Atención integral a la violencia doméstica contra la mujer en el sector salud

La violencia doméstica contra la mujer tiene un impacto fuerte y negativo en la salud, bienestar y desarrollo de las víctimas, sus familias y entorno inmediato, la comunidad en que viven y la sociedad más amplia. Esta situación motivó que en 1993 la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) la declarara problema de salud pública y aprobara una resolución recomendando a sus gobiernos miembros que formulasen políticas y planes para su prevención y control.

El marco jurídico vigente en América Latina y el Caribe obliga a los Estados a implementar intervenciones contra la violencia doméstica en base al carácter universal de los derechos humanos, la indivisibilidad de los mismos y la obligación del Estado de respetar y hacer respetar esos derechos. Ello implica combatir las violaciones a todos los derechos humanos menoscabados por la violencia doméstica, tales como el derecho a la salud, al bienestar, a la integridad física y psicológica y a la libertad, entre otros.

Las instituciones responsables de la salud pública, que son centrales en el ordenamiento jurídico latinoamericano, son cruciales para erradicar la violencia contra las mujeres. Esas instituciones cuentan con experiencia en la modificación de actitudes y prácticas de la población y, lo que es crucial, conocen la importancia de las medidas de prevención y tienen experiencia en su implementación.[1] Los servicios públicos de salud constituyen asimismo la principal puerta de entrada a la atención institucionalizada ya que con relativa frecuencia las mujeres recurren a ellos en su papel de guardianas de la salud de la familia, incluida su capacidad reproductiva.

INTERVENCIONES BÁSICAS DEL SECTOR SALUD

Las intervenciones básicas del sector en materia de violencia doméstica contra la mujer son la prevención, la atención a las víctimas, la certificación médico-legal, el tratamiento para los agresores y la notificación a las autoridades.

Prevención

La mayoría de leyes contra la violencia doméstica de América Latina y el Caribe incluye medidas de prevención mediante la difusión de los derechos de la mujer, particularmente dentro de la familia y la pareja, la sensibilización de la comunidad y la reducción de la aceptación social de la violencia. En Costa Rica, la ley establece que el Estado:

> *promoverá la modificación de los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres… a fin de contrarrestar prejuicios, costumbres y todo tipo de prácticas que se basen en la premisa de la inferioridad de cualquiera de los géneros o en estereotipos para el hombre y la mujer que legitiman o exacerban la violencia contra las personas.*[2]

Aplicando el concepto de promoción de la salud como "el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla"[3], la prevención debe promover la equidad de género y los derechos humanos de las mujeres como medio para asegurar ese control.

La prevención tiene tres niveles básicos: primario, secundario y terciario:

• **Prevención primaria**. Desarrollada a través de la coordinación entre los sectores de salud y de educación y la comunidad, fortalece el reconocimiento de la violencia como problema social y promueve la autoestima y las relaciones sociales libres de violencia. Sin este tipo de medidas las conductas violentas se mantienen y/o crecen.

• **Prevención secundaria**. Apunta a detener la violencia tan pronto como es identificada en los servicios de salud u otras instancias, previniendo que se repita en la persona ya afectada o en otras. Está a cargo de la mayoría de los servicios existentes tanto en el sector público como en el privado y requiere una efectiva coordinación interinstitucional a fin de proteger a las víctimas de la violencia y a sus hijos.

• **Prevención terciaria**. Trata de reducir el perjuicio a las personas afectadas a través de intervenciones de apoyo para enfrentar secuelas físicas y psicológicas. Incluye consejería, atención individual de diverso tipo, incluido el cuidado médico especializado, y grupos de apoyo.

Detección de casos. La detección es un instrumento básico para implementar las estrategias de prevención y permite evitar perjuicios adicionales a las personas afectadas. El desarrollo de competencias para detectar casos de violencia en escuelas, centros de salud y la comunidad en general facilita el acceso de las víctimas a los servicios. Aunque los diferentes sectores estén preparados para detectar los casos de violencia, el sistema de salud debe implementar medidas para la identificación de los mismos en los niveles local, regional y nacional. A la vez debe promover los servicios de emergencia y facilitar el acceso a los mismos. La identificación de casos de violencia doméstica solo se recomienda cuando hay los servicios adecuados para responder a las necesidades de las personas afectadas.

