicas y características familiares); c) factores relacionados con el contexto comunitario (por ejemplo, normas relativas a la comunidad,

¹ Oficina del Asesor Especial en Cuestiones de Género y Adelanto de la Mujer. *Gender Mainstreaming: Strategy For Promoting Gender Equality*. 2001. (<http://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/factsheet1.pdf>).

² Maltrato de personas mayores. Nota descriptiva n.º 357, 2014. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/es/>).

³ Organización Mundial de la Salud (OMS), *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014*. 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145086/1/9789241564793_eng.pdf?ua=1&ua=1; documento íntegro en inglés). (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145089/1/WHO_NMH_NVI_14.2_spa.pdf; resumen en español).

⁴ Asamblea General de las Naciones Unidas. *Prevención y eliminación del matrimonio infantil, precoz y forzado*. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. 2014. A/HRC/26/22. (<http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/BDL/2014/9585>). Consultado el 13 de agosto de 2015.

nivel de pobreza y delincuencia); y d) factores relacionados con la sociedad (por ejemplo, normas sociales, existencia de leyes y políticas, y su aplicación).¹

Pareja. El término «pareja» hace referencia al marido o compañero con el que se convive, a un novio o amante, un ex marido, una ex pareja, un ex novio o un ex amante. La definición de «pareja» varía según el contexto y el estudio de que se trate, y engloba relaciones formales, como el matrimonio, y relaciones informales, como la cohabitación, el noviazgo y las relaciones sexuales extramatrimoniales. En algunos contextos, las parejas tienden a casarse, mientras que en otros son más frecuentes las relaciones informales de pareja.²

Perspectiva del ciclo vital. La adopción de «una perspectiva del ciclo vital se basa en la comprensión de cómo las influencias en la niñez pueden actuar como factores de riesgo de comportamientos relacionados con la salud o con trastornos de la salud en las etapas posteriores». «La adopción de esta perspectiva contribuye a detectar los factores de riesgo tempranos y a definir el momento más oportuno para llevar a cabo una intervención de prevención primaria».³

Prácticas perjudiciales. Las «prácticas perjudiciales» son el resultado de la desigualdad entre ambos sexos y de normas sociales, culturales y religiosas y tradiciones discriminatorias que regulan la posición de la mujer en la familia, en la comunidad y en la sociedad y controlan la libertad de las mujeres, incluida su sexualidad. Aunque algunas normas y prácticas culturales contribuyen al empoderamiento de la mujer y promueven sus derechos humanos, muchas otras se utilizan a menudo para justificar la violencia contra ella. En todo el mundo, las mujeres pueden verse expuestas a lo largo de su vida a diversas «prácticas perjudiciales», como el infanticidio femenino, el matrimonio infantil, la violencia relacionada con la dote, la mutilación genital femenina, los denominados «crímenes de honor», el maltrato de las viudas, la incitación al suicidio, la consagración de niñas a templos, las restricciones del derecho de la segunda hija a contraer matrimonio, las restricciones dietéticas para las mujeres embarazadas, la alimentación forzada y los tabúes nutricionales, el matrimonio con el hermano del marido fallecido y la caza de brujas.⁴

Respuesta multisectorial. Las respuestas multisectoriales suponen la coordinación de recursos e iniciativas de todos los sectores, y gozan de la participación de instituciones gubernamentales y de la sociedad civil. Un marco coordinado permite prever la prestación de un amplio espectro de servicios de salud, protección y justicia que las víctimas de la violencia necesitan y no pueden prestarse mediante un único sector o intervención. Los enfoques integrados fortalecen las actividades de promoción y concienciación; permiten establecer relaciones de colaboración a largo plazo entre todos los sectores;

¹ *Informe mundial sobre la violencia y la salud.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf; informe íntegro en inglés), (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf; resumen en español).

² *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf). Consultado el 19 de febrero de 2015.

³ *Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres. Qué hacer y cómo obtener evidencias.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2010. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44810/1/9789275316351_spa.pdf).

⁴ *Good Practices in legislation on «Harmful Practices» against women.* Informe de la reunión del grupo de expertos organizada por la División para el Adelanto de la Mujer de las Naciones Unidas, Comisión Económica para África de las Naciones Unidas, Addis Abeba (Etiopía), 26 a 29 de mayo de 2009. (http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw_legislation_2009/Report%20EGM%20harmful%20practices.pdf).

aumentan la eficiencia y el alcance de los servicios y los esfuerzos de prevención; y aprovechan al máximo los conocimientos especializados disponibles, los recursos y las inversiones en este ámbito.¹

Sector sanitario. «El sector sanitario está compuesto por servicios sanitarios públicos y privados (incluidos los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y asistencia), las políticas y actividades de los departamentos y ministerios de salud, las organizaciones no gubernamentales y los grupos de la comunidad que prestan servicios de salud y las asociaciones profesionales.»²

Servicios de salud integrales. Enfoque que consiste en garantizar que los usuarios reciban un conjunto de servicios a lo largo del proceso asistencial que engloben la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento y el manejo de la enfermedad, la rehabilitación y los cuidados paliativos en los diferentes niveles y establecimientos de atención sanitaria del sistema de salud, y con arreglo a las necesidades de cada usuario en las distintas etapas de la vida.³

Sistema de salud. Un sistema de salud está integrado por: «i) la suma de todas las actividades cuyo objetivo principal es promover, restituir o mantener la salud; ii) el conjunto de las personas, instituciones y recursos organizados con arreglo a políticas establecidas, cuyo objeto es mejorar la salud de la población a la que prestan asistencia, así como responder a las expectativas legítimas de la población y protegerla frente al costo de la mala salud mediante una serie de actuaciones, cuyo principal objetivo es mejorar la salud».⁴

Superviviente/víctima. El término «superviviente» o «víctima» se refiere a las personas que han sufrido actos violentos o se ven afectadas por estos. Las personas que trabajan en el campo de la violencia contra la mujer suelen preferir el término «superviviente» para poner de relieve que las mujeres afectadas por la violencia pueden actuar y no son meras «víctimas» pasivas de la violencia. Sin embargo, en el ámbito de la justicia penal se utiliza el término «víctima». En el presente documento, ambos términos se utilizan indistintamente.

Trabajadores sanitarios. «Son trabajadores sanitarios todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud.»⁵

¹ *Asegurar políticas multisectoriales y planes de acción nacionales integrales.* ONU Mujeres. Centro Virtual de Conocimientos para Poner Fin a la Violencia contra las Mujeres y Niñas. <http://www.endvawnow.org/es/articles/316-ensuring-holistic-multisectoral-policies-and-national-plans-of-actions-.html> (<http://www.endvawnow.org/en/articles/316-ensuring-holistic-multisectoral-policies-and-national-plans-of-actions-.html>).

² Promoción de la Salud. Glosario. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1998. WHO/HPR/HEP/98.1 (<http://www.fundadeps.org/recursos/documentos/78/glosario-promocion-salud.pdf>).

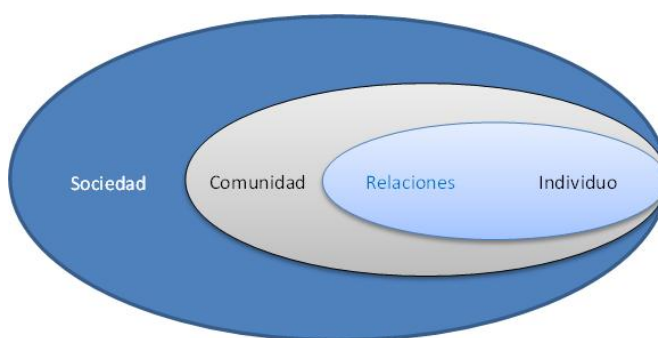
³ Health systems strengthening glossary. Organización Mundial de la Salud. (http://www.who.int/entity/healthsystems/Glossary_January2011.pdf).

⁴ OMS. Health systems strengthening glossary. 2011. (http://www.who.int/entity/healthsystems/Glossary_January2011.pdf). Consultado el 19 de agosto de 2015).

⁵ *Informe sobre la salud en el mundo 2006. Colaboremos por la salud.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra. (<http://www.who.int/whr/2006/chapter1/es/>).

Violencia basada en el sexo. Es «la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer, o que la afecta en forma desproporcionada. Incluye actos que infligen daños o sufrimientos de índole física, mental o sexual, amenazas de cometer esos actos, coacción y otras formas de privación de la libertad».¹

Modelo ecológico para comprender la violencia



Violencia contra la mujer. «Por ‘violencia contra la mujer’ se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública, como en la vida privada.» Abarca los siguientes actos, aunque sin limitarse a ellos: «la violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación. La violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada; y la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra».²

Violencia contra las mujeres y las niñas. La violencia contra las mujeres y las niñas se refiere a la violencia contra la mujer definida anteriormente y engloba formas de violencia contra las niñas, por el hecho de ser niñas, que tienen su origen en las desigualdades de género (por ejemplo, las prácticas perjudiciales, el matrimonio precoz, infantil y forzado). Pone de relieve el mayor riesgo que corren las mujeres y las niñas de sufrir actos violentos a lo largo de su vida debido a las desigualdades de género y la discriminación de que son objeto.

Violencia contra los jóvenes. Por violencia contra los jóvenes se entiende todo acto violento cometido contra personas de edades comprendidas entre 10 y 19 años.³ Engloba todo tipo de violencia física o maltrato emocional y, en general, se produce fuera del entorno familiar. Incluye comportamientos perjudiciales que pueden iniciarse al principio de la juventud y continuar hasta la edad adulta. Algunos actos violentos —como las agresiones— pueden ocasionar traumatismos graves o incluso la muerte. Otros, como el hostigamiento, las bofetadas o los golpes pueden ser causa de daño más emocional que físico.

¹ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Recomendación general n.º 19 (1992). (<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>).

² Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres. A/RES/48/104. 1993 (<http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/48/104>). Consultado el 6 de agosto de 2015.

³ Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145089/1/WHO_NMH_NVI_14.2_spa.pdf?ua=1; resumen de orientación en español) (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/; informe íntegro en inglés).

Violencia contra los niños. Por violencia contra los niños se entiende todo acto violento cometido contra un menor de 18 años. Engloba el maltrato infantil y abarca la violencia contra los jóvenes. Las formas más frecuentes de este tipo de violencia son el maltrato infantil y los actos violentos cometidos contra los jóvenes.

Violencia de pareja. «La violencia de pareja se refiere al comportamiento de la pareja o ex pareja que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control.»¹

Violencia en las relaciones o en las citas. La violencia en las relaciones o en las citas, o la violencia en las citas entre adolescentes, es un tipo de violencia de pareja. Se produce entre dos personas que mantienen una relación estrecha. La violencia en las citas puede ser física, emocional o sexual. Puede tener lugar en persona o por medios electrónicos, como por ejemplo, mediante el envío reiterado de mensajes de texto o la publicación en internet de imágenes sexuales de uno de los miembros de la pareja.²

Violencia interpersonal. La OMS define la violencia como «el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones».³ Incluye formas de violencia que se prolongan durante toda la vida, como el maltrato infantil, la violencia contra los jóvenes, la violencia contra la mujer (por ejemplo, violencia de pareja, la violación o la agresión sexual), el maltrato de personas mayores, y la violencia en contextos institucionales como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y hogares de ancianos.

Violencia sexual. «La **violencia sexual** es cualquier acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito. Comprende la violación, que se define como la penetración, mediante coerción física o de otra índole, de la vagina o el ano con el pene, otra parte del cuerpo o un objeto.»⁴

¹ OMS. *Violencia contra la mujer. Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2014. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>).

² Understanding Teen Dating Violence, factsheet 2014. Centro de Control y Prevención de Enfermedades (<http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/teen-dating-violence-factsheet-a.pdf>). Consultado el 10 de agosto de 2015).

³ Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. *Informe mundial sobre la violencia y la salud, Ginebra*. Organización Mundial de la Salud, 2002. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf; informe íntegro en inglés). http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf; resumen en español).

⁴ OMS. *Violencia contra la mujer. Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2014. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>).

ANEXO 2

RESOLUCIONES, CONCLUSIONES ACORDADAS, OBSERVACIONES GENERALES Y ARTÍCULOS PERTINENTES

Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y el Consejo Ejecutivo:

- WHA49.25 (1996), en la que se declara que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo;¹
- WHA50.19 (1997), sobre la elaboración de un plan de acción en pro de la adopción de un enfoque de salud pública para la prevención de la violencia basado en datos científicos;²
- EB95.R17 (1995), sobre la acción de emergencia y humanitaria, en que se pide a la OMS que se ocupe del tratamiento de los efectos sanitarios en las situaciones de violencia colectiva;³
- WHA56.24 (2003), sobre la aplicación de las recomendaciones contenidas en el Informe mundial de la OMS sobre la violencia y la salud, 2002;⁴
- WHA57.12 (2004), sobre la estrategia mundial de salud reproductiva, que señala que la violencia contra las mujeres es una de las principales formas de desigualdad de género que debe combatirse para gozar de salud sexual y reproductiva;⁵
- WHA60.25 (2007), sobre la estrategia mundial para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS;⁶
- WHA61.16 (2008), sobre la eliminación de la mutilación genital femenina, en que se insta a los países a que mejoren la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, con el fin de prestar asistencia a las mujeres y las muchachas que son objeto de esa violencia;⁷
- WHA63.13 (2010), sobre la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol;⁸ y
- WHA66.8 (2013), sobre el plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020;⁹
- WHA66.9 (2013), incluido el llamamiento para elaborar el Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad.^{10, 11}

¹ Puede consultarse en http://who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA5019_spa.pdf?ua=1.