ATENCIÓN MÉDICA Y PSICOLÓGICA A LAS VÍCTIMAS

La mayoría de las leyes nacionales sobre violencia doméstica prescribe dirigir la atención y asistencia primordialmente a las víctimas directas. En general, las leyes tienen como objetivo reparar los perjuicios sufridos recurriendo al diagnóstico, la asistencia médica y el apoyo psicológico. En Puerto Rico, por ejemplo, la Ley 54 dispone el establecimiento y fomento de servicios de información, apoyo y consejería a las víctimas de maltratos.[4] Los equipos de atención pueden ofrecer servicios de traumatología, pediatría, geriatría, ginecología, psiquiatría, psicología, odontología, enfermería, trabajo social y otros. Muchas leyes nacionales prescriben una atención específica para menores, adultos mayores y discapacitados. En Bolivia la Ley 1674 contiene medidas específicas para las mujeres embarazadas. Esas medidas incluyen campañas masivas acerca de los cuidados que se deben prestar a las embarazadas para evitar todo tipo de violencia que pueda afectarlas a ellas o al ser en gestación.

En América Latina, en general, las víctimas de la violencia doméstica buscan apoyo entre personas cercanas o entre las instituciones según el momento de la vida en que se encuentren, su evaluación del entorno personal, cultural e institucional y el tipo de maltrato de que sean objeto.

El frecuente silencio en torno a los hechos de violencia y a las formas de la misma, que conspira contra su erradicación, se debe no solo a las características particulares de las víctimas sino también a la percepción de ineficacia de las respuestas sociales. Las víctimas son diversas, pero la violencia de que son objeto ocurre en el mismo contexto cultural, institucional y social, que incluye familiares, amigos, vecinos, servicios de salud, administración de justicia, iglesias, centros educativos y servicios comunitarios. Las víctimas perciben que la respuesta de este contexto al maltrato es deficiente. Son reveladores los resultados de los estudios de la *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en diez países de América Latina* (2003), que indican que las mujeres que en mayor proporción buscaron ayuda o emprendieron acciones contra la violencia son las que sufrieron maltrato físico, la forma de violencia con mayor reconocimiento social.[6]

Es así que el recurso a los servicios de atención y protección a las mujeres víctimas de la violencia doméstica en América Latina es relativamente bajo. En un estudio sobre la prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres que se realizó en Nicaragua (1996) se encontró que 80 por ciento de las víctimas nunca habían buscado ningún tipo de ayuda.[7] Apenas 14 por ciento habían presentado denuncias a la policía y menos de 6 por ciento habían visitado un centro de salud o Casa de la Mujer. En la Encuesta Experimental de Demografía y Salud de la República Dominicana (2001) aparece que solo 16 por ciento de las mujeres que experimentó agresión física fue a la policía a denunciar el maltrato o en busca de amparo.[8] Otros estudios realizados en Colombia, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Perú y la República Dominicana indican que entre 40 por ciento y 80 por ciento de las víctimas de violencia doméstica y sexual extrafamiliar no buscan ayuda y solo entre 10 por ciento y 16 por ciento acudió a la policía. En Perú solo 75 por ciento de las que buscó ayuda acudió a una comisaría y 15 por ciento a un juzgado y solo entre 9 por ciento y 11 por ciento visitó un centro de salud.[9]

Principios que guían la atención a las personas afectadas por la violencia doméstica

- La prioridad de la atención se centra en la seguridad de las víctimas.
- Se respeta la integridad y la autonomía de las víctimas para tomar decisiones sobre la situación que enfrentan.
- Los agresores son responsables por la violencia que ejercen y les corresponde detenerla.
- Los proveedores de servicios deben abogar por los derechos de las víctimas y sus hijos.
- Se reconoce la necesidad de producir cambios en el sistema de salud para mejorar la respuesta sectorial a la violencia doméstica.

Fuente: Adaptado de Warshaw, Carole and Ganley, Anne. 1996. *Improving the health care response to domestic violence: A resource manual for health care providers.* San Francisco, U.S.A.