² Puede consultarse en http://www.who.int/substance_abuse/en/WHA50.19.pdf.

³ Puede consultarse en <http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/C.L.3.1995.pdf>.

⁴ Puede consultarse en http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/sa56r24.pdf.

⁵ Puede consultarse en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R1-sp-res.pdf.

⁶ Puede consultarse en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA_WHA60-Rec1/S/reso-60-sp.pdf.

⁷ Puede consultarse en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_Rec1-part2-sp.pdf.

⁸ Puede consultarse en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/A63_REC1-sp.pdf.

⁹ Puede consultarse en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66-REC1/A66_REC1-sp.pdf.

¹⁰ Puede consultarse en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66-REC1/A66_REC1-sp.pdf.

¹¹ Puede consultarse en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_16-en.pdf.

Resoluciones y documentos de consenso

- Labor de la Asamblea General de las Naciones Unidas en materia de violencia contra la mujer:¹
 - Resolución 67/144 (2012) Intensificación de los esfuerzos para eliminar todas las formas de violencia contra la mujer;²
 - Resolución 69/147 (2014) Intensificación de los esfuerzos para eliminar todas las formas de violencia contra la mujer y la niña;³
- Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer:
 - CSW 57 Conclusiones Convenidas 2013;⁴
 - CSW 51 Conclusiones Convenidas 2011;⁵
 - CSW 42 Conclusiones Convenidas 1998;⁶
- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Programa de Acción, 1994):⁷
 - Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (2014);⁸
 - Resolución 2000/1 Población, género y desarrollo (2000);⁹
 - Resolución 2005/2 Contribución de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en todos sus aspectos al logro de los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, en particular los que figuran en la Declaración del Milenio (2005);¹⁰
 - Resolución 2006/2 Migración internacional y desarrollo (2006);¹¹
 - Resolución 2009/1 La contribución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo a los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2009);¹²

¹ Puede consultarse en <http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/v-work-ga.htm> (en inglés).

² Puede consultarse en http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/67/144&Lang=S.

³ Puede consultarse en http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/69/147.

⁴ Puede consultarse en http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw57/CSW57_Agreed_Conclusions_CS_report_excerpt_E.pdf.

⁵ Puede consultarse en http://www.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/51/csw51_s_final.pdf?v=1&d=20141222T181111.

⁶ Puede consultarse en http://www.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/42/csw42_i_s_final.pdf?v=1&d=20141222T181614.

⁷ Puede consultarse en http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf.

⁸ Puede consultarse en http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/key_actions_sp.pdf.

⁹ Puede consultarse en <http://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N00/392/75/pdf/N0039275.pdf?OpenElement>.

¹⁰ Puede consultarse en <http://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N05/327/34/pdf/N0532734.pdf?OpenElement>.

¹¹ Puede consultarse en http://www.un.org/esa/population/migration/hld/Text/CPDResolution_2006.2_Spanish.pdf.

¹² Puede consultarse en <http://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/304/61/pdf/N0930461.pdf?OpenElement>.

- Resolución 2010/1 Salud, morbilidad, mortalidad y desarrollo (2010);¹
- Resolución 2011/1 Fertilidad, salud reproductiva y desarrollo (2011);²
- Resolución 2012/1 Los adolescentes y los jóvenes (2012);³
- Resolución 2014/1 Evaluación del estado de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población (2014);⁴
- Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas:
 - Resolución 1325 (2000);⁵
 - Resoluciones sobre mujeres, paz y seguridad;⁶
 - Resolución 65/277 (2011) Declaración política sobre el VIH y el SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA;⁷
- Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995);⁸
- Consejo de Derechos Humanos:
 - Resolución 7/24 Eliminación de la violencia contra la mujer (2008);⁹
 - Resolución 23/25 Acelerar los esfuerzos para eliminar todas las formas de violencia contra la mujer: prevención de las violaciones y otras formas de violencia sexual y respuesta ante ellas (2013).¹⁰

Instrumentos y documentos de las Naciones Unidas:

- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948);¹¹
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966);¹²
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966);¹³

¹ Puede consultarse en <http://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N10/346/02/pdf/N1034602.pdf?OpenElement>.

² Puede consultarse en http://www.un.org/en/development/desa/population/pdf/commission/2011/documents/CPD44_Res2011-1b.pdf (en inglés).

³ Puede consultarse en http://www.un.org/en/development/desa/population/pdf/commission/2012/country/Agenda%20item%208/Decisions%20and%20resolution/Resolution%202012_1_Adolescents%20and%20Youth.pdf (en inglés).

⁴ Puede consultarse en http://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/N1431211_SP.pdf.

⁵ Puede consultarse en [http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=S/RES/1325\(2000\)](http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=S/RES/1325(2000)).

⁶ Puede consultarse en <http://www.un.org/es/peacekeeping/issues/women/wps.shtml>.

⁷ Puede consultarse en http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110610_UN_A-RES-65-277_es.pdf.

⁸ Puede consultarse en <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>.

⁹ Puede consultarse en http://ap.ohchr.org/Documents/S/HRC/resolutions/A_HRC_RES_7_24.pdf.

¹⁰ Puede consultarse en <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/G13/146/81/PDF/G1314681.pdf?OpenElement>.

¹¹ Puede consultarse en <http://www.un.org/es/documents/udhr/>.

¹² Puede consultarse en <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>.

¹³ Puede consultarse en <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.

- Convención sobre el Consentimiento para el matrimonio, la Edad Mínima para Contraer Matrimonio y el Registro de los Matrimonios (1962);¹
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979);²
- Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1999);³
- Declaración sobre la protección de la mujer y el niño en estados de emergencia o de conflicto armado (1974);⁴
- Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional (2000);⁵
- Principios y directrices recomendados sobre derechos humanos y trata de personas (2002);⁶
- Convenio para la Represión de la Trata de Personas y de la Explotación de la Prostitución Ajena (1949);⁷
- Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (A/RES/48/104, 1993);⁸
- Convenio de Ginebra relativo a la Protección Debida a las Personas Civiles en Tiempo de Guerra (1949);⁹
- Protocolo Adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la Protección de las Víctimas de los Conflictos Armados sin Carácter Internacional (Protocolo II) (1977);¹⁰
- Convención sobre los Derechos del Niño (CRC, 1989):¹¹
 - El artículo 19, relativo al derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia (CRC/C/GC/13, 2011), se refiere al derecho de los niños y las niñas a estar protegidos contra toda forma de violencia;
 - El artículo 24, relativo al derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (CRC/C/GC/15, 2013), hace referencia explícita a la protección contra la violencia.

¹ Puede consultarse en <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/MinimumAgeForMarriage.aspx>.

² Puede consultarse en <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx>.

³ Puede consultarse en <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/OPCEDAW.aspx>.

⁴ Puede consultarse en <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ProtectionOfWomenAndChildren.aspx>.

⁵ Puede consultarse en <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1305>.

⁶ Puede consultarse en http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Commentary_Human_Trafficking_sp.pdf.

⁷ Puede consultarse en <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/TrafficInPersons.aspx>.

⁸ Puede consultarse en <http://www.ohchr.org/sp/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>.

⁹ Puede consultarse en <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ProtectionOfCivilianPersons.aspx>.

¹⁰ Puede consultarse en <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ProtocolII.aspx>.

¹¹ Puede consultarse en <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>.

Observaciones y recomendaciones generales de las Naciones Unidas:

- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979):¹
 - Recomendación general n.º 24 (1999);²
 - Recomendación general n.º 12 (1989);³
 - Recomendación general n.º 19 (1992);⁴
- Convención sobre los Derechos del Niño:
 - Observación general n.º 13 (2011);⁵
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales:
 - Artículo 12, Observación general n.º 14 (2000).⁶

Instrumentos regionales:

- Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica (Convenio de Estambul) (2011);⁷
- Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de la Mujer en África (2003);⁸
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer «Convención de Belem do Pará» (1994);⁹
- Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer en la Región de la ASEAN (2004);¹⁰
- Estrategia árabe para combatir la violencia contra la mujer 2011-2020 (2011).¹¹

¹ Puede consultarse en <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx>.

² Puede consultarse en <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm#recom24>.

³ Puede consultarse en <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm#recom12>.

⁴ Puede consultarse en <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm#recom19>.

⁵ Puede consultarse en http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fGC%2f13&Lang=en.

⁶ Puede consultarse en <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmlBEDzFEovLCuW1AVC1NkPsgUedPIF1vfPMJ2c7ey6PAz2qaojTzDJmC0Im7PSVXMfHFwmmAh7lnP4ZBh3ANy28Ofe0RSRnFc5bB4tabiSjicTBmFopveyZF2>.

⁷ Puede consultarse en <http://www.msssi.gob.es/ssi/igualdadOportunidades/internacional/consejoeu/CAHVIO.pdf>.

⁸ Puede consultarse en http://www.achpr.org/files/instruments/women-protocol/achpr_instr_proto_women_eng.pdf (en inglés).

⁹ Puede consultarse en <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html> (en inglés).

¹⁰ Puede consultarse en <http://www.asean.org/communities/asean-political-security-community/item/declaration-on-the-elimination-of-violence-against-women-in-the-asean-region-2>.

¹¹ Puede consultarse en <http://www.arabwomenorg.org/Content/Publications/VAWENG.pdf> (en inglés).

ANEXO 3

LABOR REALIZADA POR LA SECRETARÍA DE LA OMS EN LA MATERIA

1. La Secretaría de la OMS ha elaborado varios documentos de orientación y diferentes instrumentos, entre los que figuran programas de formación y distintos documentos donde se ofrece un resumen de los datos empíricos disponibles relacionados con la lucha contra la violencia interpersonal. En el anexo 4 figura una lista completa.
2. La Secretaría de la OMS está subsanando de diferentes maneras las deficiencias halladas en las medidas adoptadas por los sistemas de salud para responder a la **violencia contra las mujeres y las niñas**. Con el fin de ayudar a los países que deseen efectuar estudios de ámbito nacional sobre la violencia contra las mujeres, la OMS ha elaborado y ha puesto a disposición de los países los instrumentos de análisis y la metodología utilizada en el Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer, considerado el patrón de referencia para evaluar la magnitud de la violencia contra la mujer (4). La Secretaría también ha recopilado y publicado estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer, utilizando como base los datos sobre la prevalencia de la violencia de pareja y la violencia sexual de unos 80 países (3). Esos datos, que se actualizarán periódicamente, están disponibles en el Observatorio Mundial de la Salud de la OMS.¹ La Secretaría ha publicado una serie de directrices e instrumentos para determinar cuáles son las intervenciones de prevención más eficaces y orientar a los países para que fortalezcan la respuesta de sus sistemas de salud frente a la violencia contra las mujeres, en particular en lo que respecta a la violencia sexual y la prestación de atención de salud mental a las víctimas en situación de crisis humanitaria (véase el anexo 4). La Secretaría ayuda a los ministerios de salud a desarrollar medios que les permitan adoptar un enfoque de salud pública a la hora de prevenir y combatir la violencia contra las mujeres en los países; también presta asistencia a los países para que elaboren protocolos o directrices sanitarias de ámbito nacional para combatir la violencia contra las mujeres y las niñas, o actualicen los existentes. En las situaciones de crisis humanitaria, la Secretaría asiste en el uso de esos instrumentos en calidad de organismo principal del Grupo de Acción Sanitaria Mundial en la respuesta de los sistemas de ayuda humanitaria.
3. La Secretaría de la OMS recoge datos sobre **maltrato infantil**, resume la información sobre intervenciones eficaces en materia de prevención del maltrato infantil, y difunde ampliamente la información y los datos disponibles. En 2006, la OMS publicó *Prevención del maltrato infantil: qué hacer y cómo obtener evidencias*,² que se ha convertido en una referencia clave para las instancias normativas y los profesionales. La OMS también ha elaborado y ha utilizado un cuestionario internacional para evaluar en una docena de países las experiencias negativas en la infancia, incluido el maltrato infantil. La Secretaría está poniendo a prueba un conjunto de programas sobre crianza de bajo costo, destinados a prevenir el maltrato infantil. También ha preparado un cursillo sobre prevención del maltrato infantil, que se ha impartido en varios países para proporcionar capacitación a los miembros de las instancias normativas y los profesionales. Además, presta asistencia a los países en la formulación de políticas e intervenciones eficaces encaminadas a prevenir el maltrato infantil, ayudándoles incluso a evaluar su nivel de preparación para elaborar programas de prevención y ampliar su alcance.

¹ Puede consultarse en <http://apps.who.int/gho/data/node.main.SEXVIOLENCE> (en inglés).

² Puede consultarse en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44228/1/9789243594361_spa.pdf.

4. La Secretaría de la OMS ha publicado, en colaboración con la UNESCO, una guía sobre el modo de afrontar la violencia en un contexto escolar que promueva la salud. En asociación con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, coordina la Encuesta Mundial de Salud a Escolares.¹ La Secretaría ha colaborado con un conjunto de países de ingresos bajos y medios en la elaboración de una respuesta normativa integral de ámbito mundial frente a la violencia interpersonal, centrada, principalmente, en la **violencia contra los jóvenes**. En la actualidad, está preparando un resumen de los datos disponibles sobre las medidas que funcionan para prevenir la violencia juvenil.