Es de destacar que la mejora de la calidad de los servicios, crucial para aumentar la confianza entre las víctimas de la violencia doméstica, descansa en gran medida en que dispongan de normas y protocolos de atención uniformes. Estos facilitan también la extensión de la cobertura geográfica de los servicios y la evaluación de su calidad.

CERTIFICACIÓN MÉDICO-LEGAL

En algunos países se admite como prueba documental de los hechos de violencia doméstica cualquier certificado médico expedido por un profesional sin distinción del tipo de institución en que se desempeñe. En general, se especifica que el certificado médico debe incluir los hallazgos clínicos, el diagnóstico y, de haberla, la incapacidad de la persona. La legislación venezolana permite que la víctima presente un certificado médico expedido por un profesional que preste servicios en cualquier institución pública o privada.[10] En gran parte de América Central se ha verificado la virtual inexistencia de servicios médico-legales exclusivos o especializados para las víctimas de violencia doméstica.[11]

Diversos tipos de barreras, desde las geográficas e institucionales hasta la escasez de recursos humanos y los costos excesivos, restringen seriamente el acceso de las víctimas a los servicios médicos y legales. En algunos países centroamericanos hay un promedio nacional de un examinador forense por cada 100.000 habitantes, con grandes contrastes entre los países: en Costa Rica hay 1,9 médicos forenses por cada 100.000 habitantes y en Nicaragua uno cada 250.000 habitantes. El costo de un examen forense en América Central registra marcadas oscilaciones que van desde los 20 dólares hasta los 200 dólares.[12]

Un ejemplo de los obstáculos institucionales a la provisión de servicios a las víctimas es la insuficiente disponibilidad de sistemas estandarizados de resguardo de la cadena de custodia de la evidencia de los hechos de violencia por el tiempo necesario, cuyo primer eslabón son los médicos forenses, así como de la ruta por la que esa evidencia debe ser transmitida. La necesidad de estos sistemas es particularmente aguda en las zonas alejadas. También se precisa contar con procedimientos estandarizados sobre atención, particularmente en el terreno emocional, y acceso al trabajo médico y forense multidisciplinario.

Tratamiento para los agresores

Algunas legislaciones nacionales prescriben, entre otras medidas para la prevención y contención de la violencia doméstica, la psicoterapia para el agresor por orden judicial. Un psicólogo determina si hay necesidad de tratamiento continuo e informa al juez sobre los resultados de la atención. En Colombia, el juez puede imponer el tratamiento reeducativo y terapéutico en una institución pública o privada.[13] Los estándares de los programas para perpetradores de violencia doméstica deben tener como objetivo terminar con el patrón de violencia y las conductas de control con respecto a la víctima, facilitando que el agresor asuma responsabilidad personal por la violencia que ejerce.

El tratamiento para los agresores debe ser ordenado en conjunción con medidas de protección para las víctimas y sus hijos. Las órdenes de tratar a los agresores deben incluir el monitoreo de su cumplimiento. La Ley contra la Violencia Doméstica de Honduras indica que se "entenderá como desobediencia la ausencia del denunciado a dos sesiones, sin mediar caso fortuito o fuerza mayor debidamente comprobada".[14] La Ley 24-97 de la República Dominicana establece que el

> *Tribunal impondrá accesoriamente a los infractores, la asistencia obligatoria a programas terapéuticos o de orientación familiar por un lapso no menor de seis meses en una institución pública o privada. El incumplimiento de esta pena y sus resultados serán controlados por el Tribunal.*[15]

No debe ser obligatorio que las víctimas participen en programas de tratamiento que estén dirigidos específicamente a agresores. Más bien deben ser referidas a grupos de apoyo u otros servicios especiales para ellas.[16]

Notificación obligatoria

Aunque las leyes de algunos países estipulan la denuncia judicial obligatoria por parte de la policía, el personal de salud u otros proveedores de servicios, la misma debe ser un derecho exclusivo de las víctimas, salvo las menores de edad. Es la mujer quien debe tomar la decisión de denunciar al agresor por su libre voluntad ya que es ella quien mejor conoce las consecuencias y riesgos que puede conllevar tal acto. Algunas investigaciones indican que el período más peligroso para la integridad física de la mujer es aquel inmediatamente posterior a la denuncia. Además, en el sector salud se ha demostrado que el mandato de denunciar interfiere en la provisión de servicios de salud ya que las víctimas muestran una menor disposición a revelar sus experiencias de violencia doméstica cuando saben que la información será comunicada a la policía. A su vez, quienes ofrecen servicios de salud con frecuencia temen quedar involucrados en procesos legales.[17]