5. En sus actividades destinadas a combatir el problema del **maltrato a las personas mayores**, la OMS promueve el uso de enfoques basados en datos empíricos a fin de conocer mejor la magnitud, las causas y las consecuencias del problema, y las medidas que funcionan para prevenir ese tipo de violencia y para mitigar los daños sufridos por las víctimas.

6. La Secretaría de la OMS participa en diversas alianzas e iniciativas, entre ellas, la Alianza para la Prevención de la Violencia Sexual, Together for Girls, la Campaña de las Naciones Unidas contra la Violencia Sexual en los Conflictos y la Alianza Mundial para la Prevención de la Violencia Interpersonal (véase el anexo 5).

¹ Puede consultarse en <http://www.who.int/chp/gshs/es/>.

ANEXO 4

LISTA DE PUBLICACIONES DE LA OMS EN LA MATERIA

Violencia contra las mujeres y las niñas

- Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence (2014)¹
- Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud (2013)²
- WHO clinical and policy guidelines for responding to intimate partner violence and sexual violence against women (2013)³
- Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países (OPS, 2013)⁴
- Tres publicaciones de 2012 sobre prestación de atención de salud mental y apoyo psicosocial a las víctimas de la violencia sexual (2012)⁵
- Prevención de la violencia sexual y la violencia infligida por la pareja contra las mujeres. Qué hacer y cómo obtener evidencias (OMS y la Escuela de Londres de Higiene y Medicina Tropical de Londres, 2010)⁶
- Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica. Informe sobre los resultados (2005)⁷
- Clinical management of rape survivors (2004)⁸
- Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence (2003)⁹
- E-learning programme: Clinical management of rape survivors in humanitarian settings (WHO, UNFPA and UNHCR, 2009)¹⁰
- Violence and injury prevention short course: Preventing intimate partner and sexual violence against women.¹¹

¹ Puede consultarse en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136101/1/WHO_RHR_14.26_eng.pdf.

² Puede consultarse en <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/es/>.

³ Puede consultarse en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf.

⁴ Puede consultarse en <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/oig/noticias/noticias/4/50434/P50434.xml&xsl=/oig/tpl/p1f.xsl>.

⁵ Puede consultarse en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75175/1/WHO_RHR_HRP_12.16_eng.pdf; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75177/1/WHO_RHR_HRP_12.17_eng.pdf; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75179/1/WHO_RHR_HRP_12.18_eng.pdf.

⁶ Puede consultarse en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44810/1/9789275316351_spa.pdf.

⁷ Puede consultarse en <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9241593512/en/>.

⁸ Puede consultarse en http://www.who.int/hac/network/interagency/news/manual_rape_survivors/en/.

⁹ Puede consultarse en <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628X.pdf>.

¹⁰ Puede consultarse en <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/9789241598576/en/>.

¹¹ Puede consultarse en http://www.who.int/violence_injury_prevention/capacitybuilding/courses/intimate_partner_violence/en/.

Maltrato infantil

- European report on preventing child maltreatment (WHO Europe, 2013)¹
- *Prevención del maltrato infantil. Qué hacer y cómo obtener evidencias* (OMS y Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños, 2006)²
- Violence and injury prevention short course: Child maltreatment prevention.³

Violencia interpersonal

- Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia (2014)⁴
- Prevención de la violencia: la evidencia (2010)⁵
- Prevención de lesiones y violencia: guía para los ministerios de salud (2007)⁶
- Developing policies to prevent injuries and violence (2006)⁷
- Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence (2004)⁸
- Guidelines for essential trauma care (2004)⁹
- Prevención de la violencia. Guía para aplicar las recomendaciones del informe mundial sobre la violencia y la salud (2004)¹⁰
- Informe mundial sobre la violencia y la salud (2002).¹¹

¹ Puede consultarse en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf.

² Puede consultarse en http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment/es/

³ Puede consultarse en http://www.who.int/violence_injury_prevention/capacitybuilding/courses/child_maltreatment/en/.

⁴ Puede consultarse en http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/es/

⁵ Puede consultarse en http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/publications/en/

⁶ Puede consultarse en http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/injury_policy_planning/prevention_moh/en/

⁷ Puede consultarse en http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/39919_oms_br_2.pdf.

⁸ Puede consultarse en <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546484.pdf>.

⁹ Puede consultarse en <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546409.pdf>.

¹⁰ Puede consultarse en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43439/1/9243592076_spa.pdf.

¹¹ Puede consultarse en http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/.

Violencia contra los jóvenes

- Preventing youth violence: an overview of the evidence¹
- European report on preventing youth violence and knife crime among young people (WHO Europe, 2010).²

Maltrato de las personas mayores

- European report on preventing elder maltreatment³
- A global response to elder abuse and neglect. Building primary health care capacity (2008)⁴
- Missing voices: views of older persons on elder abuse. A study from eight countries: Argentina, Austria, Brazil, Canada, India, Kenya, Lebanon and Sweden.⁵

¹ Al 22 de septiembre de 2015; puede consultarse en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181008/1/9789241509251_eng.pdf?ua=1.

² Puede consultarse en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/121314/E94277.pdf.

³ Puede consultarse en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf.

⁴ Puede consultarse en http://www.who.int/ageing/publications/ELDER_DocAugust08.pdf.

⁵ Puede consultarse en http://www.who.int/ageing/publications/missing_voices/en/.

ANEXO 5

PARTICIPACIÓN DE LA SECRETARÍA DE LA OMS EN ALIANZAS E INICIATIVAS RELACIONADAS CON LA LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA

Servicios Esenciales para Combatir la Violencia contra las Mujeres y las Niñas (Essential Services for Violence Against Women and Girls) es una iniciativa conjunta de las Naciones Unidas, gestionada por ONU Mujeres y el UNFPA, junto con la OMS, el PNUD y la UNODC, que colaboran en distintos aspectos de la iniciativa. La OMS participa en el componente sanitario y ha aportado sus directrices e instrumentos a las medidas relacionadas con la salud que se aplicarán por medio de esta iniciativa para combatir la violencia contra las mujeres.

La Iniciativa de Investigación de la Violencia Sexual es una red dedicada a concienciar a la población de que la violencia sexual es un problema de salud pública y a desarrollar y respaldar la creación de capacidad y medios de investigación en esa esfera. La OMS fue miembro fundador de esta iniciativa y fue sede de su secretaría durante sus tres primeros años. Posteriormente, la secretaría se trasladó al Consejo Sudafricano de Investigaciones Médicas, tras una licitación pública. La OMS sigue siendo miembro del grupo de coordinación y, en la actualidad, ocupa el cargo de copresidente.

Together for Girls es una alianza publicoprivada de ámbito mundial dedicada a eliminar la violencia sexual contra los niños en general y las niñas en particular. La alianza está integrada por cinco organismos de las Naciones Unidas (el UNICEF, el ONUSIDA, ONU Mujeres, la OMS y el UNFPA), el gobierno de los Estados Unidos, el gobierno del Canadá y el sector privado. La alianza ha prestado asistencia a la realización de varias encuestas poblacionales sobre violencia contra los niños en varios países, que permitieron recopilar un conjunto exhaustivo de datos sobre la magnitud y las consecuencias de la violencia, el cual se utilizará en la formulación de futuras políticas nacionales.

Naciones Unidas contra la Violencia Sexual en los Conflictos Armados es una iniciativa que aglutina a 13 organismos de las Naciones Unidas, cuyo objetivo es fortalecer las intervenciones y proporcionar una respuesta más coherente frente a la violencia sexual en situaciones de conflicto. La OMS dirige los aspectos relacionados con el conocimiento de la iniciativa, a lo que contribuye generando datos empíricos y directrices normativas.

La Alianza para la Prevención de la Violencia es una red integrada por Estados Miembros de la OMS, organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil que, trabajan para prevenir la violencia interpersonal. Los integrantes de la alianza comparten un enfoque de salud pública basado en datos científicos, dirigido a atajar los factores de riesgo que conducen a la violencia y a promover la colaboración multisectorial.

ANEXO 6

**VINCULAR EL PLAN MUNDIAL A LAS METAS DE LOS OBEJTIVOS
DE DESARROLLO SOSTENIBLE**

Objetivos de desarrollo sostenible	Descripción	Vinculación con el plan de acción
Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades		
Meta 3.4	Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.	Promover la salud mental y el bienestar, y prestar atención de salud mental es esencial para prevenir y combatir las distintas formas de violencia interpersonal, en particular en lo que respecta a la violencia contra las mujeres y las niñas, y la violencia contra la infancia.
Meta 3.5	Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.	El consumo nocivo de alcohol es un factor de riesgo de prácticamente todas las formas de violencia interpersonal, y, por tanto, su prevención contribuirá a prevenir la violencia. La exposición a la violencia de pareja y la violencia sexual contra las mujeres, el maltrato infantil y la violencia contra los jóvenes aumenta la probabilidad de consumo de drogas y consumo nocivo de alcohol, por lo que la prevención de este tipo de violencia puede reducir el consumo de drogas y de alcohol.
Meta 3.7	Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.	En el plan se reconocen las consecuencias para la salud sexual y reproductiva de la violencia contra las mujeres y las niñas, y se propone que los servicios de salud sexual y reproductiva sean el principal punto de partida para integrar los servicios de respuesta a la violencia contra la mujer y e incluir este tipo de violencia en las estrategias y los programas de salud reproductiva.
Meta 3.8	Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad, y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.	El principio relativo a la cobertura sanitaria universal es un principio rector fundamental para la prestación de servicios de salud a las víctimas de actos de violencia interpersonal, en particular los cometidos contra las mujeres y las niñas. En él se hace hincapié en la necesidad de proporcionar protección financiera y prestar servicios esenciales de calidad para gestionar las consecuencias para la salud de este tipo de violencia.

Objetivo 4: Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos		
Meta 4.2	Para 2030, velar por que todas las niñas y todos los niños tengan acceso a servicios de calidad en materia de atención y desarrollo en la primera infancia y enseñanza preescolar, a fin de que estén preparados para la enseñanza primaria.	Los servicios de calidad en materia de atención y desarrollo en la primera infancia y la enseñanza preescolar proporcionan protección contra la comisión futura de actos violentos cuando los niños y las niñas crezcan.
Meta 4a	Construir y adecuar instalaciones escolares que respondan a las necesidades de los niños y las personas discapacitadas y tengan en cuenta las cuestiones de género, y que ofrezcan entornos de aprendizaje seguros, no violentos, inclusivos y eficaces para todos.	En los establecimientos educativos, los niños y las niñas están expuestos a la violencia entre compañeros, y pueden ser objeto de peleas y hostigamiento. En algunos casos el personal docente utiliza métodos violentos de disciplina y control.
Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas		
Meta 5.2	Eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual, y otros tipos de explotación.	En el plan se reconoce la necesidad de que el sistema de salud actúe de forma coordinada con otros sectores a la hora de adoptar un enfoque de salud pública para atajar la violencia contra las mujeres y las niñas. Ello incluye intervenciones basadas en datos empíricos que faciliten la prevención en el sistema de salud y en todos los sectores.
Meta 5.3	Eliminar todas las prácticas perjudiciales, como el matrimonio infantil, el matrimonio precoz y el matrimonio forzado, así como la mutilación genital femenina.	El plan de acción incluye el matrimonio infantil, el matrimonio precoz y el matrimonio forzado, y la mutilación genital femenina entre las prácticas perjudiciales contra las mujeres y las niñas que los sistemas de salud deben atajar con carácter prioritario en términos de respuesta y prevención.
Meta 5.6	Garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.	El plan reconoce que la promoción de todos los derechos humanos, incluidos los relacionados con la salud sexual y reproductiva, es fundamental para prevenir y combatir la violencia contra las mujeres y las niñas, y se basa en las medidas formuladas en materia de violencia contra la mujer en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, y la Plataforma de Acción de Beijing.

Objetivo 11: Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles		
Meta 11.7	Para 2030, proporcionar acceso universal a zonas verdes y espacios públicos seguros, inclusivos y accesibles, en particular para las mujeres y los niños, las personas de edad y las personas con discapacidad.	En el plan se reconoce el riesgo de exposición a actos violentos, incluso a acoso sexual, en los espacios públicos, en particular en lo que respecta a las mujeres y las niñas.
Objetivo 16: Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles		
Meta 16.1	Reducir considerablemente todas las formas de violencia y las tasas de mortalidad conexas en todo el mundo.	El plan tiene como objetivo fortalecer el papel fundamental que desempeñan los sistemas de salud en la reducción de la violencia interpersonal y mitigar las consecuencias negativas para la salud y otros ámbitos derivadas de la violencia, centrándose en las mujeres y las niñas, y en la población infantil, que son grupos a los que afecta la violencia de forma desproporcionada.
Meta 16.2	Erradicar el abuso, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños.	El plan se centra de forma prioritaria en la violencia contra los niños, que es una de las principales formas de violencia junto con la violencia contra la mujer. En el plan se reconoce que las niñas son especialmente vulnerables a determinadas formas de violencia, como la trata con fines de explotación sexual.
Meta 16.3	Promover el estado de derecho en los planos nacional e internacional y garantizar la igualdad de acceso a la justicia para todos.	El plan incluye medidas encaminadas a fortalecer el contacto entre el sector sanitario, la policía y la justicia, en particular mediante pruebas médico-forenses, que son un elemento esencial de apoyo para que las víctimas de la violencia, en especial las mujeres y las niñas, puedan acceder a la justicia.