CONDICIONES INSTITUCIONALES PARA UNA RESPUESTA EFECTIVA DEL SECTOR SALUD A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

La eficacia de la respuesta del sector salud a la violencia doméstica depende de las medidas para asegurar el acceso a los servicios y la calidad de estos, la capacitación del personal, los sistemas de información, la coordinación intersectorial y el financiamiento.

Medidas para asegurar el acceso a los servicios

Las medidas para asegurar el acceso a los servicios de salud para las víctimas de violencia doméstica pueden incluir disposiciones específicas, entre otras, para la atención médica u hospitalaria de todos los casos sin excepción y para los horarios de sus servicios. Algunas leyes nacionales prescriben medidas para facilitar el acceso geográfico, tales como la oferta de servicios en hospitales nacionales y regionales de los lugares donde se los necesite. Las barreras económicas también son consideradas, tal como en la Ley contra la Violencia familiar de El Salvador, que establece que los jueces podrán solicitar la colaboración de entidades públicas y privadas dedicadas a la protección de niños, adolescentes, mujeres, adultos mayores y discapacitados para dar asistencia y acompañamiento gratuito a las víctimas.[18]

Las estrategias para ampliar el acceso de las víctimas a los servicios deben incorporar la diseminación de información sobre los derechos de las personas afectadas y los servicios y recursos disponibles en la comunidad. También es necesario trabajar en el cambio de creencias y actitudes de las víctimas acerca de la violencia, así como en el análisis y el resultado de los efectos de sus intentos previos por detener el maltrato.

Capacitación de los proveedores de salud

La capacitación en el área de violencia contra la mujer debe incorporar competencias para detectar, evaluar, atender, orientar, referir y registrar casos. En México la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar establece que el personal encargado de la asistencia y atención debe estar registrado en la Secretaría de Educación, Salud y Desarrollo Social y debe participar en los procesos de selección, capacitación y sensibilización que el organismo establezca para obtener el perfil y las aptitudes adecuadas.[19] También es necesario desarrollar capacidades gerenciales para el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de programas, y facilitar la reflexión ético-conceptual sobre las creencias, actitudes y prácticas en torno a la violencia doméstica que afecten la calidad de la atención.[20]

Programas de calidad de la atención

Algunos componentes relativos a la calidad psico-social y normativa de la atención se abordan ya en muchas leyes y reglamentos sobre violencia doméstica. Incluyen el buen trato y la atención integral a las víctimas, considerando su intimidad y privacidad, por ejemplo evitando la repetición de exámenes clínicos que afecten su integridad psicológica. La legislación panameña incluye la referencia a otros servicios de atención, siempre que el traslado de un servicio a otro no implique riesgos para su salud o su integridad.[21]

Por otra parte, en forma paralela, se deben implementar programas de autocuidado para el personal que trabaja en atención a la violencia doméstica, ya que está expuesto a grandes presiones psicológicas. Esto puede hacerse mediante redes de apoyo profesional y social, el trabajo en equipo, estructuras y condiciones laborales adecuadas y de apoyo, la educación continua y la atención psicológica.

Sistemas de información

Los sistemas de información deben utilizar variables e indicadores comunes comparables que puedan ser analizados y utilizados para la planificación de los servicios. Además, deben ser implementados de manera coordinada con los protocolos de atención y acompañados de procesos permanentes de capacitación del personal para detectar y registrar casos. En Paraguay se ha establecido que

> *... Los Juzgados de Paz, la Policía Nacional y las instituciones de salud que intervengan en los casos de violencia doméstica hacia la mujer deberán elaborar un registro especial que debe de contener como mínimo los siguientes datos: nombre, edad, domicilio, estado civil, número de hijos, grado de escolaridad, profesión o trabajo de la persona agredida, relación con la persona agresora y si tiene hijos con el mismo, nombre, edad, domicilio, estado civil, número de hijos, grado de escolaridad, profesión o trabajo de la persona agresora, naturaleza de la lesión: física, psíquica, sexual, o patrimonial, lugar de los hechos de violencia, lugar donde fue derivada la persona agredida.*[22]

El registro debe realizarse en condiciones que aseguren privacidad y confidencialidad.

Coordinación intersectorial

La mayoría de las leyes contra la violencia doméstica disponen la coordinación entre los distintos sectores, particularmente la articulación entre los sectores de salud, justicia y educación. La vinculación del personal de salud con otros sectores puede ser de naturaleza diversa; en algunos casos pueden actuar como peritos, expertos o auxiliares de la justicia. En Brasil la Ley No. 11.340 establece que la asistencia a la mujer en situación de violencia doméstica o familiar deberá ser prestada de manera integrada y conforme con los principios y directrices previstos en la Ley Orgánica de Asistencia Social del Sistema Único de Salud y el Sistema Único de Seguridad Pública.[23] La coordinación intersectorial juega un rol clave en el desarrollo de los sistemas de referencia y contrarreferencia de las víctimas, potenciando el trabajo del sector salud y ampliando el impacto de sus intervenciones.

Financiamiento de las políticas sectoriales

La inversión y la identificación de fuentes de financiamiento para asegurar una adecuada implementación de las políticas sobre violencia contra la mujer aparece en algunas legislaciones de la región. En Ecuador la Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia señala que para que las políticas rehabilitadoras sean viables deberán contar con financiamiento específico, sea del presupuesto del gobierno central o de cualquier otra fuente.[24]

En Perú, mediante el Decreto No. 017 de la Comisión de Alto Nivel del Gobierno, se estableció que los presupuestos anuales de los sectores de educación, salud, justicia, policía y Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social deben incluir asignaciones específicas para lograr las metas nacionales sobre violencia contra la mujer.[25] La sostenibilidad de las políticas de salud en materia de violencia doméstica depende en gran medida de la inversión sistemática e incremental por parte del Estado.

VALORES Y ALIANZAS EN LA ATENCIÓN INTEGRAL

La atención integral al desafío de la violencia doméstica debe estar imbuida de una fuerte defensa de los derechos de la mujer y apoyada por la más amplia participación social.

Equidad de género

La condición social de las mujeres a menudo las expone a mayores riesgos de enfrentar distintos tipos de violencia que el hombre. Por ello las políticas públicas para la atención integral de la violencia basada en el género deben incluir como condición *sine qua non* la no discriminación de las mujeres, la protección de sus derechos básicos y, específicamente, el derecho a la salud física y psicológica.

Alianzas y participación social

La violencia doméstica contra la mujer es un problema complejo y de causas múltiples. Por ello la lucha contra la violencia debe tener un sentido integrador en el que todos los sectores gubernamentales y comunitarios formen alianzas y sean activos en su erradicación.

ÁMBITOS PRIORITARIOS DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

La atención integral a la violencia doméstica contra la mujer tiene lugar en tres niveles, nacional, comunitario y sectorial, cuya colaboración puede potenciar sus recursos individuales y el alcance y calidad de su actuación.

Nivel político nacional

Las acciones en el nivel nacional deben incluir la conformación de alianzas para el desarrollo e implementación de políticas y leyes orientadas a prevenir, atender y sancionar la violencia doméstica. Es necesario incluir en los debates y acuerdos nacionales la asignación de los recursos financieros, humanos y técnicos necesarios para aplicar y vigilar el cumplimiento de las políticas diseñadas.

Nivel comunitario

En el nivel local es preciso construir redes intersectoriales de prevención y atención, convirtiéndose estas en el espacio idóneo para implementar intervenciones relevantes. Los centros de salud pueden constituir el medio privilegiado para fortalecer las intervenciones comunitarias ya que pueden actuar como socios en la capacitación, la atención, la referencia, la investigación y el registro de la violencia doméstica. Aunque las redes pueden diferir según las características de cada comunidad los integrantes claves son comunes: centros locales de salud, comisarías, aparato judicial, docentes, líderes de la comunidad y organizaciones de mujeres. Los grupos de mujeres y de víctimas deben participar en las decisiones y acciones relacionadas con la violencia doméstica.