ANEXO 7

RESUMEN DE LAS CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA PARA LA SALUD

Grupo de población expuesto a la violencia y tipo de violencia	Consecuencias sanitarias y socioeconómicas
1. Todos los grupos objeto de violencia	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismos físicos • Problemas de salud mental (por ejemplo, depresión, ansiedad, trastornos de estrés postraumático) • ↑ suicidio • ↑ riesgo de enfermedades no transmisibles • Comportamientos perjudiciales para la salud (por ejemplo, consumo de alcohol y drogas, tabaquismo, autolesiones y conducta sexual de riesgo) • ↓ productividad • Costo humano y económico para las víctimas, las familias y la sociedad
2. Mujeres y niñas ¹	
a) Violencia de pareja	<p><i>Además de lo antes mencionado (1), problemas de salud sexual y reproductiva (3), incluidos los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual y el VIH, la pérdida de embarazos, en particular abortos espontáneos o inducidos, la insuficiencia ponderal al nacer, parto prematuro, la fístula obstétrica de origen traumático, el síndrome de dolor crónico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 2X↑ aborto inducido • 1,5X↑ infecciones de transmisión sexual y VIH • 41% ↑ parto prematuro • 16%↑ insuficiencia ponderal del recién nacido • ↑ mortalidad de menores de un año • Niños con problemas de desarrollo y conducta
b) Mutilación genital femenina	<ul style="list-style-type: none"> • ↑ parto obstruido y mortalidad perinatal • Infecciones • Quistes y abscesos • Fístula • Problemas psicológicos y de salud mental • Disfunción sexual
c) Matrimonio precoz	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo precoz y ↑ riesgo de mortalidad y morbilidad perinatal y materna • ↓ acceso de las niñas a la educación y a técnicas de subsistencia • Aislamiento social

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS), Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica 2013. *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

3. Niños, incluidos los adolescentes	<ul style="list-style-type: none">• ↑ comportamientos perjudiciales para la salud• ↑ problemas de salud mental y otros problemas de salud• ↓ resultados educativos y perspectivas futuras de empleo• Perpetuación intergeneracional del ciclo de la violencia – esto es:• ↑ probabilidad de que más adelante las niñas se conviertan en víctimas de la violencia de pareja, o la explotación sexual y la trata• ↑ probabilidad de que los chicos se conviertan en el futuro bien en victimarios o en víctimas• Violencia contra los jóvenes ↑ participación con el tiempo en otras formas de violencia como víctimas y victimarios
---	--

ANEXO 8

**RESUMEN DE LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN Y LOS DETERMINANTES
RELACIONADOS CON LA VICTIMIZACIÓN Y LA COMISIÓN DE ACTOS DE
DIFERENTES FORMAS DE VIOLENCIA INTERPERSONAL¹**

Grupo de población y forma de violencia	Factores de riesgo y factores de protección de la victimización	Factores de riesgo y de protección relacionados con la comisión de actos violentos
1. Factores frecuentes relacionados con la comunidad y la sociedad de las distintas formas de violencia interpersonal (Estos factores pueden acentuarse en entornos de crisis humanitaria, en particular en el caso de conflicto)	<ul style="list-style-type: none"> • Desigualdad de género (por ejemplo, normas sexistas perjudiciales) • Tasas elevadas de violencia y delincuencia en la comunidad • Pobreza • Desempleo • Disponibilidad de drogas, alcohol (por ejemplo, abundancia de establecimientos donde se vende alcohol) y armas (por ejemplo, armas de fuego, cuchillos) • Niveles bajos de cumplimiento de las leyes contra la violencia 	
2. Mujeres y niñas	La desigualdad de género y la discriminación: factor causal en todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas	
Violencia de pareja	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de maltrato infantil² • Exposición (como testigo) de violencia de pareja en la infancia • Nivel de educación por debajo de la educación secundaria • Trastornos mentales y otras discapacidades • Consumo nocivo de alcohol de la pareja • Control/autoridad del hombre sobre la mujer • Aceptación del uso de la violencia para disciplinar a las mujeres que infringen las normas de género predominantes • Falta de empleo de la mujer • Leyes discriminatorias (por ejemplo, titularidad de la propiedad de la tierra y de bienes inmobiliarios, matrimonio, divorcio, tutela de los hijos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de maltrato o abandono infantil • Exposición (como testigo) a violencia de pareja en la infancia • Nivel de educación escolar bajo • Depresión • Consumo nocivo de alcohol • Conductas de control • Actitudes negativas hacia la igualdad de género • Disputas frecuentes con la pareja • Prerrogativas sexuales (por ejemplo, relaciones sexuales a cambio de beneficios y cambios frecuentes de pareja) • Participación en actos violentos fuera del hogar

¹ Heise LL y Kotsadam. Cross-national and multilevel correlates of partner violence: an analysis of data from population-based surveys. *Lancet Global Health*. 2015;3(6): e332-e340.

² Los factores destacados en negrita bien son estadísticamente significativos, bien explican en gran medida las diferentes tasas de violencia de pareja en diferentes entornos geográficos.

3. Niños, incluidos los adolescentes		
Maltrato infantil	<ul style="list-style-type: none"> • Niños de corta edad • Mayor carga de trabajo para los cuidadores que deben ocuparse de niños con necesidades especiales 	<ul style="list-style-type: none"> • Padres jóvenes • Padres con un gran número de hijos • Falta de conocimientos sobre el desarrollo del niño • Falta de capacitación en materia de crianza • Actitudes que favorecen las medidas disciplinarias severas • Padres objeto de maltrato en su infancia • Presencia de cuidador no biológico en el hogar • Consumo nocivo de alcohol o drogas • Enfermedad mental de los cuidadores • Malas relaciones entre hijos y padres (por ejemplo, falta de lazos familiares sólidos, vida familiar caótica) • Violencia de pareja en el mismo entorno familiar
La violencia entre iguales en la adolescencia (por ejemplo, hostigamiento, peleas)		<ul style="list-style-type: none"> • Algunos factores de riesgo son similares a los factores que favorecen la violencia contra los niños • Problemas de conducta • Amigos con comportamientos antisociales • Consumo de alcohol y drogas • Antecedentes de participación en actos violentos

ANEXO 9

CALENDARIO Y PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL

El proceso de elaboración del plan de acción mundial fue el siguiente:

1. La Secretaría de la OMS constituyó un grupo de trabajo básico interno para dirigir, coordinar y elaborar diferentes proyectos de plan de acción mundial y facilitar el proceso consultivo.
2. En marzo de 2015, se publicó un primer documento de debate que se utilizó como base para preparar un borrador preliminar del plan de acción mundial. Ese documento incluía aportaciones de los miembros del grupo de trabajo básico y de representantes de otros departamentos de la Organización, así como de los asesores regionales de las seis regiones de la OMS.
3. El borrador preliminar se sometió a consulta y recibió aportaciones de los Estados Miembros –ministerios de salud y otros ministerios pertinentes (como el de igualdad de género, justicia o desarrollo del niño)–, de grupos de la sociedad civil y asociaciones profesionales, y de los asociados de las Naciones Unidas y otras instituciones bilaterales y multilaterales. El proceso de consulta consistió en lo siguiente:
 - a) *Consultas regionales con los Estados Miembros:* OPS (febrero de 2015); WPRO y SEARO (abril de 2015); EMRO (abril de 2015); EURO (mayo de 2015); AFRO (julio de 2015). En las consultas participaron los Estados Miembros, mayoritariamente (es decir, ministerios de salud y otros ministerios pertinentes), algunos expertos y organismos de las Naciones Unidas;
 - b) *Consultas por internet:* de abril al 4 de junio de 2015. Se recibieron 50 aportaciones, entre las que figuran las de 15 Estados Miembros;
 - c) *Consultas oficiosas* con organizaciones no gubernamentales, expertos de instituciones académicas y entidades asociadas de las Naciones Unidas (3 de junio de 2015), que contaron con 55 participantes;
 - d) *Reunión informativa oficiosa de los Estados Miembros*, a la que asistieron representantes de las misiones permanentes con sede en Ginebra (4 de junio de 2015).
4. El borrador preliminar se ha revisado teniendo en cuenta la información obtenida en esas consultas, y en agosto de 2015 se publicará el segundo documento de trabajo, que contiene el primer proyecto de plan de acción mundial (es decir, este documento).
5. Además, se ha distribuido un esbozo anotado del primer proyecto, a fin de facilitar las posibles deliberaciones de los comités regionales que se celebrarán entre septiembre y octubre de 2015.
6. El primer proyecto estará disponible durante las consultas por internet (septiembre-octubre de 2015) y se someterá al acuerdo de los Estados Miembros en la reunión que se celebrará en noviembre de 2015.
7. Se preparará un proyecto de plan de acción mundial revisado (el tercer proyecto), que se presentará al Consejo Ejecutivo en enero de 2016 y se someterá a la aprobación de la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del mismo año.

Bibliografía

1. Marco de medidas para el seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014. Informe del Secretario General. Naciones Unidas, 2014.
2. Ansara DL, Hindin MJ. Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. *Social Science and Medicine*. 2010;70:1011-8.
3. Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia, 2014. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014
4. García-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. Estudio multipaís de la OMS sobre la salud de la mujer y violencia doméstica. Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005.
5. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Hojas informativas: feminicidio. OMS, editor. Ginebra, OMS, 2012.
6. Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age ageing*. 2008;37(2):151-60.
7. Implementación de programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo. Enfoques prácticos basados en intervenciones colaborativas. Ginebra, OMS, 2013.
8. Marrying too young: end child marriage. Nueva York. Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2012
9. Stoltenborgh M, van IJzendoorn MH, Euser EM, MJ B-K. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment*. 2011;16(2):79-101.
10. UNODC. Informe Mundial sobre la trata de personas 2012. Naciones Unidas, 2012. Núm. de venta: E.13.IV.1.
11. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, *et al.* The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Medicine*. 2015;12(6).
12. OMS, ACNUDH, ONU Mujeres, ONUSIDA, PNUD, UNFPA, *et al.* Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization. An interagency statement. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014.
13. Gawryszewski VP, da Silva MM, Malta DC, Kegler SR, Mercy JA, Mascarenhas MD, *et al.* Lesiones relacionadas con la violencia en los servicios de emergencia de Brasil. *Revista Panamericana De Salud Publica-Pan American Journal of Public Health*. 2008;24(6):400-8.
14. Injury prevention and control: data and statistics (WISQARSTM) Atlanta (GA). Estados Unidos. Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades de los Estados Unidos, 2014 [20 de agosto de 2014]. Puede consultarse en <http://www.cdc.gov/injury/WISQARS/>.
15. Nicol A, Knowlton LM, Schuurman N, Matzopoulos R, Zargaran E, Cinnamon J, *et al.* Trauma surveillance in Cape Town, South Africa: an analysis of 9236 consecutive trauma center admissions. *Jama Surgery*. 2014;149(6):549-56.
16. Organización Mundial de la Salud (OMS), Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica. *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.
17. Beletsky L TR, Smelyanskaya M, Artamonova I, Shumskaya N, Dooronbekova A *et al.* Policy reform to shift the health and human rights environment for vulnerable groups: The case for Kyrgyzstan's Instruction 417. *Health and Human Rights*. 2012;14(2):34-48.
18. Stockl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, *et al.* The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet*. 2013;382(9895):859-65.
19. Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS) [Internet]. Puede consultarse en <http://www.who.int/chp/gshs/es/>.
20. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health system response to violence against women. *The Lancet* 2014;385(9977):1567-79.
21. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, *et al.* Child maltreatment 2: recognising and responding to child maltreatment. *Lancet*. 2009;373(9658):167-80.
22. Finkelhor D, Lannen P, Quayle E. Optimus Study: A cross-national research initiative on protecting children and youth. Synthesis. Zurich: 2011.

23. Preventing injuries and violence: a guide for ministries of health. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.
24. Htun M, Weldon SL. The Civic Origins of Progressive Policy Change: Combating Violence against Women in Global Perspective, 1975–2005. *American Political Science Review*. 2012;106(03):548-69.
25. Sexual health, human rights and the law. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015.
26. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud: más necesaria que nunca. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.
27. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 2015.
28. Declaración de Abuja, (2001).
29. OCDE. Alianza de Busán para la Cooperación Eficaz al Desarrollo. Busán. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2011.
30. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.
31. Organización Mundial de la Salud (OMS), ONU Mujeres, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook (field testing version). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.
32. OMS, UNFPA, UNHCR. *Salud reproductiva en situaciones con refugiados. Manual de trabajo Interinstitucional*. Ginebra. ACNUR. 1999.
33. Guidelines for gender-based violence interventions in humanitarian settings: focusing on prevention of and response to sexual violence in emergencies. Nueva York. Grupo de Tareas sobre Género y Asistencia Humanitaria del Comité Permanente entre Organismos, 2005.
34. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
35. Convención sobre los Derechos del Niño. Observación General n.º 13, (2011).
36. OMS. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.
37. Observación general n.º 31: Naturaleza de la obligación jurídica general impuesta a los Estados Partes en el Pacto. CCPR/C/21/Rev.1/Add.13 (2004).
38. Observación general n.º 2. Aplicación del artículo 2 por los Estados Partes.
39. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Nueva York. Asamblea General de las Naciones Unidas. A/RES/48/104 (1993).

= = =