Nivel sectorial

Los sectores privado, público y las organizaciones no gubernamentales tienen gran relevancia en la detección de la violencia doméstica y la atención a las víctimas. Cada sector debe tener acceso a las políticas nacionales y a los instrumentos específicos sobre la violencia doméstica. El sector líder es, desde luego, el de la salud. A este le corresponde cumplir con las funciones establecidas en el marco jurídico internacional y nacional en cuanto a prevención y atención, así como crear las condiciones institucionales para su realización.

REFERENCIAS

[1] Guezmes, Ana y Claramunt, María. 2004. *La violencia contra la mujer: un problema de salud pública y una violación a los derechos humanos*. Profamilia. Santo Domingo.
[2] Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. 1996. Ley contra la Violencia Doméstica No. 7586. Costa Rica.
[3] OMS. 1986. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra.
[4] Gobierno de Puerto Rico. 1989. Ley para la Prevención e Intervención con la Violencia Doméstica No. 54. Puerto Rico.
[5] Ministerio de Salud y Previsión Social et al. 2000. Ley 1674 contra la Violencia en la Familia o Doméstica. Bolivia.
[6] Sagot, Monserrat, et al. 2003. *La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina*. OPS/OMS. San José.
[7] Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y Ministerio de Salud. 1998. Encuesta Demográfica y de Salud Nicaragua.
[8] CESDEM et al. 2001. Encuesta Experimental de Demografía y Salud 1999. República Dominicana.
[9] Luciano, Dinys. 2005. OPS/OMS. *Repensando la protección social a partir de la violencia de género: apuntes para el debate*. Lista violencia de género en las Américas. Foro virtual sobre protección social y violencia de género. Del 27 de julio al 8 de agosto de 2005. Washington, D.C.
[10] Ministerio Público. 1998. Ley sobre la Violencia contra la Mujer y la Familia. Venezuela.
[11] Claramunt, María et al. 2003. *Situación de los servicios médico-legales y de salud para víctimas de violencia sexual en Centroamérica*. OPS/OMS. San José, Costa Rica.
[12] Cita 11, Ibid.
[13] Congreso de Colombia. 1996. Ley 294 que dicta las normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar. Colombia.
[14] Congreso Nacional. 2005. Ley contra la Violencia Doméstica. Decreto No. 132-97. Tegucigalpa, Honduras.
[15] Congreso de la República. 1997. Ley 24-97. Santo Domingo, República Dominicana.
[16] Ganley, Anne et al. *Domestic Violence in Civil Court Cases – A National Model for Judicial Education. Family Violence Prevention Fund*. San Francisco. Citado por de Warshaw, Carole y Ganley, Anne. 1996. *Improving the health care response to domestic violence: a resource manual for health care providers*. San Francisco, U.S.A.
[17] Ellsberg M., y Clavel-Arcas, C. 2001. *Sistematización del proyecto OPS: Hacia un modelo integral de atención para la violencia intrafamiliar en Centroamérica*. OPS/OMS. Washington, D.C.
[18] Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. 1996. Ley contra la Violencia Intrafamiliar, reformas del 27 de junio de 2002 y del 12 de agosto de 2004.
[19] Asamblea de Representantes del Distrito Federal de los Estados Unidos Mexicanos. 1996. Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar. México.
[20] OPS/OMS et al. 2003. Curso a distancia sobre atención integral a la violencia doméstica y la violación sexual contra las mujeres adultas. Washington, D.C.
[21] Ministerio de Salud. Ley No. 27, Proyecto de Implementación de la Ley 27. Panamá. s/f.
[22] Solano, Priscilla y Velzeboer, Marijke. 2003. Componentes *clave para la formulación de leyes y políticas contra la violencia hacia las mujeres*. Washington, D.C. (mimeo)
[23] Congreso de la República. Lei No. 11.340, del 7 de agosto de 2006. Brasília.
[24] Congreso Nacional. 1995. Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia. Quito, Ecuador.
[25] Presidencia de la República del Perú. 2001. Decreto Supremo sobre el Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer.